

REPORT REGIONE EMILIA ROMAGNA

A. Ambito della sperimentazione

A1) I componenti del Gruppo di Lavoro (GdL)

La sperimentazione AIR in Emilia Romagna ha avuto ad oggetto la proposta di legge su “Nuove misure per la prevenzione delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti (abolizione del libretto sanitario)” ed è stata gestita da un gruppo di lavoro che, oltre all’advisor individuato dal Formez, era composto da 11 elementi (cfr. Tab. 1).

TAB. 1 - Composizione del Gruppo di Lavoro

<i>Nome e Cognome</i>	<i>Struttura di appartenenza</i>	<i>Ufficio</i>	<i>Ruolo</i>
Grazia Felicori*	Giunta	Servizio legale e gestione personale ¹	Funzionario esperto in materie giuridiche
Pierluigi Macini	Giunta	Servizio sanità pubblica	Dirigente del Servizio (medico)
Alba Carola Finarelli	Giunta	Servizio sanità pubblica	Funzionario del Servizio (medico)
Laura Vicinelli	Giunta	Servizio Veterinario e Igiene degli alimenti	Dirigente del Servizio (medico)
Mauro Bellettini	Giunta	Servizio sanità pubblica/ Servizio Veterinario e Igiene degli alimenti	Funzionario del Servizio esperto del sistema HACCP (tecnico della prevenzione)
Ivano Massirio	Giunta	Servizio Veterinario e Igiene degli alimenti	Dirigente del servizio (veterinario)
Mara Veronese*	Consiglio	Servizio legislativo e qualità della legislazione	Dirigente Professional del servizio
Andrea Orsi	Consiglio	Servizio legislativo e qualità della legislazione	Consulente del servizio (economista)
Pierpaolo Lorenzetti*	Consiglio	Servizio legislativo e qualità della legislazione	Dipendente del servizio (giurista)
Emanuele Bachiocchi	Consiglio	Servizio legislativo e qualità della legislazione	Borsista del servizio (statistico)
Giovanni Santangelo*	Giunta	Servizio Progr. Territoriale e Sistemi di Mobilità	Dirigente ufficio legislativo
Francesco Sarpi	FORMEZ	-	Advisor

* Partecipante al corso AIR di Torino.

¹ Il Servizio legale e gestione del personale ed il Servizio sanità pubblica appartengono entrambi alla Direzione Generale sanità e politiche sociali il cui responsabile è il dott. Franco Rossi.

Il primo incontro in Regione, avvenuto il 7 Maggio tra l'advisor, alcuni partecipanti alla formazione AIR ed il responsabile del Servizio legale e gestione del personale (dott. Lorenzo Broccoli), è servito a presentare brevemente gli obiettivi della sperimentazione ed i relativi tempi, nonché a discutere di una possibile proposta di legge da sottoporre ad AIR. Nel successivo incontro, tenutosi il 27 Maggio, l'advisor ha sintetizzato cos'è l'AIR presentando dettagliatamente il progetto AIR del Formez alla presenza, oltre che delle persone indicate nella Tab. 1, del direttore generale del Consiglio Regionale (dott. Pietro Curzio) e del dott. Broccoli.

La prima riunione del costituito gruppo di lavoro è avvenuta il 7 Giugno. Nessun nuovo elemento si è aggiunto successivamente al GdL.

A2) Il processo di scelta del provvedimento

Già in sede di formazione, i funzionari regionali presenti al corso AIR avevano individuato l'area della sanità pubblica come un probabile settore di sperimentazione per l'AIR. La scelta definitiva del provvedimento è avvenuta nella già menzionata riunione del 27 maggio, alla presenza dei principali responsabili amministrativi coinvolti nella sperimentazione. A conclusione di un approfondito confronto si è deciso di effettuare l'AIR sulla proposta di legge elaborata dal Servizio sanità pubblica² concentrandosi in modo particolare sulle modalità di attuazione della formazione ed assicurando, nel frattempo, che tale pdl proseguisse il suo normale iter normativo.

A3) Tempi della sperimentazione AIR

La sperimentazione AIR in Emilia Romagna è iniziata a giugno 2002 ed è terminata a metà novembre 2002. Essa ha raggiunto gli obiettivi prestabiliti, ma con tempi diversi da quelli previsti dal Formez. Alcune fasi sono addirittura durate meno del previsto, soprattutto grazie all'esistenza di una proposta di legge su cui poter lavorare (ciò, in particolare, ha reso più rapida la scelta dell'ambito d'intervento). D'altra parte, ci sono state fasi che hanno richiesto più tempo del previsto, soprattutto a causa della difficoltà di definire con la dovuta precisione le opzioni e di ottenere le informazioni necessarie. Questi motivi sono anche alla base del ritardo fatto registrare per le fasi di raccolta ed elaborazione dei dati e di analisi costi-benefici.

Più in particolare, in merito alla fase di raccolta ed elaborazione dei dati, ad una oggettiva difficoltà ad individuare e reperire i dati necessari per i vari momenti dell'AIR (specie la rilevazione presso le AUSL, durata molto oltre il previsto), si sono aggiunti fabbisogni informativi inizialmente imprevedibili. Il riferimento, in particolare, è ad alcune stime fondamentali per lo svolgimento dell'analisi costi-benefici (cfr. anche par. B6).

Quanto alla valutazione economica, una vera e propria analisi dei costi e dei benefici è partita solo dopo aver delineato in maniera precisa le opzioni attuabili ed aver ottenuto alcuni dati di base fondamentali per avviare l'analisi. In particolare, mentre le stime sui costi economici delle MTA sono state effettuate sulla base di una pubblicazione regionale già a disposizione del GdL, molti altri calcoli dipendevano dalla disponibilità di dati contenuti nella rilevazione presso le AUSL, disponibile solo a partire dalla fine di settembre.

Infine, va rilevato che, a partire da settembre, le riunioni del GdL sono diventate molto più sporadiche, a seguito degli impegni di lavoro dei vari componenti del gruppo; ciò ha inevitabilmente influito sulla durata della sperimentazione.

² La proposta di legge elaborata dal Servizio sanità pubblica prevedeva l'abolizione del libretto sanitario e la contestuale introduzione dell'obbligo formativo per il personale alimentarista, ma non specificava i modi, i contenuti ed i tempi della formazione rinviandoli ad un successivo atto di Giunta.

Complessivamente si sono svolte 8 riunioni di lavoro collegiali, oltre al focus group³ (cfr. par. B4), durante le quali tutti i componenti hanno partecipato attivamente alla discussione.

B. Attuazione dell’AIR

B1) Ricognizione delle esigenze cui l’intervento dovrebbe far fronte e dei suoi obiettivi

i. Percorso

In assenza di un obbligo giuridico di fonte nazionale o comunitaria, il motivo principale che ha spinto il regolatore regionale ad ipotizzare una modifica dell’attuale assetto normativo in tema di tutela dalle malattie a trasmissione alimentare (MTA) è la convinzione, suffragata da studi scientifici internazionali, che il c.d. libretto sanitario sia uno strumento del tutto inadeguato in materia. La Regione, che dal 1988 aderisce al sistema di sorveglianza degli episodi epidemici di malattie trasmesse da alimenti promosso in Italia dall’Istituto Superiore di Sanità, ha eliminato l’obbligo delle analisi cliniche per il rilascio del libretto sanitario già dal 1992, proprio in considerazione della loro irrilevanza ai fini medico-preventivi. In questo senso, la permanenza del libretto è quanto mai anacronistica, essendo il suo rilascio oramai subordinato ad una rapida e superficiale visita del richiedente. Ciò determina non solo un evidente spreco di risorse (gli ambulatori medici della Regione ed il relativo personale sono a disposizione cinque giorni la settimana per le attività di rilascio/rinnovo), ma anche una percezione, da parte dei destinatari diretti, di inefficienza del sistema nonché di ingiustificata richiesta di risorse monetarie (attualmente il rilascio del libretto costa 36,15 euro).

Tutto ciò spiega la principale esigenza che muove la Regione: evitare lo spreco di risorse collettive che potrebbero essere utilizzate in modo più proficuo.

ii. Difficoltà

Questa motivazione, d’altra parte, chiarisce l’iniziale ipotesi regolativa del Servizio sanità pubblica: abolire il libretto sanitario riallocando in modo più efficiente le risorse attualmente riservate ad esso. Tuttavia, tale scelta si scontra con l’esigenza di evitare un vuoto regolativo: di qui la decisione di prevedere, contestualmente all’abolizione del libretto sanitario, l’introduzione dell’obbligo formativo per il personale alimentarista, coerente con le indicazioni della comunità scientifica internazionale (il rapporto OMS sulla prevenzione delle MTA indica la formazione come l’unico strumento efficace per la riduzione di tali malattie).

Tale situazione ha conquistato gran parte dell’attenzione del gruppo di lavoro durante la prima fase di sperimentazione (giugno-luglio): l’obiezione, avanzata da alcuni componenti del GdL che le risorse (pubbliche e private) necessarie per implementare il sistema di obbligo formativo potessero essere più proficuamente utilizzate per ridurre rischi sanitari più rilevanti è stata spesso al centro della discussione. Pur ammettendo la razionalità di tale critica e la sua legittimità, è stata confermata la volontà di procedere secondo quanto già stabilito (abolizione del libretto ed obbligo formativo).

In effetti, come noto, il dibattito sull’opportunità di concentrare la regolazione e gli investimenti (in termini di prevenzione e cura) sui rischi sanitari più rilevanti (escludendo, di conseguenza, rischi statisticamente meno probabili, ma non per questo meno percepiti dalla popolazione) è quanto mai attuale e travalica di certo non solo il settore di pertinenza di quest’AIR ma anche i confini nazionali.

³ Il *focus group* si è tenuto il 22 luglio. Dal calcolo delle riunioni sono state escluse quelle preparatorie del 7 e 27 Maggio. Vanno inoltre aggiunte le riunioni interne degli esperti del Servizio Sanità Pubblica e del personale del Consiglio necessarie per predisporre i dati di volta in volta richiesti.

In ogni modo, è certo che rientra nelle facoltà di un regolatore l'interpretazione, seppur alla luce dell'evidenza empirica, delle esigenze della collettività di riferimento. Nel caso in specie, ciò è esattamente quanto è avvenuto e, dunque, la stessa definizione degli obiettivi riflette l'esito del dibattito all'interno del GdL.

iii. Risultati

Sono stati individuati due ordini di motivi che determinano l'esigenza di intervenire:

- Motivi scientifici: il libretto sanitario non rappresenta uno strumento efficace per contrastare i rischi sanitari derivanti dalla contaminazione degli alimenti da parte del personale alimentarista;
- Il tema dei rischi alla salute trasmessi tramite gli alimenti è particolarmente sentito dall'opinione pubblica, generando casi di "allarme sociale".

L'obiettivo generale dell'intervento è ridurre il rischio di malattie trasmesse all'uomo tramite gli alimenti.

L'obiettivo specifico è aumentare il grado di consapevolezza degli operatori alimentaristi circa il proprio stato di salute ed i collegati pericoli di trasmissione di malattia attraverso gli alimenti, al fine di rafforzare comportamenti igienicamente corretti.

B2) Formulazione delle opzioni rilevanti e attuabili

i. Percorso

Il dibattito sopra riportato circa l'identificazione delle esigenze e la definizione degli obiettivi ha influenzato, com'è ovvio, la formulazione delle opzioni d'intervento. Il GdL, dopo aver ricostruito, in tempi relativamente brevi, l'opzione 0, si è limitato per molto tempo ad individuare le caratteristiche minime delle altre opzioni. Nell'ultima parte di Luglio, tuttavia, si è fatto un maggior sforzo per meglio identificare le diverse ipotesi di regolazione giungendo a cinque opzioni oltre a quella nulla (cfr. infra "Risultati").

La fase di elaborazione delle opzioni è durata molto oltre le previsioni. Ciò sia a motivo dell'intrinseca difficoltà di definire in modo preciso modalità di intervento alternative in assenza di informazioni che solo con il tempo si sono rese disponibili, sia perché il lavoro di discussione e confronto all'interno del GdL ha consentito di affinare via via le opzioni considerate le quali, di per sé, presentano un'oggettiva complessità. Infine, va rilevato che il confronto avvenuto tra alcuni membri del GdL e soggetti esterni al gruppo (innanzi tutto coloro che all'interno della Regione si occupano di formazione) ha fornito suggerimenti per una migliore definizione di alcune opzioni.

ii. Difficoltà

In generale, il GdL ha mostrato nel primo mese di sperimentazione una certa difficoltà a definire le possibili modalità di svolgimento della formazione, evidentemente complesse.

I principali problemi sono stati sia di natura generale, riferiti alla tipologia di intervento regolativo da scegliere, sia, all'interno di ogni ipotesi di intervento, di carattere più operativo.

Più precisamente, sotto il primo profilo, si è a lungo discusso sulla relazione esistente tra l'obbligo formativo già in vigore ex dlgs. 155/97 ed il nuovo obbligo formativo ipotizzato per gli alimentaristi, essendo la questione rilevante sia sotto il profilo strettamente giuridico, che sotto quello della valutazione dell'efficacia ed efficienza dell'opzione zero. Inoltre, si è ritenuto di dover valutare un'ipotesi di intervento che si basasse sul controllo del mercato oltre che dell'autorità pubblica (cfr. opzione 5).

Riguardo alle scelte “operative”, esse riguardavano essenzialmente il soggetto che dovrà organizzare i corsi di formazione (regione o privati), le connesse scelte organizzative (quanti corsi, di che tipo e con che frequenza) e, non da ultimo, i soggetti su cui ricadranno gli oneri di tale obbligo. Queste scelte erano richieste per la specificazione di tutte le opzioni che prevedono un obbligo formativo.

iii. Risultati⁴

Opzione 0 – Lo status quo

Caratteristiche dell'opzione

L'opzione 0 consiste nel lasciare inalterata l'attuale normativa. In particolare, resta in vigore l'art. 14 della l. 283/62, in base al quale, nel testo risultante dalle modifiche apportate con leggi successive, “il personale addetto alla preparazione, produzione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari deve essere munito di apposito libretto di idoneità sanitaria rilasciato dall'ufficiale sanitario. Esso è tenuto a sottoporsi a periodiche visite mediche di controllo e ad eventuali speciali misure profilattiche nei modi e termini stabiliti ad esclusione della vaccinazione antitifico-paratifica. E' vietato assumere o mantenere in servizio per la produzione, preparazione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari personale non munito del libretto di idoneità sanitaria. I contravventori alla disposizione di cui al primo comma del presente articolo sono puniti con la sanzione amministrativa fino a Lire 60.000 (euro 30,99), ed i contravventori alle disposizioni di cui al secondo comma con la sanzione amministrativa fino al Lire 150.000 (euro 77,47). Quest'ultima sanzione si applica altresì a carico di chi, pur a conoscenza di essere affetto da manifestazioni di malattia infettiva diffusiva, continui ad attendere alla preparazione, produzione, manipolazione o vendita di sostanze alimentari”.

Restano anche in vigore, tra le altre, le norme di cui al dlgs. 155/1997 in base alle quali “Ogni persona che lavora in locali per il trattamento di prodotti alimentari deve mantenere uno standard elevato di pulizia personale ed indosserà indumenti adeguati, puliti e, se del caso, protettivi. Nessuna persona riconosciuta o sospetta di essere affetta da malattia o portatrice di malattia trasmissibile attraverso gli alimenti o che presenti, ad esempio, ferite infette, infezioni della pelle, piaghe o soffra di diarrea può essere autorizzata a lavorare in qualsiasi area di trattamento degli alimenti, a qualsiasi titolo qualora esista una probabilità, diretta o indiretta di contaminazione degli alimenti con microrganismi patogeni” (cfr. capitolo VIII “Igiene personale”). “I responsabili dell'industria alimentare devono assicurare che gli addetti siano controllati e abbiano ricevuto un addestramento o una formazione, in materia di igiene alimentare, in relazione al tipo di attività”.

Attualmente, il libretto sanitario viene rilasciato a seguito di una visita medica generica della durata di pochi minuti, avendo la Regione Emilia Romagna, da parecchi anni eliminato l'obbligo di ulteriori accertamenti diagnostici (Rx torace, esami coproculturali, ecc.) e di vaccinazioni non appropriate a motivo dell'irrelevanza ai fini medico-preventivi degli esami clinici in passato previsti. Per ottenere il rilascio del libretto è richiesto un versamento di 36,15 euro. Tuttavia, a seguito dell'introduzione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), la Regione dovrebbe richiedere un contributo anche per i libretti rinnovati. Tale contributo sarebbe fissato in modo tale da coprire solo i costi del servizio reso.

Commenti e possibilità di attuazione

L'ipotesi è che gli attuali controlli siano adeguati e che una nuova regolazione della materia non sarebbe efficace nel prevenire la trasmissione di MTA o altri problemi di salute pubblica. In base a questa opzione, dunque, la normativa attuale non sarebbe modificata. In particolare, resterebbe in vigore l'art. 14 della l. 283/1962 precedentemente riportato. In realtà questa opzione non consente di raggiungere gli obiettivi che il regolatore si pone. Inoltre, il libretto sanitario si è dimostrato, non solo a livello nazionale, del tutto inefficace per la tutela della salute.

⁴ Per una descrizione più dettagliata delle opzioni si rinvia alla Scheda AIR.

L'Allegato 2 della Scheda AIR contiene un'analisi del rischio connesso alle malattie trasmesse da alimenti (MTA) nella Regione Emilia Romagna; se ne deduce la sostanziale inefficacia degli esami clinici che nel tempo sono stati via via eliminati dalla procedura per il rilascio del libretto sanitario.

Opzione 1– Abolizione libretto

Caratteristiche dell'opzione

Abolizione del libretto di idoneità sanitaria e contestuale utilizzo delle risorse attualmente impiegate per il suo rilascio/rinnovo per attività diverse, comunque rientranti nella tutela della salute pubblica.

Presupposti organizzativi e finanziari, economici e sociali - Criticità

L'opzione presenta una criticità insuperabile in termini di condizioni economiche e sociali: la sola abolizione del libretto sanitario non consentirebbe di modificare i comportamenti degli operatori del settore e, dunque, di incidere sul rischio di trasmissione di MTA. Inoltre, un eventuale provvedimento che si limitasse ad abolire il libretto sarebbe percepito dalla popolazione e dagli operatori del settore come un allentamento del presidio della Regione sulla tutela della salute pubblica.

Commenti e possibilità di attuazione

Tenendo conto delle conclusioni raggiunte dalla comunità scientifica internazionale (cfr. Allegato 1 Scheda AIR) e considerando il fatto che in Emilia Romagna non è più necessario effettuare analisi cliniche specifiche per ottenere il rilascio del libretto sanitario, questa opzione mira a recuperare risorse (economiche ed umane) attualmente impiegate in tale attività destinandole a scopi più proficui per la tutela della salute della popolazione.

Opzione 2 – Formazione erogata da strutture regionali

Caratteristiche dell'opzione

Abolizione del libretto sanitario ed istituzione di corsi di formazione obbligatori per il personale alimentarista. I costi dell'attività di formazione sono a carico della Regione Emilia Romagna che organizzerà i corsi in sedi decentrate (distretti sanitari) e, qualora possibile ed in determinate circostanze, sul luogo di lavoro, in associazione con l'attività di ispezione e controllo da parte dei tecnici delle AUSL. Si prevede un duplice livello di corso (a seconda del grado di rischio insito nell'attività lavorativa) ed una serie di esenzioni. A seguito della frequentazione dei corsi viene rilasciata un'attestazione comprovante l'avvenuta formazione/addestramento coerente con il tipo di attività svolta. Si prevedono iniziative adeguate per informare adeguatamente anche la popolazione circa il rischio di MTA e le modalità di prevenzione dello stesso.

Presupposti organizzativi e finanziari, economici e sociali - Criticità

Dal punto di vista organizzativo e finanziario, un eventuale intervento della Regione è condizionato a che ci sia disponibilità di personale sufficiente per organizzare, gestire ed effettuare l'attività formativa in modo da conseguire gli obiettivi previsti.

Tale punto è una criticità superabile. La Regione ritiene di disporre dei fondi necessari per sostenere gli operatori di minori dimensioni nonché di personale adeguato alle attività formative da svolgere: si tratterebbe, almeno in parte, del personale attualmente impiegato per le attività di rilascio/rinnovo del libretto sanitario, pur essendo prevedibile un minor ricorso al personale medico ed un maggior ricorso ai tecnici ed agli assistenti sanitari.

Commenti e possibilità di attuazione

Tale opzione riconosce l'inutilità del libretto sanitario e ne ritiene l'abolizione una condizione necessaria per eliminare procedure inefficaci e costose, ma vuole anche rafforzare le misure riconosciute efficaci ai fini della prevenzione delle malattie trasmesse attraverso gli alimenti, quali la formazione ed il controllo sulla produzione. A tal fine si prevede l'introduzione dell'obbligo formativo per il personale alimentarista. Lo scopo è quello di promuovere comportamenti igienicamente corretti, assicurando che siano mantenuti nel tempo, e di sviluppare conoscenze in ordine al proprio stato di salute ed ai possibili collegati pericoli di trasmissione di malattia attraverso gli alimenti.

Secondo la consultazione effettuata e i dati reperiti, pur essendoci differenze tra ambiti territoriali, si può dire che il 30% degli alimentaristi sarebbe nella categoria a maggior rischio, il 50% in quella a minore e il 20% non a rischio e quindi non soggetta all'obbligo di formazione.

I costi dell'attività formativa sono sostenuti dalla Regione in considerazione del fine ultimo dell'obbligo formativo: non già tutelare la salute del solo personale alimentarista, ma quella di tutta la popolazione esposta al rischio di MTA.

Opzione 3 – Formazione erogata da enti accreditati

Caratteristiche dell'opzione

Abolizione del libretto sanitario ed istituzione di corsi di formazione obbligatori per il personale alimentarista. I costi dei corsi di formazione sono a carico del personale alimentarista (e/o del datore di lavoro). Si prevede un duplice livello di corso (a seconda del grado di rischio insito nell'attività lavorativa) ed una serie di esenzioni. A seguito della frequentazione dei corsi viene rilasciata un'attestazione comprovante l'avvenuta formazione/addestramento coerente con il tipo di attività svolta. Si prevedono iniziative adeguate per informare adeguatamente anche la popolazione circa il rischio di MTA e le modalità di prevenzione dello stesso.

Presupposti organizzativi e finanziari, economici e sociali - Criticità

Dal punto di vista organizzativo e finanziario, il presupposto per la realizzazione di tale opzione è che i destinatari diretti siano in grado di sostenere i costi dell'attività formativa. Altresì, tale fatto può essere percepito dalla popolazione e dagli operatori del settore come un allentamento del presidio della Regione sulla tutela della salute pubblica.

Appare non costituire una criticità insuperabile la capacità di resistenza dei destinatari diretti valutata in relazione alla possibilità di sostenere i costi di formazione.

Commenti e possibilità di attuazione

Questa opzione riprende la logica dell'opzione 2, ma prevede una diversa distribuzione degli oneri dell'intervento. In particolare, considerando le condizioni applicate agli altri corsi di formazione regionali (che sono a pagamento), essa stabilisce che il personale alimentarista (o il datore di lavoro) sia tenuto al pagamento dei corsi.

Opzione 4 – Formazione nell'ambito del dlgs 155

Caratteristiche dell'opzione

Abolizione del libretto sanitario e previsione di una formazione obbligatoria del personale alimentarista nell'ambito del dlgs. n. 155. Il costo dell'attività di formazione è a carico del datore di lavoro. Si prevede un duplice livello di corso (a seconda del grado di rischio insito nell'attività lavorativa) ed una serie di esenzioni. A seguito della frequentazione dei corsi viene rilasciata un'attestazione comprovante l'avvenuta formazione/addestramento coerente con il tipo di attività svolta. Si prevedono iniziative adeguate per informare adeguatamente anche la popolazione circa il rischio di MTA e le modalità di prevenzione dello stesso.

Presupposti organizzativi e finanziari, economici e sociali - Criticità

Dal punto di vista economico e sociale, l'efficacia di tale opzione dipende dal presumibile rispetto delle nuove indicazioni circa l'obbligo formativo sancito dal dlgs. 155/97.

Una criticità non superabile è costituita dal fatto che non è realistico ipotizzare che la mera specificazione delle modalità e dei contenuti dell'obbligo formativo attualmente previsto sia sufficiente ad assicurare il suo rispetto (o comunque un incremento sostanziale della conformità alla norma) da parte degli operatori che attualmente lo ignorano. In particolare, il sistema sanzionatorio previsto dal dlgs. 155/97 non appare adeguato.

Commenti e possibilità di attuazione

Poiché il dlgs. 155/1997 già prevede, seppur in modo generico, l'obbligo da parte del datore di lavoro di assicurare che gli addetti abbiano ricevuto una formazione in materia di igiene alimentare, tale opzione mira ad assicurare l'applicazione del dettato normativo specificando meglio il contenuto e le modalità dell'attività formativa rispetto a quanto attualmente previsto dalla legge. Si perde il vincolo storicamente e psicologicamente percepito libretto di lavoro/diritto di lavorare nel settore alimentare.

Opzione 5 – Formazione erogata dalle organizzazioni dei destinatari

Caratteristiche dell'opzione

Abolizione del libretto sanitario ed istituzione di corsi di formazione obbligatori per il personale alimentarista. La gestione dell'attività formativa e la vigilanza sulla qualità della stessa è affidata alle organizzazioni dei produttori/somministratori. Tali organizzazioni certificano sia la qualità dei corsi sia l'avvenuta frequenza ai medesimi da parte dei dipendenti delle varie aziende. È prevista una puntuale vigilanza, da parte delle ASL, sull'effettivo rispetto delle condizioni igieniche. I costi dei corsi di formazione sono a carico del personale alimentarista (e/o del datore di lavoro). Si prevede un duplice livello di corso (a seconda del grado di rischio insito nell'attività lavorativa) ed una serie di esenzioni. A seguito della frequentazione dei corsi viene rilasciata un'attestazione comprovante l'avvenuta formazione/addestramento coerente con il tipo di attività svolta. Si prevedono iniziative adeguate per informare adeguatamente anche la popolazione circa il rischio di MTA e le modalità di prevenzione dello stesso.

Presupposti organizzativi e finanziari, economici e sociali - Criticità

Presupposto fondamentale di tipo economico e sociale per tale opzione è l'esistenza (o la possibilità di costituire) un sistema trasparente di pubblicità e comunicazione con i consumatori in grado di ridurre la loro asimmetria informativa nei confronti delle imprese, consentendo un'effettiva sanzione da parte del mercato.

Tale opzione risulta troppo estremista e rischia di confidare eccessivamente nella trasparenza del mercato e nell'effettiva possibilità di implementare un sistema di sanzioni "dal basso". Ciò rende non superabile tale criticità. Inoltre, la verifica da parte dell'autorità pubblica del rispetto dell'obbligo formativo rischierebbe di limitarsi ad un controllo formale essendo irrealistico realizzare, nell'ambito del sistema di autoregolazione previsto da tale opzione, un controllo sostanziale sulle conoscenze acquisite.

Commenti e possibilità di attuazione

Si tratta di un'opzione mista che associa all'autoregolazione un obbligo informativo. Essa è coerente con la logica della più recente legislazione in materia; in particolare, rientra nella filosofia del dlgs. 155/97 che attribuisce forti responsabilità al datore di lavoro il quale, tra l'altro, è responsabile del manuale di autocontrollo previsto nell'ambito del sistema HACCP.

Uno degli elementi qualificanti di tale opzione è il tipo di sanzioni previste: si affida al mercato il compito di selezionare gli operatori che rispettano le regole, posto che l'autorità pubblica fondi un adeguato sistema di pubblicità.

A seguito della valutazione dei presupposti e delle criticità di ogni opzione, si sono giudicate "attuabili" – e, dunque, da sottoporre all'analisi costi-benefici – le sole opzioni 2 ("Formazione erogata da strutture regionali") e 3 ("Formazione erogata da enti accreditati"), da confrontare con l'opzione zero.

B3) Definizione delle informazioni necessarie per la valutazione delle diverse opzioni e loro reperimento

i. Percorso e risultati

Il GdL ha potuto contare su una buona disponibilità di dati di partenza sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo; tuttavia, per lo svolgimento dell'AIR è apparsa da subito evidente la necessità di ricercare ulteriori dati e di elaborare diverse stime. Una sintesi dei dati e delle stime utilizzati per lo svolgimento dell'AIR è fornita dalla Tab. 2.

TAB. 2 - Dati e stime utilizzati dal gruppo di lavoro

DATI A DISPOSIZIONE

IN GRASSETTO I DATI E LE STIME ELABORATI APPOSITAMENTE PER L' AIR

1) Analisi del rischio (tratta dalla pubblicazione "Epidemiologia delle malattie trasmesse da alimenti in Emilia Romagna" del Servizio sanità pubblica). Essa consente di avere dati relativi a:

- Incidenza delle MTA per anno di insorgenza nel periodo 1988-2000;
- N. soggetti esposti e n. soggetti malati;
- Agenti eziologici di MTA (più del 70% di MTA derivano da salmonella D);
- Sede di preparazione dell'alimento;
- Veicoli di trasmissione delle infezioni (nel 55,2% dei casi sono alimenti contenenti uova);
- Fattori di rischio.

Le informazioni contenute nella relazione sulle MTA consentono di analizzarne i principali aspetti epidemiologici. Tra l'altro, si osserva quanto segue:

- a) analizzando la distribuzione degli episodi di MTA per mese d'insorgenza è possibile notare la maggiore incidenza di episodi nel periodo giugno-settembre. Questo dato può essere rilevante per le opzioni che prevedono l'obbligo di corsi di formazione: nel periodo estivo presumibilmente aumenta di molto il n. di operatori alimentaristi occasionali; ciò comporterebbe sia l'esigenza di concentrare i corsi prima dell'estate, sia di prevederne una durata, dei contenuti e, dunque, dei costi coerenti con questa particolare categoria di destinatari.
- b) Lo studio sui costi economici elaborato dalla Regione nel 1995 riguarda proprio la categoria di salmonelle più diffusa (salmonella D). Ciò conforta un'eventuale generalizzazione delle considerazioni svolte in quello studio.
- c) Il luogo di preparazione dell'alimento veicolo di MTA è nel 68,6% degli episodi la casa privata. Ciò significa che in ogni caso, la formazione rivolta agli alimentaristi non consentirà di incidere sul 32% circa degli episodi (nell'ipotesi che tali percentuali si mantengano costanti nel tempo). Questo potrebbe suggerire di prevedere anche delle iniziative di informazione rivolte al pubblico (integrative della formazione). Tale suggerimento, tra l'altro, è emerso anche durante il focus group.
- d) Solo nello 0,6% dei casi l'episodio di MTA è stato ascrivibile all'alimentarista colonizzato da germi patogeni (portatore sano). Questo dato aiuta a chiarire la logica dell'intervento della Regione: attraverso la formazione non si vuole tanto limitare il numero di casi di trasmissione di malattie dall'alimentarista al consumatore, ma tutti gli altri fattori di rischio indicati (cattiva conservazione, temperatura inadeguata, ecc.), nella convinzione che una modifica del comportamento degli alimentaristi (attraverso la formazione) ne ridurrebbe l'incidenza.

2) Analisi dei costi economici delle salmonellosi nella Regione Emilia Romagna (anno 1995, Assessorato alla Sanità)

Questa pubblicazione contiene, tra l'altro, uno studio sulle conseguenze economiche della salmonellosi in Emilia Romagna. L'analisi, limitata ai soli costi, è stata curata dalla Scuola di Statistica Medica dell'Università di Pavia. Utilizzando un campione di 676 persone sono stati rilevati i costi diretti per il sistema sanitario, i costi indiretti per le famiglie e la società ed i costi intangibili.

3) Imprese, unità locali e addetti in Emilia Romagna al 31/12/1999 per i settori agricoltura, industria e servizi (Fonte InfoCamere Movimprese e Sast-Iset).

4) Unità locali, imprese e artigiani per ramo di attività economica in Emilia Romagna dal 1996 al 1999 (Fonte Sast-Iset)

Queste due ultime rilevazioni rappresentavano il tentativo di ottenere informazioni sul numero di destinatari diretti dell'intervento. A complicare tale ricerca è stato soprattutto il numero di settori coinvolti dal provvedimento: sarebbero obbligati alla formazione tutti coloro che manipolano, trasportano, trasformano e somministrano alimenti. La mancanza di dati per alcuni di questi settori (in specie per il trasporto e la somministrazione) è insanabile. Anche a seguito del confronto con gli esperti statistici del Formez, è stato chiarito che non esistono statistiche ufficiali del personale alimentarista.

La soluzione adottata è stata di basarsi sul numero di libretti rilasciati e rinnovati ogni anno. Tale stima ha fornito una proxy del n. di operatori alimentaristi operanti; pur essendo noto che questo dato è distorto a causa dei libretti rilasciati dalla Regione Emilia Romagna per operare in un'altra Regione, dal confronto con gli esperti del Servizio sanità pubblica è emerso che tale distorsione sarebbe di dimensioni molto contenute.

In merito, poi, alla necessaria classificazione del personale alimentarista nelle tre fasce di rischio (e, dunque, nelle varie tipologie di corso formativo) previste dalle opzioni, si è deciso di procedere attraverso interviste a "testimoni privilegiati": i funzionari del Servizio sanità pubblica si sono rivolti al personale di quattro AUSL chiedendo di fornire, sulla base sia dell'esperienza sia di eventuali dati disponibili, una stima della percentuale di alimentaristi rientranti nelle fasce di rischio indicate. La scelta delle AUSL da contattare è avvenuta sulla base della differente tipologia di territorio (costiero, cittadino, ecc.) in cui esse operano, essendo tale caratteristica collegata alla tipologia di personale alimentarista che richiede il libretto sanitario.

5) Rilevazione presso le AUSL circa le risorse impiegate dalla Regione nell'opzione 0 (anno 2001). Indicazione, per ogni AUSL, di:

- n. di libretti rilasciati e rinnovati;
- n. di ambulatori;
- n. ore/settimana di lavoro del personale dedicato al rilascio/rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria distinto per figura professionale (medici, assistenti sanitari ed infermieri, amministrativi)
- tipologia e n. degli accertamenti sanitari eseguiti.

6) Numero di operatori delle AUSL (medici, assistenti sanitari, tecnici) che si prevede di impiegare nell'attività formativa (opzione 2) e relativo costo;

7) Stime della distribuzione annua degli alimentaristi da formare, del n. dei corsi di formazione e delle ore di formazione annue.

8) Stima del costo orario dei due corsi di formazione ipotizzati (lungo e breve) attraverso la consultazione di Enti accreditati (opzione 3);

9) Dati sui libretti sanitari anni 1991-2000;

10) Stima della riduzione del rischio di MTA a seguito dell'introduzione dell'obbligo formativo (opzioni 2 e 3).

ii. Difficoltà

Come anticipato in tabella, una delle principali difficoltà affrontate dal gruppo ha riguardato la determinazione della numerosità degli operatori del settore, non essendo questi rilevati dalle statistiche ufficiali. Inoltre, la stima del costo orario della formazione presso enti accreditati si è rilevata difficoltosa (cfr. anche par. B7) ed ha richiesto diverse modifiche nel tempo. Infine, il gruppo di lavoro ha cercato, senza successo, di monetizzare uno dei principali beni “extra-mercato” che nelle varie opzioni figura come costo o beneficio: il tempo dei destinatari. A tal fine, si è tentato di individuare degli studi sul settore e sono state effettuate ricerche in diverse banche dati (annuario statistico regionale, CCIAA, banca dati Excelsior, ecc.). In linea teorica, sarebbe stato possibile ottenere una stima del valore del tempo o attraverso un’indagine campionaria ad hoc o ricorrendo alla vasta letteratura sulle scelte tra diverse modalità di trasporto. Considerazioni circa i tempi a disposizione per la sperimentazione, i costi di alcune ricerche e la specificità del settore in esame hanno consigliato di limitarsi ad una valutazione quantitativa non monetaria del tempo guadagnato o impiegato nelle varie opzioni.

B4) Predisposizione del piano di consultazione e realizzazione dello stesso

i. Percorso

Per rispettare i tempi previsti dal Formez coerentemente con la durata della sperimentazione, l’attività di consultazione è stata organizzata con una certa rapidità. E’ stata compressa, ad esempio, la fase relativa alla predisposizione di un piano di consultazione e gran parte dell’attività del GdL per questa fase di AIR è stata dedicata all’organizzazione del focus group.

ii. Difficoltà

Il GdL ha accettato di buon grado la proposta di arricchire l’ordinaria attività di consultazione con strumenti e tecniche innovative. In particolare, lo svolgimento di un focus group non ha creato alcun turbamento all’interno dell’amministrazione. Tra l’altro, diversi membri del GdL, a cominciare dal dirigente del Servizio sanità pubblica, avevano già un’idea delle caratteristiche di tale tecnica di rilevazione.

Le difficoltà incontrate nello svolgimento del focus, dunque, sono state solo di natura operativa: in particolare, la necessità di preparare in tempi molto rapidi una lista della tipologia di destinatari da invitare e dei soggetti rientranti nelle categorie individuate, di gestire i contatti con tali persone, nonché di preparare il materiale per lo svolgimento dell’incontro ha catalizzato gli sforzi del GdL per gran parte del mese di Luglio.

iii. Risultati

Il focus group ha consentito di raggiungere due risultati principali: offrire ai funzionari regionali partecipanti alla formazione un’esperienza nuova che li ha arricchiti professionalmente consentendo loro di familiarizzare, almeno parzialmente, con una tecnica particolarmente indicata per lo svolgimento dell’AIR; effettuare una ricognizione diretta delle esigenze percepite dai destinatari diretti ed indiretti dell’intervento, nonché del grado di accettabilità delle diverse opzioni previste e dei relativi punti critici.

Oltre al focus group il GdL ha effettuato consultazioni ad hoc per la ricerca di dati specifici. Ciò è avvenuto sia per la stima dei costi orari per la formazione nell’opzione 3 (contattando gli Enti di formazione accreditati), sia per stabilire la percentuale di alimentaristi rientranti nelle tre fasce di rischio individuate (attraverso il confronto tra i componenti del Servizio sanità pubblica ed alcune AUSL).

B5) Individuazione dei costi e dei benefici per ciascuna opzione

i. Percorso

Così come previsto dalla metodologia AIR, dopo l'individuazione delle opzioni attuabili si è passati all'individuazione degli effetti di tali opzioni a favore o a carico dei destinatari precedentemente classificati nei "confini soggettivi" dell'intervento. Nello svolgimento di tale fase ci si è concentrati sulle principali categorie di costi e benefici, includendo altresì gli effetti in relazione ai quali erano prevedibili difficoltà di monetizzazione.

ii. Difficoltà

Questa fase non ha presentato particolari difficoltà. Gli unici problemi di natura più propriamente tecnica hanno riguardato l'inclusione, nell'analisi finanziaria dell'opzione 0, delle entrate per la Regione derivanti dall'attività di rilascio/rinnovo del libretto sanitario ed il corretto utilizzo delle voci di costo incluse nella pubblicazione regionale sui costi della salmonellosi. In merito si è fatto anche ricorso all'esperto del Fornez di cui si sono seguite le indicazioni.

iii. Risultati

Opzione 0:

- costi del personale AUSL legati all'attività di rilascio/rinnovo dei libretti sanitari;
- costi legati al tempo necessario per richiedere il libretto;
- costi per il rilascio del libretto (e, parallelamente, entrate per la Regione)

Opzione 2:

- Costi che la Regione dovrà sostenere per la formazione del personale alimentarista;
- Minori entrate per la Regione legate all'abolizione del libretto sanitario (e, corrispondentemente, minori costi per i destinatari);
- Minori costi per la Regione inerenti le strutture adibite al rilascio/rinnovo del libretto sanitario.
- Benefici per il sistema sanitario derivanti dalla riduzione dei costi legati agli episodi di tossinfezione.
- Benefici per i cittadini derivanti dalla riduzione del rischio di MTA.
- Minori costi legati al tempo necessario per richiedere o rinnovare il libretto sanitario.

Opzione 3:

- Come per l'opzione 2, tranne che per i costi della formazione, che in questa opzione sono a carico dei destinatari.

B6) Valutazione dei costi e dei benefici di ciascuna opzione

i. Percorso

La valutazione dei costi e dei benefici delle opzioni 2 e 3 è partita dalla rilevazione e/o stima di alcuni dati di base propedeutici all'analisi economica. Partendo dal n. di libretti sanitari rilasciati e rinnovati, dalle ipotesi sulla percentuale di personale alimentarista appartenente alle tre fasce di rischio individuate dalle opzioni, nonché da quelle relative al n. di corsi di formazione già esistenti e per i quali è prevedibile un riconoscimento, si è calcolato il n. di alimentaristi che ogni anno dovranno partecipare all'attività formativa.

Fissato un orizzonte temporale di 11 anni (in funzione del tempo che si è stimato necessario per rendere pienamente efficace il beneficio derivante dall'applicazione delle opzioni attuabili),

si è dunque stimato sia il n. di corsi di formazione che la Regione dovrebbe attivare (opzione 2) in diverse ipotesi (cfr. Allegato tecnico alla Scheda AIR) sia il relativo n. di ore formative annuali. Successivamente, si è avviata una stima della distribuzione annuale delle due tipologie di corso (breve, di 3 ore; lungo, di 6 ore) nell'ipotesi che l'aggiornamento dei corsisti avvenga ogni tre anni per i corsi lunghi ed ogni sei anni per quelli brevi.

Sul versante delle stime monetarie, si è proceduto innanzi tutto a calcolare il costo delle risorse impiegate dalla Regione per l'opzione 0: dall'indagine presso le AUSL è stato possibile quantificare il personale impiegato per il rilascio/rinnovo del libretto, distinto per categoria professionale. Attraverso i dati sulle ore settimanali di lavoro e la retribuzione lorda oraria del personale medico, paramedico ed amministrativo è stato possibile monetizzare le risorse impiegate. Utilizzando come vincolo da rispettare il n. di ore formative da offrire ogni anno, si è calcolato il n. e la tipologia di personale delle AUSL da impiegare per l'opzione 2 ed i relativi costi. Al fine di tener conto delle difficoltà organizzative, si è introdotto anche un "margine di elasticità" per le AUSL.

Per il calcolo dei costi della formazione presso gli enti accreditati (opzione 3) si sono utilizzate le stime derivanti dalla consultazione con tali enti. E' bene precisare che tali stime presentano un certo margine di aleatorietà: esse non derivano da una serie di preventivi – in qualche modo vincolanti – ottenuti da diversi enti e seppure il costo inizialmente comunicato, verosimilmente sottostimato, sia stato corretto "verso l'alto", il grado di incertezza resta considerevole, anche perché, in mancanza di dati più precisi, si è deciso di applicare al costo degli enti lo stesso margine di elasticità previsto per le AUSL (ciò, in sostanza, significa che si è ipotizzato un grado di rigidità della struttura di offerta degli enti uguale a quello delle AUSL).

La stima del costo economico delle MTA è stata ricavata dalla pubblicazione dell'Assessorato alla Sanità "Le salmonellosi: epidemiologia, costo economico e strategie d'intervento" del 1995, riportando i valori al 2001 e facendo delle ipotesi sulla relazione tra costo della salmonellosi e costo delle MTA dovute ad altri agenti eziologici.

Infine, si sono sviluppate sia l'analisi finanziaria delle opzioni, indicando i costi ed i benefici per ogni categoria di destinatari, che quella economica, giungendo ad una quantificazione del benessere collettivo generato dalle varie opzioni messe a confronto. Quest'ultima stima, oltre che dalle ipotesi adottate, risente della mancata monetizzazione di alcuni effetti (in particolare, il valore del tempo degli operatori).

ii. Difficoltà

La valutazione economica ha presentato, come prevedibile, numerose difficoltà, superate (o, comunque, affrontate) solo grazie all'impegno di tutti i componenti del GdL. Innanzi tutto, qualunque stima dei benefici delle opzioni 2 e 3 necessitava di ipotesi sulla variazione del rischio di MTA a seguito dell'introduzione dell'obbligo formativo; tale stima è stata effettuata dal personale del Servizio sanità pubblica basandosi sui fattori di rischio teoricamente "aggredibili" dalla formazione e facendo delle ipotesi sul possibile effetto che la formazione avrà sul comportamento del personale alimentarista che seguirà i corsi.

Molto laboriosa è risultata anche la definizione delle tre fasce di rischio collegate all'attività lavorativa svolta e la relativa classificazione del personale alimentarista all'interno delle tre fasce. La prima stima è stata effettuata, sulla base dell'esperienza e delle conoscenze professionali, dai funzionari del Servizio sanità pubblica; la seconda, gestita dagli stessi funzionari, è stata ricavata da un'attività di consultazione e confronto con i medici di alcune AUSL (cfr. Tab. 2).

Gran parte dell'impegno del GdL, in particolare dei ricercatori del Consiglio, è stato diretto alla formulazione (risultata decisamente complessa) di diverse ipotesi sulla distribuzione dei corsi e, conseguentemente, delle ore di formazione. Sulla base dei vari scenari elaborati il GdL ha mano a mano individuato le ipotesi d'intervento migliori. Particolare attenzione è stata anche dedicata alla stima del personale AUSL che sarebbe coinvolto nell'attività formativa.

Va infine ricordato che in assenza di una accurata analisi del rischio, così come quella sviluppata dal Servizio sanità pubblica, nessuna valutazione degli effetti di tale intervento sarebbe stata possibile.

iii. Risultati⁵

I principali risultati dell'analisi finanziaria circa i costi e benefici annui quantificati (e, dove possibile, monetizzati) sono i seguenti:

Opzione 0:

Regione

Costi relativi al rilascio/rinnovo del libretto sanitario: Euro 2.565.731,50

Tassa di rilascio del libretto: Euro 2.460.513,60

Alimentaristi

Tempo necessario per richiedere o rinnovare il libretto sanitario: 600.000 ore

Tassa di rilascio del libretto: Euro 2.460.513,60

Opzione 2:

Regione

Costi per la formazione del personale alimentarista Euro 900.000,00-1.200.000,00

Minori entrate legate all'abolizione del libretto Euro 2.460.513,60

Campagna informativa Euro 55.000,00

Benefici per coloro che attualmente richiedono il libretto sanitario

Risparmio tempo necessario per richiedere o rinnovare il libretto 600.000 ore

Risparmio tassa di rilascio del libretto Euro 2.460.513,60

Responsabili industrie alimentari

Costo del lavoro orario per coloro impegnati nel corso di I livello In media 3.200 ore l'anno

Costo del lavoro orario per coloro impegnati nel corso di II livello In media 4.600 ore l'anno

Benefici per la collettività (comprendono i risparmi dei costi sanitari)

Riduzione dei costi legati agli episodi di tossinfezione A regime, circa 8.100.000 euro di costi in meno ogni anno

⁵ L'allegato tecnico alla Scheda AIR contiene l'analisi costi-benefici e la spiegazione delle ipotesi adottate. Le tabelle sull'analisi del rischio, riprese dalla relazione del Servizio sanità pubblica, sono fornite in un documento separato ("Tabelle MTA").

Opzione 3:

Come per l'opzione 2 tranne che per i costi della formazione (ora a carico degli operatori del settore e gestiti da Enti di formazione accreditati). Tali costi variano da 504.000 a 1.472.000 euro se il costo orario della formazione è pari a 70 euro/ora; da 360.000 a 1.050.000 euro se il costo orario della formazione è pari a 50 euro/ora. Nel flusso di cassa è stata utilizzata la stima dei "costi massimi" della formazione corretta del 20% in funzione delle ipotesi utilizzate circa il numero di corsi da attivare.

B7) Confronto fra le opzioni e scelta dell'opzione preferita

i. Percorso

Grazie all'analisi costi-benefici sono stati ricostruiti i principali effetti economici dell'opzione 0 e delle opzioni alternative. In base alla valutazione di tali effetti è stato elaborato, per ogni opzione attuabile, un flusso di cassa con i costi ed i benefici che è stato possibile monetizzare.

ii. Difficoltà

Mentre i risultati dell'analisi costi-benefici evidenziano chiaramente la misura dei costi sociali imposti dall'opzione zero e, per converso, la variazione del benessere collettivo associato alle opzioni alternative, il confronto tra queste ultime è più articolato. Poiché, infatti, la differenza principale tra l'opzione 2 e l'opzione 3 è principalmente di natura finanziaria (riguardando il "chi paga"), la scelta tra queste due opzioni non può fondarsi su considerazioni – tipiche dell'analisi costi-benefici – legate alla mera efficienza allocativa. Come sempre accade nell'AIR, l'opzione preferita è individuata anche sulla scorta di valutazioni ulteriori, quali i presupposti di natura economica, sociale, organizzativa e finanziaria ed il grado di raggiungimento degli obiettivi garantito dalle diverse opzioni.

D'altra parte, è bene ricordare che alcuni risultati raggiunti si basano su ipotesi anche molto "forti", per cui vanno considerati con molta attenzione. Ciò è vero principalmente per due stime:

- a) costo orario della formazione presso enti accreditati;
- b) variazione del costo delle MTA nel tempo.

Riguardo al primo punto, come già detto, in assenza di veri e propri preventivi provenienti da più Enti, le stime utilizzate sono da considerarsi solo indicative. In merito al secondo punto, nonostante l'approfondito studio effettuato per giungere ad una stima della variazione del costo delle MTA, le ipotesi utilizzate sia per gli effetti della formazione che per la percentuale di fattori di rischio "aggredibili" sono cruciali e determinano incertezza circa la monetizzazione dei benefici del provvedimento e la loro quantificazione.

Infine, va ricordato che non è stato possibile monetizzare il valore del tempo impiegato nell'opzione zero dai destinatari per richiedere ogni anno il rilascio/rinnovo del libretto; simmetricamente, nelle altre opzioni non è stato possibile monetizzare i costi per le imprese derivanti dall'assenza del personale alimentarista impegnato nei corsi di formazione. Di tali effetti è stata comunque fornita una quantificazione, in modo da renderli comparabili tra le opzioni. La loro monetizzazione, d'altra parte, non avrebbe modificato in modo significativo i risultati dell'analisi.

iii. Risultati

Per sintetizzare i risultati della valutazione economica sono stati calcolati due differenti indicatori di convenienza economica: il Valore Attuale Netto (VAN) ed il Rapporto Benefici-Costi Attualizzato (RBCA).

Gli indicatori dell'opzione zero e delle due opzioni attuabili sono riassunti nella tabella seguente (NB: i costi e i benefici delle opzioni 2 e 3 sono calcolati come differenza rispetto a quelli dell'opzione 0):

<i>Indicatore Economico</i>	<i>OPZIONE ZERO (Nessuna Modifica Regolativa)</i>	<i>OPZIONE 2 (Corsi Tenuti Dalle AUSL)</i>	<i>OPZIONE 3 (Corsi Tenuti Presso Enti Accreditati)</i>
VAN	- 23.739.749,15 EURO	43.787.126,97 EURO	Min. 44.163.882,27 EURO Max. 45.931.401,17 EURO
RBCA	-	6,302	Min. 5,258 Max. 7,217

Ai fini della lettura della tabella precedente, si tenga presente che il VAN (Valore Attuale Netto) indica la sommatoria algebrica dei costi e dei benefici attualizzati (quindi espressi in valori omogenei e confrontabili anche se facenti riferimento ad anni diversi) derivanti dall'adozione di una delle opzioni esaminate, quindi:

- percorrendo l'opzione 0 si avrebbe un saldo negativo fra benefici e costi di oltre 23 milioni di Euro in 11 anni (si mantengono infatti solo i costi derivanti dall'attuale gestione senza apportare benefici);
- percorrendo le opzioni 2 e 3, rispetto all'opzione 0 si ha un saldo positivo dei benefici sui costi oscillante fra circa 43.800.000 Euro e quasi 46.000.000 di Euro sempre facendo riferimento ad un orizzonte temporale di 11 anni.

Nella lettura di tali dati si deve comunque tenere presente che si tratta di stime fondate su determinate ipotesi circa gli scenari futuri, quindi suscettibili dei naturali adeguamenti riscontrabili in sede di attuazione dei provvedimenti.

L'altro indicatore proposto, RBCA (Rapporto Benefici-Costi Attualizzato), è il rapporto tra i benefici e i costi attualizzati (sempre nelle opzioni 2 e 3 rispetto l'opzione 0); quindi, ad esempio, nell'opzione 2 i benefici sono 6,302 volte i costi.

La considerazione congiunta dei risultati dell'analisi economica (efficienza) e della capacità di ogni opzione di raggiungere gli obiettivi fissati (efficacia) nonché delle criticità per ogni destinatario consente di concludere che l'opzione preferita è la n. 2 (corsi organizzati dalle AUSL).

Tale opzione, in particolare, tiene conto del "valore sociale" dell'obbligo formativo per il personale alimentarista: a essere tutelata non è la sola salute di tale personale, ma la salute di tutta la popolazione, per cui ha senso che i costi della formazione siano a carico della collettività (e, dunque, almeno in parte coperti dalla Regione).

C. Attivazione dell'analisi

C1) Principali risultati positivi e principali nodi critici della sperimentazione

Premesso che qualunque valutazione circa la capacità e l'opportunità di inserire stabilmente l'AIR all'interno della Regione Emilia Romagna è abbastanza prematura ed ha un valore relativo vista l'esiguità dell'esperienza in corso, una prima conclusione che ad oggi è possibile trarre è che il GdL è stato in grado di portare a termine la sperimentazione ed ha appreso che l'AIR "si può fare".

Sicuramente, uno dei principali risultati del lavoro svolto è, secondo tutti i membri del GdL, l'avvenuto confronto sulle iniziali proposte della Regione: il lavoro di gruppo ha consentito di chiarire agli stessi autori della proposta di legge, la logica, i limiti, gli obiettivi e le opportunità dell'eventuale modifica dell'assetto normativo. L'apporto proveniente da persone con una formazione (soprattutto economica e statistica) diversa da quella dei soggetti tipicamente coinvolti nel processo regolativo (tecnici del settore e giuristi) è innegabile e, nel tempo, sempre più apprezzato dagli altri componenti del gruppo.

D'altra parte, non si può negare che il lavoro di gruppo, insito nell'AIR, sia un elemento caratteristico ma non esclusivo di questa metodologia: in altre parole, alcuni dei vantaggi ottenuti durante la sperimentazione sarebbero stati comunque raggiunti tramite un lavoro di squadra anche in assenza dell'AIR.

Al contrario, l'approccio empirico tipico dell'AIR (cfr. ad esempio l'analisi econometrica prima menzionata e riportata come allegato, nonché lo stesso focus group) e, in particolare, l'attenzione ai costi ed ai benefici delle opzioni hanno sicuramente influenzato, informandolo, il processo decisionale. In merito a quest'ultimo aspetto, poi, è stata certamente innovativa l'attività di ricerca ed elaborazione di informazioni che consentissero non solo di definire le caratteristiche scientifiche del fenomeno in esame (attività comunque fondamentale per svolgere l'AIR), ma anche di esaminarne i principali effetti economici sulla platea di destinatari. La prospettiva richiesta dall'AIR e, segnatamente, dall'analisi dei vantaggi e degli svantaggi (ove possibile quantificati e monetizzati in termini di costi e benefici) prodotti dall'intervento regolativo ha fornito un contributo non indifferente all'analisi.

Questi elementi rappresentano anche il principale valore aggiunto che i funzionari regionali potranno percepire come frutto della sperimentazione e aiuteranno anche a formulare un giudizio sull'ausilio che l'AIR potrebbe fornire al processo decisionale regionale qualora fosse adottata come metodologia standard dalla Regione.

C2) Suggerimenti e proposte per l'introduzione dell'AIR

Qualora intendesse avvalersi stabilmente dell'AIR per la valutazione ex ante delle sue politiche regolative la Regione dovrebbe assicurare una composizione più equilibrata del GdL, sia dal punto di vista delle professionalità presenti, sia sotto il profilo del loro "peso". In particolare, il caso sottoposto a sperimentazione ha confermato che il coinvolgimento dell'ufficio di statistica è essenziale.

Inoltre, va rilevato che, a parte i soggetti provenienti dal Consiglio, tutti i componenti del gruppo provengono dalla stessa direzione (Sanità e Politiche Sociali). Ciò assicura una certa abitudine a lavorare assieme e, soprattutto, una visione abbastanza comune degli aspetti più rilevanti dell'attività regolativa della direzione; tuttavia, limita l'esperienza della sperimentazione ad una sola area amministrativa regionale e denuncia un interesse almeno al momento "concentrato" nei confronti dell'AIR.

La sperimentazione del caso in esame ha messo in luce anche due punti critici tipici dell'AIR: la difficoltà di individuare e raccogliere i dati necessari; la necessità di individuare criteri di selezione adeguati dei provvedimenti da sottoporre ad AIR. Pur non essendo possibile tracciare in questa sede un quadro definito e completo delle possibili soluzioni (o, almeno, delle condotte auspicabili), è comunque utile rilevare quanto segue:

- a) La presenza, all'interno del GdL, di esperti della materia oggetto della regolazione abituati a ragionare in termini empirici è stata di rilevanza cruciale. Ciò suggerisce un modello organizzativo per la gestione dell'AIR in cui sia previsto un team AIR multidisciplinare composto da un gruppo di persone che si occupi stabilmente (anche se non esclusivamente) dello svolgimento dell'AIR e che si avvalga di volta in volta dei tecnici e degli esperti del settore oggetto di analisi.
- b) Non tutte le norme possono essere utilmente sottoposte ad AIR, per cui è necessario individuare opportuni criteri di selezione delle proposte d'intervento. Una prima scelta riguarda gli interventi, come quello analizzato durante questa sperimentazione, di tipo regolativo, ma sarebbe utile individuare criteri aggiuntivi, in modo da riservare l'AIR alle norme più "significative". Inoltre, è bene ricordare che il supporto decisionale fornito dall'AIR è tanto maggiore quanto più le opzioni di intervento sono, in partenza, incerte, in modo da evitare scelte (anche parzialmente) predeterminate a monte.