

L'impatto dell'accreditamento istituzionale nelle aziende sanitarie: un progetto pilota

Maria Augusta Nicoli, Barbara Calderone, Monica Fiorini, Sabine Mall, Rosanna Trisolini,
Renata Cinotti

Agenzia sanitaria e sociale, Regione Emilia-Romagna

Riassunto. Obiettivo dello studio era di valutare nella Regione Emilia-Romagna l'eventuale impatto positivo dell'accreditamento istituzionale sul sistema di erogazione delle cure e come tale risultato potesse essere definito e misurato. La scelta dei metodi e degli strumenti con i quali procedere non è stata agevole: il problema era poco trattato in letteratura e con approcci parziali. Si è quindi definita una ricerca sul campo, basata su alcuni passaggi chiave: ricerca di letteratura, adozione di un modello di riferimento, integrazione dei risultati ottenuti con quelli attesi dal processo di accreditamento. Emerge che l'accreditamento è un processo che interessa l'intero sistema e che è in grado di produrre un cambiamento organizzativo se attuato attraverso una metodologia partecipata.

Parole chiave. Accredimento, cultura organizzativa, qualità, valutazione di impatto.

Abstract. The study aimed at identifying the possible positive impact of accreditation on care delivery system and how this result can be defined and measured. The choice of methods and tools was quite difficult. The issue was only poorly covered in literature and the few articles identified did not cover the issue completely. It was decided to begin with a field research based on some key points: analysis of available literature to get every information on accreditation benefits; adoption of a reference model; integration of results with expected ones. Accreditation is a process that involves the entire system and that can yield an organisational change when it is conducted with a shared approach.

Key words. Accreditation, impact evaluation, organisational culture, quality.

1. Introduzione

Il sistema di accreditamento istituzionale nel nostro paese ha ormai visto la definizione di tutti i suoi elementi costitutivi ed in alcune Regioni è stato compiuto un intenso lavoro per definirne il percorso, al fine di mettere a punto le condizioni che il servizio sanitario pubblico esige da coloro che intendano operare al suo interno. La scelta del modello di accreditamento, che si esplicita nella definizione dei requisiti e delle procedure, nell'individuazione dei valutatori e della loro formazione, nella 'qualità' che si deve garantire, nella possibilità di equiparare le strutture pubbliche a quelle private, è stata oggetto di ampio dibattito e di confronto tra le Regioni che hanno, in questo ambito, la più ampia competenza.

In Emilia-Romagna si è affrontato un lungo percorso di riflessione e sperimentazione che, nell'arco di una decina d'anni, ha fornito una risposta a molte delle questioni sollevate dall'introduzione del d.lgs.

502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. Alla luce della rilevanza politico-istituzionale, oltre che sul piano tecnico-operativo, dei programmi di accreditamento ed in considerazione dell'ingente investimento effettuato in questa Regione è in qualche modo inevitabile verificarne l'impatto.

2. Riflessioni e presupposti teorici

Porsi il problema della valutazione di una politica sanitaria porta ad interrogarsi circa l'ottica attraverso cui cercare di determinarne gli effetti. Pensando ad una valutazione di tipo economico, se il versante dei 'costi' risulta relativamente semplice, non altrettanto lo è quello dei 'benefici'.

Per i primi, infatti, si tratta di impostare una metodologia non dissimile da quella finalizzata a valutare una qualunque attività aziendale. Nell'ottica del complessivo sistema sanitario regionale, valutare i costi del processo di accreditamento significa rappresentare in modo adeguato l'insieme delle risorse 'arruolate' per la definizione del modello di accredi-

Autore per la corrispondenza

Maria Augusta Nicoli, anicoli@regione.emilia-romagna.it

tamento e per la sua implementazione: il tempo dedicato dai vari professionisti (regionali ed aziendali), l'inevitabile impegno economico per l'adeguamento delle strutture, la formazione dei valutatori, le visite di verifica (sono rintracciabili in letteratura alcuni studi che documentano e valorizzano il carico di lavoro associato al processo di accreditamento: Mihailik, 2003; Conover e Zeiler, 2004).

Diversamente, la quantificazione degli eventuali benefici economici si inquadra nel più ampio tema del finalismo aziendale e dell'incapacità delle performance economiche delle aziende pubbliche a rappresentare il grado di conseguimento dei loro obiettivi istituzionali, essendo questi posti su un piano diverso da quello delle imprese. Il 'valore' generato dalle imprese pubbliche non è colto dai valori economici rilevati in contabilità e permangono, anche in dottrina, delle difficoltà nell'individuare in cosa consista, essendovi disaccordo sulla nozione stessa di 'valore pubblico', e nel se e come misurarlo.

Per quanto premesso si è ritenuto quindi che una lettura economica fosse inadeguata per rappresentare gli effetti di un processo di accreditamento. Questi ultimi, in linea di principio, possono essere considerati su piani diversi, che includono da una parte la valutazione di esiti concretamente misurabili sul piano della qualità dei processi assistenziali e dei loro risultati, dall'altra la valutazione dell'impatto, diretto o indiretto, su aspetti probabilmente meno tangibili, ma almeno altrettanto importanti e variamente attinenti alla cultura organizzativa degli erogatori di servizi oggetto del processo di accreditamento (le conoscenze dei professionisti, l'efficienza dei sistemi di gestione e di sviluppo, la qualità delle relazioni con gli utenti e tra i professionisti, il tipo di cultura aziendale e manageriale, la capacità d'innovazione, la capacità di valorizzare le risorse umane).

La difficoltà del tema è peraltro sin troppo ben rappresentata dall'estrema povertà, sul piano metodologico e della generalizzabilità dei risultati, oltre che semplicemente sul piano quantitativo, della letteratura disponibile su questa questione. Apparentemente, pochi si sono cimentati nell'impresa di valutare l'impatto di programmi di accreditamento: un numero limitato di studi attesta una diversa e relativamente migliore qualità dell'assistenza, su alcuni selezionati indicatori, tra servizi accreditati e non (Beaulieu e Arnold, 2002; Chen et al., 2003; Piontek et al., 2003). Ci si è chiesti tuttavia, se questo fosse il quesito più interessante. Infatti, rilevare che i servizi che risultano accreditati hanno una migliore performance clinica rispetto agli altri in qualche modo attesta la bontà dei requisiti e dei criteri operativi utilizzati per il loro accreditamento, ma dice poco sull'impatto del processo. In altri termini, studi di que-

sto tipo possono rappresentare un'utile validazione dei criteri impiegati, senza approfondire però natura e tipologia di cambiamenti.

Una recente rassegna critica della letteratura, a cura dei ricercatori australiani Greenfield e Braithwaite (2007), conferma la complessità del quadro di riferimento e sollecita la conduzione di studi di valutazione dell'accREDITAMENTO attraverso approcci di ricerca multi-metodo, multi-livello e multi-disciplinare, a partire dalla constatazione che sembra impossibile "analizzarne i meriti usando strategie basate su controlli randomizzati". In particolare gli autori evidenziano come l'impatto organizzativo dell'accREDITAMENTO sia un ambito di ricerca ancora poco esplorato; la valutazione di costi e benefici economici sia una delle aree che presenta evidenze non definitive e a volte contrastanti; la relazione tra accREDITAMENTO e miglioramento della qualità risulti complessa e non sembri evidenziare una relazione diretta di causa-effetto tra i due elementi considerati; non sia chiaro in che misura le organizzazioni accreditate garantiscono alta qualità dei servizi sanitari e perché rimanga ampiamente inesplorata la relazione con le valutazioni dei consumatori o la soddisfazione dei pazienti.

Queste considerazioni generali devono ovviamente tenere anche conto delle caratteristiche intrinseche di ogni specifico programma di accREDITAMENTO dei servizi sanitari. In particolare, la possibilità che un determinato processo di accREDITAMENTO possa effettivamente avere un impatto su una o più delle dimensioni sopra citate è certamente funzione di una serie di caratteristiche specifiche, sia tecniche (intrinseche) che di contesto. Per quanto riguarda le prime, esse hanno a che vedere con la tipologia dei requisiti specificatamente previsti per l'accREDITAMENTO, la robustezza dell'atteso legame tra il rispetto di ciascun requisito e la qualità del servizio erogato, la rigosità del processo di verifica e valutazione. Relativamente invece ai fattori di contesto, è lecito attendersi che gli effetti dell'accREDITAMENTO possano variare in funzione del grado di condivisione dell'intero processo, dell'intensità del coinvolgimento delle diverse componenti del sistema alla sua elaborazione e conduzione operativa.

In questa prospettiva è utile richiamare brevemente le specificità del sistema di accREDITAMENTO realizzato in Emilia-Romagna. Per quanto riguarda la metodologia, essa si è caratterizzata per la spiccata enfasi posta sul coinvolgimento e sulla partecipazione delle diverse competenze e responsabilità presenti nei contesti aziendali, sia sul versante clinico che su quello organizzativo. Il processo di individuazione dei criteri oltre che quello della verifica della loro applicazione è stato ed è tuttora un processo largamente partecipato, alla cui realizzazione concorrono le competenze e le esperienze professionali

messe a disposizione dalle diverse realtà aziendali. Una delle implicazioni è che questo specifico sistema di accreditamento, pur non venendo meno alla sua prerogativa di iniziativa a carattere istituzionale-regionale, si presenta comunque, nel contempo, come processo non semplicemente 'calato dall'alto' e si avvale per la sua realizzazione di relazioni ben più complesse ed articolate di quelle che tipicamente caratterizzano organi amministrativi da una parte e soggetti erogatori dall'altra.

Per quel che concerne le finalità, una delle peculiarità del sistema regionale è rappresentata dall'essere permeato da una concezione della qualità dell'assistenza intesa come il risultato non soltanto delle caratteristiche (organizzative, strutturali, etc) del singolo erogatore oggetto della valutazione, ma anche della capacità di quest'ultimo di essere parte integrante di una rete assistenziale complessiva. Il tema delle relazioni peraltro non riguarda solo quelle che si intrecciano tra soggetti erogatori, ma anche quelle relative alle diverse componenti professionali presenti in ciascuno di essi. Sotto questo profilo, uno degli effetti in qualche modo desiderati del processo di accreditamento, così come concepito e realizzato nella Regione Emilia-Romagna, è rappresentato dall'essere funzionale alla costruzione di relazioni positive sia tra le diverse competenze professionali che concorrono all'assistenza di specifiche categorie di pazienti sia tra queste ultime e le responsabilità organizzativo-manageriali presenti nei servizi.

Questi elementi inducono a ritenere che gli effetti (in senso lato) del modello emiliano-romagnolo siano da rintracciare su terreni diversi da quelli tradizionalmente indagati anche dalle scarse esperienze rintracciabili in letteratura: essi attengono non solo ai tipici indicatori di processo ed esito, ma anche ad aspetti che si riferiscono alla cultura organizzativa dei servizi.

Detto in altri termini, ci si è posti l'obiettivo di verificare se, ed in che misura, l'accreditamento sia stato in grado di incidere positivamente sul modo in cui una specifica organizzazione sanitaria vede se stessa nel contesto del sistema assistenziale, sulla consapevolezza del proprio ruolo, sulle relazioni che essa intrattiene con altri erogatori e con gli organismi preposti al governo regionale. Allo stesso modo, si è trattato di valutare se, al livello delle diverse competenze e responsabilità organizzative e cliniche presenti all'interno delle strutture sanitarie, il processo di accreditamento sia stato effettivamente vissuto non come processo burocratico, a cui ottemperare, ma come occasione per rivedere al proprio interno ruoli e responsabilità, esaminando criticamente i propri assetti organizzativi e le proprie relazioni funzionali.

Forse, come suggeriscono i teorici della complessità, siamo di fronte a un problema che va 'riformu-

lato', nel senso che, oltre a concentrarsi sulle relazioni tra variabili, è necessario considerare il 'processo sociale' attraverso cui l'accreditamento si trasforma (o meno) in un potente meccanismo generatore di apprendimento organizzativo. Questo avviene quando l'organizzazione si prende il tempo per 'imparare a pensare' e si interroga sul proprio operato. Secondo questa prospettiva, in linea teorica l'accreditamento scandisce i tempi e gli spazi che permettono all'organizzazione di ritrovare il senso dell'agire organizzativo, senso che nel quotidiano spesso tende a passare in secondo piano e diventa un oggetto di sfondo a cui non si presta l'attenzione dovuta (Demetrio et al, 1990).

3. Metodologia

3.1. *Accreditamento come tecnologia e come processo di apprendimento organizzativo*

Coerentemente con le riflessioni appena fatte, la prospettiva teorica che si è deciso di assumere per valutare l'impatto del processo di accreditamento è quella derivante dal costruttivismo che, applicato ai contesti organizzativi, significa focalizzarsi sui processi di trasformazione, ovvero sulle dinamiche di interazione tra gli attori organizzativi (professionisti, amministratori, valutatori) e gli 'oggetti' presenti (checklist e requisiti). In particolare, come suggeriscono alcuni studi di taglio organizzativo¹, l'accreditamento può essere inteso come una tecnologia che, al pari di un qualsiasi altro oggetto tecnologico (Tac, personal computer, cartella informatizzata), una volta inserita in un contesto organizzativo – fatto di persone, prassi operative, culture, norme, oggetti – cessa di essere un semplice strumento asettico e diventa una tecnologia in uso, ovvero si trasforma e a sua volta trasforma il contesto in cui si cala.

Nel modello di analisi adottato in questo lavoro, si è cercato di privilegiare una chiave di lettura che metta proprio in evidenza il processo di trasformazione della 'tecnologia accreditamento', per evidenziare se e in che termini è concepito e vissuto dagli attori organizzativi come momento di apprendimento organizzativo e quindi come processo generatore di mutamenti, non come semplice verifica di specifici requisiti: questo presuppone non tanto una corretta e neutra applicazione dello strumento (la checklist o la visita di verifica), bensì la capacità degli attori organizzativi di dividerne il significato e di saperlo tradurre in pratica, ovvero di trasformarlo in un sapere negoziato, verificato e appreso collettivamente.

¹Si vedano a questo proposito Gherardi e Strati, 2004.

Pertanto la questione che ci siamo posti non è stata tanto verificare se e in che misura l'accreditamento abbia migliorato gli esiti clinici, ma cercare di capire se e come sia diventato 'pratica d'uso', ovvero se questo processo abbia introdotto elementi evolutivi e innovativi all'interno delle organizzazioni sanitarie che lo hanno intrapreso.

3.2. Modello, attori e strumenti

Per analizzare il processo di implementazione è stato definito un piano di ricerca ancora sperimentale, sia per l'impianto complessivo sia per la metodologia utilizzata; lo studio è stato calato nella realtà di Ferrara e nello specifico dell'Ospedale del Delta e si propone come modello da replicare su scala regionale.

In particolare, mutuando l'impianto teorico del modello ecologico di Bronfenbrenner (1986), che considera il cambiamento come processo derivante dall'interrelazione di diversi livelli collegati (micro, meso, eso e macro), si è cercato di dettagliare l'impatto dell'accreditamento – sia in termini di effetti generali che specifici – in base ai diversi attori organizzativi coinvolti e relativamente al livello in cui questi agiscono.

In questo modo i singoli elementi considerati nella letteratura del settore (rispetto a cui gli studi tendono a individuare legami lineari di causalità) possono essere ricondotti ad un modello che ne evidenzia le correlazioni reciproche e il processo di trasformazione. Adottando questo schema si coglie non solo come gli attori organizzativi implementano e trasformano lo strumento dell'accreditamento, ma anche come lo collocano nella loro prospettiva e quanto nell'insieme possono emergere divergenze o coerenze. Occorre precisare che, da un punto di vista metodologico, ci si pone all'interno della 'ricerca qualitativa' e si definiscono come oggetto di indagine i significati soggettivi che gli individui attribuiscono alle loro attività e ai loro contesti di vita, partendo dall'ipotesi che gli esseri umani agiscono sulla base della propria percezione del mondo che li circonda. Questi significati derivano dall'interazione con le altre persone, sono con esse negoziati e si modificano attraverso l'interazione con il mondo fisico e sociale². Si è cercato pertanto di raccogliere il punto di vista degli attori organizzativi, diversificando gli strumenti di raccolta dei dati in base ai diversi soggetti, al tipo di coinvolgimento nel processo di accreditamento (diretto o indiretto) e al livello di appartenenza.

Di seguito viene presentato lo schema generale dello studio (tabella 1), in cui sono indicati gli strumenti e i soggetti coinvolti: da un lato si identificano

i livelli che costituiscono i contesti relazionali, in cui impatta l'accreditamento e dove avviene la trasformazione in 'tecnologia in uso' e dall'altro si individuano i principali soggetti organizzativi interessati e coinvolti.

3.2.1. La scheda azienda

L'analisi dell'impatto del processo di accreditamento è stata calata nella realtà territoriale e organizzativa dell'Ospedale del Delta di Ferrara.

Allo scopo si è assunta una lettura che consentisse di prendere in considerazione elementi statici e strutturali, ma nel contempo dinamici e frutto di scambi sociali che, oltre a rappresentare il contesto, dessero prospettive diverse allo strumento di accreditamento.

Operativamente è stata sviluppata una scheda azienda che prendesse in considerazione aspetti territoriali, strutturali e di attività, ma anche elementi di tipo organizzativo e culturale. In particolare, sono state raccolte informazioni sull'ospedale e sui dipartimenti accreditati, su eventuali recenti modifiche istituzionali, sull'organizzazione e dislocazione territoriale dei dipartimenti e sull'attività ospedaliera. Si è tentato inoltre – attraverso un'intervista strutturata al responsabile di qualità – di rilevare criticità e significative riorganizzazioni interne presenti durante l'accreditamento e/o successivamente e di fare emergere la presenza di eventuali conflitti interni. Ulteriori aspetti (come, per esempio, l'esistenza di altre certificazioni di gestione della qualità, il rapporto tra numero di personale e relativa pianta organica, il turnover e l'assenteismo del personale) sono confluiti nella scheda che è stata compilata in modo congiunto dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale e dal responsabile aziendale.

Infine, queste informazioni sono state opportunamente integrate con quelle emerse dalle interviste, dai questionari, dalla rassegna stampa e dal dibattito innescatosi nel corso del seminario svoltosi a Lagossanto nel maggio 2007.

3.2.2. I questionari

Uno degli obiettivi dello studio effettuato presso l'Ospedale del Delta dell'Azienda Usl di Ferrara era quello di raccogliere l'opinione degli operatori sull'impatto del processo di accreditamento. In particolare, si è cercato di evidenziare: a) le opinioni generali sugli effetti prodotti dall'accreditamento, in relazione al grado di coinvolgimento nel processo di accreditamento (professionisti esperti-non esperti) e al ruolo professionale (dirigenza medica-comparto); b) le opinioni dei professionisti esperti sull'impatto che il processo stesso ha avuto sulle singole dimensioni che dettagliano il modello regionale. A tal fine si è utilizzato un questionario, declinato in due differen-

²Si vedano per un approfondimento generale Cicognani, 2002 e Nicoli, 2008.

Tabella 1 - *Strumenti e soggetti*

Contesto e punti di vista	Strumenti e modalità di somministrazione	Soggetti	Livello
Il contesto locale (Il terzo occhio)	Scheda azienda (autosomministrazione ed intervista)	Responsabile aziendale della qualità Sindaco del Comune Informazioni desunte dalle interviste Materiale documentale	Macro
Il punto di vista degli attori organizzativi	Questionario orientamento (autosomministrazione)	Personale 'non' coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (non esperti)	Meso
	Questionario modello regionale (autosomministrazione)	Personale coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (esperti)	Meso
	Intervista semistrutturata (face to face)	Alta dirigenza aziendale e ospedaliera e rappresentanti dei cittadini	Eso
	Focus group	Direttori dei dipartimenti	Eso

ti versioni (tabella 2) a seconda delle due tipologie di professionisti coinvolti nell'indagine. Per i professionisti non esperti è stato predisposto un questionario contenente una serie di 30 domande³ che misura l'orientamento generale verso il processo di accreditamento e i suoi principali effetti. Le affermazioni che compongono questa batteria sono state formulate dai ricercatori sulla base delle dimensioni che, secondo la letteratura internazionale, fondano i possibili volti-modelli dell'accREDITamento: accREDITamento come strumento di accountability (stimolo alla trasparenza, al confronto, alla rendicontazione, sia interna che esterna), sistema di garanzia di qualità organizzativa (razionalizzazione dei percorsi e dell'assistenza, cambiamento delle modalità organizzative e dei rapporti tra professionisti), processo che aumenta la qualità tecnico-professionale e la correttezza dell'offerta (aderenza a standard e *best practice*, miglioramento della performance e appropriatezza clinica, riduzione del rischio e dei tempi di attesa, incremento della sicurezza dei pazienti), sistema che incide sulla qualità relazionale (miglioramento della comunicazione e integrazione tra professionisti, incremento della comunicazione con i cittadini e della loro soddisfazione), processo di bilanciamento costi-benefici (relazione costi-benefici, veicolo di trasformazione positiva) (tabella 3).

Ai professionisti esperti (coinvolti direttamente nel processo di accreditamento) è stato somministra-

to sia il questionario appena descritto sia un'ulteriore serie di 45 domande⁴ finalizzate a rilevare l'atteggiamento verso il modello regionale. Le affermazioni che compongono questa batteria ripropongono tutti i requisiti generali per l'accREDITamento istituzionale previsti dalla d.g.r. dell'Emilia-Romagna n. 327 del 2004 e sono state ricondotte, in analogia a quanto effettuato per le prime 30 affermazioni, alle stesse macroaree.

3.2.3. L'intervista semistrutturata e il focus group

Al fine di sondare le opinioni di persone che a vario titolo – ruolo ricoperto e/o attività esercitata – rappresentano testimoni significativi per rilevare gli effetti dell'accREDITamento nello specifico contesto, un intervistatore e un osservatore, munito di apposita griglia di osservazione, hanno realizzato interviste semistrutturate e condotto focus group (in quest'ultimo caso erano presenti due osservatori).

L'intervista, audioregistrata, prevedeva inizialmente la produzione di cinque termini da associare liberamente alla parola accREDITamento. Questa tecnica⁵ consente di richiamare i riferimenti culturali a cui attingono i soggetti nell'espone le proprie opinioni e nello spiegare il fenomeno oggetto di analisi.

³È stata proposta una serie di 30 affermazioni che riguardano il processo di accREDITamento, per ognuna delle quali è stato chiesto all'intervistato di indicare il proprio livello di accordo, scegliendo tra 5 opzioni di risposta, dove 1 corrisponde a "per nulla d'accordo" e 5 a "completamente d'accordo".

⁴Vengono proposti 45 elementi sui cui l'accREDITamento può avere avuto un impatto. L'intervistato deve indicare che tipo di impatto ha avuto secondo lui il processo di accREDITamento su ognuno di questi aspetti, utilizzando una scala a 7 opzioni, dove 1 corrisponde al "massimo impatto negativo", 4 ad un "impatto nullo" e 7 al "massimo impatto positivo".

⁵Riferimento alla tecnica delle associazioni libere di Di Giacomo, 1980.

Tabella 2 - Schema dei questionari

Soggetti	Strumento	Oggetto	Aree tematiche	Domande
Personale 'non' coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (non esperti)	Questionario orientamento (autosomministrazione)	Orientamento generale verso il processo di accreditamento	Accountability	6
			Qualità organizzativa	8
			Qualità tecnico-professionali	9
			Qualità relazionale	4
			Costi-benefici	3
			<i>Totale</i>	30
Personale coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (esperti)	Questionario modello regionale (autosomministrazione)	Orientamento generale verso il processo di accreditamento + atteggiamento verso il modello regionale di accreditamento	Accountability	6 7
			Qualità organizzativa	8 14
			Qualità tecnico-professionali	9 13
			Qualità relazionale	4 4
			Costi-benefici	3 7
			<i>Totale</i>	30 45

Tabella 3 - Elenco delle 30 affermazioni su "orientamento generale" (livello di accordo con la frase, scala da 1 a 5). Rispondenti: non esperti ed esperti

Area tematica	Affermazione
Accountability	V1 L'accredimento è una 'vetrina' per dimostrare i propri risultati
	V2 L'accredimento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda (<i>benchmark</i> interno)
	V5 L'accredimento è uno strumento per il confronto con altre aziende (<i>benchmark</i> esterno)
	V14 L'accredimento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati (<i>public reporting</i>)
	V16 L'accredimento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli stakeholder
	V17 L'accredimento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali
	Qualità organizzativa
V6 L'accredimento diffonde i valori legati alla qualità	
V9 L'accredimento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi (innovazioni, modifiche, etc)	
V12 L'accredimento cambia le modalità di gestione dei casi (ruoli e responsabilità, stili di leadership, etc)	
V13 L'accredimento aumenta la soddisfazione del personale	
V18 L'accredimento riduce il turnover del personale	
V20 L'accredimento migliora la comunicazione tra professionisti	
V22 Nell'accredimento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, etc) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, etc)	
Qualità tecnico-professionale e correttezza dell'offerta	V4 L'accredimento migliora i tempi di attesa
	V10 L'accredimento riduce la variabilità nel tipo e nella natura dei servizi forniti (aumenta l'adesione a standard di servizio)
	V11 L'accredimento diffonde i metodi per la gestione del rischio (<i>incident reporting</i> , etc)
	V15 L'accredimento migliora l'attenzione dei team terapeutici ai bisogni dei pazienti
	V19 L'accredimento migliora la sicurezza dei pazienti
	V21 L'accredimento migliora le performance clinico-professionali
	V25 L'accredimento incoraggia l'aderenza alle <i>best practice</i>
	V26 L'accredimento aumenta l'appropriatezza clinica
V28 L'accredimento è uno strumento di promozione delle professionalità	
Qualità relazionale	V7 L'accredimento peggiora la comunicazione tra professionisti
	V8 L'accredimento migliora la comunicazione con l'utente
	V27 L'accredimento aumenta la soddisfazione dei pazienti
	V29 L'accredimento migliora l'integrazione tra professionisti
Costi-benefici	V23 L'accredimento è un veicolo per il cambiamento complessivo (è un <i>input</i> per modifiche al sistema di regolazione)
	V24 I benefici dell'accredimento superano i suoi costi
	V30 I costi dell'accredimento superano i suoi benefici

L'intervista proseguiva con un griglia di domande che tentava di esplorare le aree di maggior impatto, le eventuali resistenze incontrate, gli effetti sulle relazioni (sia interne che esterne) ed infine chiedeva di delineare un bilancio complessivo, specificandone costi e benefici.

Le registrazioni sono state riascoltate, trascritte ed il contenuto sottoposto ad analisi secondo le aree tematiche con cui erano organizzate le domande, cercando di individuare possibili relazioni tra posizione assunta nei confronti dell'accreditamento e ruolo ricoperto.

4. Risultati

4.1. Il contesto locale

La nascita dell'Ospedale del Delta si inserisce in una complessiva riorganizzazione dell'offerta ospedaliera dell'Ausl di Ferrara; l'apertura e l'accreditamento istituzionale, avvenuti rispettivamente nel 2001 e 2004, sono stati accolti con entusiasmo dalla popolazione locale e hanno mutato radicalmente lo sviluppo del territorio circostante, riqualificando l'intera zona, potenziando la rete stradale e favorendo la crescita di aree commerciali e abitative. Per gli utenti finali e gli operatori esterni al sistema sanitario non esiste però una netta distinzione fra l'ospedale nuovo e il processo di accreditamento e quindi gli effetti positivi vengono ugualmente associati sia all'apertura che all'accreditamento della struttura.

Le risorse umane costituiscono un elemento strategico per raggiungere un elevato standard di qualità, ma possono al contempo essere anche un fattore critico di successo. Complessivamente l'impatto positivo del processo di accreditamento è stato realizzato attraverso una buona comunicazione, valide relazioni interpersonali e professionali e una continua propensione al miglioramento del personale, delle procedure e degli standard qualitativi. Tuttavia, l'interesse alla tematica e la coesione del team possono aver risentito sia dei tempi di attuazione e consolidamento del processo sia dei cambiamenti intercorsi nell'organizzazione stessa. Si può ipotizzare che momenti di transizione e incertezza possano avere avuto ripercussioni sul clima lavorativo nelle varie unità operative, dando così un'ulteriore chiave di lettura al diverso tasso di rispondenza ai questionari. Anche altri aspetti legati all'organizzazione, come, per esempio, eccessivi carichi di lavoro, turnover del personale, inserimento di nuovi operatori, possono indebolire il gruppo e diventare fonte di eventuali conflitti e tensioni interne.

4.2. L'opinione dei professionisti

Nei mesi di dicembre 2006 e gennaio 2007, a 3 anni di distanza dall'accreditamento, il questionario è

stato inviato ad un campione non proporzionale di 256 soggetti, stratificato per professione (medici dirigenti di I e II livello; personale infermieristico-ostetrico, personale tecnico) e per modalità di coinvolgimento nel processo di accreditamento (esperto di accreditamento e non esperto di accreditamento). Sono stati esclusi Ota-Oss, centralinisti, amministrativi e i medici con incarichi libero professionali, perché ritenuti troppo distanti, per mansioni e tipo di coinvolgimento, dal processo di accreditamento stesso.

Il campione finale dei rispondenti che ha compilato il questionario è composto da 138 soggetti (di cui 82 esperti e 56 non esperti). Ha risposto complessivamente il 53,9% delle persone coinvolte, con una sostanziale differenza tra gruppi professionali e tipologia di rispondente.

Attraverso l'analisi dei questionari sono stati approfonditi soprattutto tre filoni: a) l'orientamento generale verso l'accreditamento; b) l'opinione degli esperti e dei non esperti; c) l'opinione del personale esperto sul modello regionale.

Gli intervistati (esperti e non) dichiarano che l'accreditamento si configura come processo in grado di influire in maniera positiva su tutte le aree tematiche (figura 1). Gli elementi che rimandano al tema dell'*accountability*, come la trasparenza delle politiche aziendali e della rendicontazione, la capacità di confronto interno ed esterno, così come la tendenza a rendere pubblici i risultati sono gli ambiti sui quali i professionisti mostrano una maggior variabilità di opinione. Al contrario, il gruppo appare compatto nel considerare il processo sostanzialmente efficace come percorso per il bilanciamento dei costi-benefici.

In termini di valutazione media, il processo appare efficace nel migliorare gli aspetti più strettamente tecnico-professionali; per esempio, sono cambiate in maniera sostanziale ed innovativa le modalità organizzative di gestione dei servizi, sono stati diffusi i valori legati alla qualità, è stata ridotta la variabilità dei servizi e aumentata l'adesione agli standard. Tuttavia, i risultati mostrano la minor capacità di incidere positivamente su altri elementi, sui quali è necessario continuare ad investire, come, per esempio, la comunicazione con gli utenti, la loro soddisfazione o l'integrazione tra professionisti (qualità relazionale).

Emergono anche alcuni dubbi sugli effetti relativi ad aspetti specifici del sistema: per molti non è chiaro se e in che modo l'accreditamento abbia incoraggiato l'aderenza alle *best practice* o cambiato le modalità di gestione dei casi (in termini di ruoli e responsabilità); anche la valutazione in termini di costi-benefici non è facile da chiarire, anche se sembra che i costi indotti pesino più di quelli direttamente riconducibili al processo stesso e che i benefici superino complessivamente i costi.

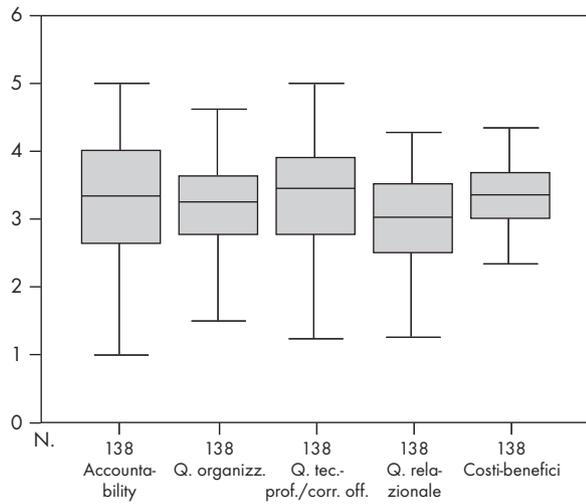


Figura 1 - Distribuzione dei giudizi sulle aree tematiche delle affermazioni in merito agli effetti attesi dal processo di accreditamento: orientamento generale (138 soggetti, esperti e non esperti).

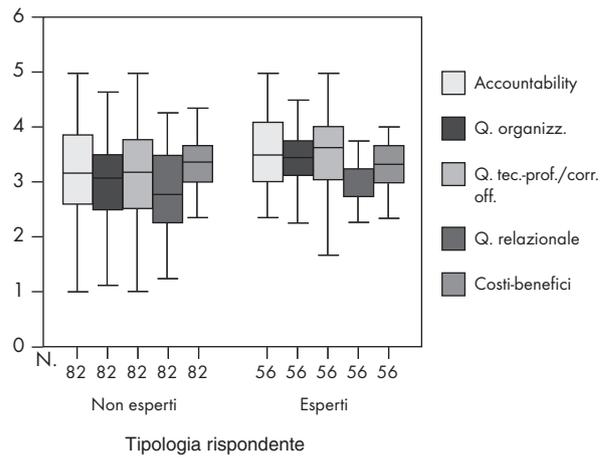


Figura 2 - Distribuzione dei giudizi sulle aree tematiche delle affermazioni in merito agli effetti attesi dal processo di accreditamento: tipologia di rispondente (138 soggetti, esperti e non esperti).

Si segnalano infine alcuni elementi deboli del processo che, pur essendo pochi, sono degni di nota (se non altro in termini di riflessione teorica): l'accredimento non ha sicuramente ridotto né i tempi di attesa né il turnover di personale, così come non ha aumentato la soddisfazione di utenti e operatori. A questo proposito resta da chiarire se il processo stesso si prefiggeva di contribuire al raggiungimento di questi obiettivi che possono sì essere influenzati dai meccanismi 'virtuosi' attivati dal processo di accreditamento, ma che dipendono strettamente dalle decisioni di politica sanitaria regionale ed aziendale in merito al dimensionamento dell'offerta di prestazioni sanitarie.

La figura 2 mostra come tutti i professionisti percepiscano un sostanziale impatto positivo del processo di accreditamento, anche se su alcune questioni esperti e non esperti esprimono opinioni discordanti (soddisfazione dei pazienti e del personale, il rapporto costi-benefici, l'appropriatezza clinica, la sicurezza e la trasparenza); tutti ambiti sui quali i miglioramenti sono evidenziati dagli esperti e messi in dubbio dai non esperti.

In termini organizzativi, la partecipazione al processo permette di percepire in maniera più netta gli effetti positivi, in tutte le aree indagate, e contribuisce sicuramente a rinforzare la motivazione al mantenimento del sistema. Resta tuttavia da chiarire se questa compattezza e questo ottimismo siano il frutto di maggiore consapevolezza o se, al contrario, la vicinanza emotiva all'oggetto renda gli esperti meno lucidi nel riconoscerne i limiti reali o i possibili fallimenti. È necessario segnalare inoltre che la discre-

panza tra chi è stato coinvolto fin dall'inizio dal processo e chi lo ha subito rappresenta indubbiamente una criticità.

Per quanto riguarda invece l'opinione del personale esperto sul modello regionale, i 56 intervistati, ovvero coloro che hanno partecipato direttamente all'accredimento dell'Ospedale del Delta, dichiarano che il processo ha avuto effetti positivi su tutte le aree di azione (figura 3).

La qualità tecnico-professionale (utilizzo di procedure, valutazioni di standard e performance, formazione e scambi di conoscenze) viene indicata come l'ambito su cui l'accredimento ha mostrato la maggior efficacia, al contrario quella dell'accountability (individuazione delle responsabilità, coinvolgimento del personale nelle politiche e nelle valutazioni periodiche, esplicitazione e valutazioni delle politiche aziendali) l'area dove il miglioramento è giudicato complessivamente più debole.

In particolare, l'accredimento sembra aver cambiato 'radicalmente' due ambiti, da un lato, la garanzia degli utenti (in termini di informazione, rispetto della privacy, raccolta del consenso informato e delle segnalazioni) e dall'altro, l'accesso alla struttura (criteri di eleggibilità, liste di attesa, accesso in emergenza-urgenza).

4.3. Il punto di vista della macrostruttura

Il quadro delineato dai soggetti intervistati, sia singolarmente che come focus group, individua nell'accredimento un elemento in grado di stimolare e sostenere processi positivi nella gestione delle organizzazioni sanitarie e ciò emerge anche, ad inizio in-

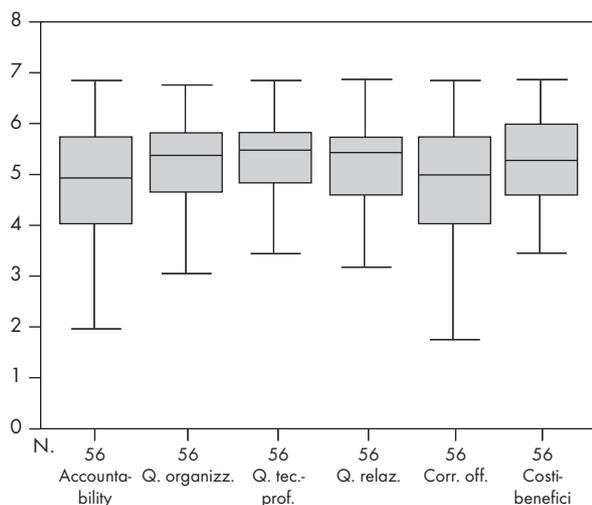


Figura 3 - Distribuzione dei giudizi sulle aree tematiche degli aspetti contenuti nella d.g.r. 327/04: opinione sul modello regionale (56 soggetti: esperti).

intervista, come risposta alla richiesta di fornire 5 parole chiave suggerite dal termine accreditamento: la parola 'miglioramento' è infatti il vocabolo riportato più frequentemente, seguito da 'qualità' e da 'sistematizzazione'. Sono emersi inoltre il concetto del 'prender parte', espresso da termini diversi, ma in qualche misura analoghi (partecipazione, collaborazione, gruppo, condivisione), e l'immagine della 'progettazione' (programmazione, pianificazione).

È interessante notare come, in questa sorta di mappatura semantica dell'accREDITAMENTO, qualcuno abbia attinto ad un repertorio tecnico, strettamente legato all'ambito della 'qualità' (riportando in questo caso vocaboli come miglioramento, processo, sistematizzazione, valutazione dei risultati, pianificazione, controlli, procedure, audit). Altri, invece, propongono termini che richiamano gli aspetti 'soft' della vita organizzativa (impegno, partecipazione, studio, costanza, ciclicità, gruppo, condivisione, sconvolgimento), suggerendo che l'accREDITAMENTO produce processi sociali rilevanti e significativi.

L'analisi delle risposte relative all'impatto fa emergere delle posizioni precise, riconducibili a punti di vista e prospettive diversi: si va dalla visione ampia di sistema che caratterizza la visione dell'alta dirigenza, al saper cogliere la valenza di opportunità offerta dal processo di accREDITAMENTO, espresso dai professionisti clinici, all'inevitabile distanza avvertita dagli stakeholder istituzionali.

Nell'ottica di sistema l'accREDITAMENTO è percepito come strumento che attraversa l'azienda al fine di permettere una gestione più efficiente (in riferimento ai percorsi di programmazione/progettazione, alla

verifica e al controllo, alla gestione ed all'utilizzo del sistema informativo), una comunicazione efficace (interna ed esterna), un miglioramento della qualità dell'assistenza (sviluppo procedure, definizione condivisa dei percorsi diagnostico-terapeutici, auditing, continuità assistenziale, appropriatezza clinica ed organizzativa) che passa anche attraverso la costruzione di un buon piano di formazione. Tale prospettiva recupera, anche esplicitamente in qualche dichiarazione, le aree individuate dal modello regionale, che nello specifico riprendono il tema dell'accountability, della qualità organizzativa, della qualità tecnico-professionale, della qualità relazionale, della correttezza dell'offerta e dell'area miglioramento. Con riferimento in particolare alla qualità organizzativa, si riconosce che l'accREDITAMENTO ha inciso positivamente sul senso di appartenenza e spirito di squadra ed ha rappresentato, in particolare per la dirigenza, un'importante esperienza formativa ("la gente si sente parte di un sistema", "accREDITAMENTO come potente strumento formativo sul management").

I professionisti direttamente coinvolti, pur sottolineando la fatica e l'impegno loro richiesto ("all'inizio è stato un vero e proprio sconvolgimento"; "la fatica è stata degli operatori che si sono ritagliati il tempo necessario portandosi anche il lavoro a casa"), hanno colto l'occasione offerta dal processo di accREDITAMENTO per migliorare la qualità, l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni e dei servizi offerti.

Trova inoltre conferma, tra i clinici, uno degli impatti attesi dal processo di accREDITAMENTO relativamente a ciò che nelle premesse è stato definito come cultura organizzativa. Frequenti sono infatti i riscontri di un effetto positivo sul senso di appartenenza, sulla consapevolezza dei diversi ruoli, sulla soddisfazione professionale. Aspetti questi ultimi valutabili sia in relazione allo sviluppo del percorso, riconosciuto quindi anche come importante momento formativo ("come processo, anche culturale, è stato un grande percorso di formazione") e relazionale ("è servito per fare squadra, ...per esercitare meglio il proprio ruolo"; "è servito per conoscere meglio i miei collaboratori"; "...fa emergere la solidarietà, si rinsaldano i legami"; "noi abbiamo fatto indagini di clima organizzativo, da cui è emerso che i valori sono più condivisi rispetto ad altre aziende della Regione"), sia con riferimento alla definizione formale del sistema di garanzie, anche interne, esplicitate dall'accREDITAMENTO ("con regole scritte e chiare ogni operatore si sente tutelato nelle sue funzioni rispetto a diritti e doveri all'interno dell'organizzazione").

La valutazione di impatto espressa dagli stakeholder istituzionali, pur evidenziando una certa distanza

da un processo inteso sostanzialmente come interno all'organizzazione ed in cui non sono stati direttamente coinvolti, ne fa emergere comunque l'interesse nel momento in cui l'accreditamento viene percepito come sistema di garanzie per l'eccellenza.

Resistenze e, più in generale, criticità del processo di accreditamento sono state avvertite prevalentemente dai professionisti sanitari (medici ed infermieri) e riguardano sia aspetti metodologici che di contenuto: tra i primi rientrano i tempi iniziali di implementazione giudicati eccessivamente brevi e che non avrebbero consentito il coinvolgimento di tutti gli operatori. Un limite di metodo a livello di sistema, viene ravvisato nel mancato coinvolgimento dell'area delle cure primarie, del settore sociosanitario e degli attori ad essi correlati. Relativamente ai contenuti, le difficoltà maggiori derivano dall'insufficiente allineamento tra gli elementi di 'pianificazione' e 'valutazione dei risultati' previsti dall'accreditamento ed il sistema di budget aziendale. Sono invece poco avvertite le difficoltà legate agli adeguamenti strutturali e ciò era in qualche misura atteso, avendo indagato un'organizzazione che opera in una struttura nuova, mentre molteplici sono i richiami alla necessità di disporre di adeguate risorse professionali sia per far fronte alla gestione che l'accreditamento comporta, sia per garantire gli standard assistenziali che lo stesso processo richiede.

Un capitolo importante nella valutazione di impatto del processo di accreditamento è sicuramente rappresentato dal tema delle relazioni, concepite come insieme di rapporti che gli individui tessono tra loro e che sono funzionali al raggiungimento di obiettivi altrimenti non perseguibili. È una dimensione strettamente legata alla cultura organizzativa, in particolare al capitale sociale e alla ricchezza basata sulla fiducia, intesa come aspettativa che gli altri si comportino in modo coerente con quanto ci attendiamo, indipendentemente dall'adozione di meccanismi coercitivi o di controllo.

Il sistema di relazioni interne che si esplicitano nella collaborazione sia tra operatori clinici con diverso orientamento specialistico, sia tra chi ha responsabilità cliniche e chi ha invece responsabilità organizzativo-manageriali, è sicuramente riconducibile al processo di accreditamento, oltre ad essere favorito dal contesto dipartimentale. Il 'governo delle interfacce' è infatti uno dei concetti più diffusamente citato per esprimere il livello di integrazione raggiunto tra i servizi, così come l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, le attività di benchmarking (come modalità per apprendere attraverso il sistematico confronto con gli altri), il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati (audit clinico) e, non ultima, la chiarezza nelle attribuzioni di responsabilità e funzioni.

Restano tuttavia all'interno della stessa azienda delle zone d'ombra, su cui l'accreditamento ha influito poco e che riguardano le relazioni con il Comitato consultivo misto e con i medici di medicina generale (Mmg). Analogamente si constata che anche sul versante esterno, tranne le relazioni ulteriormente consolidate con la Regione e con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, l'accreditamento non ha rappresentato l'occasione per coinvolgere gli enti locali, la Conferenza territoriale sociosanitaria e altri attori sanitari (farmacisti).

L'ultima parte delle interviste focalizzava l'obiettivo della ricerca, tentando di sondare le opinioni rispetto ad una valutazione globale del programma di accreditamento, ed il bilancio che complessivamente si delinea è indubbiamente positivo: gli intervistati sono concordi nel ritenere che i benefici ottenuti siano superiori ai sacrifici sopportati e che, come atteso, la risorsa maggiormente assorbita dal processo è rappresentata dal personale e dalla sua formazione.

Nella valutazione complessiva dei costi sono presenti anche elementi di intangibilità, nel senso che il cambiamento ha comportato un 'costo culturale' nel momento in cui i ruoli, in particolar modo quelli appartenenti alla sfera clinico-professionale, sono stati rivisti ("qualcuno ha dovuto riconcepirsi"; "ci si è messi in gioco personalmente").

I benefici sono molteplici, soprattutto in una prospettiva di continuo miglioramento: il processo è stato generalmente vissuto come occasione per rivedere al proprio interno ruoli e responsabilità, esaminando criticamente la propria organizzazione e le proprie relazioni funzionali. L'impatto generato riguarda l'aumento della qualità, esplicitata in un "miglior livello di assistenza professionale ed organizzativa", nei livelli di appropriatezza, ma anche nelle relazioni con gli utenti e tra i professionisti ("c'è meno conflittualità"; "c'è ora la possibilità di lavorare e di essere curati in ambienti sereni"), il cambiamento nell'organizzazione, la sua cultura, i livelli di soddisfazione e la maggior autonomia.

Vengono percepite anche delle ricadute di tipo economico, anche se non completamente dispiegate, nella riduzione degli sprechi ("a risorse costanti la qualità è migliorata").

Da ultimo alcune riflessioni ricordano l'opportunità di mantenere e sviluppare l'intero processo, dedicandovi il tempo e le risorse necessarie ("è un investimento continuo").

4.4. Sintesi dei risultati

Come primo risultato, si sottolinea il fatto che aver preso parte al processo di accreditamento o non averne preso parte fa la differenza. Questo significa che effettivamente l'accreditamento può generare confronti interni diffusi e a forte penetrazione socia-

le (differenti figure professionali e di ruoli diversificati). Soprattutto si evidenzia che proprio nelle aree che riguardano il proprio lavoro la differenza tra i due gruppi è rilevante: la soddisfazione dei pazienti e del personale, il rapporto costi-benefici, l'appropriatezza clinica, la sicurezza e la trasparenza sono gli ambiti sui quali i miglioramenti sono evidenziati dagli esperti e messi in dubbio dai non esperti. Nel contempo, qualora l'accreditamento si trasformi rispetto all'uso specifico di un contesto (per esempio, quando diviene occasione per investire in un cambiamento sostanziale della propria realtà che però non si realizza) si crea una forma di dissenso verso lo strumento accreditamento in quanto tale, che impedisce ai soggetti coinvolti di comprendere che è la divergenza rispetto alle finalità d'uso che non consente di ottenere quanto sperato.

Come secondo risultato, si evidenzia che nella tecnologia (dirigenza aziendale, di presidio e di dipartimento) si avverte complessivamente un uso dell'accreditamento, sia come attivatore di processi di miglioramento (soprattutto nel rafforzare legami tra strutture e tra dipartimenti), sia come ingrediente per alimentare il senso di appartenenza, la consapevolezza dell'agire organizzativo e professionale. Si registra tuttavia una discrepanza tra ciò che si riesce ad attivare dentro al processo di accreditamento e di cui ci sente pienamente protagonisti e ciò che si attiva al di fuori dell'ambito specifico di propria competenza. Per esempio, viene sottolineata la maggior efficacia dell'accreditamento sugli aspetti tecnico-professionali (utilizzo di procedure, valutazioni di standard e performance, formazione e scambi di conoscenze) e meno nell'area dell'accountability (individuazione delle responsabilità, coinvolgimento del personale nelle politiche e nelle valutazioni periodiche, esplicitazione e valutazioni delle politiche aziendali).

Come terzo risultato, si evince che le caratteristiche del contesto territoriale hanno amplificato la funzione dell'accreditamento, identificandola come parte integrante di un evento primario (l'apertura dell'ospedale nuovo in un contesto economicamente e socialmente fragile): non solo si apriva un ospedale strutturalmente all'avanguardia, ma anche con i requisiti di qualità accertati.

In definitiva l'accreditamento rappresenta 'l'arena' in cui si muovono i diversi attori organizzativi portatori di aspettative e che attuano trasformazioni dell'accreditamento nel suo uso concreto, non sempre convergenti nelle finalità.

5. Discussione

Se utilizziamo il modello di Bronfenbrenner per sistematizzare i risultati possiamo rilevare alcune dinamiche interessanti al fine di delineare alcune im-

plicazioni operative per la gestione del processo di accreditamento e per presidiare gli effetti che produce (figura 4).

Partendo proprio dagli effetti prodotti, si evidenzia una sequenzialità degli stessi: una prima serie di effetti sembra strettamente connessa con il momento formale della visita di accreditamento e riguarda strettamente i professionisti coinvolti; a breve termine emergono i cambiamenti innescati dall'accreditamento e che hanno coinvolto soprattutto gli aspetti organizzativi; infine si individuano conseguenze a lungo termine che mettono a fuoco aspetti di sistema/azienda.

Per quanto riguarda la prima serie di effetti, sembrerebbe che complessivamente la 'galvanizzazione' prodotta dalla partecipazione degli operatori alla preparazione della visita di accreditamento abbia consentito di attivare circuiti virtuosi nei diversi contesti: il sentirsi parte di un gruppo, il creare un clima di cooperazione, l'innalzamento della motivazione, il sentirsi parte di processi decisionali.

Per quanto concerne gli esiti a breve termine, si è riscontrato un consolidamento di alcune delle scelte organizzative attivate e un'adesione alle procedure. Quindi emergono effetti significativi rispetto a quegli aspetti tecnico-professionali più prossimi ai processi decisionali dei professionisti coinvolti, mentre sono ridotti gli effetti sul versante aziendale (coinvolgimento del personale nelle politiche e nelle valutazioni periodiche, politiche aziendali, etc.).

In merito alle conseguenze di lungo termine, si evidenzia da un lato la mancata opportunità di cogliere nuovi sviluppi del processo di accreditamento (quali l'estensione dell'accreditamento ai dipartimenti territorialmente connessi, ma anche alle strutture ospedaliere della stessa azienda che sono fun-

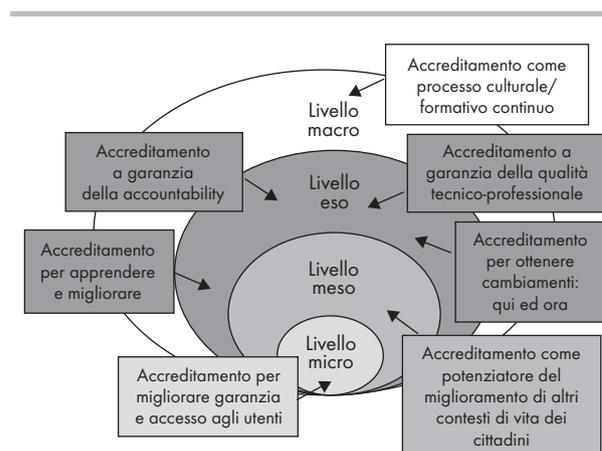


Figura 4 - I diversi effetti che produce l'accreditamento in relazione ai contesti relazionali rappresentati dai livelli micro, meso, eso e macro.

zionalmente collegate), dall'altro si constata che non si è chiuso il circolo virtuoso a livello aziendale. In quest'ultimo caso viene richiamato il fatto che l'accreditemento non può costituire strumento disgiunto dagli altri processi aziendali (quali, per esempio, il budget), in quanto viene meno proprio quell'effetto a lungo termine che consente di portare a sistema i diversi percorsi per finalizzarli alle scelte strategiche aziendali, alla programmazione. In questo caso si potrebbe generare un effetto *rebound* che, a partire dagli attori organizzativi della macrostruttura, si ripercuote sui nuovi percorsi di accreditemento, rischiando di contenere e di ridurre i risultati prodotti dalla visita di accreditemento (fase preparatoria) ed i benefici di medio termine sull'organizzazione.

In definitiva, affinché l'accreditemento non rischi di svuotarsi di quegli aspetti che lo rendono, oltre che strumento di governo per il miglioramento della qualità dei servizi, anche processo di apprendimento organizzativo, sarebbe opportuno:

- conoscere gli elementi di contesto che possono amplificarne gli effetti (per esempio, ospedale nuovo che diventa motore di sviluppo economico e sociale in sede locale);
- coordinare le dinamiche virtuose all'interno dell'organizzazione (per esempio, ospedale nuovo in cui il gruppo dei professionisti può cementare sentimento di appartenenza, cooperazione);
- sfruttare le connessioni con gli strumenti aziendali di governo per la programmazione e la verifica.

Si aprono a questo proposito nuove domande che rimandano agli aspetti di gestione di processi complessi come quello dell'accreditemento, in quanto a tratti si è scorto il funzionamento che ha reso possibile la realizzazione dell'accreditemento nelle sue diverse fasi, ma che andrebbe analizzato ulteriormente per presidiare quel 'lavoro nascosto' che consente il buon funzionamento dell'accreditemento in quanto tale e che lo può anche influenzare nell'uso,

accentuandone i caratteri di processo ad alto coinvolgimento o 'atto dovuto'. Tutte queste considerazioni potranno trovare conferma a seguito dell'applicazione del modello ad altre realtà regionali.

Bibliografia

- Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna (2008), *L'accreditemento istituzionale in Emilia-Romagna*, Collana Dossier, n. 165.
- Beaulieu ND, Arnold ME (2002), Predictors, correlates of performance and market impact, *Med care*, 40 (4): 325-337.
- Bronfenbrenner U (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino.
- Chen J, Rathore SS, Radford MJ et al (2003), JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction, *Health Aff*, 22 (2), 243-254.
- Cicognani E (2002), *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Roma, Carocci Editore.
- Conover JC, Zeitler EP (2004), *Hospital accreditation and licensure*, draft.
- Demetrio D, Fabbri D, Gherardi S (1990), *Apprendere nelle organizzazioni*, Roma, Carocci Editore.
- Di Giacomo JP (1980), Intergroup alliances and rejections with a protest movement, *Eur J Soc Psychol*, 10: 329-344.
- Gherardi S, Strati A (2004), *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Roma, Carocci Editore.
- Greenfield D, Braithwaite J (2007), *A review of health sector accreditation research literature*, Centre for Clinical Governance Research in Health, University of New South Wales, Australia.
- Lanzetti C, Lombi L, Marzulli M (a cura di), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, Collana Salute e Società, Milano, Franco Angeli, pp. 197-213.
- Mihalik GJ, Scherer MR, Schreter RK (2003), The high price of quality: a cost analysis of NCQA accreditation, *J Health Care Finance*, 3: 38-47.
- Nicoli MA (2008), La ricerca qualitativa come paradigma in ambito sanitario: lavori in corso, in Lanzetti C, Lombi L e Marzulli M, *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, Milano, Franco Angeli Edizioni, pp. 197-213.
- Piontek FA, Coscia R, Marselle CS et al (2003), Impact of American college of surgeons verification on trauma outcomes, *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 54 (6): 1041-1047.