

# **Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune**

Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità  
di Assolombarda

**Rapporto di ricerca**

## Introduzione

Il processo di introduzione dell'accreditamento nel Servizio Sanitario Nazionale, annunciato nel 1992 (D. lgs. 502/92), successivamente articolato e specificato nel 1997 (D.P.R. 14/01/97) e nel 1999 (D. lgs. 229/99), e poi affidato alle Regioni, anche in forza delle modifiche costituzionali intercorse nel 2001 (Riforma Titolo V della Costituzione), si configura oggi come sommatoria di sistemi regionali. Dopo un'iniziale adesione corale ed un interesse diffuso da parte degli addetti ai lavori, la messa a regime ed il perfezionamento del proprio sistema di accreditamento, da parte di un nutrito gruppo di regioni, sembra subire una fase di stasi e di slittamento verso un livello di priorità secondario.

Altre e più pressanti esigenze stanno occupando l'agenda del Ministero della Salute e degli Assessorati alla Sanità delle Regioni, nonché l'attenzione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, tra cui, sempre in primo piano, il pressante problema economico finanziario, accompagnato ora dal tema del momento, il risk management. Si tratta certamente di problematiche cruciali e di grande impatto sull'opinione pubblica, che meritano una trattazione immediata e soluzioni tampone nel breve termine. Sembrano invece meno popolari, e praticabili, processi di "rimessa in qualità" dei sistemi e dei processi aziendali di gestione e miglioramento dei servizi sanitari, guidati da un organico sistema di requisiti di accreditamento. Essi sono meno immediati, meno efficaci dal punto di vista comunicativo, ma certamente capaci, se applicati in modo sistematico, di influire là dove si generano i problemi, gli eventi avversi e si dissipano risorse per la non-qualità, vale a dire il sistema di produzione e gestione dei processi sanitari e assistenziali

Riprendendo una tradizione degli scorsi anni, si è ritenuto opportuno riproporre nel presente rapporto una ricognizione sullo stato dell'arte dei sistemi di accreditamento regionali, per fare il punto su un percorso che ci allinea a quanto fatto a livello internazionale, ma da cui ci si attendevano impatti più rilevanti sotto il profilo culturale e sotto il profilo tecnico. Impatti più rilevanti di quanto il "comune sentire", le attenzioni dedicate a livello centrale (Ministero e ASSR), l'orientamento di un numero non trascurabile di regioni e, non ultima, la quasi totale assenza di rapporti ufficiali sui progressi ottenuti, portino oggi a dedurre. Non ultimo il parere di chi, vuoi perché coinvolto come esperto, vuoi perché direttamente implicato nelle Agenzie e negli Assessorati Regionali, vuoi, ancora, perché responsabilizzato sul campo, come titolare dell'Ufficio Qualità aziendale, rileva la prevalenza di adempimenti amministrativi connessi con l'accreditamento rispetto alla realizzazione di processi di miglioramento della qualità. L'aspetto chiave che preme a tutti coloro che hanno dedicato risorse alla costruzione ed all'avvio del sistema è che prevalga la prospettiva del miglioramento del sistema dell'offerta rispetto ad un approccio di mera regolamentazione dei fornitori di prestazioni sanitarie.

Di seguito si presenta la ricognizione effettuata nei mesi di maggio e giugno 2007, su base esclusivamente documentale, concernente lo stato dell'arte relativo alla costruzione e realizzazione del sistema di accreditamento delle regioni. Tale base documentale è costituita dai Piani Sanitari Regionali in vigore, dai documenti ufficiali messi a disposizione dalle Regioni e dalle Agenzie Sanitarie Regionali sui propri siti web istituzionali. Si tratta di decreti, delibere, leggi regionali che hanno mappato e regolamentato i diversi percorsi che ciascuna regione ha autonomamente individuato. Si ricorda infatti che ciò è avvenuto in assenza di linee guida emanate dal centro per uniformare e allineare i vari sistemi.

Ci si focalizzerà successivamente sull'esperienza della Regione Lombardia, che in conclusione di una fase triennale di valutazione delle aziende del proprio territorio, sta facendo il punto sul percorso intrapreso.

### 1. Lo stato dell'arte nelle Regioni italiane

Le Regioni Italiane hanno disciplinato gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale seguendo percorsi differenti, che hanno condotto: (i) ad una diversa tempistica di progettazione o implementazione del sistema (con tempi molto dilatati da parte di alcune Regioni); (ii) ad un diverso livello di "introduzione" degli stessi nel Servizio Sanitario Regionale (alcune Regioni hanno applicato il sistema a

tutte le strutture pubbliche e private, altre si sono limitate all'accREDITAMENTO di alcune specialità o di alcune particolari tipologie di strutture); (iii) alla definizione di caratteristiche peculiari per i diversi modelli regionali (in relazione, ad esempio, alle funzioni assegnate al sistema o al grado di sofisticatezza che esso ha raggiunto).

La Tabella 1, che riporta i criteri di analisi e i risultati della ricognizione, vuole mettere in luce quali siano le principali caratteristiche del sistema di accREDITAMENTO attualmente vigente nelle diverse Regioni italiane, in relazione alla normativa di riferimento e alle politiche di sviluppo riportate nei Piani Sanitari Regionali, cercando di definire, in particolare, quale sia l'attuale normativa sugli istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale, i più importanti provvedimenti collegati, quali gli enti coinvolti nella fase di progettazione e/o di gestione del sistema e le caratteristiche specifiche che il modello ha assunto in ogni regione.

Occorre, altresì, precisare che alcune Regioni non hanno messo a disposizione sui siti, o almeno non integralmente, la documentazione ufficiale necessaria per poter evincere pienamente gli orientamenti ed i progressi del proprio sistema di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale.

Regione	PSR Vigente	Recepimento DPR 14/01/97	Accreditamento Istituzionale	Provvedimenti collegati	Enti coinvolti	Caratteristiche specifiche
Abruzzo	PSR 1999-2001 Il PSR dichiara l'obiettivo di procedere all'accredimento definitivo	D.G.R. n. 2106 dell'11/08/97 L.R. n. 62 del 29/07/98 Recepisce l'atto di indirizzo e coordinamento contenuto nel DPR 14/01/97	Nel febbraio 2007 la G.R. ha approvato un disegno di legge che disciplina autorizzazione ed accreditamento		Le unità operative regionali responsabili del sistema di autorizzazione ed accreditamento sono diverse e competenti per settore: "Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa" per ospedali, case di cura, strutture psico-riabilitative; "Servizio di Assistenza Distrettuale - Riabilitativa e Medicina sociale" per le RSA; "Servizio di Assistenza Distrettuale - Attività Territoriale Sanitaria" per Presidi sanitari pubblici e privati ambulatoriali e strutture termali. ARS Abruzzo Commissione tecnica <sup>1</sup> per la definizione del regime, dei requisiti e dei tempi	
Basilicata	PSR 1997-1999 Documento non disponibile in formato elettronico	D.G.R. n. 1318 del 15/06/99 Contiene i requisiti generali per l'accredimento delle strutture pubbliche e private in base al DPR 14/01/97 D.G.R. n. 3345 del 28/12/99 Integra i requisiti con le indicazioni del D. lgs. 229/99	D.G.R. n. 2753 del 30/12/05 e successive modifiche ed integrazioni con D.R.G. n. 483 del 03/04/06 Approva il Manuale dell'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private D.G.R. n. 1598 del 31/10/06 Approva il procedimento amministrativo per l'accredimento istituzionale delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private"		Dalla documentazione non risulta la partecipazione al processo di enti diversi dalla Regione. L'unità operativa regionale competente è "Ufficio questioni giuridico amministrative dei Settori Sociosanitario e Sanitario. Politiche del Personale in Convenzione con il SSR. Autorizzazione ed Accredimento Strutture". Le delibere rimandano ad atti successivi per la costituzione di un apposito organismo denominato Osservatorio Permanente per l'Accreditamento	La Regione ha aderito al Progetto interregionale (con capofila la regione Emilia Romagna) sullo "Sviluppo e mantenimento di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento" per la formazione di un gruppo di valutatori Due livelli di accreditamento, il primo per accedere agli accordi contrattuali, il secondo sembra collocarsi quale "accredimento

<sup>1</sup> La composizione delle commissioni o di altri organismi è indicata solo ove esplicitato nella documentazione ufficiale.

						all'eccellenza"
Calabria	<p>PSR 2004-2006</p> <p>Il PSR definisce i requisiti ulteriori di tipo organizzativo, tecnico-professionali e di aspettativa dell'utenza, in via provvisoria per il triennio</p> <p>I soggetti già accreditati devono adeguarsi ai requisiti ulteriori nei primi due anni di vigenza del PSR</p> <p>Il PSR stabilisce la successiva revisione degli accreditamenti sulla base di alcuni parametri e criteri che prevedono la diminuzione dei posti letto dedicati ad acuzie a favore di regimi di assistenza diurna, di riabilitazione e lungodegenza.</p>	D.G.R. n. 3428 del 16/06/97	<p>D.G.R. n. 133 del 15/02/99</p> <p>Definisce requisiti e procedure per l'accredimento. I requisiti sono stati ampliati sulla base della programmazione regionale e da atti normativi regionali e nazionali</p> <p>D.R.G. n. 491 del 07/08/00</p> <p>Ribadisce la provvisorietà dell'accredimento</p>	<p>L.R. n. 11 del 02/05/2001</p> <p>Incentiva l'adozione di sistemi di qualità aziendali secondo standard UNI EN ISO 9000, per classificare le aziende in "Centri di Eccellenza"</p> <p>D.G.R. n. 361 del 07/06/2004</p> <p>Autorizza il rilascio dell'accredimento alle strutture ambulatoriali, alle RSA e alle strutture di riabilitazione</p>	<p>L'unità operativa regionale responsabile è "Accreditamento, promozione ed educazione alla salute. Sistema Informativo sanitario" all'interno del settore "Programmazione. Innovazione. Ricerca, epidemiologia".</p> <p>Commissione tecnico-consulativa per l'accredimento, istituita nel 1999</p>	Il manuale di accreditamento verrà definito sulla base del modello emiliano romagnolo
Campania	<p>PSR 2002-2004</p> <p>Gli istituti dell'autorizzazione ed accreditamento, secondo il PSR, sono strumenti di governo e controllo della spesa sanitaria e di modulazione della capacità produttiva delle strutture pubbliche e private sulla base di un "Piano delle Prestazioni"</p>	<p>D.G.R. n. 6181 del 31/07/97</p> <p>D.G.R. n. 3958 del 07/08/01</p> <p>Approva i requisiti minimi per l'autorizzazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private</p>	<p>La Regione, ad oggi, ha disciplinato autorizzazione ed accreditamento solo per alcune branche specialistiche (cfr. provvedimenti collegati)</p>	<p>D.G.R. n. 1526 del 29/07/04 e Regolamento n. 3 del 31/07/06</p> <p>Definiscono i requisiti ulteriori e le procedure per l'accredimento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e riabilitazione ambulatoriale</p>	<p>L'unità operativa regionale competente è il servizio "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private" all'interno del settore "Programmazione" dell'area "Piano Sanitario Regionale e rapporti con le uu.ss.II."</p> <p>ARS Campania</p>	
Emilia Romagna	<p>PSR 1999-2001</p> <p>Pone particolare enfasi sui temi della qualità dei servizi, dell'appropriatezza e della rispondenza alle aspettative dell'utenza, rispetto ai quali il sistema di accreditamento costituisce elemento essenziale</p>	<p>L.R. n. 34 del 12/10/98</p> <p>Disciplina le norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14/01/97</p>	<p>D.G.R. n. 327 del 23/02/04</p> <p>Ridefinisce le procedure e i requisiti per l'autorizzazione e l'accredimento delle strutture sanitarie e ha stabilito i requisiti per i Centri di Riabilitazione ex art. 26 e gli hospice.</p> <p>Esclude la possibilità di accreditare ulteriori posti letto sino a successive determinazioni della G.R.</p>		ARS Emilia Romagna	I requisiti ulteriori sono stati elaborati prendendo come riferimento concettuale le Norme ISO 9000
Friuli Venezia	<p>PSSSR 2006-2008</p> <p>Ha l'obiettivo di emanare gli</p>	<p>L.R. n. 8 del 09/03/01</p> <p>Delega la Giunta Regionale</p>	<p>La Regione, ad oggi, ha disciplinato autorizzazione ed</p>	<p>D.G.R. n. 1852 del 20/06/97</p> <p>Individua i requisiti e le</p>	<p>Nell'organizzazione Regionale la competenza è del servizio</p>	La Regione intende definire il fabbisogno

Giulia	ulteriori requisiti e le procedure per l'accreditamento per le strutture sanitarie pubbliche e private per tutte le branche specialistiche	a stabilire le procedure e i requisiti minimi ed ulteriori D.G.R. n. 1292 del 23/04/02 Disciplina i requisiti minimi	accreditamento solo per alcune branche specialistiche (cfr. provvedimenti collegati)	procedure per l'accreditamento delle specialità ambulatoriali di Laboratorio, Radiologia, Riabilitazione, Cardiologia, Odontostomatologia e Medicina dello Sport. Di fatto sospesa in attesa di determinazione dei fabbisogni di attività. D.G.R. n. 1705 del 15/07/05 stabilisce i nuovi requisiti per l'accreditamento istituzionale della Medicina di Laboratorio e della Diagnostica per Immagini ed approva la procedura solo per le strutture private D.G.R. n. 2831 del 28/10/05 Approva i requisiti e la procedura per l'accreditamento della Medicina di Laboratorio e della Diagnostica per Immagini e definisce il fabbisogno di prestazioni della Diagnostica per immagini D.G.R. n. 168 del 02/02/07 Approva i requisiti e la procedura per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche eroganti prestazioni di Medicina TrASFusionale D.G.R. n. 705 del 29/03/07 Approva i requisiti e la procedura per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni di procreazione medicalmente assistita	"Assistenza Sanitaria" ARS FVG	di attività sanitarie e socio-sanitarie per le quali può essere richiesto l'accreditamento
Lazio	PSR 2002-2004 L'accreditamento, secondo il PSR, è un sistema di controllo esterno definito dalla Regione	D.G.R. n. 2609 e 2610 del 06/05/97 Stabilisce l'accreditamento provvisorio delle strutture già	D.G.R. n. 355 del 12/05/00 D.G.R. n. 2591 del 19/12/00 Deliberano l'accreditamento provvisorio per tutte le		ASP Lazio	L'autorizzazione prevede una verifica di compatibilità in relazione al

	con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza per gli operatori ed i destinatari dell'attività sanitaria	convenzionate L.R. n. 4 del 03/03/03 Definisce il quadro normativo della disciplina. La G.R. è delegata a stabilire procedure e requisiti.	strutture convenzionate			fabbisogno complessivo territoriale ed alla localizzazione delle strutture stesse
Liguria	PSR 2003-2005 Persegue i seguenti obiettivi: a) rinviare nel tempo l'applicazione del D.P.R. 14/01/97; b) rilanciare la funzione innovativa dell'accredimento per i punti di eccellenza; c) rilanciare il sistema di accreditamento	L.R. n. 20 del 30/07/99 Definisce le procedure per l'autorizzazione al funzionamento dei presidi sanitari, socio-sanitari e sociali e le modalità di accreditamento	D.G.R. n. 1335 del 16/11/01 Approva il Manuale per l'accREDITamento istituzionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie. D.G.R. n. 36 del 17/01/03 Aggiorna il manuale con la procedura ed i termini per l'istanza di accREDITamento		Il settore "Assistenza ospedaliera e specialistica" è l'unità operativa responsabile per l'autorizzazione e l'accREDITamento istituzionale. Commissione tecnica per la verifica e l'accERTamento dei requisiti per l'accREDITamento, integrata da esperti nominati dal Presidente della Giunta, istituita nel 2001	
Lombardia	PSR 2007-2009 Il sistema di autorizzazione e accREDITamento, secondo il PSR, fa parte del sistema di valutazione e controllo regionale, finalizzato al perseguimento della qualità del SSR. Deve svolgere anche una funzione di governo rispetto al raggiungimento dello standard di 4,5 PPLL per 1000 abitanti	L.R. n. 31 dell'11/07/97 (art. 12 comma 3 e 4) Definisce la disciplina relativa al sistema di autorizzazione ed accREDITamento	D.G.R. n. 38133 del 06/08/98 Definisce i requisiti e gli indicatori per autorizzazione e accREDITamento	D.G.R. n.18405 del 30/07/04 Estende il regime di accREDITamento alle strutture riabilitative D.G.R. n. 12618 del 07/04/03 Estende il regime di accREDITamento alle RSA	Dalla documentazione non risulta la partecipazione al processo di enti diversi dalla Regione. L'unità operativa competente è l'Unità Organizzativa Servizi sanitari territoriali"	Ha promosso l'adozione di standard internazionali per "l'accREDITamento all'eccellenza" sulla base del modello definito dalla "Joint Commission International" (JCI). Ha esteso il sistema di accREDITamento istituzionale anche alle strutture che costituiscono la rete del sistema di welfare socio-assistenziale
Marche	PSR 2003-2006 Gli obiettivi sono: a) consolidare e portare a compimento il sistema; b) completare le visite alle strutture nell'arco di due anni; C) procedere alla ridefinizione del sistema	D.G.R. n. 7128 del 28/04/97 L.R. n. 20 del 16/03/00 (modificata dalla L.R. n. 12 del 23/02/05) Definisce la normativa quadro sugli istituti D.G.R. n. 2457 del 21/11/00 (modificata dalla D.G.R. n.	D.G.R. n. 1889 del 31/07/01 Approva il Manuale dei requisiti per l'accREDITamento	D.G.R. 2090 del 10/10/00 Determina il fabbisogno di strutture e presidi nella regione ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione. D.G.R. n. 130 del 19/02/02 Definisce l'autocertificazione	ARS Marche Gruppo di AccREDITamento Regionale, istituito nel 2001	La ridefinizione del sistema di accREDITamento doveva basarsi sui processi assistenziali e sulla valutazione degli esiti clinici La Regione ha

		1579 del 20/06/01) Approva il Manuale di autorizzazione		della sussistenza dei requisiti minimi impiantistici e strutturali		aderito alla collaborazione internazionale ALPHA dell'International Society for Quality in Health Care" (ISQua)
Molise	PSR 1997-1999 Documento non disponibile in formato elettronico	D.G.R. n. 898 del 22/06/98 D.G.R. n.1605 del 21/11/00 Stabilisce l'accREDITAMENTO provvisorio delle strutture precedentemente convenzionate	D.G.R. 453 del 14/04/99 Approva i requisiti e le procedure per autorizzazione ed accREDITAMENTO ma è stata sospesa dalla D.G.R. n. 407 del 13/03/00		Dalla documentazione non risulta la partecipazione al processo di enti diversi dalla Regione. L'unità operativa regionale competente è il "Servizio Ospedalità pubblica e privata"	Il sistema di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale non è operativo
Piemonte	PSR 1997-1999 Gli istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO, secondo il PSR, mirano a promuovere la qualità e una più razionale distribuzione dei servizi sanitari a livello regionale	D.C.R. 616 del 22/02/00	D.G.R. n. 82-1597 del 05/12/00 Attuativa della 616/2000, stabilisce i requisiti ulteriori, in via sperimentale per due anni, modificati poi da D.G.R. n. 81-14428 del 20/12/04 D.D. n. 277 del 05/09/01 Disciplina il manuale di accREDITAMENTO e il protocollo operativo dell'ARPA		All'interno dell'organizzazione regionale la competenza è del "Settore programmazione sanitaria" A.R.P.A (Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale) tramite funzionari <i>ad hoc</i> e con il supporto di esperti esterni, delegata nel 2001 ARESS Piemonte	L'accREDITAMENTO si divide in tre fasce (A, B, C) di requisiti, in relazione alla complessità dell'attività svolta e alla presenza di particolari caratteristiche di qualità
Puglia	PSR 2002-2004 Il Piano non dedica una parte specifica ma solo qualche riferimento marginale al tema dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO	L. R. n. 8 del 28/05/04 Delega la G.R. per la definizione dei requisiti	R.G.R. n. 3 del 13/01/05 Elenca i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO	R.G.R. n. 3 del 02/03/06 Definisce il fabbisogno delle prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie.	ARES Puglia	
Sardegna	PRSS 2006-2008 Gli istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO, secondo il PRSS, svolgono una funzione di regolazione dei procedimenti e dei requisiti relativi all'ingresso nel SSR di soggetti erogatori, con l'obiettivo finale di garantire la qualità, i migliori risultati delle	D.G.R. n. 26/21 del 04/06/98 L.R. n. 10 del 28/07/06 (artt. 5, 6 e 7) Disciplina i principi fondanti il sistema di autorizzazione, accREDITAMENTO ed accordo contrattuale. Delega la G.R. per la definizione delle modalità di autorizzazione sulla base degli indicatori di	L.R. n. 10 del 28/07/06 (artt. 5, 6 e 7) La Regione, ad oggi, ha disciplinato l'accREDITAMENTO nei requisiti e nelle procedure solo per alcune tipologie di strutture (cfr. provvedimenti collegati)	D.G.R. n. 8/16 del 28/02/06 Stabilisce i requisiti per l'accREDITAMENTO dei soggetti erogatori di attività di riabilitazione D.G.R. n. 25/7 del 13/06/06 Definisce i requisiti per autorizzazione ed accREDITAMENTO delle strutture	L'unità operativa regionale competente è il "Settore autorizzazioni ed accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio sanitarie" Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accREDITAMENTI, istituito nel 2006	Il sistema ideato nel PRSS 2006-2008 si ispira al modello emiliano-romagnolo



	cure e l'economicità del sistema Ulteriore funzione dell'accreditamento è il contrasto alle forme di precariato lavorativo non fisiologiche	fabbisogno determinati dal Piano Sanitario Regionale o da altri atti nazionali o regionali		che erogano prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita		
Sicilia	PSR 2000-2002 Il sistema di autorizzazione ed accreditamento, secondo il PSR, ha due funzioni: a) favorire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni; b) favorire la diminuzione dei ricoveri ospedalieri a favore dell'assistenza territoriale, definendo i requisiti delle strutture facenti parte il sistema di assistenza del territorio	D.A. n. 890 del 17/06/02 Recepisce i requisiti minimi del DPR 14/01/97 e definisce quelli ulteriori per l'accreditamento	D.A. n. 890 del 17/06/02	D.A. n. 3693 del 25/06/04 Stabilisce una proroga di 12 mesi la scadenza per l'adeguamento ai requisiti organizzativi e tecnologici. Rimane la scadenza al 30/06/07 per i requisiti strutturali.	Dalla documentazione non risulta la partecipazione al processo di enti diversi dalla Regione. Le Unità Operative regionali responsabili del sistema di autorizzazione ed accreditamento sono diverse. Il servizio "accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie" si occupa della predisposizione ed aggiornamento dell'elenco delle strutture soggette ad accreditamento istituzionale, dell'accettazione, dell'istruttoria e della verifica delle istanze di accreditamento. Mentre altri servizi sono competenti per settore: "servizio assistenza distrettuale", "servizio ospedalità pubblica e privata", "servizio salute mentale, dipendenze patologiche, interventi per handicap e disabili".	Il processo di definizione dell'autorizzazione e dell'accreditamento ha coinvolto diversi attori della realtà sanitaria regionale (Aziende, OO.SS., ecc.)
Toscana	PSR 2005-2007 L'obiettivo dichiarato nel PSR è il miglioramento del sistema di accreditamento e, nel contempo, la sua ridefinizione verso modelli che garantiscano sicurezza del percorso di cura del singolo paziente ed il governo clinico delle attività, con particolare enfasi sull'appropriatezza e il risk management	L.R. n. 8 del 28/02/99 Definisce le norme in materia di autorizzazione e di accreditamento	L.R. n. 8 del 28/02/99 Stabilisce che i requisiti debbano riferirsi alla qualità: a) dei sistemi organizzativi; b) tecnico-professionale; c) percepita dall'utente. D.C.R. n.30 del 22/11/99 Approva i Manuali dei requisiti e delle procedure di accreditamento		La competenza all'interno dell'organizzazione regionale è del Settore "Assicurazione e qualità" Commissioni regionali per l'accreditamento, istituite nel 2002 ARS Toscana Consiglio Sanitario Regionale	La scelta della Regione è stata di approvare due distinti manuali per l'accreditamento, uno per le strutture pubbliche e l'altro per le private
Umbria	PSR 2003-2005	L.R. n. 3 del 20/12/98	R.R. n. 3 del 31/07/02		L'unità operativa regionale	La Regione ha ideato

	L'accreditamento rappresenta uno stimolo all'introduzione di un sistema di governo clinico Obiettivo del PSR è il completamento delle iniziative di formazione degli operatori	Stabilisce le norme per l'autorizzazione e l'esercizio delle attività sanitarie nelle strutture pubbliche e private, di cui al DPR 14/01/97	D.G.R. n. 570 del 07/05/03 Definisce i criteri sulla base dei quali dovranno essere stabiliti gli ulteriori requisiti per l'accreditamento		“Accreditamento e valutazione di qualità” è responsabile in materia di autorizzazione ed accreditamento Nucleo di valutazione per l'accreditamento, istituito nel 2002 Centro Regionale per l'accreditamento, composto da una Società di Certificazione dei Sistemi di Qualità in Sanità e da valutatori di qualità formati dalla Regione, istituito nel 2003	un sistema di <i>Audit</i> di accreditamento su tre livelli del quale si occupa la Società di Certificazione La Regione ha aderito al Progetto interregionale (con capofila la regione Emilia Romagna) sullo “Sviluppo e mantenimento di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento” per la formazione di un gruppo di valutatori
Valle D'Aosta	PSR 2006-2008 Il PSR mira ad estendere l'accreditamento alla totalità delle strutture ospedaliere, alle attività socio-sanitarie e socio-educative, ai professionisti Lo scopo finale è orientare la qualità del SSR verso l'eccellenza	D.G.R. n. 2103 del 21/06/04 Definisce requisiti e procedure per l'autorizzazione	D.G.R. n. 1232 del 26/04/04 Approva il Manuale per l'accreditamento istituzionale	D.G.R. n. 2429 del 29/07/05 Proroga l'accreditamento provvisorio delle delle strutture e delle attività relative all'area della prevenzione, territoriale ed ospedaliera dipartimentale	Dalla documentazione non risulta la partecipazione al processo di enti diversi dalla Regione. All'interno dell'organizzazione regionale se ne occupa l'ufficio: “Servizio Risorse” del dipartimento “Sanità, Salute e Politiche Sociali”.	La Giunta Regionale determina i limiti quantitativi all'erogazione delle prestazioni, che costituiscono vincolo per l'autorizzazione e l'accreditamento Il PSR lamenta carenze di professionalità specifiche in materia
Veneto	PSR 1996-1998	L.R. n. 22 del 16/08/02 Definisce la disciplina dell'autorizzazione e dell'accreditamento per le strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, con riferimento al DPR 14/01/97	D.G.R. n. 2501 del 06/08/04 Adotta un Manuale con l'indicazione dei requisiti, sia per autorizzazione sia per accreditamento, e delle relative procedure		ARSS Veneto Organismo Tecnico Consultivo, istituito nel 2002	
Provincia Bolzano	PSP 2000-2002 Indica, tra gli obiettivi, l'accreditamento definitivo dei soggetti erogatori presenti nel Sistema Sanitario Provinciale	D.G.P. n. 582 dell'01/03/99 D.G.P. n. 406 del 17/02/03	D.G.P. n. 582 dell'01/03/99 Definisce le linee guida provvisorie per l'attivazione del processo di accreditamento limitatamente alle strutture sanitarie private		L'Unità Operativa regionale competente in materia è il “Servizio centrale autorizzazione ed accreditamento” Dalla documentazione non risulta la partecipazione al	

			<p>D.G.P. n. 406 del 17/02/03 Stabilisce la disciplina dell'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti</p> <p>D.G.P. n. 763 del 17/03/03 Definisce i requisiti minimi ed ulteriori per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie ospedaliere</p>		<p>processo di enti diversi dalla Regione.</p>	
<p>Provincia Trento</p>	<p>PSP 2000-2002</p>	<p>L.R. n. 3 del 23/02/98 Rinvia ad un apposito regolamento la disciplina su autorizzazione e accreditamento</p> <p>D.P.G.P. n. 30-48 del 27/11/2000 Definisce sia le procedure sia i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi delle strutture sanitarie e degli studi professionali medici</p>	<p>Non è stato possibile individuare un regolamento specifico sull'accreditamento emanato dalla Provincia</p>		<p>Nell'organizzazione regionale è responsabile per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale l' "Ufficio per la qualità dei servizi e delle strutture"</p> <p>Commissione tecnica per l'accreditamento</p>	<p>L'autorizzazione è subordinata alla verifica di compatibilità in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti nella Provincia</p> <p>Sul territorio provinciale esiste il caso di accreditamento all'eccellenza dell'Azienda Ospedaliera S. Chiara, che è accreditata <i>Joint Commission International</i> ed ha adottato il modello di eccellenza organizzativa <i>EFQM</i></p>

Fonte: Nostra elaborazione da normativa, documenti istituzionali regionali e dati AIOP.

L'analisi documentale svolta ha consentito di evidenziare dei “*cluster*” nei quali si collocano le diverse Regioni. Ognuna di esse, infatti, può essere ricondotta ad un diverso “stadio” in relazione alle politiche che, al presente, ha messo in atto per il sistema di autorizzazione ed accreditamento.

I cluster individuati sono i seguenti:

- Sistemi in fase di perfezionamento: è il caso delle Regioni che hanno già messo a regime gli istituti e si accingono a migliorare e affinare il sistema;
- Sistemi in fase di progressione o rilancio: le Regioni hanno posto nuovamente la loro attenzione sul tema dell'accREDITamento, approvando una nuova normativa in materia o dedicando parte degli obiettivi del PSR allo sviluppo del sistema;
- Sistemi in fase di “attesa”: in questa categoria rientrano quelle Regioni che, dall'analisi documentale, non risultano attive riguardo: a) il completamento del modello regionale (ad esempio mancata definizione dei requisiti ulteriori) oppure b) l'implementazione del modello, nel momento in cui esso risulti interamente definito.

Nel primo *cluster* si inseriscono Regioni che, in passato, sono state “pioniere” nell'elaborazione di modelli di autorizzazione ed accREDITamento (Brusoni e Frosini, 2002): Emilia Romagna, Lombardia e Toscana.

Il secondo gruppo è più eterogeneo ed è composto dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Nell'ultima categoria, infine, rientrano sia le Regioni che sembrano attendere segnali più precisi di indirizzo dal livello centrale e si limitano ad una definizione provvisoria del sistema (come Campania, Lazio, Liguria, Molise, Puglia, Umbria) sia quelle che sembrano prediligere lo sviluppo di alcune esperienze pilota (così il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento).

Tali classificazioni non hanno la pretesa di essere esaustive di tutti gli aspetti che riguardano i modelli di autorizzazione ed accREDITamento, ma vogliono essere semplicemente indicative dello status normativo e delle politiche riguardanti tali istituti a livello complessivo regionale. In tali categorie, infatti, non rientrano i singoli casi di eccellenza che possono trovarsi all'interno del territorio regionale, frutto della capacità della singola azienda sanitaria di distinguersi per qualità della struttura, dei processi e dell'assistenza erogata. È questo il caso, ad esempio, dell'Azienda Ospedaliera S. Chiara di Trento, che ha ottenuto nel 2005 l'accREDITamento all'eccellenza della *Joint Commission International* (Brusoni e De Riu, 2005) nonostante, a livello provinciale, non siano stati ancora definiti i requisiti ulteriori per l'accREDITamento istituzionale.

Di seguito saranno trattati i casi delle singole Regioni appartenenti ai *cluster* sopra delineati.

### 1.1 Sistemi in fase di “attesa”

In questo gruppo rientrano le Regioni che hanno manifestato, per vari motivi, uno stato di “attesa” rispetto alla completa messa in funzione dei sistemi di autorizzazione ed accREDITamento: Campania, Lazio, Liguria, Molise, Puglia, Umbria, Veneto e la Provincia di Trento.

In Campania, sia nell'assistenza ospedaliera sia nell'assistenza specialistica ambulatoriale e nella diagnostica strumentale e di laboratorio, la presenza di operatori privati rispetto a quelli pubblici è tra le più rilevanti rispetto alla media nazionale (Carbone e Lecci, 2006). Le strutture pubbliche assorbono, ad ogni modo, un'elevata quota di risorse, dovuta alla maggiore complessità delle prestazioni erogate negli ospedali pubblici, nei quali sono presenti servizi ad alta specialità, servizi di rianimazione e terapia intensiva e servizi di

pronto soccorso. Il sistema dell'autorizzazione, accreditamento istituzionale ed accordo contrattuale, come indicato nel PSR 2002-2004, è percepito principalmente quale strumento per poter modulare la capacità produttiva dei soggetti pubblici e privati e garantire un maggiore controllo della spesa sanitaria. Tuttavia, l'unica normativa ad oggi emanata dalla Regione Campania si riferisce a strutture che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e riabilitazione ambulatoriale, per cui il processo di definizione dell'istituto dell'accREDITAMENTO sembra essere in fase di "stasi".

Il Lazio, in principio, ha accreditato solo in via provvisoria le strutture private già convenzionate e i centri di riabilitazione ex art. 26. Solo nel 2003 è stata emanata la L.R. n. 4/2003 che rappresenta il quadro normativo entro il quale si colloca la disciplina sull'autorizzazione e sull'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. Tale legge ha delegato la Giunta Regionale ad emanare il fabbisogno di assistenza, i requisiti e le procedure per rendere attuabili gli istituti. Nonostante ciò, il processo normativo si è fermato e, attualmente, il sistema di accREDITAMENTO istituzionale non è operativo in Regione.

La Regione Liguria rappresenta un caso del tutto particolare nello studio effettuato. Dal punto di vista normativo è arrivata a concludere il processo di definizione del modello di accREDITAMENTO, con l'emanazione di un Manuale per l'accREDITAMENTO istituzionale delle attività sanitarie e sociosanitarie e la predisposizione di una procedura informatizzata per la presentazione delle istanze. Dal punto di vista strettamente operativo sembra, invece, collocarsi in un quadro di sostanziale attesa rispetto alla completa messa a regime del sistema. Il Piano Sanitario 2003-2005 della Regione Liguria, tuttora in vigore, attribuisce il ritardo nell'applicazione del sistema di accREDITAMENTO a due criticità esogene al SSR: (a) la mancata emanazione, da parte del Governo, dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto in materia e (b) il mancato stanziamento, da parte del Governo, di risorse finalizzate ad una manovra strutturale di adeguamento per quelle strutture sanitarie pubbliche nelle quali gli standard sono carenti o incompleti. Peraltro, si enfatizza la situazione di criticità nella quale si troverebbero tutte quelle associazioni non profit, di volontariato o espressione dell'azione delle famiglie (che operano secondo principi di sussidiarietà orizzontale rispetto al settore pubblico ed assicurano una parte sostanziale delle attività socio-sanitarie in Regione), le cui risorse non permettono di promuovere gli investimenti necessari per far fronte all'adeguamento strutturale richiesto. La Liguria, quindi, mette particolarmente in luce la mancanza di disposizioni chiare e definite a livello centrale e i problemi di scarsità di risorse che, insieme, possono creare un ostacolo per la piena sostenibilità del modello di accREDITAMENTO, una volta messo in funzione.

I siti istituzionali della Regione Molise non riportano informazioni specifiche sugli istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO istituzionale. L'analisi dello stato dell'arte su questo tema è stata, quindi, esclusivamente di carattere normativo: la delibera più recente in materia risale al 2000 (D.G.R. n. 1605/2000) e rappresenta l'ultimo atto di una lunga serie di provvedimenti attraverso i quali è stato stabilito l'accREDITAMENTO provvisorio delle strutture già convenzionate. Il sistema di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale, di conseguenza, non è operativo e la normativa è in attesa di revisione.

La Regione Puglia, dopo un lungo periodo di transizione, ha approvato la disciplina in materia di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale (L.R. n. 8/2004), rimandando alla Giunta Regionale per la definizione dei requisiti (regolamento n. 3/2005) e del fabbisogno delle prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accREDITAMENTO istituzionale (regolamento n. 3/2006). Dalle informazioni disponibili sui siti web istituzionali, il processo di accREDITAMENTO non risulta, tuttavia, essere stato ancora attivato. Ad ogni modo, la recente emanazione del regolamento potrebbe dare nuovo impulso alla messa in opera del modello.

La Regione Umbria, per completare e perfezionare il sistema di accreditamento istituzionale, ha puntato sull'istituzione di soggetti specifici (quali il "Centro regionale per l'Accreditamento" e il "Nucleo di Valutazione per l'Accreditamento") e sulla partecipazione al progetto interregionale di formazione per valutatori della qualità. In seguito a questa promettente partenza, dai documenti analizzati e dalle informazioni presenti sul sito non sembra che siano stati fatti altri passi rilevanti rispetto al tema dell'accREDITAMENTO dal 2004 in poi. La Regione potrebbe decidere di rilanciare il tema nel prossimo futuro, riprendendo in mano il modello di *Audit* di accreditamento ideato in passato.

La Regione Veneto ha emanato, nel 2004, un Manuale per la definizione delle procedure e dei requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO. Dalle informazioni rese disponibili sui siti internet e dai documenti ufficiali non si può dedurre con precisione quale sia l'attuale stato di implementazione e le future prospettive del modello di accREDITAMENTO istituzionale veneto. L'approvazione del prossimo "Piano Sanitario, Socio-Sanitario e Sociale" della Regione, attualmente in fase di discussione, potrebbe far chiarezza sulle politiche messe in campo riguardo il tema del miglioramento continuo della qualità. La Regione, nel frattempo, ha focalizzato le sue attenzioni sul tema del risk management (Si veda Brusoni, Cosmi e Trincherò, 2006) prevedendo l'inclusione di alcuni requisiti specifici nel Manuale di AccREDITAMENTO e l'applicazione alle Aziende Sanitarie nel corso del prossimo ciclo di verifica. Inoltre, ha concentrato le sue attenzioni sulla sperimentazione dei requisiti dell'accREDITAMENTO canadese in due ospedali, appartenenti alle ULSS di Belluno e di Treviso.

La Provincia Autonoma di Trento ha completato il quadro regolamentare per l'avvio delle procedure di autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie; l'istituto dell'autorizzazione è entrato nella fase operativa dal 2003. Tuttavia, non è stato ancora emanato un regolamento specifico per l'accREDITAMENTO in quanto, come precisato sul sito della Provincia, la Commissione tecnica per l'accREDITAMENTO sta portando avanti il lavoro di definizione dei requisiti ulteriori di qualità con una tempistica che terrà conto dello stato di avanzamento della procedura di autorizzazione. Trento sembra quindi trovarsi in una fase statica, almeno per quanto riguarda il processo di accREDITAMENTO, nonostante, come già richiamato sopra, sia presente sul territorio un'esperienza di accREDITAMENTO all'eccellenza rappresentata dall'Azienda Ospedaliera S. Chiara.

Non è stato possibile desumere dai documenti disponibili, sia per la Regione Veneto sia per la Provincia di Trento, l'intenzione di istituzionalizzare e diffondere tali esperienze di eccellenza, costruendo le condizioni affinché le *best practices* si possano estendere, innanzitutto attraverso il modello di accREDITAMENTO istituzionale, a tutte le aziende sanitarie facenti parte il SSR.

### *1.2 Sistemi in fase di progressione o rilancio*

Questo *cluster* è composto dalle Regioni che, recentemente, hanno cercato di dare nuovo impulso e forza al completamento del modello di autorizzazione ed accREDITAMENTO istituzionale. Fanno parte di tale categoria le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.

La progettazione del modello di autorizzazione e di accREDITAMENTO della Regione Abruzzo si è arrestata dopo aver recepito, circa 10 anni fa, il DPR 14/01/97. Il regime di accREDITAMENTO provvisorio, secondo le intenzioni del PSR 1999-2001, non doveva superare il limite temporale di un anno dalla data di pubblicazione. Invece, solo nel Febbraio del 2007 è stata annunciata l'approvazione di un disegno di legge in materia da parte della Giunta Regionale abruzzese, quale premessa normativa per l'emanazione di una serie di deliberazioni della

Giunta regionale che, disciplinando requisiti, fabbisogno e procedure, daranno attuazione al sistema di accreditamento. L'approvazione del disegno di legge da parte della Giunta Regionale potrebbe, così, stimolare e accelerare il processo di accreditamento nella Regione, che esce da una situazione di vuoto legislativo che si protrae da anni.

Il percorso di definizione del sistema di autorizzazione ed accreditamento della Regione Basilicata, al contrario, è avvenuto per tappe successive ed è culminato con l'approvazione di un Manuale dell'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private (D.G.R. n. 2753 del 30/12/05 e successive modifiche ed integrazioni), quale presupposto necessario per la messa a regime del modello istituito. Inoltre, la Regione ha partecipato al progetto interregionale per la formazione dei valutatori della qualità, con capofila la Regione Emilia Romagna. La Regione Basilicata ha, quindi, investito sul tema dell'accreditamento, portando a compimento il processo di definizione del sistema regionale e iniziandone l'implementazione. Sarà necessario ancora del tempo per conoscere i risultati raggiunti in termini di operatività del sistema, in quanto il termine per il conseguimento dell'accreditamento "transitorio" (livello "base" definito ai fini di una prima implementazione del sistema) è scaduto il 31/12/06 e quello per raggiungere l'accreditamento di primo livello (necessario per poter accedere agli accordi contrattuali) è fissato per il 30/09/07, data che segna la chiusura del periodo "transitorio" e la messa a regime del modello regionale.

La realtà sanitaria calabrese, come quella campana, è caratterizzata da un'elevata presenza di strutture private (Carbone e Lecci, 2006). I principi e valori che orientano il nuovo SSR calabrese, secondo il Piano Sanitario Regionale 2004-2006, si realizzano attraverso un rinnovato rapporto fra strutture pubbliche e private, basato su logiche di sistema per l'erogazione dell'offerta e sulla correttezza dei rapporti pubblico-privato a garanzia della qualità e appropriatezza delle prestazioni nonché della sostenibilità della spesa. Tale sistema deve trovare, quindi, fondamento sulla chiarezza degli strumenti dell'autorizzazione, dell'accreditamento istituzionale e dell'accordo contrattuale. Ciò che colpisce dall'analisi della documentazione pubblica della Regione Calabria è il forte tentativo di mettere in pratica il regime di autorizzazione ed accreditamento (prima attraverso la normativa, successivamente attraverso il PSR) che, tuttavia, incontra un parziale limite nella "provvisorietà" dei procedimenti messi in campo e delle soluzioni adottate, procrastinando, in tal modo, la ricerca di un modello regionale definitivo. Dalle informazioni reperibili sui siti, inoltre, non si può giungere a conclusione riguardo lo stadio attuale di implementazione del sistema e i risultati raggiunti attraverso la sperimentazione del modello proposto dal Piano Sanitario Regionale.

La Regione Friuli Venezia Giulia si caratterizza per aver focalizzato il sistema di autorizzazione ed accreditamento esclusivamente su particolari branche specialistiche; per alcune di esse è stato stabilito il fabbisogno a livello regionale quale vincolo per la concessione dell'accreditamento. Il Piano Sanitario e Socio Sanitario Regionale 2006-2008 si pone l'obiettivo di emanare i provvedimenti per la definizione di ulteriori requisiti e di eventuali ulteriori procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie, pubbliche e private, eroganti prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale e di degenza, nelle rimanenti branche specialistiche e di deliberare i relativi fabbisogni. Tali obiettivi dimostrano il tentativo di rilanciare il sistema dell'accreditamento in Regione; progetto che, nel 2007, è stato portato avanti attraverso l'approvazione dei requisiti e delle procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche eroganti prestazioni di Medicina Trasmfusionale e delle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni di procreazione medicalmente assistita.

La Regione Marche si colloca tra le prime Regioni italiane che hanno costruito un sistema di

autorizzazione ed accreditamento istituzionale, arrivando addirittura a prospettare un sistema fondato non più sugli elementi statici dell'organizzazione, ma sui processi assistenziali e sulla valutazione degli esiti clinici. Il fine ultimo dichiarato era quello di costruire un modello di accreditamento che assicurasse la qualità ottimale del percorso assistenziale, dalla presa in carico del cittadino alla sua dimissione dalle strutture sanitarie. Per garantire ulteriormente questo obiettivo la Regione Marche aveva aderito alla collaborazione internazionale *ALPHA* dell'*International Society for Quality in Health Care (ISQua)* al fine di ottenerne la certificazione entro il 2004. In seguito, nonostante tali ottime premesse, si è avuto un periodo di minore enfasi sul tema dell'accreditamento, probabilmente dovuto alla necessità di fronteggiare i problemi operativi che sono derivati dal riordino del Sistema Sanitario marchigiano e la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale. Tuttavia, si ritiene che, data l'importanza che tali istituti hanno rivestito in precedenza nella Regione, siano ancora forti gli stimoli necessari per proseguire lungo la strada già tracciata, sebbene nulla si possa dire in merito alle risorse che saranno impegnate in campo e ai sistemi che, infine, si adotteranno.

La Regione Piemonte ha concluso il suo percorso di definizione del sistema con l'approvazione del Manuale di accreditamento e del protocollo operativo dell'A.R.P.A (Agenzia Regionale di Protezione Ambientale), che è delegata ad occuparsi delle attività di verifica a livello regionale. Nel 2004 è partita la fase sperimentale del processo di accreditamento delle aziende ospedaliere pubbliche. Dall'analisi dei siti della Regione Piemonte, tuttavia, non si rilevano informazioni sul grado di implementazione del sistema e sui risultati finora raggiunti.

La regione Sardegna, sulla base di quanto previsto nel Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008 e nella legge regionale n. 10/2006, sembra avere la ferma intenzione di colmare il ritardo accumulato rispetto alla messa a regime del sistema di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali, ispirandosi al modello emiliano romagnolo. Si attesta, almeno nelle intenzioni prospettate dal PRSS 2006-2008, fra le Regioni italiane che hanno ripreso in mano con particolare intensità il tema dell'accreditamento, in quanto strumento efficace per la regolazione dell'offerta e il raggiungimento di obiettivi di qualità e di economicità dei servizi erogati. Sarà necessario del tempo per verificare se a tale rilancio nelle politiche del Piano dei Servizi Sanitari corrisponderà l'elaborazione dei requisiti e delle procedure indispensabili per portare a compimento il sistema e renderlo effettivamente operativo. Attualmente, infatti, sono state definite solo le liste di requisiti minimi generali e specifici per tutte le strutture, mentre le procedure di accreditamento sono state definite solo per alcune categorie specifiche di strutture sanitarie. Un elemento distintivo del modello sardo, non presente in nessun'altra Regione italiana, è l'attribuzione al sistema di accreditamento di una funzione ulteriore, oltre a quella di meccanismo di promozione della qualità del SSR, ossia di contrasto alle forme di precariato lavorativo non fisiologiche. In caso di mancata applicazione dei contratti di lavoro e di regolare pagamento degli stipendi, la Regione, su segnalazione delle associazioni sindacali firmatarie dei contratti nazionali di settore, può attivare un procedimento di sospensione o addirittura di revoca dell'accreditamento.

La Regione Sicilia ha stabilito, nel 2002 (D.A. n. 890), i requisiti minimi ed ulteriori del proprio sistema di accreditamento istituzionale. Prima dell'emanazione di tale Decreto Assessoriale, la Regione ha scelto di avviare un confronto con tutti gli attori, sia pubblici sia privati, appartenenti alla realtà sanitaria regionale (Aziende sanitarie, strutture accreditate provvisoriamente, OO.SS., Associazioni di categoria, ecc.), i quali hanno avuto la possibilità di manifestare osservazioni e suggerimenti sui requisiti dell'accreditamento. Dall'analisi della documentazione resa pubblica dalla Regione Sicilia, non si evince quale sia, ad oggi, lo



stato di attuazione del sistema di accreditamento istituzionale. L'emanazione dei requisiti ulteriori (per i quali l'ultima scadenza per l'adeguamento strutturale è stabilita per il 30/06/07) ha sicuramente rappresentato un grosso stimolo per l'implementazione del sistema, tuttavia è ancora da verificare se il modello sia effettivamente operativo e quali siano i risultati raggiunti.

Nel corso del quadriennio 2002-2005, la Regione Valle D'Aosta ha consolidato il procedimento di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie private ed ha avviato la procedura per le strutture pubbliche. Nel 2004 ha, altresì, emanato il Manuale dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento ed ha proceduto all'applicazione a regime della procedura per le richieste di accreditamento o il rinnovo dello stesso, con l'esclusione delle strutture e delle attività relative all'area della prevenzione, all'area territoriale ed all'area ospedaliera dipartimentale. L'applicazione a regime del procedimento amministrativo, secondo quanto riferito nel PSR 2006-2008, ha evidenziato alcune difficoltà procedurali nell'esecuzione delle verifiche presso le strutture sottoposte ad accreditamento, indotte anche dalla carenza di specifiche professionalità, amministrative e tecniche sanitarie, in grado di procedere con la necessaria accuratezza alle verifiche stesse. Nonostante le difficoltà incontrate lungo il percorso di applicazione del modello, la regione Valle d'Aosta ha voluto comunque rilanciare con forza il sistema allo scopo di renderlo pienamente operativo.

Il processo di definizione del modello di autorizzazione ed accreditamento della Provincia di Bolzano è concluso dal punto di vista normativo, ossia è stato disciplinato nelle procedure e nei requisiti. Dalla documentazione pubblica, resa disponibile sui siti istituzionali della Provincia, tuttavia, non si deducono i risultati finora raggiunti né le politiche di sviluppo del sistema. Anche in questo caso, un impulso potrebbe venire dall'approvazione di un nuovo Piano Sanitario Provinciale, tenuto conto del grande cambiamento che il sistema sanitario altoatesino sta vivendo attualmente, con l'approvazione della L.P. n. 9/2006 sulle "Modifiche del riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale".

### *1.3 Sistemi in fase di perfezionamento*

Le Regioni che rientrano in questa categoria (Emilia Romagna, Lombardia e Toscana) sono unanimemente riconosciute come capofila nella definizione di sistemi per il miglioramento continuo della qualità e sono state le prime "pioniere" rispetto all'introduzione di sistemi di accreditamento istituzionale.

La Regione Emilia Romagna è considerata fra le prime innovatrici sul tema dell'accreditamento istituzionale, inteso come strumento di governo clinico, ed il suo sistema è il modello ispiratore di molte delle Regioni che si attestano ad uno stadio non così avanzato. Il modello emiliano romagnolo si fonda su quattro istituti: a) l'autorizzazione alla realizzazione, che mira a garantire la coerenza della struttura sanitaria rispetto ai fabbisogni manifestati dalla comunità; b) l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, che assicura i livelli di legalità e sicurezza; c) l'accreditamento delle strutture sanitarie fissato a garanzia dei livelli di qualità; d) gli accordi contrattuali, che hanno lo scopo di garantire un impiego efficiente dei mezzi finanziari del SSN destinati all'erogazione di prestazioni sanitarie ai cittadini.

Le finalità che la Regione Emilia Romagna assegna al sistema di accreditamento sono diverse:

- assicurare la sicurezza e standard di qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra i soggetti accreditati (pubblici e privati) con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali;
- garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate;
- regolare i sistemi di ingresso e di uscita dal sistema dell'offerta delle cure;

- garantire che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria.

Gli effetti che la Regione si attende dall'introduzione del sistema di accreditamento si riferiscono all'eguaglianza delle condizioni iniziali di ingresso per tutti gli erogatori pubblici e privati delle cure, al raggiungimento di una maggiore equità nella remunerazione dei fornitori e allo sviluppo di un clima di sana competizione tra pubblico e privato, che favorisca una politica di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie. L'Emilia Romagna, come risulta dall'analisi della documentazione e delle informazioni presenti sui siti istituzionali, dimostra pienamente il suo ruolo di primo piano nel panorama sanitario regionale italiano riguardo tali istituti e mira al continuo miglioramento del sistema.

La Regione Lombardia ha, indubbiamente, puntato molto sulla progettazione ed implementazione di un sistema di autorizzazione ed accreditamento per le strutture sanitarie che insistono sul territorio regionale, fin dal 1997. Di conseguenza, si trova in una posizione più avanzata, rispetto alla maggior parte delle Regioni italiane, e assume un ruolo di sperimentatore e innovatore sui temi della valutazione e del controllo della qualità dell'assistenza sanitaria a carico del SSN. In particolare, la Lombardia ha promosso anche sistemi di certificazione internazionali per "l'accreditamento all'eccellenza" sulla base dei parametri stabiliti dalla *Joint Commission International*.

I valori che hanno ispirato la costruzione del sistema di autorizzazione ed accreditamento della Lombardia si sintetizzano nella garanzia della libertà di scelta di cura per il cittadino entro un sistema di erogazione dei servizi fondato sia su strutture pubbliche sia su strutture private. Il sistema istituito in Regione ha favorito la partecipazione dei soggetti erogatori sulla base della propria adesione alle regole del sistema, alle tariffe ed ai controlli sull'attività, indipendentemente dalla natura pubblica o privata della proprietà. I requisiti di accreditamento, inoltre, sono coerenti rispetto alla tipologia di struttura, ma non sono in alcun modo diversificati tra strutture pubbliche e private, che quindi si trovano a dover rispondere ai medesimi requisiti.

Il sistema di accreditamento e contratto di regola, come confermato dal PSR 2007-2009, è una delle principali leve per il raggiungimento dell'obiettivo della qualità dei servizi e dei processi in Regione (con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni erogate), oltre a costituire il punto di partenza per la programmazione della spesa, per il suo controllo e per la valutazione della sostenibilità rispetto ai benefici. La Lombardia promuove, inoltre, il continuo aggiornamento dei criteri di accreditamento previsti a livello regionale nell'ottica del miglioramento continuo della qualità del SSR e questa sfida è affrontata anche attraverso il coinvolgimento delle stesse strutture soggette ad accreditamento, in modo tale da responsabilizzarle sul processo di adeguamento rispetto ai nuovi requisiti.

La Lombardia ha, quindi, avviato un processo di continuo perfezionamento ed adeguamento del proprio sistema, al fine di rispondere prontamente ai cambiamenti che possono avvenire nell'ambiente esterno (ad es. evoluzione tecnologica e scientifica) o interno (ad es. dei modelli organizzativi dell'assistenza).

La Toscana è, sin dalla fine degli anni novanta, una delle Regioni italiane più attive sul tema dell'accreditamento istituzionale.

In Regione Toscana l'accreditamento istituzionale costituisce:

- strumento di regolazione dei soggetti erogatori all'interno degli atti della programmazione sanitaria;

- strumento per la qualificazione dell'offerta in quanto teso a favorire meccanismi di razionalizzazione e innovazione dei processi;
- strumento di garanzia per gli utilizzatori/utenti di buona organizzazione e sicurezza delle strutture e dei processi per l'erogazione di prestazioni;
- strumento generatore di meccanismi di emulazione tendenti all'eccellenza.

Inoltre, la scelta della Regione Toscana, diversamente dalla Lombardia, è stata quella di approvare due distinti manuali, l'uno per le strutture private e l'altro per le strutture pubbliche ed equiparate.

Nel triennio di vigenza del PSR 2005-2007, il SSR si impegna a rafforzare e sviluppare gli strumenti di miglioramento e verifica della qualità, continuando il processo di messa a punto del modello di accreditamento, sia rispetto ai requisiti sia rispetto agli strumenti di verifica dell'attività. Obiettivo specifico del sistema di accreditamento è lo sviluppo dei criteri di verifica delle attività e dei risultati raggiunti dalle strutture, non solo in termini di capacità di ciascun presidio di produrre le prestazioni di competenza e controllarne la qualità, ma anche rispetto alla capacità dell'intero sistema di garantire la continuità e la sicurezza del percorso di cura del singolo paziente ed il governo clinico delle attività, con particolare riguardo all'appropriatezza delle cure ed alla gestione del rischio. Dall'analisi della documentazione pubblica della Regione si evince, quindi, che la Toscana è particolarmente attenta al tema dell'accreditamento istituzionale e manifesta la volontà di continuare il percorso già intrapreso, perfezionando e migliorando il sistema già operativo.

## **2. Il sistema di accreditamento e di valutazione delle aziende in Regione Lombardia: i progressi ad oggi**

Migliorare la qualità dell'assistenza resa al cittadino, ponendo attenzione all'efficacia e all'appropriatezza dei trattamenti, nonché alla soddisfazione dell'utente, è un processo essenziale cui la Regione si è dedicata, attivando strumenti molteplici e complementari.

Si ripercorrono di seguito le tappe principali della produzione normativa della Regione Lombardia, che hanno affiancato lo sviluppo concreto del sistema di accreditamento regionale.

La L.R. 31/97 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" ha sancito l'introduzione nelle aziende di sistemi di verifica e di controllo della qualità delle prestazioni e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie, prevedendo che le aziende sanitarie dovessero compiere tutte le azioni necessarie per la produzione, l'erogazione e il controllo di prestazioni e di servizi secondo le norme ISO 9000. Successivamente nello schema tipo di contratto (D.G.R. n° 47508/99), che definisce i rapporti giuridici ed economici tra ASL e soggetti erogatori di prestazioni ubicati nel relativo territorio di competenza (permettendo alle strutture di erogare prestazioni sanitarie per conto del sistema sanitario, secondo l'assetto organizzativo accreditato e in base alle tariffe regionali), il miglioramento della qualità viene definito quale obiettivo primario di ASL ed erogatori, da perseguire in modo collaborativo (art.5). Con il contratto, le strutture si impegnano a sviluppare il sistema di qualità aziendale secondo le direttive che verranno definite dalla Giunta, in attuazione dell'art.13 della L.R. 31/97, nonché a:

- revisionare i processi di cura, depositando presso la ASL i protocolli diagnostici e terapeutici adottati in ciascuna U.O.;
- assumere tra i propri obiettivi la certificazione dei processi di produzione (ISO 9000);
- adottare un protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri;

- ridurre i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e predisporre un piano di comunicazione, all'interno e all'esterno dell'azienda, di tali tempi.

E' con la D.G.R. n° VI/46582 del 1999 "Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde (L.R. 31/97, art. 13); approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle Aziende Sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità aziendali" che trova definizione e attuazione il sistema di qualità lombardo, attraverso l'identificazione delle modalità operative (individuazione degli indicatori di struttura, di processo, di attività e definizione delle modalità di rilevazione della soddisfazione dell'utente) e di finanziamento dei progetti di qualità aziendale (finanziamenti alle Aziende Sanitarie Pubbliche che hanno presentato progetti per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi, coerenti con le indicazioni regionali).

Il presupposto che sta alla base di quanto proposto dalla normativa è che a ciascuna delle "aree della qualità" possano essere associati uno o più sistemi di indicatori oggettivi di valutazione.

Le aree, e i rispettivi indicatori identificati, sono presentate nella Tabella 2.



Tabella 1. Aree della qualità e indicatori correlati

• Area	• Indicatore	• Descrizione
• Qualità strutturale e organizzativa	• Indicatori di struttura	• Sono stati selezionati, quali indicatori di struttura, alcuni indicatori già individuati come requisiti ulteriori per l'accreditamento nella D.g.r. n. VI/38133 del 1998, riferiti a superficie, servizi igienici e numero di posti letto nelle aree di degenza e nell'area di degenza pediatrica, a dimensione, caratteristiche idrometriche e ricambi ora del reparto operatorio ed alla dimensione minima per posto letto di rianimazione e terapia intensiva. Per rispondere a quanto richiesto in termini di sistema qualità, tali requisiti devono essere posseduti dalle strutture entro un anno dall'iscrizione al registro regionale delle strutture accreditate.
• Qualità del processo	• Indicatori di processo	• Sono state individuate le aree prioritarie ai fini della certificazione ISO, (pronto soccorso, gestione delle relazioni con l'utente nell'erogazione dei servizi/prestazioni ambulatoriali e di ricovero, servizi di medicina di laboratorio, pediatria e neonatologia, gestione della sicurezza e delle tecnologie, gestione della cartella clinica, sistema informativo, controllo di gestione) e sono predisposte e allegate, a cura di un Gruppo di lavoro coordinato dall'Osservatorio Regionale sulla qualità dei servizi sanitari della Regione Lombardia, le linee guida "Applicare la norma UNI EN ISO 9001:2000 nelle strutture sanitarie", quale strumento operativo a disposizione delle aziende, che indirizzi nell'interpretazione e applicazione delle norme ISO in ambito sanitario.
• Qualità del prodotto	• Indicatori di attività e di risultato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E' stato adottato un sistema di rilevazione e valutazione di indicatori di attività e di risultato, espressione della qualità delle strutture ospedaliere.</li> <li>• Sono stati previsti indicatori di attività complessivi, che includono indici relativi alla degenza ordinaria (ad esempio, tasso di utilizzo dei posti letto, indice di rotazione, intervallo di turn-over, complessivi e per specialità), al peso dei ricoveri (ad esempio, indice comparativo di performance, indice di case-mix), al Day Hospital (ad esempio, n° cicli DH/n° dimissioni, presenza media in regime di DH), alla chirurgia (ad esempio, n° interventi chirurgici/n° sale operatorie; n° ore effettive di attività delle sale operatorie/n° posti letto nei reparti di chirurgia, degenza</li> </ul>

		<p>media preoperatoria) alla day surgery (n° prestazioni chirurgiche in DS /totale delle prestazioni chirurgiche) al personale (ad esempio, n° dimissioni/n° medici; n° dimissioni/n° personale infermieristico).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono stati proposti anche indicatori di attività specifici per Unità Operativa, in relazione ai reparti principali della struttura generale di un ospedale: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Pediatria.</li> <li>• Gli indicatori di risultato sono stati definiti esclusivamente in riferimento allo stabilimento ospedaliero nel suo complesso (ad esempio, ricoveri non programmati di pazienti entro le 24 h successive ad una procedura eseguita in anestesia, ambulatoriamente o in DH; pazienti con più di un ricovero l'anno; dimissioni da reparti chirurgici senza intervento chirurgico; n° casi di infezioni ospedaliere/n° dimissioni)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualità percepita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rilevazione della soddisfazione dell'utente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la D.G.R. n.VII/8504 del 22 marzo 2002, "Qualità percepita dei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione. Approvazione delle "Linee guida per la customer satisfaction - Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie", è stato definitivamente strutturato il sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente, in termini di strumenti, metodologia e flusso informativo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella D.G.R. sono stati proposti tre questionari tipo, per l'area di ricovero, l'area ambulatoriale e l'area A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)</li> <li>• Il questionario è composto da una parte che raccoglie l'anagrafica del paziente (età, sesso, scolarità, ecc), una parte d'indagine, strutturata con domande chiuse, e uno spazio aperto per eventuali osservazioni e suggerimenti. Il questionario relativo al ricovero indaga il gradimento del servizio offerto, in relazione alle condizioni alberghiere (vitto, alloggio, facilities, igiene), all'assistenza medica e infermieristica e all'organizzazione complessiva (informazioni ricevute, accessibilità, qualità dell'assistenza per gli aspetti organizzativi, relazionali e professionali).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualità dell'outcome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatori di esito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La D.G.R. n°46582 del 26/11/99 definisce e analizza le prime quattro aree; l'area relativa alla qualità dell'outcome (indicatori di esito)</li> </ul>

Area	Indicatore	Descrizione
		sarà poi parte integrante del progetto di sperimentazione con JCI
Qualità strutturale e organizzativa	Indicatori di struttura	Sono stati selezionati, quali indicatori di struttura, alcuni indicatori già individuati come requisiti ulteriori per l'accreditamento nella D.g.r. n. VI/38133 del 1998, riferiti a superficie, servizi igienici e numero di posti letto nelle aree di degenza e nell'area di degenza pediatrica, a dimensione, caratteristiche idrometriche e ricambi ora del reparto operatorio ed alla dimensione minima per posto letto di rianimazione e terapia intensiva. Per rispondere a quanto richiesto in termini di sistema qualità, tali requisiti devono essere posseduti dalle strutture entro un anno dall'iscrizione al registro regionale delle strutture accreditate.
Qualità del processo	Indicatori di processo	Sono state individuate le aree prioritarie ai fini della certificazione ISO, (pronto soccorso, gestione delle relazioni con l'utente nell'erogazione dei servizi/prestazioni ambulatoriali e di ricovero, servizi di medicina di laboratorio, pediatria e neonatologia, gestione della sicurezza e delle tecnologie, gestione della cartella clinica, sistema informativo, controllo di gestione) e sono predisposte e allegate, a cura di un Gruppo di lavoro coordinato dall'Osservatorio Regionale sulla qualità dei servizi sanitari della Regione Lombardia, le linee guida "Applicare la norma UNI EN ISO 9001:2000 nelle strutture sanitarie", quale strumento operativo a disposizione delle aziende, che indirizzi nell'interpretazione e applicazione delle norme ISO in ambito sanitario.
Qualità del prodotto	Indicatori di attività e di risultato	E' stato adottato un sistema di rilevazione e valutazione di indicatori di attività e di risultato, espressione della qualità delle strutture ospedaliere. Sono stati previsti indicatori di attività complessivi, che includono indici relativi alla degenza ordinaria (ad esempio, tasso di utilizzo dei posti letto, indice di rotazione, intervallo di turn-over, complessivi e per specialità), al peso dei ricoveri (ad esempio, indice comparativo di performance, indice di case-mix), al Day Hospital (ad esempio, n° cicli DH/n° dimissioni, presenza media in regime di DH), alla chirurgia (ad esempio, n° interventi chirurgici/n° sale operatorie; n° ore effettive di attività delle sale operatorie/n° posti letto nei reparti di chirurgia, degenza media preoperatoria) alla day surgery (n° prestazioni chirurgiche in DS /totale delle prestazioni chirurgiche) al personale (ad esempio, n° dimissioni/n° medici; n° dimissioni/n° personale infermieristico). Sono stati proposti anche indicatori di attività specifici per Unità Operativa, in relazione ai reparti principali della struttura generale di un ospedale: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Pediatria. Gli indicatori di risultato sono stati definiti esclusivamente in riferimento allo stabilimento ospedaliero nel suo complesso (ad esempio, ricoveri non programmati di pazienti entro le 24 h successive ad una procedura eseguita in anestesia, ambulatoriamente o in DH; pazienti con più di un ricovero l'anno; dimissioni da reparti chirurgici senza intervento chirurgico; n° casi di infezioni ospedaliere/n° dimissioni)
Qualità percepita	Rilevazione della soddisfazione dell'utente	Con la D.G.R. n.VII/8504 del 22 marzo 2002, "Qualità percepita dei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione. Approvazione delle "Linee guida per la customer satisfaction - Metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie", è stato definitivamente strutturato il sistema di rilevazione della soddisfazione dell'utente, in termini di strumenti, metodologia e flusso informativo.

		<p>Nella D.G.R. sono stati proposti tre questionari tipo, per l'area di ricovero, l'area ambulatoriale e l'area A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)</p> <p>Il questionario è composto da una parte che raccoglie l'anagrafica del paziente (età, sesso, scolarità, ecc), una parte d'indagine, strutturata con domande chiuse, e uno spazio aperto per eventuali osservazioni e suggerimenti. Il questionario relativo al ricovero indaga il gradimento del servizio offerto, in relazione alle condizioni alberghiere (vitto, alloggio, facilities, igiene), all'assistenza medica e infermieristica e all'organizzazione complessiva (informazioni ricevute, accessibilità, qualità dell'assistenza per gli aspetti organizzativi, relazionali e professionali).</p>
Qualità dell'outcome	Indicatori di esito	La D.G.R. n°46582 del 26/11/99 definisce e analizza le prime quattro aree; l'area relativa alla qualità dell'outcome (indicatori di esito) sarà poi parte integrante del progetto di sperimentazione con JCI

### 2.1 La sperimentazione Joint Commission

La stessa determinazione del governo regionale del 1999 ha inoltre attivato un progetto sperimentale di adozione del modello di accreditamento Joint Commission International in 10 strutture sanitarie lombarde, 5 delle quali hanno poi deciso di consolidare tale percorso richiedendo, ed ottenendo, l'accREDITAMENTO da parte dell'istituzione americana.

Il sistema JCI si è rivelato non solo applicabile, ma anche efficace nel far progredire ulteriormente le aziende che lo hanno adottato. Una perplessità che era stata sollevata all'avvio della sperimentazione, vale a dire la compatibilità della certificazione ISO 9000 con il nuovo modello di qualità organizzativa proposto (molte delle strutture partecipanti alla sperimentazione JCI avevano precedentemente certificato parti più o meno ampie della propria organizzazione), non solo non si è dimostrata tale, ma anzi si è rivelata un buon punto di avvio per l'implementazione degli standard JCI. In altre parole, è stato verificato che i due sistemi non sono né in contrasto né alternativi e che l'adozione del modello americano consente alle aziende sanitarie di fare un passo avanti, costruendo sulla certificazione preesistente ed aggiungendo ad essa alcuni vantaggi specifici, quali il maggiore coinvolgimento della parte clinica e professionale e osservando l'intero sistema aziendale nella sua globalità<sup>2</sup>.

Anche la verifica di congruità con il sistema di accreditamento istituzionale ha dato esito positivo. Si riporta di seguito la tabella di corrispondenza fra i capitoli dell'accREDITAMENTO istituzionale lombardo di cui alla D.G.R. 38133 dell'agosto 1998 e gli standard di accREDITAMENTO JCI (Tabella 2).

<sup>2</sup> Per approfondimenti si vedano Atti Meeting "Joint Commission International", 5 giugno 2007, Milano.



Tabella 2 Corrispondenza tra capitoli dell'accreditamento istituzionale e JCI

Accreditamento istituzionale RL	JCI
Politiche Aziendali	Governo, leadership e direzione (GLD)
Programmazione e Controllo di Gestione	Gestione e miglioramento qualità (QMI)
Procedure Organizzative	In funzione del merito: GDL; ACC; COP;PCI; AOP;FMS
Sistema Informativo	Gestione informazioni (MOI)
Personale: Valutazione e Formazione	Formazione qualificazione personale (SQE)
Risorse Tecnologiche: Responsabilità e Protocolli per Impianti e Attrezzature	Sicurezza e gestione struttura (FMS)
Valutazione della Qualità	Gestione e miglioramento qualità (QMI)
Comunicazione e Tutela del Cittadino	Diritti paziente famiglia (PFR)
Sicurezza	Sicurezza e gestione struttura (FMS)

## 2.2 Il programma di valutazione aziende

Sulla base delle positive risultanze sperimentali del progetto JCI, nel corso del 2003, la Giunta regionale ha esperito la procedura ad evidenza pubblica per l'individuazione di un soggetto, singolo o consorziato, che potesse supportare gli uffici regionali per l'implementazione del programma di valutazione delle aziende su tutto il territorio lombardo. Le aree in cui dovevano essere articolati i contenuti di valutazione sono indicate nella Tabella 3.

Tabella 3 Aree di valutazione.

Aree	Significato
Diritti dei pazienti e processi di presa in carico clinici e assistenziali	Sviluppare una focalizzazione sull'attenzione, presente nella organizzazione, al "cliente"/"paziente", così da promuovere una forte attenzione alle capacità di progettazione di percorsi che riescano a focalizzarsi sulla mission della organizzazione da un lato e totalmente rispettosi dei diritti dei pazienti dall'altro; in quest'ambito sono ricompresi gli aspetti strutturali.
Sviluppo delle risorse umane	Verificare le politiche e le procedure formali attivate e misurare i risultati conseguiti e la loro diffusione all'interno della organizzazione negli ambiti relativi a: i) modalità di formazione del personale e opportunità di sviluppo delle professionalità; ii) criteri per l'inserimento del personale; iii) criteri messi in atto per la valutazione del personale
Gestione dei processi di interscambio di servizi tra e intra strutture sanitarie	Valutare le modalità organizzative, le prassi codificate e i comportamenti posti in essere per il raggiungimento dei livelli di integrazione desiderati, sulla base della convinzione che i servizi alla persona richiedono una rete che sia in grado di produrre per il paziente/cliente un reale valore aggiunto, ricercando le modalità di trattamento o di erogazione del servizio più opportune.
Sistema informativo amministrativo e clinico	Valutare la capacità di raccogliere e mettere a disposizione la documentazione clinica e amministrativa a tutti coloro che ne hanno bisogno. Vengono considerati in particolare i seguenti aspetti: i) gestione della documentazione clinica e in particolare la corretta registrazione dei vari fenomeni anche al fine di garantire un reale processo di integrazione organizzativa; ii) gestione di un adeguato sistema di reporting al management e ai professionisti sulle specifiche responsabilità con contenuti di varia natura, clinici, economici, organizzativi; iii) tempestività nella gestione delle informazioni
Gestione dei processi di miglioramento della qualità	L'obiettivo generale è quindi quello di valutare come l'organizzazione in tutte le sue componenti sia orientata alla qualità e alla ricerca di modalità attraverso cui rendere effettivo sul piano operativo le azioni di miglioramento, con particolare riguardo agli investimenti che le singole aziende hanno realizzato in questo campo, sia investimenti diretti in termini economici, sia di impiego delle risorse umane per percorsi di miglioramento e per il monitoraggio dei risultati raggiunti.
Performance qualitative, economiche e di produttività.	Sono stati identificate tre tipologie di risultati: qualitativi, economici, di produttività.

Il programma di valutazione è stato formalmente avviato nel giugno 2004. Ad oggi il sistema è in possesso delle autovalutazione di aderenza agli standard da parte delle oltre 190 strutture ospedaliere lombarde e degli esiti delle visite degli ispettori JCI riferite alle autovalutazioni del 2004 e del 2005 e 2006.

Il programma di implementazione degli standard ha previsto una intensa attività di formazione, principalmente rivolta ai referenti aziendali del programma. A tale proposito è da sottolineare come, per la prima volta, un programma di implementazione della qualità ha visto la scelta di due referenti per azienda l'uno di formazione amministrativa l'altro clinica organizzativa. Ciò ha consentito di lavorare per tre anni alla costruzione di un linguaggio comune fra amministrativi e clinici con indubbi vantaggi per tutte le organizzazioni.

Il programma si è fondato sulla autovalutazione trimestrale del grado di compliance agli standard e di un intenso programma di cosiddette "visite in situ" cioè visite di verifica presso le strutture da parte dei consulenti *Joint Commission*. Tali visite, per espressa decisione regionale, nel primo anno di implementazione del programma si sono caratterizzate per l'attività di supporto, una sorta di "formazione/accompagnamento" alle strutture, mentre dal secondo anno hanno assunto la caratteristica propria della visita ispettiva. In totale sono state visitate nel triennio 156 strutture ospedaliere, pubbliche e private.

A titolo di esempio si riportano alcuni grafici esemplificativi del percorso di sviluppo organizzativo e miglioramento favorito dal programma di valutazione.

Si evidenzia in particolare lo standard relativo alle *job description*, standard molto debole alla prima autovalutazione e significativamente incrementato in termini di rispondenza allo stesso nel corso del triennio.

Le

Figura

1

e

Figura 2 evidenziano la correzione della autovalutazione a seguito delle verifiche. Anche a seguito di tale intervento si dimostra un significativo incremento del grado di raggiungimento dello standard

Figura 1 Area Sviluppo Risorse Umane

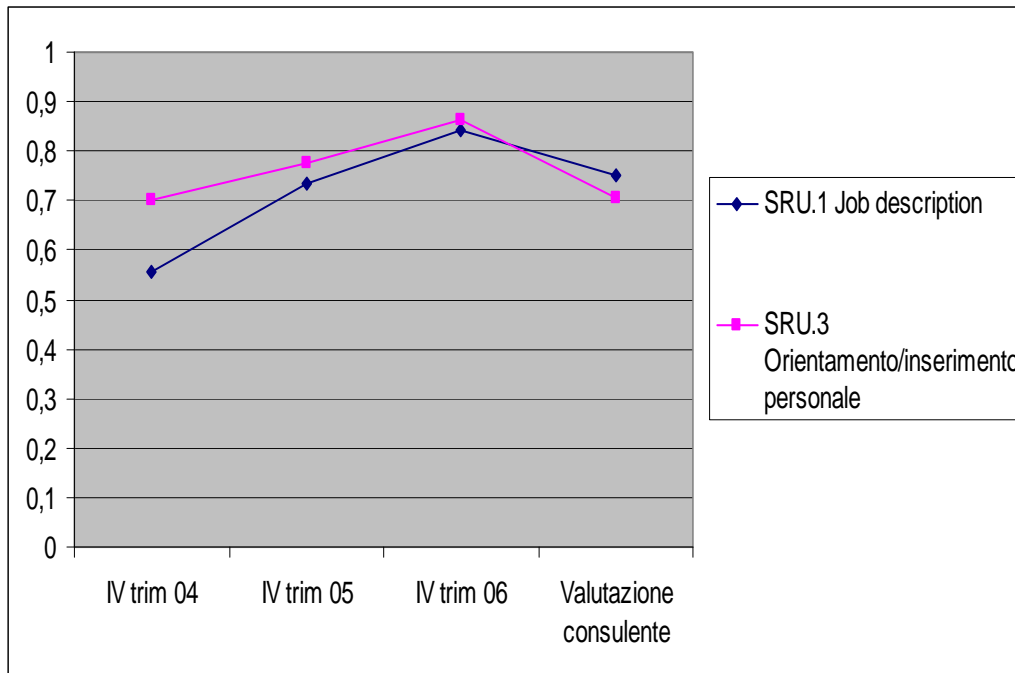
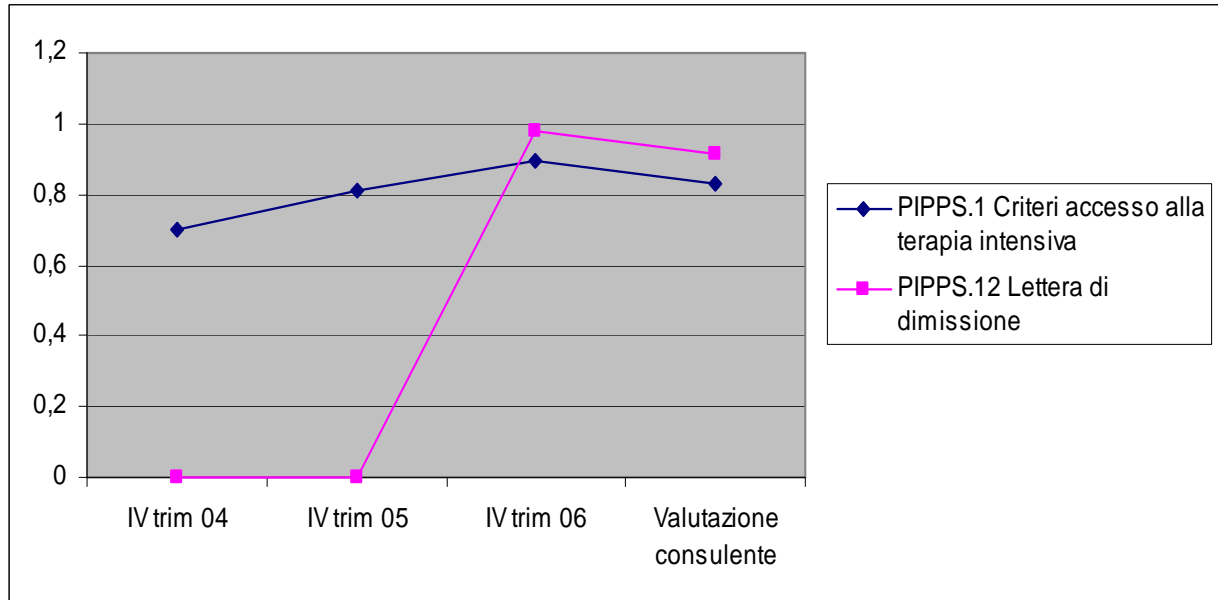


Figura 2 - Area Gestione dei Processi di Interscambio di Servizi- Prestazioni tra e intra strutture sanitarie



Fonte: Nostra elaborazione da normativa, documenti istituzionali regionali e dati AIOP.

Un'informazione d'insieme interessante è data dal confronto fra autovalutazione e valutazione dei consulenti. Lo scostamento complessivo non è mai stato particolarmente significativo, in media lo si è rilevato nel 20% dei casi osservati, con scostamenti "in meglio" tra l'autovalutazione e la valutazione esterna di 11 punti percentuali ed "in peggio" di 17 punti percentuali, nell'area della gestione dei processi di miglioramento della qualità. Tale scostamento, che è lecito ritenere non particolarmente significativo, dà conto della robustezza del sistema implementato.

### 2.3 Lezioni apprese dall'esperienza

Il percorso fin qui seguito dalla Regione Lombardia può consentire un bilancio dell'esperienza fatta.

Come prima considerazione d'insieme, la Regione conferma il suo orientamento di fondo che collega al sistema di accreditamento un ruolo di garanzia per l'utente dei servizi sanitari; in quest'ottica le procedure autorizzative ed amministrative dovrebbero essere mantenute il più possibile snelle, per privilegiare l'aspetto delle verifiche sul campo e l'introduzione di standard qualitativi.

L'esperienza condotta in Regione Lombardia ha insegnato l'opportunità di partire da standard di accreditamento oggettivamente acquisibili, alzandone gradualmente il livello e l'intensità di monitoraggio. Richiedere fin da subito standard troppo alti, senza un adeguato supporto operativo di implementazione e di sviluppo, rischia da una parte di demotivare gli operatori della salute e dall'altra di generare aspettative, poi disattese, negli utenti.

Un altro aspetto di fondamentale importanza è dato dalla sostenibilità economica del sistema: l'individuazione di standard di accreditamento elevati che richiedono investimenti strutturali significativi devono essere adeguatamente supportati da un sistema tariffario che consenta alle strutture di ottenere, con una erogazione di servizi appropriati, l'equilibrio economico

finanziario. In caso contrario si rischia di creare un gap incolmabile fra le previsioni normative e l'effettiva capacità di rispondenza da parte delle strutture con il risultato di ridurre significativamente l'offerta dei servizi e di diminuire, anziché innalzare, il livello qualitativo dei servizi.

Infine possiamo ascrivere al progetto il merito della diffusione di una cultura della valutazione come processo di sviluppo organizzativo e professionale, e di trasparenza nei confronti dei cittadini<sup>3</sup>.

### 3. Conclusioni

La ricognizione condotta mostra un panorama con un grado di diversificazione, su base regionale, abbastanza pronunciato se paragonato al tema specifico in esame, vale a dire la definizione e verifica di criteri e requisiti per la qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini dalle aziende sanitarie operanti nel nostro paese.

La varietà di stati di avanzamento, di documentazione prodotta, di messa in atto delle decisioni ratificate nelle normative regionali, di attuazione sul campo dei sistemi di accreditamento, dei risultati e degli effetti prodotti dalle valutazioni non possono che riproporre un quesito da molti sollevato all'avvio del progetto: quale significato ha una diversificazione su base regionale della produzione di un insieme di standard di qualità? Quanto influisce la situazione geografica sul giudizio di adeguatezza di un servizio sanitario fornito? In altre parole, quante "qualità" può avere una prestazione sanitaria?

Se da un lato il livello regionale di governo della sanità ha un fondamento nell'autonomia e nel decentramento, dall'altro, su un piano tecnico-gestionale, erogare buoni servizi sanitari non dovrebbe essere declinabile su base geografica, ma rispondere a criteri scientifici, manageriali e di equità sociale condivisi a livello di più ampia comunità professionale, non solo nazionale, ma internazionale. Non è da trascurare, infatti, che l'accettazione ed il consenso sulla rilevanza e il significato di uno standard di buone prassi cliniche e gestionali si fonda su evidenze raccolte su larga scala, raramente nazionale, ormai quasi sempre sovranazionale. Non è altresì da trascurare che l'esperienza cumulata derivante dalla messa in atto e dalla verifica di standard di qualità su vasta scala, una sorta di break-even tecnico e applicativo, conferisce credibilità e robustezza alle prassi raccomandate e maggiore accettabilità ai conseguenti giudizi di rispondenza ed idoneità.

Dato il diverso grado di completezza, di attuazione e di credibilità acquisita sul campo dai vari sistemi di accreditamento regionali, che tuttavia, poco o molto, hanno assorbito risorse per la loro realizzazione, è forse questo il momento di interrogarsi sulla necessità di rilancio su base nazionale di un sistema di accreditamento più selettivo, che spinga al miglioramento progressivo dei servizi sanitari offerti, attraverso standard omogenei, un processo di verifica sostanziale e non puramente formale, una reale selezione e riconoscimento delle migliori performance ed un supporto al miglioramento per le organizzazioni meno efficienti.

Tra i punti di attenzione che, pur dalla sola analisi documentale, si sono potuti rilevare si vogliono sottolineare i seguenti:

- alcune regioni citano come riferimento metodologico l'esperienza sviluppata da altre regioni più avanti nel processo, utilizzandole come guida. Ciò potrebbe essere un segnale incoraggiante di razionalità intrinseca del sistema, che emerge laddove la norma non la favorisce, un processo di

---

<sup>3</sup> Per approfondimenti si veda Agnello M., Luzzi L. (2006), (a cura di), *Indicazioni per lo sviluppo di un sistema di accreditamento in Sud Africa sulla scorta delle esperienze di Italia e Lombardia*, Regione Lombardia per Istituto Superiore di Sanità, 2006.

convergenza che trova nei fatti più che nelle enunciazioni di principio la sua ratio: se alcune regioni hanno già prodotto strumenti e metodologie convincenti, che hanno dato prova di funzionare, perché non adottare le stesse soluzioni? Si potrebbe estrarre dallo stato dell'arte odierno l'insieme delle esperienze che hanno funzionato, attraverso un macro-processo di "knowledge management" istituzionale per arrivare a costruire una metodologia comune di sistema nazionale.

- In diversi casi si identifica, più o meno implicita, l'equivalenza accreditamento-convenzione. In attesa di un sistema di accreditamento a regime, si coniano molte situazioni intermedie o temporanee di accreditamento provvisorio, o si vincolano le decisioni di accreditamento, che dovrebbero essere basate sulla rispondenza a requisiti, a tetti di prestazioni finanziabili dalla regione. In tutti i casi si è di fronte ad una deriva dallo spirito con cui l'istituto dell'accREDITAMENTO fu introdotto nel nostro sistema, quello cioè di regolamentare la produzione di servizi sanitari finanziata da risorse pubbliche, affidandola a quelle strutture effettivamente in grado di garantire alcune caratteristiche di idoneità, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini. Infatti, da un lato acquisire nel sistema di offerta regionale tutte le organizzazioni "accreditabili" perché rispondenti ad idonee caratteristiche produttive le pone sotto il controllo "pubblico", conferendo ad esse, a prescindere dal soggetto pagante, garanzie nei confronti dei potenziali pazienti; dall'altro amplia la base di offerta tra cui selezionare i "provider" più idonei a massimizzare l'utilità delle risorse pubbliche impiegate nell'attività sanitaria.
- Un punto ulteriore, apparentemente di corollario alla sostanza tecnica dei sistemi di accreditamento, è relativo alla disponibilità di informazioni desumibili dai siti istituzionali delle regioni. Oltre alle norme prodotte, non sono presenti, se non in rarissimi casi ed in forma poco sistematica, informazioni sullo stato di attuazione, ed ancor meno, sui risultati sostanziali e non formali del processo di accreditamento, e neppure sulle sperimentazioni condotte e sulle risultanze di queste. Si potrebbe desumere una ancora limitata attenzione al processo di comunicazione come strumento di progressiva trasparenza verso tutti gli interlocutori del sistema; non si vuole con questo propugnare la diffusione indiscriminata ed incontrollata di informazioni, ma portare l'attenzione anche su un aspetto che sempre di più le amministrazioni pubbliche saranno chiamate a presidiare, e a cui dovranno trovarsi pronte in modo affidabile e professionale.
- Da ultimo sembrerebbe di poter inferire, da alcune situazioni di provvisorietà dei requisiti e di mancato avvio del sistema, un legame tra un aspetto "soft", di incertezza rispetto al valore di un processo attivo di accreditamento, ed un aspetto decisamente più tangibile, legato alle risorse necessarie per alimentare il sistema. Naturalmente la suddivisione in 21 sistemi regionali di accreditamento non giova alla razionalità, efficienza ed efficacia di gestione di un processo che, se viene avviato, può aver senso solo se centrato su aspetti sostanziali e non formali-burocratici, e quindi da gestire in modo altamente professionale. Ciò, a giudizio di chi scrive, potrebbe avvantaggiarsi da una maggiore aggregazione, su scala sovra-regionale, sia per la rielaborazione di un modello "unico" di qualità organizzativa, contenente auspicabilmente diversi livelli di progressione e di sviluppo, sia per la gestione sul campo. Da ciò potrebbe derivare la possibilità di un'osservazione aggregata sia dei punti di forza, da diffondere, sia delle aree di miglioramento, da colmare attraverso l'apprendimento da altre esperienze positive. Il quesito di base è quanto sia pronto il nostro sistema, dal punto di vista della cultura del cambiamento e del confronto, per un riavvio in tal senso.

## Bibliografia

- Agnello M., Luzzi L. (a cura di) (2006), *Indicazioni per lo sviluppo di un sistema di accreditamento in Sud Africa sulla scorta delle esperienze di Italia e Lombardia*, Regione Lombardia per Istituto Superiore di Sanità.
- AIOP (2005), *Tariffe ospedaliere e accreditamento*, Roma, S.E.O.P. s.r.l.
- Brusoni M., Cosmi L., Trincherò E., (2006) «Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.

- Brusoni M., De Riu P.L., (2005) «Sistemi ed interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Frosini F., (2002) «Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Carbone C., Lecci F., (2006) «La sanità privata accreditata» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Lucchina C., Luzzi L. (2007), Atti meeting "Joint Commission International", 5 giugno 2007, Milano.