

# L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna

Studio pilota sull'impatto del processo  
di accreditamento  
presso l'Azienda USL di Ferrara



# L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna

Studio pilota sull'impatto del processo  
di accreditamento  
presso l'Azienda USL di Ferrara

**La redazione del volume è stata curata da**

---

**Renata Cinotti** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Hanno contribuito alla stesura dei Capitoli**

---

**Daria Aumiller** consulente  
**Barbara Calderone** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Renata Cinotti** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Monica Fiorini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Pierluigi La Porta** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Sabine Mall** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Annamaria Renzi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
**Giovanni Sessa** Azienda USL di Ferrara  
**Marco Tieghi** Università di Bologna  
**Rosanna Trisolini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Si ringraziano**

---

**Loretta Alberani** Azienda USL di Ferrara  
**Daniela Vassalli** Azienda USL di Ferrara  
**e tutti i professionisti dell'Ospedale del Delta di Ferrara**

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2008

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF  
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna  
e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss165.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss165.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<i>Abstract</i>	8
<b>Parte 1. L'accreditamento in Emilia-Romagna</b>	<b>11</b>
<b>1. Introduzione</b>	<b>13</b>
1.1. L'accreditamento: elementi costitutivi e normativa	13
1.2. Chi e cosa si accredita	16
1.3. Accredimento istituzionale	21
<b>2. Tre anni di accreditamento dal punto di vista dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale</b>	<b>25</b>
2.1. Alcuni dati di contesto	25
2.2. Cosa si è appreso dall'esperienza e come si pensa il futuro	31
<b>3. Valutazione di impatto dell'accreditamento</b>	<b>37</b>
3.1. Il problema della valutazione degli effetti dell'accreditamento	38
3.2. Spunti, riflessioni: l'oggetto della valutazione	42
<b>Parte 2. Lo studio pilota sull'impatto dell'accreditamento a Ferrara</b>	<b>45</b>
<b>4. Il progetto V.Imp.A.</b>	<b>47</b>
4.1. Premessa	47
4.2. Presupposti teorici	47
4.3. Articolazione del progetto	52
<b>5. Analisi del contesto</b>	<b>59</b>
5.1. Obiettivi e metodologia	59
5.2. Quando l'accreditamento coincide con l'apertura dell'ospedale	61
5.3. Una realtà in continuo cambiamento	63
5.4. La stabilità del gruppo	64
5.5. La qualità, un traguardo da raggiungere	66
5.6. Discussione	67

<b>6.</b>	<b>Il punto di vista della macrostruttura</b>	<b>69</b>
6.1.	Obiettivi e metodologia	69
6.2.	L'accREDITamento è ...	70
6.3.	Discussione	76
<b>7.</b>	<b>L'opinione dei professionisti</b>	<b>77</b>
7.1.	Obiettivi e metodologia	77
7.2.	Orientamento generale verso l'accREDITamento	89
7.3.	L'opinione del personale esperto sul modello regionale	99
7.4.	Discussione	103
<b>8.</b>	<b>Epilogo: quale valore nel processo di accREDITamento?</b>	<b>107</b>
8.1.	Valore sociale	107
8.2.	Valore degli aspetti progettuali dell'accREDITamento	111
8.3.	Valore dell'efficace realizzazione	112
8.4.	Valore sociale per ulteriori elementi qualitativi	115
8.5.	In prospettiva	116
	<b>Bibliografia</b>	<b>117</b>
	<b>Allegati</b>	<b>121</b>
	Allegato 1. Questionario sull'impatto dell'accREDITamento istituzionale - orientamento generale	123
	Allegato 2. Questionario sull'impatto dell'accREDITamento istituzionale - orientamento generale e opinioni sul modello regionale	127
	Allegato 3. Griglia per intervista e <i>focus group</i>	137
	Allegato 4. Scheda di osservazione delle interviste	139
	Allegato 5. Scheda di osservazione dei <i>focus group</i>	143
	Allegato 6. Scheda aziendale	147
	Allegato 7. Il punto di vista della struttura verificata	151
	Allegato 8. Schede di revisione letteratura	157

# Sommario

Il Dossier nasce dalla volontà di rileggere l'esperienza dell'accreditamento dopo il primo triennio di applicazione. La ricerca, i cui risultati sono qui pubblicati, è infatti iniziata nel secondo semestre del 2006, a distanza di oltre due anni dalla prima verifica ufficiale svolta nel settembre 2004 presso l'ospedale del Delta dell'Azienda USL di Ferrara. Il progetto aveva l'ambizione di valutare, oltre agli aspetti di carattere produttivo (dati di attività rispetto alle verifiche effettuate e ai valutatori impiegati, eventuali criticità di processo, ad esempio modalità tecniche della realizzazione di verifiche complesse o riflessioni sulle uscite dal percorso di verifica in caso di non pieno possesso dei requisiti richiesti), l'eventuale impatto positivo dell'accreditamento sul sistema di erogazione delle cure, e come tale risultato potesse essere definito e misurato.

Si sta sottolineando sempre più come una Pubblica amministrazione, e al suo interno un Sistema sanitario, debba confrontarsi con la propria *performance* e mostrarsi trasparente ai cittadini. L'accreditamento nasce da un dettato legislativo che lo definisce come lo strumento di verifica e garanzia della qualità e sicurezza delle cure, in un contesto tecnico-professionale i cui requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e i comportamenti attesi sono definiti a livello regionale. La prima evidenza dell'efficacia del processo è quindi la verifica della sua capacità di raggiungere l'obiettivo assegnato.

L'intenzione dei ricercatori era pertanto individuare e determinare in modo più preciso e documentato i vantaggi generati dal processo di accreditamento sul sistema sanitario regionale, e paragonarli con dei "costi" da definire.

La scelta dei metodi e degli strumenti con i quali procedere non è stata agevole: all'avvio della ricerca, infatti, questo problema era poco trattato in letteratura e con approcci parziali in riferimento sia ai punti di vista adottati negli studi (più spesso organizzativi), sia agli oggetti esplorati (di solito molto puntuali). Si è quindi definita una ricerca sul campo, basata su alcuni passaggi chiave: ricerca di letteratura, per estrarre tutto quanto noto e documentato sui benefici dell'accreditamento; adozione di un modello di riferimento; integrazione dei risultati ottenuti con quelli attesi dal processo di accreditamento.

Da ciò sono nati due studi:

- il primo sull'implementazione del processo di accreditamento (*Capitolo 4*), che ha utilizzato:
  - uno schema di analisi delle condizioni di contesto locale che possono influenzare positivamente o negativamente l'esito del processo (*Capitolo 5*);
  - una traccia di intervista semi-strutturata da somministrare ai principali *stakeholder* del processo (sindaco, rappresentante dei Comitati consultivi misti, direzione aziendale, ...) (*Capitolo 6*);
  - un questionario in due versioni, da somministrare agli operatori dell'ospedale del Delta (FE), primo ospedale accreditato in Emilia-Romagna (*Capitolo 7*);

- il secondo studio sul "lavoro nascosto" (*Capitolo 4*), cioè sul lavoro di progettazione, sostegno operativo, relazione che consente la realizzazione del processo (studio ancora in corso e i cui risultati non sono presentati nel Dossier).

Da una contestuale riflessione è emerso che i costi diretti dell'accreditamento possono essere ricondotti, anche se con qualche approssimazione, ad aspetti facilmente identificabili (come ad esempio l'impegno di tempo dei professionisti), ma di poco significato se non collegati al valore dei risultati raggiunti. È nata quindi un'interessante riflessione sul tema del valore dell'azione della Pubblica amministrazione - coesione sociale, cultura comune, crescita delle relazioni che generano bene comune, coerenza con le scelte di sviluppo di una collettività, ... - e su come sia possibile riscontrare tale valore, trattandosi di oggetti intangibili e pertanto difficilmente misurabili (*Capitolo 8*).

Il volume presenta lo stato dell'arte del processo di accreditamento in Regione Emilia-Romagna (*Capitoli 1 e 2*), le riflessioni teoriche sviluppate (*Capitoli 3, 4 e 8*) e il percorso di ricerca seguito (*Capitoli 5, 6 e 7*); vengono esposti dati di attività, criticità di processo, attività in corso e prospettive di sviluppo; vengono descritte ricerche di letteratura e ulteriori riflessioni teoriche e sono presentati i dati relativi ai benefici dell'accreditamento percepiti dagli operatori dell'ospedale del Delta di Ferrara.

In sintesi, vengono evidenziati alcuni valori dell'accreditamento coerenti con le politiche enunciate dal livello regionale; in particolare, l'accreditamento:

- richiama i valori di trasparenza, integrazione, equità, qualità tecnico-professionale, valorizzazione delle risorse interne e sviluppo professionale, aumento della cultura organizzativa e partecipazione, quando la sua realizzazione è omogenea e fortemente partecipativa sul territorio regionale e in riferimento alle strutture pubbliche e private;
- è una risposta efficace ai bisogni di servizi erogati in qualità e sicurezza;
- concorre a determinare le condizioni che favoriscono lo sviluppo di politiche generali orientate all'integrazione e alla qualità nelle Aziende sanitarie;
- favorisce lo sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali;
- promuove la professionalità clinica;
- favorisce attenzione ai diritti degli utenti, ...

Altri valori riconosciuti all'accreditamento vanno oltre i meri aspetti tecnici e attengono ad aspetti qualitativi generali sulla collettività; in particolare, il processo:

- genera equità e favorisce lo sviluppo della cultura collettiva;
- favorisce il confronto e la comunicazione a vari livelli (tra professionisti, organizzazioni, ...);
- aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati della *performance* e favorisce la trasparenza verso gli *stakeholder*;
- sostiene il cambiamento.



Si sente pertanto l'esigenza di monitorare il processo, per documentare il permanere della sua coerenza con le politiche regionali (anche in riferimento a nuove scelte e indirizzi), il mantenimento del coinvolgimento degli *stakeholder*, la conservazione delle nuove abitudini organizzative e la loro intrinseca capacità di evoluzione e adattamento.

## **Abstract**

### ***Institutional accreditation in Emilia-Romagna Region***

*The volume presents the results of a research started in the second semester of 2006 to study the first three-year-experience of accreditation in Emilia-Romagna Region.*

*Some production aspects were described: activities data on audits conducted and auditors employed, critical elements in the process such as technical modes to implement complex verifications and analyses on standbys from the verification path if requirements are not fully accomplished. Added to this, the research aimed at identifying the possible positive impact of accreditation on care delivery system and how this result can be defined and measured.*

*It is more and more recognized that a Public Administration - and the Health system inside it - needs to be responsible for its performance and accountability towards citizens. Law defines accreditation as the instrument to verify and guarantee care quality and safety, in a technical and professional context whose organizational, structural and technological requirements and expected behaviours are defined at regional level. The first evidence of process efficacy is therefore its capacity to reach the expected goal. Research was then meant to precisely identify and determine the advantages of the accreditation process on the regional health system and to compare them with "costs" to be defined.*

*The choice of methods and tools was quite difficult. It was decided to begin with a field research based on some key passages: analysis of available literature to get every information on accreditation benefits; adoption of a reference model; integration of results with the expected ones.*

*From this first step, two researches were implemented:*

- *a study on the implementation of accreditation process (Chapter 4); for this study, the following instruments were used:*
  - *a scheme to analyse local context conditions that can positively or negatively influence process results (Chapter 5);*
  - *a semi-structured interview outline for the main process stakeholders (mayor, representative member of local Committees, Health Trust Board members, ...) (Chapter 6);*
  - *a questionnaire for professionals and workers at the Delta Hospital (Local Health Trust of Ferrara; Chapter 7);*
- *a study on "hidden work", that is on planning, operative support, relationships, that allow process implementation (this study is still going on; its results are not presented in this document).*

*A parallel analysis highlighted that accreditation direct costs can be connected to some aspects easily identifiable but hardly understandable if not linked to the value of the results. Another analysis was therefore developed on the value of Public Administration's*

*action - social cohesion, common culture, relationships that produce common wellness, coherence with development choices in a community, ... - and how this value can be measured, as it is constituted of intangible assets (Chapter 8).*

*The volume presents the development of the accreditation process in Emilia-Romagna Region (Chapters 1 and 2), theoretical analyses (Chapters 3, 4 and 8) and research methods to evaluate its impact (Chapter 5, 6 and 7). Some activity data, process critical aspects, ongoing activities and developments are also described, as well as researches in literature, theoretical analyses, and evaluations on accreditation benefits as experienced by workers at the Delta Hospital.*

*Some values coherent with regional policies are highlighted; in particular, accreditation:*

- *recalls values of transparency, integration, technical-professional quality, development of internal resources and professional skills, increase of organizational culture and participation;*
- *is an efficacious response when quality and safe services are needed;*
- *contributes to determine conditions for the development of general policies for integration and quality in Health Trusts;*
- *enables the development of innovation processes in services organization and management and of new professional figures and roles;*
- *promotes clinical professional roles;*
- *stresses attention to users' rights, ...*

*Other values of accreditation refer to qualitative aspects of interest for the local community; in particular the process:*

- *produces equity and promotes the development of a community culture;*
- *promotes confrontation and communication at different levels (among professionals, organizations, ...);*
- *increases the attention to publicize performance results and favours accountability toward stakeholders;*
- *supports changes.*

*It is therefore necessary to monitor the process in order to document the maintenance of its coherence with regional policies (also according to new choices), of stakeholders' involvement, and of its intrinsic capacity of evolution.*



# **Parte 1.**

# **L'accreditamento in Emilia-Romagna**



# 1. Introduzione <sup>1</sup>

## 1.1. L'accreditamento: elementi costitutivi e normativa

Nel contesto del sistema sanitario italiano, così come in quello di altri Paesi, è molto presente il tema all'adeguamento alle esigenze di razionalità ed efficacia, alle garanzie di qualità e di sicurezza da fornire ai cittadini: tali preoccupazioni sono molto sentite nella cultura corrente e sono oggetto di interesse sociale e politico.

In Italia la "qualità" nell'approccio gestionale e negli aspetti relazionali con gli utenti è stata oggetto di numerosi interventi legislativi e normativi a diversi livelli, in tempi diversi e con obiettivi particolari; ciò determina un contesto di riferimento caratterizzato da elementi di complessità e ridondanza.

La legislazione sull'accreditamento, in particolare, ha dato un forte impulso anche operativo allo sviluppo di programmi ed esperienze locali di gestione della qualità. Compete infatti al livello nazionale definire i requisiti minimi per il funzionamento delle strutture sanitarie, mentre le Regioni adottano requisiti qualitativi ulteriori che costituiranno i criteri per accreditare; viene fatto vincolo alle strutture private e alle pubbliche di adeguarvisi al fine di ottenere il riconoscimento dell'idoneità a erogare prestazioni e servizi sanitari in nome del Servizio sanitario nazionale e, sulla base di successivi accordi contrattuali, per conto dello stesso.

Il principio su cui si basa l'approccio è che non si dà un buon prodotto sanitario se, oltre alle sue specifiche tecniche, non sono definite regole organizzative che ne garantiscono la produzione/erogazione alle condizioni stabilite. Le regole fanno riferimento a principi di buona gestione: le specifiche di prodotto si connotano nei termini tecnici peculiari dell'oggetto e della disciplina e per caratteristiche qualitative percepibili dall'utilizzatore o dal committente.

### *Finalità dell'accreditamento*

Il settore sanitario "respira" come tutte le organizzazioni in un contesto sociale, politico-economico, culturale, in cui convivono approcci professionali e laici alla gestione della qualità delle organizzazioni.

D'altra parte, la politica europea, notoriamente prudente in tema di condivisione degli obiettivi e delle prassi dei sistemi sanitari e sociali, è esplicita circa le garanzie da fornire alla cittadinanza. Essa va nella direzione di assicurare da parte degli Stati nei diversi settori - compreso quello sanitario - le condizioni minime di qualità, sicurezza, rispetto dell'ambiente ecologico (uomo compreso), lasciando alle organizzazioni di produzione

---

<sup>1</sup> A cura di Renata Cinotti.

e servizi la libertà e il dovere (autonomia e responsabilità) di definire standard di *performance* ispirati alle migliori tecnologie disponibili (mtd).

Per quanto attiene i requisiti minimi, essi sono di quadro e quasi sempre richiedono l'adozione di sistemi gestionali che garantiscano governo delle attività o dei problemi tecnico-organizzativi, e miglioramento.

In questo contesto hanno preso vigore modelli internazionali per la gestione e la verifica delle organizzazioni: la serie ISO 9000/2000 per la gestione della qualità, le 14000/1996 per la gestione dell'impatto ambientale, il British Standard OHSAS 18001/1999 per la gestione della sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro.

La normativa di settore italiana non è incoerente con tale approccio. Per quanto attiene la gestione della qualità, il DPR 14/1/1997 disegna un approccio sistemico e cioè definisce requisiti quadro, parzialmente sovrapponibili a quanto proposto nella modellistica internazionale ISO 9000, che devono contestualizzarsi con specifici riferimenti tecnico-professionali e organizzativi nei diversi *setting* di cura in cui vengono applicati.

### **1.1.1. L'accreditamento come sistema di garanzie**

L'accreditamento costituisce lo strumento di regolazione dell'ingresso nel mercato sanitario dei soggetti che intendono erogare prestazioni per conto del SSN. In tale ottica è uno strumento amministrativo.

Costituisce lo snodo fra l'autorizzazione ad esercitare, vincolante per tutte le strutture sanitarie, e la definizione appositi accordi di fornitura fra committenti ed erogatori - individuati dal DLgs 502/1992 e successive modifiche - nelle strutture sanitarie, pubbliche e private e nei professionisti.

Si costruisce di conseguenza un insieme di atti della Pubblica amministrazione che tendono a costruire un sistema di garanzie per i committenti (Aziende USL o Regione) e verso i cittadini/utenti, che comprendono:

- la definizione della rispondenza alla programmazione regionale ai fini della garanzia di risposta pertinente ai bisogni della collettività;
- la verifica del possesso di requisiti di legalità e sicurezza (autorizzazione);
- la verifica di requisiti di ulteriore qualificazione;
- la selezione e il monitoraggio degli erogatori a fini di continuità, tempestività, appropriatezza, conformità alle specifiche delle cure (accreditamento);
- la garanzia del buon uso delle risorse e del monitoraggio continuo della qualità dei servizi erogati (contratti di fornitura).

Tali atti dovrebbero fornire anche garanzie nel contesto più ampio dell'offerta delle prestazioni sanitarie in quanto assoggettano gli erogatori pubblici e privati alle medesime regole del gioco; sostituiscono il convenzionamento con un meccanismo più trasparente di richiesta dell'accreditamento da parte di tutti coloro che ritengono di possederne i requisiti e di verifica, proceduralizzata, degli stessi; introducono l'opportunità di una efficace competizione delle strutture accreditate, tramite la definizione di una quota di prestazioni aggiuntive rispetto ai fabbisogni.



### **1.1.2. L'accreditamento come processo di selezione degli erogatori**

Il processo di accreditamento, complessivamente inteso, ha dunque anche il compito di selezionare e monitorare *in progress* gli erogatori per il SSN, in riferimento a condizioni descritte *ex ante*.

Ciò significa che un'autorità o istituzione (nella fattispecie la Regione) realizza un'operazione

*con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (e di standard di qualificazione) e si risolve ... in iscrizione in elenco da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti* (Corte costituzionale, sentenza 416/1995),

e successivamente verifica

*... la permanenza dei requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento ...* (DPR 14/1/1997 art. 2 comma 6)

individuando

*... le modalità per l'esercizio delle attività di vigilanza sul permanere delle condizioni che hanno consentito l'accreditamento* (bozza atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni, 2001).

Si configurano così le attività che tecnicamente vengono definite come le verifiche pre-contrattuali della capacità dei fornitori di far fronte alle specifiche definite dal committente e la costituzione di un registro dei fornitori qualificati.

Come è noto le verifiche pre-contrattuali possono essere di parte seconda quando sono effettuate dal committente direttamente o tramite suoi fiduciari; di parte terza quando vengono affidate a terzi indipendenti, definiti tali secondo meccanismi di riconoscimento codificati internazionalmente.

La verifica in corso di erogazione viene affidata ai controlli (DLgs 229/1999 art. 8 *sexies*) previsti dal contratto (*ibidem* art. 8 *quinquies*) e gestiti dalle aziende o dal livello regionale a seconda della titolarità del contratto o della natura del controllo.

### **1.1.3. L'accreditamento come processo di miglioramento**

Adottare un sistema di gestione per la qualità significa non agire per sommatoria di iniziative migliorative, ma usare un approccio che attraversa tutto il sistema organizzativo di erogazione delle cure (tutti i processi importanti per la qualità delle cure) e che è esso stesso un sistema organizzato (normato), basato sulla lettura dei segnali interni ed esterni alla organizzazione, sulla pianificazione delle attività, sul governo dei processi, sulla re-azione pertinente.

Il processo di accreditamento contribuisce al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso la creazione di situazioni organizzative che facilitino l'allineamento delle persone ai comportamenti più idonei alla realizzazione del mandato organizzativo, così come definiti e gestiti nel sistema per la qualità; richiede inoltre la definizione dei

livelli qualitativi (standard e impegni) dei servizi erogati, e il monitoraggio trasparente dei risultati ottenuti, oltre che la ricerca attiva del giudizio e della partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi e nello specifico episodio di cura.

Lo sforzo che viene richiesto mira a porre basi più oggettive allo scambio fra gli erogatori delle cure, il contesto organizzativo e gli utilizzatori, facilitando il controllo delle attese.

Legittime aspettative e valutazioni delle parti in causa possono essere riportate alla sostanza di un contratto chiaramente stipulato, che sortisce anche l'effetto di ridurre l'atteggiamento autoreferenziale delle articolazioni operative erogatrici di servizi.

## **1.2. Chi e cosa si accredita**

Se l'istituto dell'autorizzazione per strutture sanitarie riguarda le strutture fisiche entro le quali si realizza attività sanitaria, per quanto attiene l'accreditamento è ormai accezione comune che si debbano intendere le articolazioni organizzative dotate di autonomia tecnico-professionale e organizzativa (e in varia misura, secondo le deleghe ricevute, gestionale) che erogano prestazioni e servizi, oggetto degli appositi accordi.

Il livello di applicazione ottimale delle verifiche è il dipartimento. Sono tuttavia possibili, per esigenze di programmazione regionale o complessità organizzativa (ad esempio nel caso dei dipartimenti territoriali), processi di valutazione aggregati per strutture fisiche di erogazione delle cure (stabilimento, casa di cura, poliambulatorio), ovvero di parti di dipartimento. Esiste tuttavia un livello minimo di organizzazione, identificabile con la struttura operativa complessa, oltre il quale non è opportuno andare, perché non potrebbe essere garantita la verifica delle funzioni trasversali di supporto e delle interfacce organizzative, oltre ad essere un approccio non efficiente.

L'accreditamento degli ambulatori specialistici e odontoiatrici necessita di una interpretazione collegata al livello di necessità locale e alla complessità organizzativa. È comunque possibile accreditare studi professionali, ambulatori monospecialistici e poliambulatori.

Per l'accreditamento dei professionisti come singoli, il DLgs 229/1999 prevede che essi siano accreditati sulla base di evidenze che attestino l'impegno di formazione continua e un'esperienza professionale adeguata.

Anche questo meccanismo non è a regime in Emilia-Romagna, pur essendo disponibili e deliberati i requisiti applicabili.

Possono essere effettuati anche accreditamenti di programmi assistenziali critici (ad es. trapianti di fegato) sulla base di almeno due presupposti: che le strutture partecipanti siano accreditate come tali e che siano definiti specifici piani qualità (o requisiti specifici) del programma. A tutt'oggi, pur essendo disponibili requisiti per alcuni programmi, in Emilia-Romagna non ne è stato accreditato nessuno.

### **1.2.1. Breve excursus storico sulla normativa**

Nella legislazione italiana i primi segnali di interesse per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie è emerso nel contratto nazionale di lavoro per il settore della sanità, di cui al DPR 270/1987. Vi si prevedevano attività, da realizzarsi a livello di Unità sanitaria locale e a livello regionale, di valutazione e promozione della qualità, in particolare "... di verifica di standard assistenziali".

Nel contratto successivo (DPR 384/1990) - oltre a programmi di verifica locali, premiabili con compensi incentivanti, e regionali - si prevedeva l'istituzione di un Comitato nazionale per il coordinamento di tali attività di verifica e revisione della qualità "... tecnico-scientifica e umana dei servizi e degli interventi sanitari e per l'accreditamento delle strutture sanitarie".

Notevole contributo allo sviluppo della cultura della valutazione in sanità è venuto in quegli anni dalle società scientifiche e dalla Società italiana di VRQ; tale Società ha introdotto in Italia il metodo - di cui Avedis Donabedian è stato importante paladino - della verifica e revisione della qualità (il cui acronimo dà nome alla Società) delle prestazioni sanitarie. Tale metodo si riferisce a un approccio di *quality assurance* i cui elementi fondamentali sono costituiti dal *design review* - normalmente disatteso nelle applicazioni pratiche del metodo - e dal *performance assessment*, più praticato, di fatto un metodo di controllo della qualità del prodotto.

Complessivamente non si è realizzato un approccio sistematico al tema della valutazione organizzativa in sanità, fino a quando il DLgs 502/1992 e le sue successive integrazioni e modifiche non hanno introdotto il compenso delle prestazioni a tariffa, l'assicurazione di qualità (intesa nell'accezione precedentemente descritta) e l'accreditamento come elementi del sistema degli scambi nel nuovo Sistema sanitario nazionale.

Le due Finanziarie del 1994 e 1997 hanno regolamentato la posizione delle strutture precedentemente convenzionate con il SSN concedendo un accreditamento provvisorio che ha consentito loro di continuare a erogare prestazioni in attesa della definizione a livello nazionale delle condizioni generali di avvio del meccanismo dell'accreditamento definitivo. Una sentenza della Corte costituzionale nel 1995 e un documento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali del maggio 1996 hanno apportato ulteriori contributi di chiarimento definendo l'accreditamento come lo strumento per la "... selezione dei fornitori di servizi ... e la loro iscrizione in un elenco di potenziali erogatori del SSN ...".

Il DPR 14/1/1997 "Atto di coordinamento e di indirizzo ... per l'autorizzazione delle strutture sanitarie ..." ha stabilito i requisiti minimi che gli erogatori di cure, pubblici o privati devono possedere, e ha dato indicazioni alle Regioni perché individuino i requisiti ulteriori per l'accreditamento.

Il primi Piani sanitari nazionali (e i Piani sanitari regionali, nel caso di alcune Regioni) hanno confermato l'approccio alla verifica delle organizzazioni sanitarie come strumento istituzionale per definire le caratteristiche qualitative dei servizi offerti in funzione della programmazione sanitaria regionale, e per sostenere il cambiamento; l'ultimo PSN riprende il tema della qualità e del miglioramento continuo nel contesto del governo clinico.

L'accreditamento si configura come strumento di trasparenza per gli utenti e di sviluppo dell'organizzazione; la condizione di accreditato acquisita da un produttore di prestazioni e servizi sanitari costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per divenire erogatori per conto del Servizio sanitario nazionale. La normativa prevede che siano stipulati accordi contrattuali tra l'erogatore e l'Azienda USL o la Regione<sup>2</sup> che definiscano tipologia, volume, tariffa dei servizi da fornirsi e controlli e sanzioni in caso di inadempienza.

Il DLgs n.229 del 19/6/1999 (la cosiddetta Riforma *ter*) riconferma l'impianto della precedente normativa: assume anche l'impegno, poi non mantenuto per l'intercorrere della riforma del Titolo V della Costituzione, di emanare un atto di coordinamento e di indirizzo specifico per l'accreditamento per definire a livello nazionale criteri generali uniformi cui le Regioni avrebbero dovuto attenersi per individuare - come si è detto - requisiti ulteriori, modalità e contenuti per la valutazione, compresa quella di *performance*, procedure per la concessione e la revoca dell'accreditamento.

Alla luce di questo provvedimento, le pre-condizioni per l'attivazione di contratti di fornitura di prestazioni sanitarie con il SSN, oltre alla parità di diritti e di doveri per le strutture pubbliche e private, già sancite nel DLgs 502/1992, diventano:

- la funzionalità della struttura erogatrice alla pianificazione regionale distributiva dei servizi e allocativa delle risorse economiche disponibili;
- l'accreditamento;
- la documentazione della qualità positiva dell'attività sanitaria svolta.

---

<sup>2</sup> La Regione contrae direttamente prestazioni critiche: di alta specialità (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, genetica), trattamenti di patologie rare (ad es. paralisi cerebrali infantili, centri grandi ustionati) o per il trattamento delle quali è necessaria un'alta intensità tecnologico-assistenziale (ad es. soccorso elitrasmortato, trauma center).

---

**Estratto dal DPR 14/1/1997**

(Il DPR si compone di un articolato, sotto descritto e di un allegato tecnico contenente i requisiti minimi per l'autorizzazione)

Art. 1. ... sono approvati i requisiti ... minimi per l'esercizio delle attività sanitarie ...

Art. 2.

Comma 1. Le strutture ... sono tenute a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi ...

Comma 4. Le Regioni determinano ... gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento ...

Comma 5a. che [deve essere] ... funzionale alle scelte di programmazione regionale

Comma 6. Le Regioni disciplinano le modalità per la richiesta ..., la concessione e l'eventuale revoca dello stesso, nonché la verifica triennale circa la permanenza dei requisiti ...

Comma 7. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per ... la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli appositi rapporti ...

Comma 8. I requisiti ulteriori ... costituiscono ... fondamento dei piani annuali preventivi ...

Art. 3.

Comma 1. Le Regioni entro un anno ... danno attuazione alle presenti disposizioni.

Comma 2. I requisiti ... trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture ...

Comma 3. ... le Regioni dettano disposizioni circa i tempi e le modalità per l'adeguamento ...

Art. 4. Norme transitorie

---

---

**Note relative agli articoli 2 *sexies*, 8 *bis*, *ter*, *quater* e *quinquies* e 19 *bis* del DLgs 229/1999**

Art. 2 *sexies*

La Regione disciplina altresì l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui al 19 *bis* comma 3 in raccordo con la Commissione nazionale.

Art. 8 *bis*

Riconfermata la scala tre A - autorizzazione/accreditamento/accordi contrattuali - come contesto dell'espressione della libertà di scelta del cittadino.

Riconfermato l'accesso ai servizi tramite "prescrizione - proposta" su modulario SSN del medico di fiducia.

Art. 8 *ter*

Sono definiti due livelli autorizzativi: per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e per l'esercizio dell'attività sanitaria, rilasciata sulla base di requisiti minimi (DPR 14/1/1997 e future integrazioni)

Sono tenute all'autorizzazione le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di degenza, residenziale, ambulatoriale, compresi studi medici, ambulatori odontoiatrici (che realizzino attività complesse o che comportino rischio per i pazienti) e strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche anche per conto terzi.

*(continua)*

Art. 8 *quater*

La Regione definisce il fabbisogno di assistenza sul proprio territorio per:

- garantire i livelli essenziali di assistenza
- fornire livelli integrativi locali

Le condizioni per il rilascio dell'accreditamento da parte delle Regioni sono:

- possesso di requisiti ulteriori di qualificazione
- funzionalità alla programmazione regionale
- verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti

La condizione di accreditato non costituisce vincolo per la remunerazione.

Con atto di indirizzo e coordinamento saranno definiti criteri uniformi per

- la definizione dei requisiti ulteriori
- la verifica della attività svolta e l'accettabilità dei risultati
- valutazioni della rispondenza delle strutture alla programmazione
- la determinazione del fabbisogno di assistenza regionale
- la verifica periodica dei requisiti ulteriori
- procedure e termini per l'accreditamento, e l'istanza di riesame
- le modalità e i tempi di adeguamento
- la classificazione delle strutture in base alla complessità organizzativa

Art. 8 *quinquies*

Alle strutture nuove accreditate viene concesso un accreditamento di prova.

Art. 19 *bis*

È istituita la Commissione nazionale per la qualità e l'accreditamento che:

- definisce i requisiti in base ai quali le Regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento;
- valuta l'attuazione dell'accreditamento per le strutture pubbliche e private;
- esamina i risultati del monitoraggio di cui al punto 2;
- elabora una relazione annuale.

Le Regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica dell'attuazione del modello di accreditamento e trasmettono alla Commissione una relazione annuale sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

---

*Nota*

La Finanziaria 2007 capo IV art. 87 ripropone perentoriamente il tema dell'accreditamento nei seguenti termini:

*a partire dall'1 gennaio 2006 cessano gli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate ai sensi [omissis] della Legge 724/1994 ... non confermati con accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8 quater del DLgs 502/1992 e successive modificazioni ...*

Vi si afferma anche che a partire dall'1 gennaio 2010 cessano

*gli accreditamenti provvisori delle strutture private di cui all'art. 8 quater del DLgs 502/1992 e successive modificazioni non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8 quater del medesimo decreto legislativo ...*

### **1.3. Accredитamento istituzionale**

Gli atti descritti pongono l'Italia nella categoria dei Paesi che si rifanno a sistemi per l'accreditamento cosiddetti per pubblica regolamentazione perché promossi dagli enti di governo; in altre situazioni questi hanno avuto avvio per azione di gruppi professionali.

Il primo esempio del secondo approccio si è realizzato negli Stati Uniti per iniziativa dei chirurghi (1916-1917), che attivarono percorsi di accreditamento delle strutture sanitarie per garantirsi ospedali in grado di supportare adeguatamente la pratica clinica; tale approccio, tuttora in vigore seppure trasformato, ha fatto proseliti in numerosi altri Paesi, soprattutto di lingua anglosassone (Canada, Regno Unito, Australia).

I governi affrontano il tema della verifica della qualità ponendosi a paladini dei cittadini: tale approccio, che raggruppa i sistemi di accreditamento più giovani (la cosiddetta *new generation*) conta numerosi rappresentanti.

Ovviamente non sono estranei a tali scelte i contesti economico-sociali: liberistico nel caso degli accreditamenti professionali; orientati all'universalità della copertura e alla solidarietà nel secondo caso. È da sottolineare peraltro che anche i sistemi professionali hanno rapporti, deleghe o finanziamenti dai rispettivi governi, come espressione della sempre più diffusa attenzione della parte pubblica alla tutela della qualità e della sicurezza dei servizi forniti alla cittadinanza.

I due approcci differiscono soprattutto nella filosofia ispiratrice: la promozione di buona pratica clinica in un caso; la garanzia di buona assistenza sanitaria per i cittadini nel secondo; i contenuti e le modalità delle verifiche sono molto simili.

#### **1.3.1. L'accreditamento in Emilia-Romagna**

Il percorso per l'accreditamento - così come è stato interpretato in Emilia-Romagna a partire dalla Legge regionale n. 34 del 12/10/1998, che ha recepito il DPR 14/1/1997 e ha definito la materia in merito ad autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali - ha comportato l'assunzione di una serie di provvedimenti da parte della Giunta regionale anche in riferimento ai passaggi previsti dal DLgs 229/1999 (articoli 8 *bis*, *ter*, *quater*), di seguito illustrati.

In particolare, in riferimento alla Legge 34 le competenze in merito all'autorizzazione delle strutture sanitarie sono in capo all'Assessorato alle politiche per la salute; il decreto di accreditamento è rilasciato all'organizzazione che lo richiede dall'Assessore; la competenza dell'attuazione delle necessarie verifiche documentali e sul campo è affidata all'Agenzia sanitaria e sociale regionale, mentre l'Assessorato deve dare luogo a procedere alla stessa dopo avere verificato la coerenza dell'organizzazione richiedente alla programmazione regionale.

Nel corso del 2002, in seguito all'emanazione della Legge costituzionale 3/2001, che ridisegna i rapporti fra Stato e Regioni, affidando a queste pieni poteri in materia di sanità fatta salva la definizione dei livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA),

si è creata l'opportunità di rivedere l'impianto deliberativo precedentemente definito, recependo alcune innovazioni introdotte dal DLgs in tema di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e personalizzando alcuni requisiti minimi.

Di conseguenza, sono stati rivisti anche i requisiti generali per l'accreditamento (i requisiti di modello) al fine di mantenerne la coerenza con quelli autorizzativi e - utilizzando il *know how* fornito dalle numerose verifiche sperimentali effettuate negli ultimi 4 anni - di rendere più essenziale il modello e di attagiarlo meglio agli oggetti dell'accreditamento.

La delibera di Giunta regionale 327/2004, pertanto, riconferma e innova un percorso precedente che era stato delineato con due delibere, la 125/1999 (autorizzazione) e la 594/2000 (accreditamento).

A questa delibera ne fanno seguito altre, approvative di ulteriori requisiti specifici per varie specialità cliniche (neuropsichiatria infantile, medicina nucleare, ...). Nel corso del 2007 e 2008 si sono verificati poi altri due rilevanti episodi normativi: la delibera 772/2007 di definizione del contesto di principi per lo sviluppo dell'accreditamento alle strutture sociali e socio-sanitarie e la promulgazione della legge 24/2008 detta Omnibus che rivede complessivamente il processo autorizzativo e modifica quello di accreditamento, prolungando a 4 anni la validità di quest'ultimo e attribuendo al Direttore generale Sanità e politiche sociali la delega della firma dei provvedimenti conclusivi l'*iter* di verifica.

### **1.3.2. La struttura responsabile delle verifiche e le procedure**

La LR 34/1998 individua nell'Agenzia sanitaria e sociale regionale l'organismo tecnico di riferimento per le verifiche, realizzate direttamente o attraverso l'utilizzo di altri soggetti qualificati.

A questo proposito si ricorda che nei sistemi accreditanti storici (Stati Uniti, Canada, Regno Unito) titolare del processo di preparazione dei propri valutatori è un'agenzia professionale, che ne valida le capacità. In altri sistemi di accreditamento più recenti, che si rapportano ad approcci di garanzia della qualità, ci si pone maggiormente il problema della terzietà della valutazione, risolvendolo a volte nella rinuncia a gestire dall'interno del sistema sanitario la verifica di qualità, e tentando di qualificare in senso terzo l'organismo di accreditamento (il King's Fund è accreditato anche come ente di certificazione ISO 9000). Una ulteriore soluzione è che le strutture interne al SSN incaricate delle verifiche di accreditamento utilizzino personale qualificato secondo la normativa tecnica europea da Enti accreditati per la certificazione delle persone.

La progettazione dell'Emilia-Romagna è andata in questa direzione. Negli anni 1998-2004 si sono succeduti una serie di progetti co-finanziati che hanno prodotto un centinaio di valutatori qualificati in regione e circa 200 in altre 15 regione italiane (escluse Lombardia, Friuli, Abruzzo).

Per quanto riguarda le modalità operative, sono espresse in specifiche determinazioni del Direttore generale Sanità e politiche sociali che esplicitano i comportamenti a cui l'Amministrazione è tenuta. Analogamente sono stabilite le priorità e i percorsi relativi alle strutture di degenza, alle strutture odontoiatriche e all'assistenza ambulatoriale.



Sono inoltre stati affrontati i rapporti fra la verifica sul campo dell'accreditamento e le verifiche *ex post* dell'attività della struttura, attivando sinergie con i programmi per l'applicazione dell'approccio regionale al governo clinico, in particolare per quanto riguarda l'*audit* clinico e l'utilizzo di indicatori di *performance*. L'utilizzo di tali indicatori è connesso al processo di accreditamento, sia in virtù del modello adottato che prevede una specifica riflessione in materia nei requisiti specifici di branca nel capitolo dedicato alla qualificazione dei percorsi clinico-assistenziali, sia in riferimento al dettato del DLgs 229/1999.

### **1.3.3. Un modello per l'accreditamento: i requisiti**

Un modello per la gestione della qualità nel suo complesso rappresenta un insieme standardizzato o selezionato di requisiti di governo (di sistema) considerati utili per garantire prestazioni conformi alle caratteristiche desiderate e stabilite.

Per costruire tale modello, le Regioni hanno arricchito e organizzato a propria discrezione lo schema base del DPR 14/1/1997.

In Emilia-Romagna, con il contributo di persone individuate dalle Aziende sanitarie pubbliche e private, è stato definito nel 1997 - e sperimentato nel corso del medesimo anno e nel 1998 - il modello regionale per l'accreditamento, poi applicato a regime nel 2004.

Esso si ispira al concetto di sistema qualità, di un sistema cioè di gestione per la qualità, i cui elementi salienti vengono standardizzati o normalizzati, capace di assicurare all'utilizzatore che i servizi erogati sono garantiti rispetto alle caratteristiche stabilite e che tale garanzia è mantenuta nel tempo.

Si configura come una cornice di regole di gestione delle organizzazioni sanitarie, sulle quali si devono modellare contenuti specifici e qualificanti dei vari settori di attività e delle diverse discipline.

Al modello organizzativo generale si accompagnano pertanto requisiti specifici di natura tecnico-professionale, che contestualizzano il modello nello specifico settore di attività in cui viene applicato (cardiochirurgia rispetto a ostetricia/ginecologia, o regime di ricovero rispetto a quello ambulatoriale).

L'elaborazione di tali requisiti, realizzata dai professionisti del settore e ampiamente verificata dalle parti interessate, tecniche e laiche, riguarda parecchie aree specialistiche, coprendo ad oggi circa il 70% del totale dei posti letto ordinari pubblici della regione; i servizi di laboratorio, radiologia, anestesia, Pronto soccorso e trasporto infermi; la psichiatria territoriale, ospedaliera e residenziale; la neuropsichiatria infantile; i servizi di *screening* per i tumori del collo dell'utero e della mammella.

L'approccio interno modulare consente l'applicabilità dei requisiti a strutture organizzative variamente configurate e di diversa complessità.



## 2. Tre anni di accreditamento dal punto di vista dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale <sup>3</sup>

### 2.1. Alcuni dati di contesto

In prima istanza occorre fare presente che questo *report* parte dal punto di vista dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, Area Accreditamento e qualità. Come è noto, a tale struttura in Emilia-Romagna è deputata la funzione di organo tecnico al quale sono affidate le verifiche; per tale motivo il documento ha le caratteristiche di un rapporto operativo, in riferimento a quello che è stato il mandato di verifica pervenuto dalla Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione.

Le attività sul campo dell'accreditamento istituzionale sono state avviate l'1/9/2004, sulla base delle priorità individuate dalla determina n. 10256 del 26/7/2004 del Direttore generale Sanità e politiche sociali.

Ivi si prevedeva di accreditare entro il 2006 le strutture pubbliche e private appartenenti al sistema cardiologico - cardiocirurgico; i Dipartimenti di neuroscienze e le strutture di neurochirurgia private; i Servizi di anestesia - terapia intensiva; i Servizi di cure palliative - *hospice*; le nuove strutture pubbliche aperte dopo l'1 gennaio 2002; le strutture private provvisoriamente accreditate; i Dipartimenti di salute mentale con riferimento ai Servizi di psichiatria, neuropsichiatria infantile e residenze sanitarie psichiatriche pubbliche e private.

Nel febbraio 2005 sono state pubblicate le delibere di Giunta nn. 293 e 294, concernenti regole e requisiti di accreditamento degli odontoiatri e della specialistica ambulatoriale, la cui applicazione ha determinato l'integrazione - immediata per gli odontoiatri - del programma già definito.

Per quanto riguarda le strutture ambulatoriali, nel primo triennio si è provveduto all'accreditamento di alcune di esse, sulla base di esigenze della programmazione regionale o specifiche richieste aziendali, confermate coerenti dalla Direzione generale Sanità. All'inizio del 2007, alla luce del dettato della Finanziaria 2007, si è posta con particolare evidenza la necessità di accelerare il processo di accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate. Nella Finanziaria, capo IV art. 87, si afferma infatti, che

*a partire dall'1 gennaio 2006 cessano gli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate ai sensi ... [omissis] della Legge 724/1994 ... non confermati con accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8 quater del DLgs 502/1992 e successive modificazioni ...*

---

<sup>3</sup> A cura di Renata Cinotti e Pier Luigi La Porta.

Si afferma anche che a partire dall'1 gennaio 2010 cessano

*gli accreditamenti provvisori delle strutture private di cui all'art. 8 quater del DLgs 502/1992 e successive modificazioni non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8 quater del medesimo decreto legislativo ...*

La Direzione generale Sanità e politiche sociali ha provveduto pertanto a stabilire per l'anno in corso la priorità di accreditare le strutture private e i professionisti transitoriamente accreditati (ospedali privati, strutture ambulatoriali, residenze sanitarie psichiatriche e per tossicodipendenti; determinazione DGPSS n. 6952 del 30 maggio 2007), sottolineando che, per quanto attinente ai professionisti e alle strutture ambulatoriali, dovessero in prima istanza presentare domanda quelli in possesso di attuale rapporto contrattuale con il Servizio sanitario nazionale.

Sulla base delle priorità stabilite, è stato stilato un primo programma nell'ultimo trimestre 2004 che quantificava la numerosità delle strutture da verificare; tale programma è stato presentato alle Direzioni generali delle Aziende sanitarie e all'AIOP il 7 ottobre 2004.

Successivamente all'uscita della determina relativa all'accreditamento di tutte le strutture private nel 2007, è stato stilato un secondo programma per il secondo semestre del 2007, periodo entro il quale dovevano essere completate le attività di ricognizione e verifica dei soggetti transitoriamente accreditati.

### **2.1.1. Cosa è stato fatto**

Dal settembre 2004, data di effettivo inizio dell'attività dell'accreditamento sul campo, al dicembre 2007 sono state verificate le strutture indicate nelle Tabelle 1 e 2, relative ai programmi di *audit* per l'accreditamento finora sviluppati.

Complessivamente, per quanto riguarda la degenza, è attualmente accreditato circa il 30% dei letti pubblici, e il 100% dei letti privati ex convenzionati ha subito le visite di verifica e ha il procedimento amministrativo *in iter*. Rimangono in sospeso solo due strutture ex art. 26 Legge 833/1978.

Il sistema *hospice* attualmente attivo è quasi completamente accreditato in via definitiva (14 strutture su 17)

Dei servizi territoriali, tutta la psichiatria pubblica è stata sottoposta a verifica di accreditamento: due Dipartimenti di salute mentale sono stati accreditati con prescrizioni formali e rimandati nell'accreditamento; altri sono con indicazioni di miglioramento. Alla fine del 2007 tutto il sistema delle residenze psichiatriche pubbliche e private e delle strutture che accolgono persone che abusano di sostanze ha subito il processo di verifica e il procedimento amministrativo è concluso o *in iter*. È inoltre stata verificata tutta l'attività ambulatoriale titolare di contratti in atto, in via definitiva. I provvedimenti amministrativi sono in corso.

Come è noto, possono accedere all'accreditamento strutture, professionisti e programmi. In Emilia-Romagna non è ancora stata applicata quest'ultima fattispecie, pur essendo stati sviluppati requisiti per alcuni programmi (trapianto di fegato, *screening* dei tumori della sfera genitale femminile).

**Tabella 1.** Primo programma settembre 2004-giugno 2007;\* situazione al termine del periodo. Priorità (come da Determinazione n. 10256 del 26/4/2004)

	<b>Strutture pubbliche</b>	<b>Strutture private</b>
<b>Nuove strutture</b>	Ospedali del Delta (FE), Fidenza (PR), Baggiovara (MO), Ospedale riabilitativo San Giorgio (FE), ala nuova Santa Maria Nuova (RE), nuovo Ospedale Pierantoni-Morgagni (FC) <i>da completare:</i> Baggiovara (previsto per 28/11/2008)	Villa Regina (BO), Ospedale privato Santa Viola (BO), Centro Cardinal Ferrari (PR) <i>da fare:</i> Sassuolo (MO)
<b>Cardiologie</b> posti letto totali pubblici: 516 posti letto totali privati: 138	posti letto accreditati: 516	posti letto accreditati: 69 (vi sono altri 69 letti cardiologici sparsi e non che non costituiscono Unità operativa)
<b>UTIC</b> posti letto totali pubblici: 186 posti letto totali privati: 10	posti letto accreditati: 186	posti letto accreditati: 10
<b>Cardiochirurgie</b> posti letto totali pubblici: 51 posti letto totali privati: 92	posti letto accreditati: 51	posti letto accreditati: 92
<b>Dipartimenti neuroscienze (5)</b> (posti letto: 210)	Ferrara, Cesena, Bologna, Parma, Modena, tutti accreditati	
<b>Anestesia</b> (servizi e 382 posti letto totali pubblici e privati)	<i>da fare:</i> Baggiovara (MO), Istituti ortopedici Rizzoli (BO) totale: 62 posti letto	Accreditate tutte le Anestemie collegate alla cardiochirurgia
<b>Sistema hospice (17)</b>	Rimini, Forlimpopoli, Castel San Pietro Terme, Policlinico Modena	Chiantore-Seragnoli (BO), Madonna dell'Uliveto-Albinea (RE), Santa Colomba (FC), Borgonuovo (PC), Fidenza (PR), Casa solidarietà - ADO (FE), Piccole Figlie e Borgo Val di Taro (PR) <i>da fare:</i> S. Domenico di Lugo (RA), Dovadola (FO)
<b>DSM (13)</b>	Tutti verificati. In un caso, sospensione del procedimento e accreditamento seguito a ulteriore verifica	

*(continua)*

	<b>Strutture pubbliche</b>	<b>Strutture private</b>
<b>SerT pubblici (13)</b>	<i>verificati:</i> 11/13, tutti accreditati <i>da verificare:</i> Imola e Parma	
<b>Residenze e semi-residenze psichiatriche a gestione pubblica per 13 AUSL</b>	16 al 15/12/2007 tutte accreditate, 4 di esse hanno ripetuto la verifica	

\* Conclusione formale del programma: 31/12/2006, di fatto proseguito fino a giugno 2007.

**Tabella 2.** Secondo programma (giugno-dicembre 2007); situazione al termine del periodo

	<b>Strutture pubbliche</b>	<b>Strutture private</b>
<b>Case di cura private</b>		33 visitate
<b>Ambulatori odontoiatrici secondo richiesta</b> (imprevedibile, a tutt'oggi 4 studi e 5 ambulatori)		studi: 2 accreditati 2 rimandati ambulatori: 1 non accreditato 3 rimandati 1 accreditato
<b>Terapie iperbariche</b>	1 struttura: accreditata	2 strutture 1 accreditata 1 procedimento sospeso
<b>Ambulatori/poliambulatori privati, professionisti</b>		105 verifiche sul campo effettuate, procedimenti amministrativi in corso
<b>Residenze per tossicodipendenti</b>	2 (RA) verifiche sul campo effettuate, procedimenti amministrativi in corso	67 verifiche sul campo effettuate, procedimenti amministrativi in corso
<b>Residenze psichiatriche</b>		14 verifiche sul campo effettuate, procedimenti amministrativi in corso

### **2.1.2. L'unità di ricerca**

La costruzione del *report* dell'attività ha messo in evidenza come sia difficile dar conto del lavoro svolto e della copertura del sistema di offerta regionale.

Per struttura si intende l'oggetto della richiesta di accreditamento: ospedale, dipartimento, casa di cura, *hospice*, poliambulatorio. È stata affermata e perseguita, anche sanando situazioni difformi, una necessaria corrispondenza fra soggetto detentore di autorizzazione e di accreditamento, anche se a un'unica autorizzazione possono corrispondere più accreditamenti (esempio l'ala nuova del Santa Maria Nuova ha un'unica autorizzazione ma diversi accreditamenti per vari dipartimenti) o viceversa (ad es. un DSM che agisce su più sedi).

L'unità di ricerca rappresenta pertanto oggetti non equivalenti quanto a complessità, dimensione (es. Ospedale del Delta *vs* centro iperbarico), dislocazione su una o più sedi.

Le strutture richiedono dunque un procedimento amministrativo omogeneo (seppure con interpretazioni peculiari a seconda del settore: distrettuale, ospedaliero, ...) e un adattamento (*tailoring*) dell'attività di verifica: un diverso numero di accessi / giornate di verifica, numero e professionalità dei valutatori o percorsi di accreditamento per parti di una stessa struttura, anche in tempi successivi.

Tutto ciò ha determinato come conseguenza che il numero delle verifiche effettuate non corrisponde al numero delle strutture fisiche o organizzative accreditate.

La difficoltà di definire l'unità di ricerca per quantificare l'attività svolta è stata una delle problematiche che ha portato ad avanzare proposte e a intraprendere percorsi per individuare uno strumento di classificazione delle strutture che consenta di descriverle più adeguatamente.

Per portare contributi al rafforzamento dei dipartimenti come luoghi di gestione clinica e organizzativa, anche in riferimento a quanto rappresentato nella LR 29/2004, è stato adottato il criterio prevalente di accreditare le strutture organizzative complesse (di cui alle priorità stabilite) nel loro contesto dipartimentale, applicando a questo i requisiti generali del modello di accreditamento. Tutte le strutture operative complesse comprese nell'organizzazione dipartimentale sono state verificate, applicando requisiti generali e/o generali e specifici allo scopo di dimostrarne il governo in rapporto alle esigenze funzionali del dipartimento e delle strutture indicate in priorità.

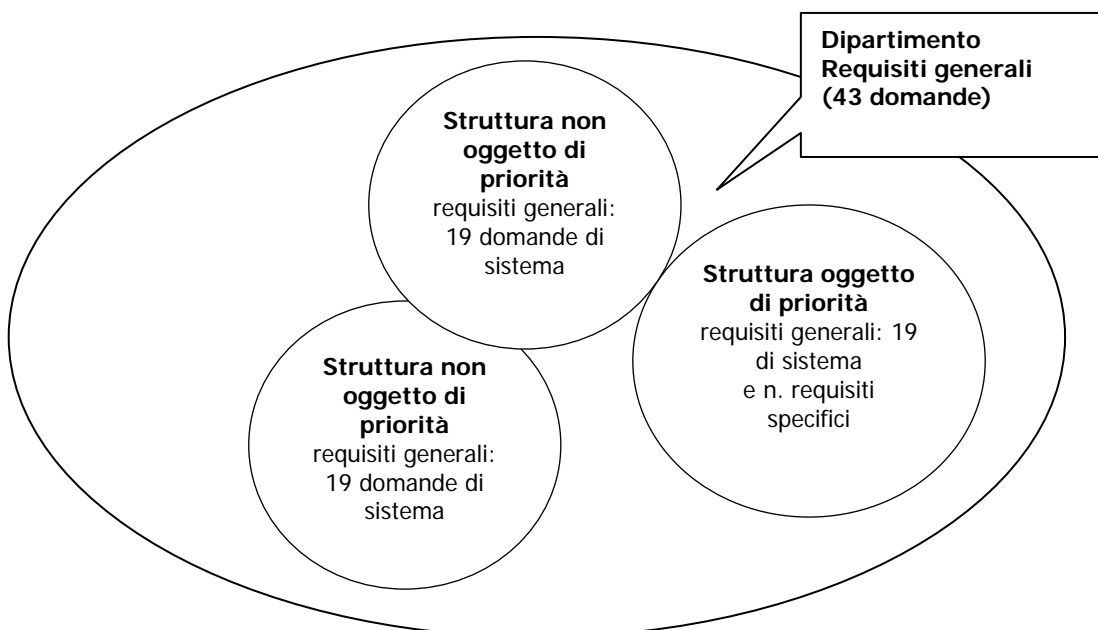
Nel corso della prima *tranche* del programma di *audit* per l'accreditamento è stato adottato un criterio molto ligio al dettato della determinazione delle priorità, applicando requisiti generali e specifici alle strutture previste, e solo i requisiti generali a quelle non comprese fra le priorità ma facenti parte del Dipartimento.

Sono state così verificate molte più strutture operative complesse (reparti) di quelle previste nel programma delle priorità, per fornire sostanza all'accreditamento del Dipartimento. La scelta tuttavia di non applicare i requisiti specifici alle UUOO non oggetto di priorità si è rivelata, seppure coerente con le premesse poste dalla determinazione, poco economica - rimandando a un momento successivo la verifica

dei requisiti specifici applicabili - e poco soddisfacente per le strutture che, pur partecipando pienamente alla verifica, hanno ottenuto un riconoscimento per interposto Dipartimento e dunque meno valorizzante l'attività svolta nel contesto disciplinare specifico.

Ciò ha portato nella seconda *tranche* al superamento dell'approccio: pur mantenendo la scelta sulla focalizzazione dipartimentale, laddove esistano requisiti specifici da verificare essi vengono applicati anche sulle strutture "trascinate" dalle priorità in modo da rendere più efficiente il programma di *audit* e più soddisfacente il riscontro ottenuto dalle strutture complesse.

**Figura 1.** Approccio alla verifica, in riferimento alle priorità determinate



### **2.1.3. Sospesi e prospettive**

Si sono segnalate in riferimento al programma di *audit* per l'accreditamento, nel sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna, alcune criticità, la cui origine è a volte locale, altre volte determinata dall'evoluzione della normativa e delle scelte operative a livello nazionale e regionale:

- conclusione del percorso di accreditamento della psichiatria, con riferimento alle verifiche delle strutture di degenza private autorizzate da accreditarsi come RSA, attualmente in attesa di una migliore definizione dei requisiti applicabili, della precisazione delle tariffe e delle condizioni dell'accordo pubblico - privato;
- realizzazione dei controlli previsti dalla normativa sul sistema di raccolta, lavorazione, distribuzione del sangue, bloccata da anni in attesa dell'emanazione delle linee di indirizzo della società scientifica in applicazione della normativa nazionale;



- realizzazione dei percorsi di accreditamento delle nuove strutture autorizzate pubbliche e private riconosciute funzionali alla pianificazione regionale e - man mano che si presentano - degli ambulatori odontoiatrici;
- accreditamento del trasporto infermi a superamento delle attuali convenzioni, non appena saranno disponibili i requisiti specifici, attualmente in fase conclusiva di consultazione allargata;
- accreditamento di programmi e percorsi, settore che si manifesta sempre più interessante e, a livello nazionale, in alcuni casi in sostituzione, in altri integrativo dell'accreditamento di struttura.
- Rimangono inoltre sullo sfondo necessità contingenti, difficilmente programmabili, legate allo sviluppo di altre attività e progetti nell'ambito del sistema sanitario (esempio: valutazione di percorsi aziendali legati alla gestione del rischio, alla funzione aziendale della formazione, alla gestione delle gravi cerebrolesioni, ai percorsi di *screening*, ...).

## **2.2. Cosa si è appreso dall'esperienza e come si pensa il futuro**

Per valutare come far fronte alle richieste del sistema, coniugando la serietà del percorso con tempi certi e non troppo lunghi di copertura di tutto il sistema dell'offerta regionale e di rinnovo periodico del medesimo, la riflessione si deve basare su quanto acquisito in esperienza nell'esercizio della funzione di verifica.

Verranno di seguito presentate alcune proposte operative che riguardano l'Agenzia sanitaria e sociale e alcune considerazioni che chiamano in causa - oltre all'ASR, per aspetti specifici - l'intero sistema regionale: Aziende sanitarie e Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione.

### **2.2.1. Requisiti generali e specifici**

I requisiti generali hanno dimostrato una buona tenuta complessiva a copertura dell'intero sistema di gestione delle strutture erogatrici, in specifica funzione della qualità *ex ante* del servizio erogato.

Sono stati inoltre elaborati (o sono in fase di elaborazione) requisiti che riguardano priorità suggerite dal sistema regionale ma che non sono immediatamente fruibili dal sistema delle cure, a causa della immaturità dei sistemi di regolazione - ancora in fase di disegno (es. requisiti per trasporto infermi, *screening* dei tumori della sfera genitale femminile).

Rimangono altri sospesi che non sono stati affrontati perché non sono ancora sufficientemente chiari i contesti auspicati dalla programmazione regionale (geriatria, lungodegenza) o perché sono stati bloccati a causa dell'evolvere della normativa (centri trasfusionali).

Recentemente sono stati attivati percorsi di definizione dei requisiti per sanità pubblica e pediatria. L'Agenzia sanitaria e sociale ha inoltre partecipato a percorsi di definizione di requisiti per le strutture socio-sanitarie (governate dalla Cabina di regia Regione - Enti locali).

I requisiti specifici che sono stati elaborati, e che eventualmente possono essere utilizzati in autovalutazione, coprono attualmente circa il 60-70% dei posti letto e numerosi servizi intermedi (anestesia, laboratorio, radiologia, Pronto soccorso, trasporto infermi) e territoriali.

Anche i requisiti specifici hanno dimostrato una sostanziale tenuta, pur essendosi verificati casi di superamento del requisito a causa dell'introduzione di nuove tecnologie in termini di apparecchiature e strumenti informatici, ovvero di non applicabilità del requisito stesso in contesti particolari (ad es. ambulatorio territoriale *vs* ambulatorio ospedaliero).

Si dovrà procedere a un completamento dei requisiti mancanti, nonché al rinnovo di alcuni dei documenti in uso (es. neurologia, neuroradiologia, cardiologia, anestesia, ...).

### ***2.2.2. Capacità operativa dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Area Accreditamento e qualità)***

Dall'esperienza effettuata si sono apprese alcune informazioni di particolare rilievo per la valutazione della capacità operativa dell'ASR in tema di verifiche e per la conseguente programmazione di cicli di verifica:

- il tempo in cui è possibile effettuare le visite di verifica corrisponde a nove mesi all'anno. Non è infatti possibile effettuarne dal 15 dicembre al 15 gennaio e dal 15 luglio al 15 settembre. Tale impossibilità è legata alla indisponibilità delle Aziende ad accettare verifiche in un momento dell'anno che è caratterizzato da festività, ferie e chiusura di molti reparti;
- la disponibilità dei valutatori è limitata dal fatto che essi non vengono sostituiti nelle normali mansioni loro affidate e pertanto devono essere utilizzati con parsimonia. In media effettuano una visita di verifica per l'accreditamento che li impegna dalle 3 alle 5 giornate lavorative una volta ogni tre mesi. Ha fatto eccezione il periodo di particolare sforzo richiesto dall'accreditamento delle strutture private, avvenuto nelle 22 settimane disponibili nel secondo semestre 2007. Inoltre, per gli stessi motivi di cui sopra, i valutatori sono scarsamente disponibili nei periodi dell'anno che corrispondono alle ferie estive o alle festività natalizie, periodi in cui la loro permanenza in Azienda è quanto mai necessaria per far fronte alla diminuzione del personale in servizio;
- il tempo amministrativo che le verifiche richiedono è ragguardevole e quasi il medesimo che si tratti di una visita complessa (un ospedale intero, un gruppo di dipartimenti) o di una visita semplice quale uno studio odontoiatrico. Convocazioni, istruttoria, verbalizzazione, attesa delle controdeduzioni, risposta alla struttura, confezione della relazione motivata e del rapporto finale sono infatti adempimenti da effettuare comunque. Con le risorse amministrative attualmente a disposizione,

il numero delle verifiche effettuato è il massimo sostenibile e corrisponde in media a due verifiche complesse alla settimana per un totale di una ottantina di verifiche all'anno a persona;

- tutte le visite di verifica, nella fase di avvio del processo e alcune ancora oggi, sono state accompagnate da personale dell'ASR, al fine di garantirne lo svolgimento ordinato, favorire l'apprendimento delle regole del gioco da parte dei valutatori, indurre un clima positivo sia nelle relazioni con gli accreditandi sia nella ricerca di soluzioni e miglioramenti con le Direzioni qualora si rilevassero problemi o criticità. Tale accompagnamento ha impegnato notevolmente il personale dell'Agenzia e deve essere progressivamente riservato a casi particolari, lasciando al responsabile del gruppo di verifica la piena responsabilità dell'effettuazione della visita di verifica;
- si è cominciato a porre il problema dalle Aziende di un supporto da parte dell'Agenzia ad azioni di rinforzo dei comportamenti organizzativi richiesti dall'accreditamento nel periodo senza verifiche, e comunque di quali iniziative assumere alla scadenza dello stesso (la prima a dicembre 2007, l'Ospedale del Delta). Il tema del mantenimento e dei contenuti delle verifiche dovrà dunque essere affrontato nel prossimo futuro;
- la programmazione delle verifiche si è rivelata realistica sia nel primo programma di *audit* che nel secondo. Essa è stata rispettata, consentendo anche prestazioni non previste su richiesta della Direzione generale Sanità; si sono verificate alcune richieste di rimando da parte delle Aziende e il posticipo dell'accreditamento come RSA degli ospedali privati dell'area della psichiatria, ma ciò non inficia la precedente affermazione. Un ulteriore elemento positivo è dato dal fatto che il ciclo della validità dell'accreditamento, passato da triennale a quadriennale, ha rimandato l'esigenza di procedere con i rinnovi prima del 2009, consentendo il recupero di tempo utile a concludere il ciclo di base della verifica di accreditamento. Deve tuttavia essere affrontato il problema di un programma di *audit* che dia risposte efficaci e in tempi accettabili alle esigenze della programmazione regionale;
- complessivamente il sistema delle strutture regionali ha risposto bene al processo di verifica, prendendo seriamente la sfida e presentandosi all'appuntamento adeguatamente preparato. I ritorni valutativi delle strutture sul comportamento dei valutatori (competenza, capacità relazionale e organizzativa) sono fortemente positivi.

### ***2.2.3. Proposte organizzative per il miglioramento del processo di verifica***

Le proposte organizzative principali sono le seguenti e seguono logicamente le criticità enunciate o le lezioni apprese.

- Va tenuto sotto controllo un aspetto che costituisce un ostacolo per il processo di accreditamento: la disponibilità di valutatori preparati e capaci. Già si è detto come e per quali motivi il numero di quelli esistenti, pur consistente e incrementato anche dall'utilizzo di valutatori di altre Regioni che volentieri partecipano alle verifiche in Emilia-Romagna anche a scopo di trasferimento del *know how* nei propri contesti regionali, non copra tutte le esigenze. A questo scopo, nel corso del triennio sono

stati predisposti ulteriori percorsi di formazione per valutatori (in collaborazione con le Aziende USL di Ferrara e Reggio Emilia), cui le Aziende, anche per effetto del potenziale di miglioramento che il processo di accreditamento ha dimostrato di possedere, hanno aderito volentieri con richieste di partecipazione superiori alle aspettative. La prima edizione ha portato nuovi valutatori nel *pool* nel giugno 2006, altri hanno completato l'*iter* formativo nel 2007, un gruppo lo completerà nel 2008. Già si pone l'esigenza di un ulteriore ciclo di formazione da completarsi entro il 2009.

- Un altro punto di cambiamento, già accennato, è la necessità che i responsabili dei gruppi di verifica siano sempre più autonomi nella realizzazione di verifiche complete, efficaci, rispondenti alle richieste poste dai requisiti. In tale direzione va lo sforzo di selezionare, attraverso l'utilizzo di procedure di tutoraggio e di occasioni particolari di formazione, un gruppo di *team leader* cui l'Agenzia sanitaria e sociale possa affidarsi tranquillamente. A tale gruppo sono riservati momenti specifici di formazione. Ai responsabili dei gruppi di verifica si affianca il consiglio dei valutatori, in parte eletto e in parte cooptato dall'Area Accreditamento al fine di fornire indicazioni per il miglioramento dei percorsi, il superamento di difficoltà, l'identificazione delle necessità di formazione. È una considerazione di corollario, ma non di scarsa importanza, il rilievo delle responsabilità esercitate da tale personale nelle Aziende di appartenenza, dove ricoprono ruoli gestionali e/o tecnico-professionali assai significativi e che pertanto garantiscono autorevolezza sul campo.
- Una ulteriore strategia per rendere efficace il programma di *audit*, consiste nel ridurre il numero delle verifiche piccole da effettuare, optando per verifiche consistenti tutte le volte che sia possibile: ciò comporta che "la parte trascini il tutto"; ad esempio nel caso che l'accreditamento di un'ala nuova di un presidio copra 5 dipartimenti su 7, conviene completare l'accreditamento dell'intero presidio, anche al di fuori delle priorità. Così facendo, oltre a risparmiare risorse aziendali e dell'ASR, si potranno allineare le future scadenze dell'accreditamento, mettendo le basi per un ordinato percorso di rinnovo. Per quanto riguarda le verifiche alle piccole strutture monospecialistiche, l'esperienza ha dimostrato vincente l'approccio che ha realizzato aggregazioni di gruppo, provinciali o quanto meno territoriali da verificare (ovviamente ciascuna per proprio conto) in un unico giro.
- Debbono poi essere individuate forme snelle ma che stimolino il miglioramento al momento del rinnovo dell'accreditamento. Si ipotizza di basare i rinnovi (vedi legge 34/1998) sull'autovalutazione *ex ante* ed *ex post* e su incontri di verifica molto essenziali basati sulle criticità riscontrate nel primo giro, sui percorsi di miglioramento nel frattempo attivati dall'organizzazione, sull'integrazione delle parti precedentemente non comprese. Si verifica infatti nel sistema di erogazione delle cure una propensione notevole al riadattamento organizzativo continuo, che rende instabili gli assetti appena verificati come unità integrata di erogazione dei servizi.

### **Agenda per il futuro**

Per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale:

- curare in modo particolare il consolidamento del gruppo dei *team leader*
- elaborare ulteriori requisiti, rivedere i documenti di requisiti specifici che lo necessitano
- passare dalla programmazione degli *audit* a breve periodo a una programmazione a medio-lungo periodo che consenta l'ingaggio più facile dei valutatori
- identificare *iter* significativi da integrare nel processo di verifica in corso di rinnovo dell'accreditamento

Per le Aziende sanitarie:

- concordare i tempi dell'accreditamento e non sottrarsi al processo alle scadenze stabilite
  - facilitare il prelievo dei valutatori / *team leader*
  - sviluppare percorsi di supporto all'accreditamento e di mantenimento del medesimo nel periodo fra le verifiche
-



### 3. Valutazione di impatto dell'accreditamento <sup>4</sup>

Come esposto nel Capitolo precedente, l'accreditamento istituzionale costituisce un impegno richiesto alle strutture che intendono erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, per dare certezza al cittadino di un buon livello qualitativo delle stesse e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale. Lo scopo di tale sistema è quello di promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. Questo scopo è una delle principali ragioni o finalità dell'intervento pubblico in sanità, un settore nel quale il cittadino non dispone di completa informazione sulla qualità delle prestazioni. Inoltre, la domanda di prestazioni è di per sé abbastanza rigida e quindi risulta di particolare rilevanza l'individuazione e il rispetto di alcune garanzie collegate alla qualità. A differenza dell'accreditamento volontario o di eccellenza, l'accreditamento istituzionale mira ad elevare le condizioni dell'intero sistema di erogatori, ossia a muovere la generalità delle strutture verso una buona assistenza ai cittadini, anziché incentivare solo alcuni verso l'eccellenza.

A partire dal DLgs 502/1992 si è aperto un ampio dibattito sulla scelta del modello di accreditamento, sulla definizione dei requisiti e delle procedure, sull'individuazione dei verificatori e sulla loro formazione, sulla qualità che si intende garantire, sulla concreta possibilità di equiparare le strutture pubbliche e private. Ogni Regione ha infatti, in questo ambito, la più ampia competenza: definisce i requisiti ulteriori di qualità, in relazione alle diverse tipologie di attività sanitarie o socio-sanitarie; fissa le procedure e le modalità di accertamento del possesso dei requisiti e le competenze al rilascio del certificato, nonché i criteri per valutare la rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale. La gestione di questo sistema (definizione, applicazione, controllo, modifica e aggiornamento) richiede una forte volontà politica e una notevole competenza tecnica; inoltre dal punto di vista culturale si tratta di fare un passaggio, non abituale per la Pubblica amministrazione, da un sistema rigido di controlli di legittimità a un sistema flessibile di miglioramento dinamico, in cui si effettua non tanto un controllo quanto una valutazione.

La Regione Emilia-Romagna ha affrontato un percorso di riflessione e sperimentazione che, nell'arco di una decina di anni, ha dato una risposta a molte delle questioni poste dall'introduzione del DLgs n. 502, coinvolgendo professionisti, gestori e anche rappresentanze dell'utenza. Per lo sviluppo del sistema, la Regione da un lato ha attivato dei percorsi sperimentali volontari di applicazione e verifica dei requisiti e dei risultati raggiunti; dall'altro ha organizzato numerosi corsi di formazione rivolti sia agli operatori delle strutture pubbliche e private del territorio sia ad operatori di altre Regioni finalizzati

---

<sup>4</sup> A cura di Marco Tieghi e Rosanna Trisolini.

alla formazione di facilitatori interni della qualità, valutatori per l'accreditamento e valutatori di sistemi qualità in sanità. In seno all'Agenzia sanitaria e sociale regionale, individuata quale organismo tecnico di riferimento per le verifiche, è stata inoltre avviata un'intensa attività di elaborazione e diffusione di metodologie per la qualità.

### **3.1. Il problema della valutazione degli effetti dell'accreditamento**

Alla luce della rilevanza politico-istituzionale, oltre che sul piano tecnico-operativo, dei programmi di accreditamento e in considerazione dell'ingente investimento effettuato in Emilia-Romagna, è in qualche modo inevitabile porsi il problema di una valutazione dei suoi effetti. Ciò porta necessariamente a interrogarsi circa l'ottica attraverso cui cercare di determinare tali effetti.

In prima approssimazione si può osservare che sicuramente interessante potrebbe essere la ricerca di una loro misura economica.

Al riguardo, tuttavia, si deve qui sottolineare che la quantificazione degli impatti economici indotti dal processo di accreditamento presenta un grado di difficoltà assai diverso in funzione del fatto che ci si dedichi a investigare il versante dei costi o quello dei benefici.

Per i primi, infatti, si tratta di impostare un processo di calcolo non dissimile da quello che potrebbe avere per oggetto una qualunque attività aziendale. Esso rientra quindi nel novero dei tipici problemi a cui da tempo la contabilità analitica è chiamata a dare soluzioni attraverso metodologie di calcolo più o meno complesse.<sup>5</sup> In sostanza, una volta definito in modo chiaro lo scopo conoscitivo dell'elaborazione di costo, verificata la quantità, qualità e omogeneità delle informazioni disponibili nell'ambito dei sistemi informativo-contabili aziendali, sarebbe ragionevolmente possibile formulare una proposta di calcolo, esplicitando il livello di approssimazione ritenuto accettabile

Peraltro i problemi metodologici e le opzioni operative sarebbero tutt'altro che banali. Nell'ottica del complessivo sistema sanitario regionale, valutare i costi del processo di accreditamento potrebbe significare rappresentare in modo adeguato l'insieme delle risorse arruolate per la definizione del modello di accreditamento e per la sua implementazione. Ciò richiederebbe di valorizzare il tempo dedicato dai vari professionisti, l'inevitabile impegno economico per l'adeguamento delle strutture, per la formazione dei valutatori, per le visite di verifica., ecc. Trattandosi in gran parte di risorse attinenti al fattore "lavoro", e data per acquisita la necessità di quantificare in modo puntuale la misura fisica (ore di attività) delle risorse umane impiegate, da un punto di vista teorico ci si potrebbe, ad esempio, chiedere se la loro valorizzazione debba effettuarsi sulla base del tradizionale costo orario onnicomprensivo o ricorrendo invece, assai meno convenzionalmente, al concetto di "costo-opportunità", ossia utilizzando il valore dei benefici persi impiegando la risorsa nella migliore alternativa possibile

---

<sup>5</sup> Per alcuni contributi specifici si rinvia a Conover, Zeitler, 2004 e a Mihalik *et al.*, 2003.



Ben diverso risulta invece il discorso in relazione alla quantificazione degli eventuali benefici economici. Il problema 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, dal momento che questi sono posti su un piano diverso da quello delle imprese.

In altri termini, mentre nelle imprese la rappresentazione e la misurazione degli obiettivi finalizzanti sono "geneticamente" connesse con la dimensione economico-reddituale, nelle aziende pubbliche (ivi comprese quelle sanitarie) la ricerca del pareggio di bilancio sostanza (o dovrebbe sostanziare) unicamente un ulteriore vincolo (assieme a quello finanziario) posto all'azione istituzionale delle aziende stesse, vincolo che - seppure rispettato - non implica in nessun modo che l'azienda stia operando efficacemente nel perseguire la propria missione istituzionale.

Si noti che ciò non significa in alcun modo negare che le aziende pubbliche possano generare valore; significa invece negare che tale valore possa essere misurato attraverso i valori economici rilevati in contabilità e periodicamente riassunti nel bilancio di esercizio o in sue rielaborazioni (quali i modelli di conto economico a valore aggiunto).

Il vero problema consiste dunque nella difficoltà insita nell'individuare in cosa consista e nel se, ed eventualmente come, possa essere misurato il valore pubblico creato dall'azienda nel perseguire le proprie finalità istituzionali.

Pur se in dottrina al riguardo sono stati offerti numerosi contributi,<sup>6</sup> allo stato attuale non si è ancora pervenuti a una convergenza non solo su una metodologia di calcolo, ma nemmeno su una medesima nozione di valore pubblico. Né, nel caso specifico, sono di risolutivo aiuto i pur suggestivi e interessanti contributi recentemente proposti in tema di "intangibili" e di capitale intellettuale in ambito pubblico.

Per quanto premesso, si ritiene dunque che - almeno allo stato attuale - l'ottica economica risulti poco adatta a consentire un'adeguata valutazione degli effetti del processo di accreditamento promosso dalla Regione Emilia-Romagna.

Occorre quindi muoversi su piani diversi, che includono da una parte la valutazione di effetti 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 (conoscenze dei professionisti, efficienza dei sistemi di gestione e di sviluppo, qualità delle relazioni con gli utenti e tra i professionisti, tipo di cultura aziendale e manageriale, capacità di innovazione, capacità di valorizzare le risorse umane, ...).

In aggiunta, queste considerazioni generali devono ovviamente tenere anche conto delle caratteristiche intrinseche di ciascuno 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),

---

<sup>6</sup> Alcuni sono citati in Bibliografia.

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 ciascuno specifico requisito e la qualità del servizio erogato, la rigorosità del processo di verifica e valutazione. Relativamente invece ai fattori di contesto, di nuovo in linea di principio 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. Da questo punto di vista le iniziative che nel contesto regionale hanno favorito la diffusione della conoscenza del modello e la sua accettazione sono state l'ampia partecipazione alla sua costruzione e la valutazione della sua applicabilità mediante verifiche sperimentali. Esse costituiscono indubbiamente un fattore critico di successo per il risultato che si intendeva perseguire: selezione di buoni erogatori, stimolo e supporto a un processo di miglioramento della qualità delle cure.

Un altro elemento da considerare, e che enfatizza ulteriormente la complessità della valutazione degli effetti dell'accreditamento, è rappresentato dalla pluralità di soggetti interessati e dal fatto che il tema della valutazione del suo impatto possa quindi essere affrontato a partire da diversi punti di vista.

In sintesi, nel valutare l'impatto di un processo di accreditamento occorre avere presenti i seguenti aspetti:

- gli obiettivi che il processo stesso di accreditamento si prefigge (ad es. il miglioramento della qualità del servizio reso, la diffusione dell'aderenza a standard di servizio, ecc.), provando a tradurli in una serie di indicatori e a selezionare quali tra questi analizzare (dettagliare ad esempio quali sono gli elementi che definiscono la qualità delle cure, come si misura l'aderenza agli standard, ...);
- gli obiettivi e, di conseguenza, gli effetti attesi dall'accreditamento possono essere diversi a seconda dei diversi *stakeholder* coinvolti nel processo (erogatori del servizio, committenti, finanziatori, utenti, regolatori del sistema, ecc.);
- i benefici riguardano tutto il processo di accreditamento e non solo la *performance* clinico-assistenziale, in quanto l'accreditamento può influire sulla formazione e il coinvolgimento dei professionisti, facilitando le modalità di coordinamento tra questi o tra Unità operative, nonché sulla qualità percepita dagli utenti e sulla razionalizzazione dei percorsi (sia clinici che organizzativi);
- i benefici attesi non sono tutti osservabili e valutabili a breve termine, ma alcuni hanno impatto nel medio-lungo periodo; inoltre - come già si osservava in precedenza - non sono per lo più traducibili in termini economici.

La difficoltà del tema è peraltro sin troppo ben rappresentata dall'estrema povertà della letteratura disponibile su questa questione, sul piano metodologico e della generalizzabilità dei risultati, oltre che semplicemente sul piano quantitativo. Apparentemente, pochi si sono di fatto cimentati nell'impresa di valutare l'impatto di programmi di accreditamento. Sul versante metodologico, si tratta infatti del tipico quesito di ricerca che difficilmente trova riferimento in un classico disegno di studio sperimentale. Difficile è immaginare di poter randomizzare erogatori diversi ad essere

o meno sottoposti a un processo di accreditamento, per poter poi valutare quali effetti siano visibili sul piano della qualità dell'assistenza effettivamente erogata. Per sua natura, si è di fronte a processi che hanno carattere volontario (il cosiddetto accreditamento all'eccellenza), e quindi hanno a che fare con soggetti autoselezionati sulla base di caratteristiche intrinsecamente legate alla qualità dei servizi, o si tratta di processi di carattere istituzionale, per definizione a carattere sistemico. Anche se uno studio sperimentale fosse mai tecnicamente eseguito, lo sarebbe in condizioni talmente peculiari da rendere i suoi risultati sostanzialmente inservibili al di fuori del limitato e circoscritto contesto in cui sono stati prodotti. Inoltre, come già si è accennato, il termine accreditamento finisce per essere riferito a programmi con caratteristiche sostanzialmente diverse e questo limita la validità e la riproducibilità di eventuali valutazioni di impatto.

Fatte queste premesse, sono disponibili pochissimi studi che attestano una diversa e relativamente migliore qualità dell'assistenza, su alcuni selezionati indicatori, tra servizi accreditati e non.<sup>7</sup> Ci si chiede tuttavia se questo sia 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 questo tipo possono rappresentare un'utile validazione dei criteri impiegati (sostanzialmente documentando che la presenza/assenza dei requisiti richiesti ha effettivamente un nesso con la qualità delle prestazioni), ma non affrontano il quesito dell'impatto del processo di accreditamento, vale a dire della natura e tipologia di cambiamenti (auspicabilmente positivi), che l'essere sottoposti a un processo di accreditamento ha stimolato all'interno di una specifica organizzazione sanitaria.

È necessario tenere inoltre presente che dare garanzie al cittadino circa la qualità delle prestazioni erogate è sì la prima aspettativa dell'autorità regionale rispetto allo strumento dell'accreditamento, ma non la sola: per le aziende potrebbe dimostrarsi un'opportunità reale per favorire un cambiamento organizzativo, per offrire un confronto professionale, per dare visibilità, per sviluppare la cultura della valutazione e del miglioramento. Verificare quanto queste aspettative si siano tradotte in effetti ed esplorare questi ultimi significa considerare l'accreditamento non tanto come la semplice applicazione di criteri e standard sui servizi/operatori (intesi come oggetti passivi di valutazione), bensì da un parte enfatizzarne il carattere di agente di cambiamento, dall'altra cogliere l'aspetto dialettico della relazione tra gli strumenti dell'accreditamento e gli ambiti della loro applicazione. Assumere questo approccio offre l'opportunità di considerare l'impatto dell'accreditamento anche sul versante di coloro che sono coinvolti a vario titolo nell'elaborazione dei suoi strumenti (Assessorato politiche per la salute, Agenzia sanitaria regionale, valutatori, responsabili qualità, ecc.).

Un ulteriore elemento di complessità nella valutazione di impatto di sistemi di accreditamento, in particolare nella loro accezione istituzionale, è rappresentata dal fatto di essere, per loro natura, funzionali a specifiche opzioni di politica sanitaria. Da questo

---

<sup>7</sup> Vedi Bibliografia.

punto di vista, l'accettabilità del sistema e la desiderabilità dei suoi esiti da parte dei molteplici soggetti coinvolti è legata alla desiderabilità e accettabilità per questi ultimi delle specifiche politiche adottate complessivamente o localmente, rendendo così l'efficacia del processo di implementazione dipendente da numerose variabili di contesto.

### **3.2. Spunti, riflessioni: l'oggetto della valutazione**

L'insieme delle considerazioni precedenti consente di esplicitare il rationale di questo specifico studio di valutazione d'impatto dell'accreditamento, almeno nella misura in cui contribuisce a chiarire come un obiettivo di questo tipo debba necessariamente tenere conto dell'insieme delle caratteristiche che rappresentano le specificità di un determinato sistema di accreditamento e lo distinguono da altri.

Più precisamente, il problema che lo studio si propone di affrontare è la valutazione del sistema di accreditamento, così come è stato pensato e realizzato in Emilia-Romagna, con alcune peculiarità relativamente sia alla metodologia adottata per il suo sviluppo e la sua implementazione, sia alle finalità perseguite.

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 in cui si articola il sistema. Una delle implicazioni è che questo specifico sistema di accreditamento, pur non venendo meno alla sua prerogativa di iniziativa a carattere istituzionale amministrata dagli organismi di governo regionale della sanità, si presenta comunque, nel contempo, come non semplicemente calato dall'alto, e si avvale per la sua realizzazione di relazioni ben più complesse e 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, ecc.) del singolo erogatore oggetto della valutazione, ma anche della capacità di quest'ultimo di essere parte integrante di una rete assistenziale complessiva. L'elemento delle relazioni che ciascun erogatore instaura con il sistema nel suo complesso e con le altre articolazioni erogatrici presenti nella rete assistenziale è quindi una dimensione rilevante del processo e uno degli aspetti su cui quest'ultimo ha l'ambizione di incidere. 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. Sotto questo profilo, uno degli effetti in qualche modo desiderati del processo di accreditamento così come concepito e realizzato in 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.

Entrambi 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. Questi terreni attengono non solo (e forse non tanto) ai tipici indicatori di qualità, descrittori dei processi assistenziali e dei loro esiti, quanto piuttosto a quella che è più in generale la cultura organizzativa dei servizi.

In altri termini, si tratta di verificare se - e 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 tratta 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.

La natura stessa degli aspetti sopra menzionati porta l'attenzione su quelle dimensioni delle organizzazioni sanitarie che attengono ai cosiddetti valori intangibili, vale a dire l'insieme di quegli elementi che, per loro natura, non possono essere quantificati in termini ragionevolmente oggettivi, ma non per questo risultano meno rilevanti ai fini della qualità dei servizi.

Da questo punto di vista, il vero obiettivo di una valutazione di impatto del sistema di accreditamento è rappresentato dal valutare in che misura l'insieme del processo sia stato effettivamente in grado di incidere, aumentandolo, su quello che viene comunemente definito il capitale sociale. Analogamente a quanto avviene nel corpo delle società, nel contesto delle organizzazioni sanitarie il capitale sociale è costituito dalla natura e dall'intensità delle relazioni che si intrecciano tra le diverse componenti, concorrendo alla determinazione del grado di coesione sociale (o, in questo caso, organizzativa).

In definitiva, l'accreditamento è stato in grado di sviluppare un senso comune tra gli operatori, di concorrere al consolidamento di un senso di appartenenza basato sull'individuazione di obiettivi comuni in cui tutti abbiano avuto la possibilità di riconoscersi condividendoli, di favorire comportamenti che nascessero da motivazioni intrinseche piuttosto che da vincoli imposti dal sistema, di favorire contesti organizzativi basati sul consolidamento di relazioni di tipo fiduciario invece che burocratico-gerarchiche? Questo è l'insieme delle domande a cui lo studio qui presentato (*Capitoli 5, 6 e 7*) cerca di dare una risposta, per trovare una propria coerenza con i presupposti stessi del sistema di accreditamento che si propone di valutare.

Si tratta peraltro di domande che non sono affatto estranee alle linee di ricerca e di indagine che a livello internazionale si vanno da tempo sviluppando e che, sia pure a partire da presupposti teorici e metodologici diversi, tendono a vedere le organizzazioni sanitarie come vere e proprie comunità sociali, e non come mero assemblaggio di competenze e responsabilità che agiscono secondo linee di comportamento standardizzate e predefinite.

## **Parte 2.**

# **Lo studio pilota sull'impatto dell'accreditamento a Ferrara**





## 4. Il progetto V.Imp.A.<sup>8</sup>

### 4.1. Premessa

In occasione del bando relativo ai progetti finalizzati alla modernizzazione del Servizio sanitario regionale, anno 2005, l'Azienda USL di Ferrara ha presentato un progetto dal titolo "Il processo d'accreditamento istituzionale e la creazione di valore nei presidi ospedalieri".

Il progetto originariamente si poneva l'obiettivo di individuare, analizzare e misurare la creazione di valore, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, derivante dall'attuazione del processo di accreditamento istituzionale nelle diverse Unità operative (UO) del nuovo stabilimento ospedaliero Ospedale del Delta di Lagosanto - Ferrara.

A seguito di un confronto fra il responsabile scientifico del progetto e l'Agenzia sanitaria regionale, si è ritenuto opportuno ridisegnare gli obiettivi originari. Un gruppo di lavoro allargato, composto da operatori dell'Azienda USL di Ferrara, ricercatori della Facoltà di economia dell'Università di Ferrara e professionisti operanti nell'Area Accreditamento e qualità dell'Agenzia sanitaria, ha quindi riformulato i seguenti nuovi obiettivi:

- analisi della letteratura nazionale e internazionale relativa alla misurazione del valore indotto dall'applicazione di modelli qualitativi nei sistemi sanitari;
- valutazione dell'impatto del processo di accreditamento istituzionale nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna.

### 4.2. Presupposti teorici

In questo documento è stato rilevato che nel valutare l'impatto di un processo di accreditamento occorre avere presente i seguenti aspetti:

- gli obiettivi che il processo stesso di accreditamento si prefigge (ad es. in termini di miglioramento della qualità del servizio reso, di diffusione dell'aderenza a standard di servizio, ...) vanno prima di tutto esplicitati e poi tradotti in indicatori da sottoporre a verifica (ovvero ad esempio vanno dettagliati quali sono gli elementi che definiscono la qualità delle cure o come si misura l'aderenza agli standard);
- gli obiettivi e, di conseguenza, gli effetti attesi dall'accreditamento possono essere diversi a seconda dei vari *stakeholder* coinvolti nel processo (erogatori del servizio, committenti, finanziatori, utenti, regolatori del sistema, ...);

---

<sup>8</sup> Paragrafo 4.1 a cura di Giovanni Sessa;

Paragrafi 4.2 e 4.3 a cura di Maria Augusta Nicoli e Barbara Calderone.

L'acronimo V.Imp.A. significa Valutazione di impatto dell'accreditamento.

- i benefici riguardano tutto il processo di accreditamento e non solo la *performance* clinico-assistenziale, in quanto l'accreditamento può influire sulla formazione e sul coinvolgimento dei professionisti (facilitando le modalità di coordinamento tra questi o tra Unità operative), nonché sulla qualità percepita dagli utenti e sulla razionalizzazione dei percorsi (sia clinici che organizzativi);
- i benefici attesi non sono tutti osservabili e valutabili a breve termine, ma alcuni hanno impatto nel medio-lungo periodo; inoltre in gran parte non sono traducibili in termini economici.

A questi elementi di riflessione, si aggiungono aspetti contingenti legati alla specificità del contesto regionale, che giocano un rilevante ruolo di influenza sul processo di accreditamento; si segnalano:

- i tempi diversi in cui le strutture sono state coinvolte nel processo di accreditamento, rispetto ai quali non c'è uniformità;<sup>9</sup>
- le strutture accreditate sono diverse per tipologia di cura/assistenza, dal momento che possono essere accreditati sia interi Dipartimenti (materno-infantile, salute mentale.) sia singole Unità operative (chirurgia, ginecologia, ...) oppure programmi (*screening*, ...);
- i professionisti coinvolti nel processo di accreditamento presentano una estrema variabilità in termini di ruolo (medici, infermieri, amministrativi, ...) e coinvolgimento nel processo stesso (diretto o meno);
- il significato che assume l'accreditamento non è univoco, ma legato ai contesti culturali, organizzativi e sociali in cui esso di volta in volta si cala.

In particolare Greenfield e Braithwaite (2007) evidenziano i seguenti risultati della loro analisi:

- l'atteggiamento dei professionisti non è univoco e le ricerche condotte evidenziano la presenza sia di atteggiamenti favorevoli, sia di atteggiamenti critici nei confronti dei programmi di accreditamento (nel caso in cui ad esempio vengano vissuti come un grande dispendio di energie per raggiungere scarsi risultati);
- la ricerca sulla promozione di cambiamenti evidenzia come l'accreditamento induce mutamenti in diversi ambiti, tra cui nella gestione infermieristica e nell'ambito della sicurezza, oltre che nei processi decisionali e nell'introduzione di programmi sulla qualità;
- l'impatto organizzativo dell'accreditamento è un ambito di ricerca ancora poco esplorato e dai dati sembra emergere come assumere uno stile *manageriale* partecipativo e garantire un supporto organizzativo al processo di accreditamento influenzi positivamente i risultati;
- l'impatto finanziario dei processi di accreditamento, ovvero la valutazione di costi e benefici economici, è una delle aree che presenta evidenze non definitive e a volte contrastanti;

---

<sup>9</sup> L'Ospedale del Delta è stato il primo in assoluto ad essere accreditato in regione.

- la relazione tra accreditamento e miglioramento della qualità (misurata tramite indicatori di *performance* clinici, aderenza a linee guida, ...) è complessa e non sembra esserci una relazione diretta di causa-effetto tra i due elementi considerati;
- i programmi di *assessment* dell'accreditamento sono stati effettuati in diversi contesti e generalmente vengono giudicati credibili, anche se rimane non è chiaro in che misura le organizzazioni accreditate garantiscono alta qualità dei servizi sanitari;
- la relazione tra le valutazioni dei consumatori o la soddisfazione dei pazienti da un lato, e l'accreditamento dall'altro rimane ampiamente inesplorata e le poche ricerche non mettono in evidenza una stretta relazione;
- la relazione tra i risultati dell'accreditamento e la disponibilità a rendere pubblici i propri *outcome* è un aspetto ancora da approfondire e le poche ricerche evidenziano alcune differenze tra ospedali pubblici e privati, così come tra ospedali grandi e piccoli (in particolare sembra esserci una maggiore propensione a rendere pubblici i propri risultati da parte dei primi rispetto ai secondi);
- emerge una relazione positiva tra i programmi di accreditamento e lo sviluppo professionale. Nello specifico, lo sviluppo professionale è correlato alla partecipazione ai programmi di formazione accreditati e chi vi partecipa ha maggiori possibilità di conseguire il risultato rispetto a chi non vi ha preso parte (va tuttavia rilevato come la partecipazione a tali programmi non è correlata alla *performance* professionale);
- la letteratura riporta poche esperienze di ricerche sull'accreditamento e sottolinea come le analisi risentano delle abilità e della qualità dei ricercatori, oltre che delle divergenze tra le priorità ricercatori e quelle dei professionisti.

Greenfield e Braithwaite (2007) sottolineano inoltre come solo in due delle aree di ricerca considerate ci sono elementi che portano risultati consistenti e coerenti: l'area della promozione del cambiamento e quella dello sviluppo professionale; nelle altre aree i risultati sono inconsistenti.

In definitiva, si è di fronte a un "oggetto" (la valutazione di impatto dell'accreditamento) che necessita prima di un inquadramento teorico e solo successivamente di un affinamento sul piano metodologico della ricerca. Il processo di accreditamento può infatti essere concepito e definito come sistema complesso e, come tale, richiede un approccio che utilizzi paradigmi in grado di cogliere le interrelazioni tra i vari livelli su cui impatta.

Come riportato in una recente rassegna critica della letteratura a cura dei ricercatori australiani Braithwaite *et al.* (2006), il quadro di riferimento è alquanto complesso e sollecita la valutazione dell'accreditamento attraverso un approccio di ricerca multi-metodo, multi-livello e multi-disciplinare, a partire dalla constatazione che sembra impossibile analizzare i suoi meriti usando strategie basate su controlli randomizzati. È inoltre interessante rilevare come il programma di ricerca che questi autori sviluppano, ancor prima di studiare l'accreditamento in quanto tale, lo consideri come una delle variabili centrali per spiegare la *performance* clinica e organizzativa dell'organizzazione, accanto a indicatori di *performance* clinici, alla partecipazione dei consumatori e alla cultura organizzativa. Il modello di analisi suggerito ipotizza che esista una interrelazione

tra le variabili e che la *performance* di una variabile sia collegata all'altra; ovvero che la natura delle relazioni tra i diversi fattori sia sostanzialmente sconosciuta e costituisca il preciso oggetto del programma di ricerca proposto.

Si rende merito a questo contributo il fatto di avere rimarcato come alla legittima domanda posta dai "*provider*, dagli amministratori e dai ricercatori" di conoscere il valore dell'accreditamento, non sia possibile rispondere in modo lineare (ovvero in termini di causa-effetto), ma attraverso lo studio dell'interrelazione esistente tra le variabili indicate. Si dà tuttavia per assodato che la domanda a cui rispondere sia quella proposta "dall'osservatore" (rappresentato di volta in volta dal *provider*, dall'amministratore e dal ricercatore), come se questa fosse la prospettiva che meglio di tutte garantisce di poter cogliere la realtà, senza sottolineare il fatto che il punto di vista scelto dall'osservatore, sebbene legittimo, porta a non riconoscere fino in fondo la sua relatività, ovvero che esso rappresenta solo uno dei possibili punti di vista.

In sintesi l'analisi della letteratura evidenzia che la molteplicità dei modi con cui è stato reso operativo il compito di indagare l'impatto dell'accreditamento ha prodotto risultati parziali e non sempre ha contribuito in modo definitivo ed esaustivo a confermare l'esistenza di precise relazioni causa-effetto, come ad esempio il legame tra l'accreditamento e il miglioramento degli esiti della cura o la riduzione dei costi.

Forse, come suggeriscono i teorici della complessità, si è di fronte a un problema che va riformulato, nel senso che più che 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.

In altre parole, si è di fronte a un percorso i cui risultati di fatto si basano sulla capacità degli attori organizzativi di "stare dentro a processi di riflessività", ovvero a processi che contemplanano al tempo stesso la descrizione e la costruzione del processo in cui sono inseriti.

Come sottolinea Fabbri (1998, p. 90) "descrivere è interpretare, descrivere è costruire" e questo avviene quando l'organizzazione si prende il tempo per "imparare a pensare"<sup>10</sup> e si interroga sul proprio operato. Secondo questa prospettiva, in linea teorica l'accreditamento scandisce i tempi e gli spazi che permettono all'organizzazione

---

<sup>10</sup> Imparare a pensare è la sollecitazione che Fabbri (1998, p. 130) esprime in merito al tema dell'apprendimento organizzativo. Secondo un approccio di tipo evolutivo, si possono individuare alcune importanti riflessioni che vengono qui richiamate attraverso enunciati generali, rimandando al contributo specifico per gli approfondimenti:

- imparare a pensare significa capire che la giustificazione è incorporata all'azione;
- imparare a pensare è capire che non esistono modi di pensare migliori di altri;
- imparare a pensare è imparare a decidere;
- imparare a pensare corrisponde a imparare a descrivere quello che è successo nella propria mente;
- imparare a pensare significa porre le buone domande.

di ritrovare il senso dell'agire organizzativo, senso che nella quotidianità del fare tende a passare in secondo piano, diventa spesso un oggetto di sfondo a cui non si presta l'attenzione dovuta.

Se si considera la specificità del processo di accreditamento avviato presso la Regione Emilia-Romagna, si nota che esso nasce proprio come sistema che aspira a produrre riflessività e apprendimento organizzativo, non semplice adesione e rispondenza a una prescrizione normativa. A questo proposito si ricorda ad esempio come la scelta operata dalla Regione per l'individuazione dei requisiti di accreditamento sia basata sulla discussione, sul confronto e sulla condivisione tra i professionisti. Anche tutte le attività previste prima delle visite di verifica costituiscono, per le strutture che ne hanno fatto richiesta, un'opportunità di organizzare gruppi di lavoro, recuperare e analizzare documenti, e soprattutto riflettere sulla propria attività (che troppo spesso viene data per scontata). Infine le modalità adottate per compiere le visite di accreditamento presso le strutture prevedono che queste siano effettuate dagli stessi professionisti del sistema sanitario (non da consulenti esterni) dopo aver partecipato a un corso di formazione per valutatori e avere conseguito relativa certificazione e abilitazione a svolgere quel ruolo.

Da questo punto di vista, le varie fasi che scandiscono il processo di accreditamento regionale sono espressione di "costellazioni" di ruoli collegate tra loro, e l'appartenenza a una costellazione non implica l'esclusione da un'altra (ad esempio, il valutatore è anche professionista del sistema sanitario regionale). In questo gioco di multi-appartenenze, l'organizzazione e i singoli professionisti accrescono la propria capacità di "apprendere come si impara" e imparano a rendere operativo il percorso dell'accreditamento nell'ambito della quotidianità organizzativa e professionale.

Coerentemente con le riflessioni appena fatte, la prospettiva teorica che si è deciso pertanto di assumere per valutare l'impatto del processo di accreditamento è quella derivante dal costruttivismo<sup>11</sup> 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 (*check list*, requisiti, ...). In particolare, come suggeriscono alcuni studi di taglio organizzativo,<sup>12</sup> 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.

---

<sup>11</sup> Il costruttivismo è una posizione filosofica secondo la quale non è possibile perseguire una rappresentazione oggettiva della realtà poiché il mondo della nostra esperienza, il mondo in cui viviamo, è il risultato della nostra attività costruttrice. Le ipotesi costruttiviste sono antitetichie a quelle del positivismo, che indica una corrente filosofica, sociologica e culturale che si sviluppa nella seconda metà dell'Ottocento ed è caratterizzata dalla fiducia nel progresso scientifico e dal tentativo di applicare il metodo scientifico a tutte le sfere della conoscenza e della vita umana. Vedi anche Capitolo 3.

<sup>12</sup> Si veda a questo proposito Gherardi e Strati, 2004.

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 dello strumento (accreditamento), per evidenziare se e in che termini è concepito e vissuto dagli attori sociali come momento di apprendimento organizzativo e quindi come processo generatore di mutamenti, e non come semplice verifica di specifici requisiti.

Questo costituisce la premessa per una valorizzazione dell'accreditamento come processo di miglioramento continuo, e quindi come tale garante della qualità, il che presuppone non tanto una corretta e neutra applicazione di uno strumento (*check list* o visita di verifica), bensì la capacità degli attori organizzativi di condividerne il significato e di saperlo tradurre in pratica, ovvero di trasformarlo in un sapere negoziato, verificato e appreso collettivamente.

Pertanto la questione che ci si è posti non è stata tanto verificare se e in che misura l'accreditamento abbia migliorato o meno la qualità dei servizi, 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.

### **4.3. Articolazione del progetto**

Il progetto è articolato in due studi:

- Studio 1: analisi del processo di implementazione, ovvero di come l'accreditamento si configura nella pratica d'uso all'interno delle aziende. Con questo studio il *focus* è sui processi che trasformano l'accreditamento in uno strumento legato a quel contesto specifico, a partire dall'ipotesi che le condizioni specifiche del contesto in cui viene calato ne plasmano il senso e possono o viverlo come occasione di apprendimento collettivo o assumerlo come mero adempimento formale (vedi *Paragrafo 4.3.1*);
- Studio 2: analisi del processo di gestione, ovvero del cosiddetto lavoro nascosto che supporta e accompagna il processo di implementazione (formazione dei facilitatori e dei valutatori, disbrigo delle pratiche amministrative, selezione delle *check list* da applicare, preparazione della visita di accreditamento, stesura dei verbali e delle relazioni motivate, ...) (vedi *Paragrafo 4.3.2*).

#### **4.3.1. Studio 1. L'implementazione del processo di accreditamento**

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. In particolare si è ipotizzato come il processo trasformativo dell'uso dell'accreditamento sia strettamente collegato ai diversi attori organizzativi e in relazione ai livelli in cui questi si collocano.

In via sperimentale si è calato l'impianto complessivo dello studio nella realtà di Ferrara, considerando il processo di accreditamento presso l'Ospedale del Delta. In particolare, mutuando l'impianto teorico del modello ecologico di Bronfenbrenner (1986),<sup>13</sup> che considera il cambiamento come processo derivante dalla interrelazione di diversi livelli collegati (micro, meso, eso e macro), si è cercato di dettagliare l'impatto dell'accreditamento (in termini di effetti sia 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 cercano di individuare legami lineari di causalità) possono essere ricondotti a un modello che ne evidenzia le correlazioni reciproche e il processo di trasformazione.

Adottando questo modello si coglie non solo come gli attori organizzativi implementano/trasformano lo strumento dell'accreditamento, ma anche come lo collocano nella loro prospettiva e quanto nell'insieme possono emergere divergenze o coerenze.

Come risulta dalla Figura 2 si identificano da un lato i livelli che costituiscono i contesti relazionali in cui impatta l'accreditamento e dove viene trasformato per diventare una tecnologia in uso, dall'altro i principali attori organizzativi interessati e coinvolti.

A livello di microsistema, che è il primo livello di complessità relazionale (più semplice) e comprende le relazioni faccia a faccia (relazione diadica: professionista/utente), il punto di vista che si assume è quello del professionista erogatore di servizio/prestazione all'utente e, come tale, colui che trasforma e trasferisce nel contesto clinico il processo di accreditamento.

A livello di mesosistema, che è un livello di complessità relazionale maggiore e comprende le interazioni tra due o più situazioni ambientali (cioè le interazioni tra microsistemi), ovvero è l'unione dei microsistemi cui il soggetto appartiene, gli attori individuati sono le singole Unità operative, i MMG/PLS, i familiari/parenti. La caratteristica principale del mesosistema è infatti quella di produrre cambiamenti nel microsistema: il professionista è in altri contesti relazionali rilevanti (ad esempio in relazioni micro, del tipo medico-infermiere) che giocano un ruolo nel momento in cui il processo di accreditamento viene implementato/trasformato con altri attori organizzativi e non solo.

A livello di esosistema, che è un livello maggiore di complessità e comprende tutte le situazioni in cui il fenomeno o il soggetto che si sta studiando non è direttamente presente o comunque non ha un ruolo attivo (anche se tutto ciò che accade a questo livello può influenzare la situazione che lo riguarda), il punto di vista assunto è quello

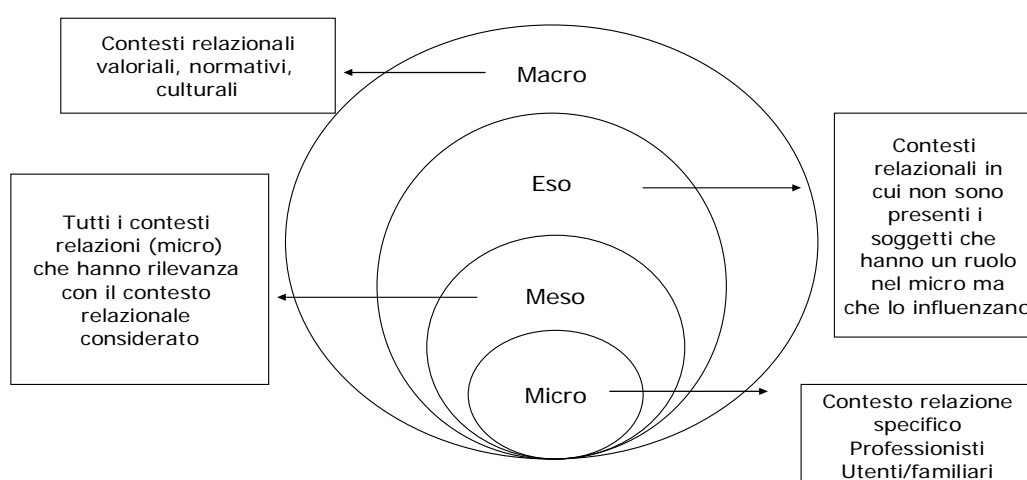
---

<sup>13</sup> Il modello ecologico si propone come una teoria sistemica che non ricerca più una relazione diretta tra variabili dipendenti e indipendenti, ma sposta l'attenzione sulle reciproche interazioni delle variabili di sistema nel tempo. All'interno dell'ambiente ecologico Bronfenbrenner individua una serie ordinata di strutture concentriche incluse l'una nell'altra, definite come microsistema, mesosistema, esosistema e macrosistema, al cui interno il ruolo è l'insieme di attività e relazioni da parte delle persone inserite in un contesto sociale e da parte di altri nei confronti di tali persone.

delle Direzioni, delle macro-articolazioni aziendali (Dipartimenti, ...), dei rappresentanti istituzionali dei cittadini (CCM). Questo livello comprende l'organizzazione e il funzionamento del sistema aziendale e dei servizi di assistenza.

A livello di macrosistema, che costituisce una sorta di cornice culturale del fenomeno che si sta studiando, gli attori che si possono prendere in considerazione sono la Regione, il Comitato consultivo regionale per la qualità dal lato dei cittadini (CCRO), la Conferenza territoriale socio-sanitaria (CTSS). È nel macrosistema che si esprimono le ideologie, le norme, le credenze, i modelli culturali e valoriali, oltre che il contesto in cui sono tracciate le linee strategiche.

**Figura 2.** I contesti relazionali in cui impatta / si trasforma l'accreditamento



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 dei significati che attribuiscono al 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 sociale.<sup>14</sup>

Il tentativo è stato quello di raccogliere il punto di vista dei diversi attori, ovvero dei principali soggetti coinvolti nel processo (Direzione aziendale, direzione di Presidio e di Dipartimento, singoli operatori), in termini sia di opinione generale che di opinione sul modello regionale. Questo ha significato diversificare gli strumenti di raccolta dei dati in base ai diversi soggetti contattati e al livello a cui appartengono.

<sup>14</sup> Si vedano per un approfondimento generale Cicognani (2002), per il modello applicato alla ricerca in ambito sanitario Nicoli *et al.* (2007).



Un ulteriore elemento su cui si è cercato di raccogliere informazioni è stato il contesto locale in cui è stata calata l'analisi di impatto, ovvero il territorio dell'Azienda USL di Ferrara e del comune di Lagosanto. A questo proposito è stata proposta la metafora del "terzo occhio" per rimarcare la necessità di sviluppare uno sguardo da fuori e una lettura di sintesi di dati e di tutte le informazioni che possano descrivere lo sfondo e il contesto del processo analizzato.

In Tabella 3 viene presentato lo schema generale dello studio indicando gli strumenti e i soggetti coinvolti.

**Tabella 3.** Strumenti di ricerca e soggetti coinvolti nello Studio 1

	<b>Strumenti e modalità di somministrazione</b>	<b>Soggetti</b>	<b>Livello</b>
<b><i>Il punto di vista degli attori organizzativi</i></b>	Questionario orientamento ( <i>autosomministrazione</i> )	Personale NON coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (non esperti)	Meso
	Questionario modello regionale ( <i>autosomministrazione</i> )	Personale coinvolto direttamente nel processo di accreditamento (esperti)	Meso
	Intervista semi-strutturata ( <i>face to face</i> )	Alta dirigenza aziendale e ospedaliera e rappresentanti dei cittadini	Eso
	<i>Focus group</i>	Sindaco del Comune	Macro
<b><i>Il contesto locale "Il terzo occhio"</i></b>	Scheda azienda	Responsabile aziendale della qualità	Macro
		Informazioni desunte dalle interviste	
		Materiale documentale	

#### **4.3.2. Studio 2. La gestione del processo: il lavoro nascosto**

Come anticipato, per quanto concerne l'analisi del processo di gestione, ovvero il lavoro nascosto (che in questo Dossier non verrà preso in considerazione), l'obiettivo è stato mettere a fuoco le attività necessarie per mantenere a regime il sistema, ovvero in che modo il processo di accreditamento impatta su tutte le strutture coinvolte nella gestione del processo stesso (Assessorato alle politiche per la salute, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Aziende sanitarie, ...).

Sicuramente in processi complessi come l'accreditamento istituzionale, non riconoscere e non rilevare il dietro alle quinte significa incorrere un rilevante errore metodologico. Spesso infatti i frettolosi commenti che portano a qualificare scelte di questa entità come inefficaci o non rispondenti alle aspettative, sono il risultato più che di ponderate analisi costi/benefici, della fatica, della non condivisione, della mancata integrazione e dei

conflitti tra i diversi settori coinvolti. Il lavoro nascosto infatti è costituito dalle scelte politico-istituzionali (indicazioni delle priorità, ...), da atti amministrativi e passaggi formali (delibere, richieste, verbali, relazioni, programmazione delle visite...), da azioni informali di comunicazione e collaborazione tra servizi (riunioni, contatti, prassi operative, ...), oltre che da attività dedicate alla manutenzione e all'aggiornamento degli strumenti (riunioni di revisioni delle *check list*, ...) e alla formazione/aggiornamento delle risorse dedicate (corsi per facilitatori, valutatori e *team leader*, ...).

Gli attori organizzativi coinvolti, proprio perché collocati in settori diversi e con ruoli differenti, contribuiscono attivamente alla trasformazione del processo stesso e, per certi versi, anche a deciderne le sorti. In altre parole, essi possono contribuire a rallentare il processo o ad accelerarlo, a renderlo sostenibile o a metterlo sotto pressione, a modificarlo nel tempo o a mantenerlo stabile, indipendentemente dalle caratteristiche delle strutture sottoposte ad accreditamento. Ad esempio, incoerenze tra le priorità decise a livello di Direzione generale regionale e le risorse (umane e di tempo) dedicate alla visite di verifica, ritardi nella stesura degli atti amministrativi o nell'invio della documentazione necessaria al processo, una carente formazione del personale sono solo alcuni degli elementi che possono facilmente mettere in crisi l'intero sistema.

Senza scendere nel dettaglio e a titolo esemplificativo, si possono individuare almeno tre aree di attività principali che rappresentano gli snodi centrali del lavoro nascosto del processo di accreditamento:

- a. definizione dei requisiti,
- b. formazione dei valutatori,
- c. visite di accreditamento.

Per quanto concerne la messa a punto dei requisiti (generali e specifici), si sottolinea come questo processo sia il frutto di interrelazioni tra l'Area Accreditamento e qualità dell'Agenzia sanitaria e sociale, gruppi di professionisti, servizi dell'Assessorato alle politiche per la salute e la Giunta regionale.

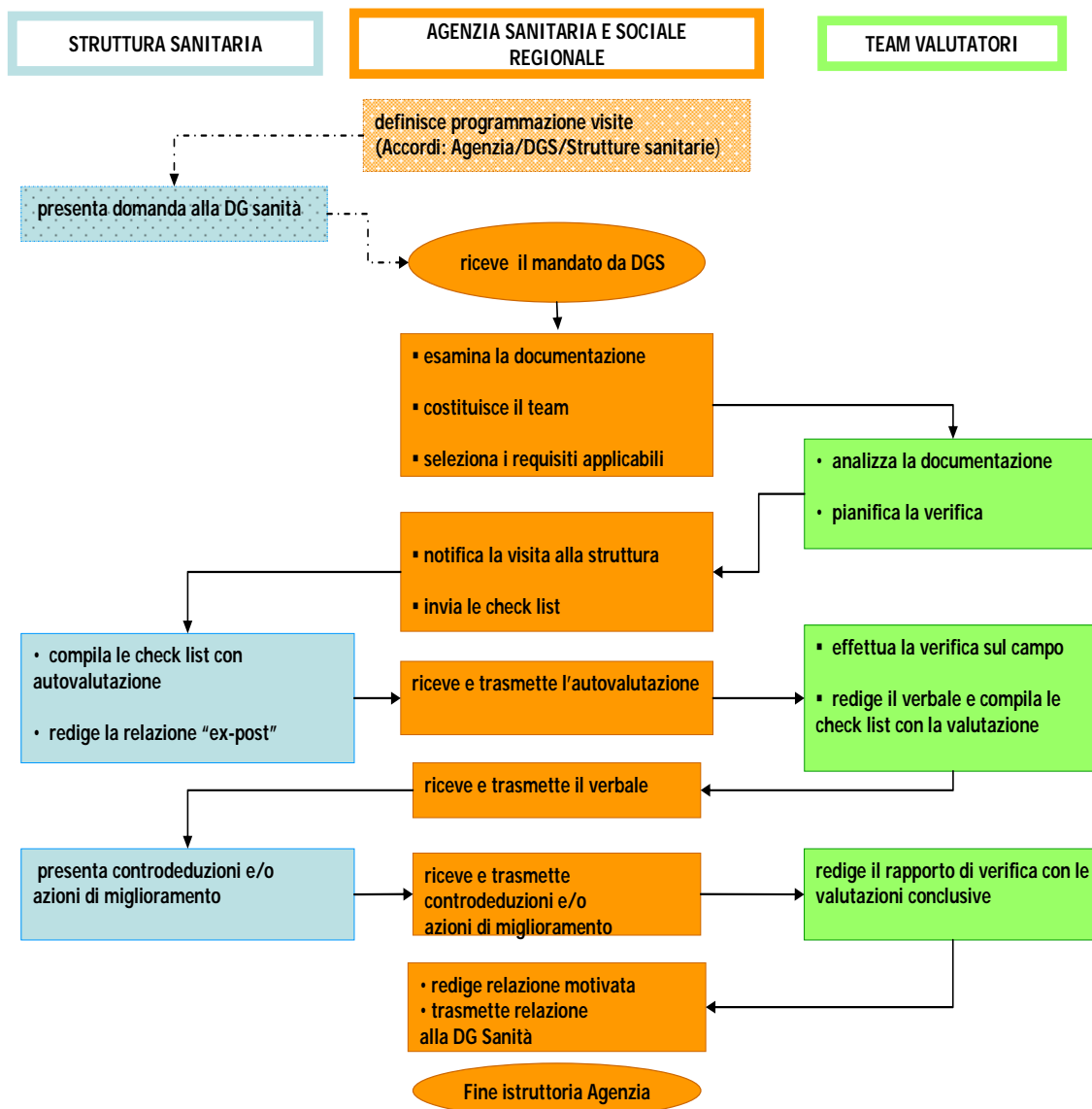
Per quanto concerne la formazione, essa consiste nella realizzazione di specifici percorsi che portano alla formazione di facilitatori (circa 500), alla certificazione del valutatore (circa 157 in Emilia-Romagna), alla formazione dei *team leader* (circa 50) e a curare una serie di attività per il mantenimento delle competenze (attività di *tutoring* durante il procedimento delle visite di verifica, riunioni del Consiglio dei valutatori, organizzazione di almeno un evento di formazione specifica all'anno, sviluppo di una comunità di pratica *on line*).<sup>15</sup>

Per quanto concerne le visite di verifica, il percorso è particolarmente articolato in quanto interessa la struttura sanitaria, l'Agenzia sanitaria e sociale, oltre che la Direzione generale Sanità e politiche sociali e il *team* dei valutatori (*Figura 3*).

---

<sup>15</sup> Sito Sharepoint ad accesso riservato VIP-A Valutatori per l'accreditamento:  
<http://worksanita.ente.regione.emr.it/sites/VipA/default.aspx>

**Figura 3.** Percorso di accreditamento



In Tabella 4 si evidenzia che la struttura regionale competente, l'Agenzia sanitaria e sociale e le Aziende sanitarie concorrono tutte insieme, anche se a diverso titolo e con attori diversificati, a definire il lavoro nascosto. I diversi soggetti indicati sono i testimoni privilegiati del lavoro nascosto, ovvero coloro che rientreranno direttamente nello Studio 2.

**Tabella 4.** Soggetti coinvolti nello Studio 2

<b>Aree di attività</b>	<b>Struttura<sup>16</sup></b>	<b>Settori/servizi</b>	<b>Principali attori organizzativi</b>
	<b>Direzione generale Sanità e politiche sociali</b>		Direttore generale
a. Definizione dei requisiti	<b>Assessorato alle politiche per la salute</b>	Servizio presidi ospedalieri  Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari	Responsabile del Servizio  Responsabile del Servizio
b. Formazione dei valutatori		Direzione	Direttore generale
c. Visite di accreditamento	<b>Agenzia sanitaria e sociale regionale</b>	Area Accreditamento e qualità	Resp. Area Accreditamento Amministrativi Responsabili di progetto Valutatori Facilitatori <i>Team leader</i>
	<b>Aziende USL e ospedaliere</b>	Direzione  Dipartimenti / strutture	Direttore generale Responsabili aziendali qualità (RAQ)  Direttori Referenti della qualità

<sup>16</sup> La struttura evidenzia non il luogo fisico di collocazione dei soggetti, ma il riferimento organizzativo per i diversi attori. Ad esempio, i valutatori non sono fisicamente dentro l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, ma fanno riferimento a questa per tutto quello che riguarda le loro attività.

## 5. Analisi del contesto <sup>17</sup>

### 5.1. Obiettivi e metodologia

Ogni individuo e, in senso più ampio, ogni organizzazione è inserita in un sistema complesso: molteplici fattori sociali e ambientali influenzano i comportamenti dei singoli attori, che a loro volta interagiscono con la realtà che li circonda e la modificano.

Al fine di comprendere meglio i risultati del presente studio pilota e di interpretare/collocare i dati raccolti dal punto di vista degli attori organizzativi, si è ritenuto opportuno contestualizzare il processo di accreditamento avviato all'Ospedale del Delta.

A questo scopo si è assunta una lettura che consentisse di prendere in considerazione contemporaneamente diversi elementi che contribuiscono a rendere, attraverso un'immagine, il contesto in cui il processo di accreditamento è stato attivato. Si potrebbe definire tale posizione come il "terzo occhio", ossia si tenta di restituire - attraverso la suggestione evocata<sup>18</sup> - una visione che tenga conto di elementi statici e strutturali, ma nel contempo dinamici e frutto di scambi sociali che finiscono per trasferire l'accreditamento entro contesti di significato locali, tanto da ridefinire o meglio considerare lo strumento stesso da prospettive diverse.

Lo sforzo è quindi quello di contribuire a dare un'immagine d'insieme, inizialmente parziale, a tratti sfuocata ma sempre come disegno complessivo. Gli elementi che via via vengono inseriti consentiranno di comprendere meglio i risultati del progetto e nel contempo rendono più chiari i dettagli dell'immagine.

Così ad esempio, i tassi di risposta o di caduta dei questionari, le opinioni sull'impatto del processo di accreditamento differenziate in base a ruoli professionali o UO di appartenenza, i livelli di adesione all'indagine e la disponibilità a farsi intervistare dei vertici aziendali sono solo alcuni degli elementi che un'attenta e preliminare analisi del contesto organizzativo può contribuire a chiarire.

La metodologia del "terzo occhio" consiste quindi nella messa a punto di una scheda o mappa del contesto che prende avvio dall'individuazione di elementi identificativi per iniziare a tracciare il territorio.

La scheda/mappa aziendale (*Figura 4*) è stata sviluppata da un gruppo misto composto da personale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e da consulenti esterni, ricorrendo alla tecnica del *brainstorming*: in questo modo sono stati individuati vari elementi utili a facilitare la lettura dei dati e sono stati selezionati quelli più significativi, anche in base alla reperibilità del dato. Sono stati presi in considerazione aspetti territoriali, strutturali

---

<sup>17</sup> A cura di Sabine Mall.

<sup>18</sup> Riferimento alle dottrine orientali sul terzo occhio.

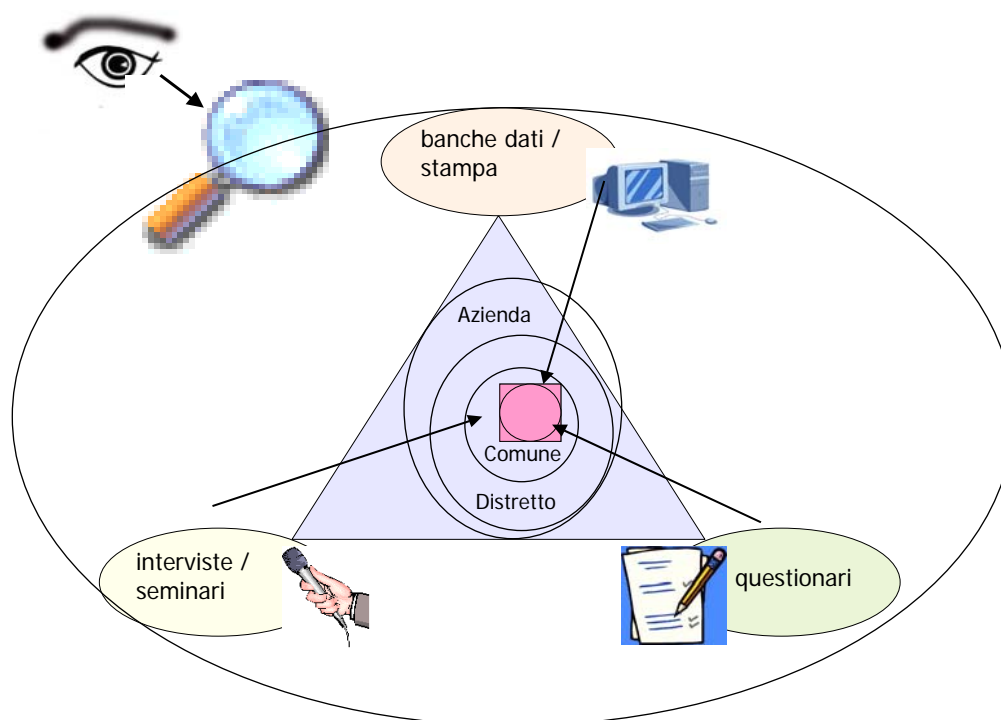
e di attività, ma anche elementi di tipo organizzativo e culturale, intesi in senso lato. È stata inoltre ricostruita la storia dell'Ospedale del Delta, dall'autorizzazione all'accreditamento, raccogliendo anche le difficoltà e le criticità emerse nel corso degli anni.

Operativamente, la scheda aziendale è stata compilata da un referente dell'Agenzia sanitaria regionale per le parti che prevedevano il reperimento di informazioni pubbliche (dati di popolazione, numeri di presidi ospedalieri e stabilimenti, posti letto, numeri di ricoveri, ...) e successivamente è stata inviata al responsabile aziendale della qualità per la verifica e condivisione delle informazioni e per il completamento delle medesime.

Altre informazioni invece sono state dedotte dalle interviste effettuate ai vari rappresentanti aziendali e agli operatori esterni. Ulteriori spunti di riflessione e osservazioni utili a comprendere il sistema nel suo insieme sono emersi sia dai questionari compilati, sia dal dibattito proficuo innescatosi nel corso del seminario che si è svolto a Lagosanto nel maggio 2007, dando agli operatori direttamente coinvolti nel processo di accreditamento l'opportunità di esprimere liberamente il loro punto di vista, le perplessità e i benefici. Infine, è stata presa in considerazione anche una rassegna stampa locale e nazionale riguardante l'accreditamento dell'Ospedale del Delta.

Tutte queste informazioni provenienti da varie fonti sono confluite nell'analisi del contesto secondo l'ottica del "terzo occhio", allo scopo di dare un quadro più esaustivo possibile dei vari attori e delle organizzazioni coinvolti nel processo di accreditamento. Per ulteriori approfondimenti di particolari aspetti si rinvia ai Capitoli successivi.

**Figura 4.** Il "terzo occhio"



## 5.2. Quando l'accreditamento coincide con l'apertura dell'ospedale

Negli ultimi anni l'Azienda sanitaria di Ferrara ha modificato il proprio assetto organizzativo per molteplici aspetti (*Figura 5*): in particolare, nel maggio 2003 è avvenuta una ridefinizione degli ambiti distrettuali, riducendoli da 5 (Cento, Ferrara, Portomaggiore, Codigoro e Copparo) a 3 (Ovest, Centro-Nord e Sud-Est) e attribuendo i comuni in modo diverso ai nuovi Distretti.

**Figura 5.** L'Azienda sanitaria di Ferrara e il suo territorio



Fonte: <http://www.ausl.fe.it/azienda/ospedali/ospedali-azienda-usl-ferrara>

Notevoli cambiamenti sono avvenuti anche dal punto di vista dell'offerta ospedaliera: innanzitutto, l'autorizzazione al funzionamento<sup>19</sup> e la successiva apertura dell'Ospedale del Delta nel distretto Sud-Est, avvenuta nel 2001.<sup>20</sup> Tale struttura, situata nel Comune di Lagosanto, è nata per iniziativa congiunta di 9 Comuni del territorio circostante<sup>21</sup> ed è stata progettata, finanziata e realizzata in solo 4 anni. La scelta era dettata dalla necessità di avere una struttura sanitaria più moderna e di livello elevato, al fine di rispondere alle crescenti esigenze della popolazione e di contenere il fenomeno della

<sup>19</sup> I lavori di costruzione dell'Ospedale del Delta sono iniziati nel giugno 1996 e nel novembre 2000 è stata concessa l'autorizzazione al funzionamento (provvedimenti del Sindaco del Comune di Lagosanto del 28/11/2000 e successive integrazioni).

<sup>20</sup> La progettazione e l'apertura dell'ospedale è avvenuta in un periodo di generale ristrutturazione della rete ospedaliera, prevista dalla legge 549/1995 e ribadita dalla 405/2001 (standard di dotazione media di 4 posti letto per 1.000 abitanti per l'assistenza acuta), e quindi la creazione di ulteriori posti letto ha portato a una riorganizzazione complessiva dell'offerta ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara.

<sup>21</sup> Comacchio, Codigoro, Mesola, Goro, Lagosanto, Migliaro, Migliarino, Massa Miscaglia, Ostellato.

mobilità passiva. In questa ottica si inserisce anche la chiusura dell'ospedale di Codigoro e la riqualifica degli stabilimenti di Tresigallo e Portomaggiore che ora svolgono solo attività ospedaliera in regime diurno. Infine, alcune attività - inizialmente previste presso l'Ospedale del Delta - sono state decentrate all'ospedale di Comacchio in seguito alle forti resistenze al progetto originario di chiudere quest'ultimo stabilimento.

Consapevole degli sviluppi normativi e dei mutamenti in atto in tema di autorizzazione e di accreditamento, l'Ospedale del Delta ha focalizzato già in fase di progettazione l'attenzione sugli standard qualitativi e sull'alto livello tecnologico dei servizi. Di fatto, l'inaugurazione dell'ospedale e il successivo accreditamento istituzionale sono stati accolti con entusiasmo dalla popolazione e dalla stampa locale (Figura 6); l'avvio è stato inoltre sostenuto da un'associazione di volontariato che ha messo a disposizione 20 operatori per aiutare gli utenti a orientarsi nella nuova struttura. Oltre a ciò, l'apertura dell'ospedale ha mutato radicalmente lo sviluppo del territorio: ha favorito la nascita e la crescita di aree commerciali e abitative; il numero dei residenti è aumentato e la viabilità è stata potenziata.

Figura 6. Articoli di giornale



Il processo di accreditamento ha richiesto una lunga serie di incontri per la verifica dei requisiti di qualità, i cosiddetti pre-audit, iniziati già nel dicembre 2002, e si è concluso con una visita ispettiva definitiva. Nell'ottobre del 2004 l'intero Ospedale del Delta - come prima struttura dell'Emilia-Romagna - è stato accreditato<sup>22</sup> per 7 dipartimenti (medicina,

<sup>22</sup> Decreto di autorizzazione n. 38 del 14/12/2004.



materno-infantile, chirurgia, emergenza-urgenza, diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio e salute mentale), per un totale di 223 posti letto che corrispondono quasi a un terzo dell'offerta pubblica aziendale.

Tuttavia, per gli utenti finali e gli operatori esterni al sistema sanitario nazionale non esiste una così netta distinzione fra l'ospedale nuovo e il processo di accreditamento. In altre parole, il livello di eccellenza viene ugualmente associato sia all'apertura che all'accreditamento della struttura del Delta (vedi *Capitolo 6*).

### 5.3. Una realtà in continuo cambiamento

*L'accreditamento non è un processo statico, gli standard di qualità dovranno essere comunque rivisti e sempre migliorati per ottenere risultati sempre più soddisfacenti e adeguati ai bisogni e alle aspettative dei nostri pazienti* (dott. Sessa, responsabile della qualità, Comunicato stampa del maggio 2004).

In tal senso, il raggiungimento e il mantenimento dei requisiti di qualità prefissati è influenzato, oltre che da fattori regionali e aziendali, anche dalla molteplicità degli attori con cui l'ospedale interagisce continuamente:

- i pazienti (oltre 9.900 ricoveri nel 2006) e i loro familiari, spesso con alte aspettative nei confronti della struttura nuova;
- il personale (circa 450 operatori sanitari attivi nell'Ospedale del Delta);
- i medici di medicina di base;
- i farmacisti del territorio;
- le associazioni di volontariato;
- gli enti territoriali.

Quindi l'assetto organizzativo e le eventuali modifiche possono influenzare il percorso dell'accreditamento: dal 2000 ad oggi si sono alternati vari direttori sia del presidio unico dell'Azienda che dell'Ospedale del Delta; tuttavia dal 2004 (anno in cui è terminato il processo di accreditamento) in poi la responsabile sanitaria dell'Area II che comprende Comacchio, Lagosanto e Argenta è rimasta la medesima. Questi cambiamenti possono rappresentare un punto di debolezza e diventa difficile garantire la continuità delle attività intraprese. Diversamente, il responsabile aziendale della qualità, il cui ufficio è in *staff* alla Direzione generale, ha seguito fin dagli albori il progetto accreditamento.

Altresì, in alcune Unità operative dell'Ospedale del Delta è avvenuto un cambio del responsabile: nel 2006 è stato nominato un nuovo direttore dell'UO di medicina e nel 2007 è stato incaricato quello dell'UO di lungodegenza post-acuzie; nel 2007 invece il responsabile della UO di cardiologia/UTIC è andato in pensione. Si può ipotizzare che questi momenti di transizione e incertezza abbiano avuto delle ripercussioni sul clima lavorativo, dando quindi un'altra chiave di lettura alla bassa rispondenza ai questionari da parte degli operatori delle suddette Unità operative (vedi *Capitolo 6*).

Sono inoltre avvenute diverse riorganizzazioni interne significative sia durante sia dopo l'accreditamento: è sorta la struttura complessa dell'UO di gastroenterologia in seguito alla riqualificazione di 8 posti letto precedentemente a capo dell'UO di medicina; è nata una piccola patologia neonatale all'interno della pediatria; è stata potenziata l'UO di urologia, che è passata da 5 a 12 posti letto, modificando così la dotazione del posto letto della chirurgia. È stato inoltre attivato il Servizio di emodinamica ed è stato incrementato il Servizio di endoscopia che ora è attivo 12 ore al giorno all'interno della UO di gastroenterologia (digestiva e urologia). La lungodegenza post-acuzie, che inizialmente faceva parte della UO della medicina, è diventata una struttura complessa e autonoma, collocata in un dipartimento interaziendale geriatrico. Infine, è in atto una trasformazione dei poliambulatori da *day service* a Dipartimento di cure primarie.

## 5.4. La stabilità del gruppo

L'affermazione

*In tutte le organizzazioni produttive, le risorse umane costituiscono elemento strategico e fattore critico di successo. Ciò è ancora più vero nelle organizzazioni che producono servizi sanitari, diretti alle persone e basati prevalentemente su rapporti interpersonali* (Collana Dossier 100/2004, p. 7)

coglie in pieno l'importanza del fattore umano nei sistemi complessi.

Quest'asserzione è vera anche per il processo di accreditamento, poiché il personale gioca sicuramente un ruolo fondamentale nel raggiungimento dei prefissati standard qualitativi dell'assistenza. In particolare, l'accreditamento si sviluppa e si concretizza attraverso la comunicazione, la conoscenza reciproca e la continua ridefinizione delle procedure e dei ruoli, creando in questo modo un forte spirito di appartenenza all'interno della struttura accreditata.

Tuttavia, alcuni aspetti legati all'organizzazione, come ad esempio eccessivi carichi di lavoro, frequente *turnover* del personale, continuo inserimento di nuovi operatori, ecc. possono indebolire il gruppo e diventare fonte di eventuali conflitti e tensioni interne. Infatti, il *turnover* è spesso utilizzato come indicatore delle difficoltà delle strutture a reclutare e/o mantenere personale (Collana Dossier 100/2004). A questo alternarsi del personale sono associati da una parte aspetti positivi come i benefici che l'organizzazione trae dall'introduzione di nuove modalità operative e di idee innovative, ma dall'altra, soprattutto, aspetti negativi come la perdita di efficienza dell'*équipe*, demotivazione personale, rallentamenti delle *performance* organizzative e discontinuità dell'assistenza ai pazienti. Strettamente correlata alla questione del *turnover* è anche la necessità di formare il neo-assunto al fine di facilitare il suo inserimento: questo comporta inizialmente un ulteriore aggravio di lavoro per i colleghi più esperti, aumenta il rischio di errori professionali e porta maggiore irrigidimento dell'organizzazione.

Riferito al caso specifico del progetto pilota, l'Ospedale del Delta dichiara che non c'è sottodimensionamento del personale rispetto alla pianta organica prevista e pertanto questo dovrebbe garantire un'adeguata distribuzione dei carichi di lavoro.

Il *turnover* del personale dell'ospedale nel 2006 è da ritenersi entro i limiti fisiologici, anche se l'avvicendamento è molto diverso a secondo della figura professionale: la sostituzione dei medici (1,8%), degli infermieri (2,6%)<sup>23</sup> e delle OSS (3,1%) è contenuta, mentre per le ostetriche (14,3%) e per gli operatori tecnici (11,2%) si registrano valori più consistenti.

Non è stato invece possibile recuperare informazioni sull'assenteismo (escluse la maternità e altre lunghe assenze), che avrebbero potuto fornire ulteriori delucidazioni sul clima lavorativo.

Come già detto precedentemente, la formazione gioca un ruolo cruciale nell'accreditamento, poiché tutto il processo agisce sulle persone, sulla loro capacità di autovalutarsi, di mettere in atto meccanismi di autocorrezione e la loro disponibilità al cambiamento. Dal 1999 al 2006 sono state effettuate 600 ore di formazione sul tema della qualità che hanno coinvolto il personale dell'Ospedale del Delta nel seguente modo:<sup>24</sup> medici (111), infermieri (338), ostetriche (11), assistenti sanitarie (6), fisioterapisti (5), OTA/OSS (9), tecnici di laboratorio (29), tecnici di radiologia (7), biologi (3), farmacista (1) e il Direttore amministrativo (1). Inoltre, all'ospedale c'è una particolare attenzione al neo-assunto che viene formato e a cui viene fornita la documentazione inerente il processo di accreditamento.

Un ulteriore elemento interessante per l'analisi del dato può essere il fattore età riferito al personale, poiché potrebbe incidere sulla propensione dei vari attori a rimettersi in gioco. In particolare, all'Ospedale del Delta l'età media dei dirigenti è 48 anni, quella del personale del comparto è inferiore (38 anni).

Infine, nelle interviste è emerso il rischio che, in seguito a tempi di attuazione e di consolidamento del processo di accreditamento abbastanza lunghi, il grado di attenzione alla tematica perseguita cali e negli anni diminuisca la coesione del *team* (*Capitolo 6*).

Un ulteriore problema aspetto critico venuto alla luce invece nel dibattito in occasione del seminario del maggio 2007, è che forse non tutti i professionisti sono coinvolti effettivamente nel processo di accreditamento, e che quindi si sta procedendo a due differenti velocità, con il rischio che una parte degli operatori resti esclusa dal processo di miglioramento (vedi *Capitolo 6*).

---

<sup>23</sup> A livello regionale, la probabilità di uscita entro il primo anno dall'assunzione (periodo 1/1/1997 - 31/12/2001) del personale infermieristico è del 22%. In particolare, nell'Azienda sanitaria di Ferrara, il 47% degli infermieri è uscito per mobilità nel quinquennio considerato. In altri Paesi come la Scozia e gli Stati Uniti, si registrano invece tassi di *turnover* infermieristico che vanno rispettivamente dal 8% al 15% (Collana Dossier 100/2004).

<sup>24</sup> La medesima persona potrebbe aver effettuato più corsi, essendo gli eventi formativi di livelli diversi, sia di base che avanzati, e quindi potrebbe essere conteggiata più volte.

## 5.5. La qualità, un traguardo da raggiungere

Il processo di accreditamento - e legata ad esso tutta la tematica della qualità, del *risk management* e delle varie forme di gestione del rischio (*incident reporting*, *root cause analysis*, mediatori, ...) - ha verosimilmente innescato un processo di miglioramento sia per quanto riguarda la comunicazione sia il *problem solving*: agli operatori sono stati pertanto dati degli strumenti utili per far emergere e risolvere i conflitti, per confrontarsi e imparare dagli errori, per garantire una maggiore sicurezza del paziente e per progettare i percorsi diagnostico-terapeutici in modo interdisciplinare e sistematico.

I cambiamenti organizzativi e la crescita professionale innescati con il processo di accreditamento hanno fatto sì che alcuni servizi dell'Ospedale del Delta coinvolti nel progetto pilota, come ad esempio l'Ufficio formazione e l'ingegneria clinica, si siano attivati per ottenere anche certificazioni volontarie riconosciute a livello internazionale, ossia il cosiddetto modello ISO 9000 per la gestione della qualità.

L'Azienda di Ferrara ha inoltre promosso forme di sensibilizzazione sul tema della qualità: in particolare si ricorda il convegno tenutosi a Ferrara il 3 dicembre 2004 "Riflessioni ed approfondimenti in tema di accreditamento istituzionale",<sup>25</sup> organizzato a seguito dell'accreditamento della struttura del Delta.

Infine, il gruppo di lavoro ha individuato nella scheda aziendale come possibile segnalatore di qualità anche il numero degli incidenti sul lavoro (ad es. strappi muscolari, punture con ago, ...) subiti dagli operatori sanitari. Nello specifico, nel corso del 2006 si sono verificati presso l'Ospedale del Delta 89 incidenti.<sup>26</sup> Si tratta comunque di un dato di difficile interpretazione, poiché oltre alla gravità dell'incidente, sarebbe opportuno considerare anche l'attività svolta.

In conclusione, si vorrebbe porre l'attenzione sul disagio che i professionisti hanno espresso nel corso delle interviste,<sup>27</sup> legato al fatto che essi vivono ogni giorno una dicotomia fra la crescente attenzione alla qualità - sia da parte del sistema che dell'utente - da un lato, e le risorse limitate a disposizione e i vincoli imposti dal *budget* dall'altro.

---

<sup>25</sup> [http://www.regione.emiliaromagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/conv\\_fe\\_3\\_12\\_2004/relatori.htm](http://www.regione.emiliaromagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/conv_fe_3_12_2004/relatori.htm)

<sup>26</sup> Il medesimo operatore sanitario può aver avuto più incidenti nel medesimo anno.

<sup>27</sup> Per approfondimenti, Capitolo 6.

## 5.6. Discussione

I risultati dello studio pilota hanno risentito presumibilmente in modo favorevole del fatto che l'apertura e l'accreditamento della struttura del Delta sono avvenuti quasi contemporaneamente e che per molti aspetti già in fase di progettazione si è tenuto conto della probabile imminente certificazione. Verosimilmente, la creazione dell'Ospedale del Delta è stata vissuta quasi come un riscatto morale di una zona depressa e allo stesso tempo come un forte impulso allo sviluppo del territorio circostante.

Tuttavia, gli assestamenti nella fase iniziale e le modifiche intercorse nell'organizzazione possono aver influenzato la disponibilità e la partecipazione dei vari attori al processo. Complessivamente l'impatto positivo del modello di accreditamento nell'Ospedale del Delta è stato strettamente legato a una buona comunicazione, a valide relazioni interpersonali e professionali e alla continua propensione al miglioramento del personale, delle procedure e degli standard qualitativi. Non di meno, sembrano esistere alcune nicchie all'interno dell'organizzazione, le cui unità sono state scarsamente coinvolte e quindi sono anche poco motivate a partecipare in modo attivo al processo di accreditamento. Di fatto, i professionisti hanno espresso la loro perplessità sulla questione che l'accreditamento proceda a due differenti velocità, poiché questo potrebbe rilevarsi dannoso per l'intero progetto in un futuro prossimo.

Come ulteriore spunto di riflessione si richiamano altri due aspetti sollevati dai professionisti: da un lato, la difficoltà nel tempo di mantenere alta l'attenzione sulla tematica della qualità; dall'altro, la crescente pressione imposta ai clinici per migliorare la qualità con le medesime, o addirittura minori, risorse.



## 6. Il punto di vista della macrostruttura <sup>28</sup>

### 6.1. Obiettivi e metodologia

Al fine di sondare le opinioni di persone che a vario titolo (per ruolo ricoperto e/o attività esercitata) rappresentano testimoni significativi per rilevare gli effetti dell'accreditamento nello specifico contesto dell'Ospedale del Delta, sono state condotte otto interviste semi-strutturate e un *focus group*.

#### *Soggetti*

Sono stati intervistati singolarmente:

- il Direttore generale,
- il Direttore sanitario aziendale,
- il Direttore amministrativo del Presidio unico ospedaliero,
- il Direttore sanitario del presidio unico ospedaliero,
- la Dirigente responsabile del servizio infermieristico dell'Ospedale del Delta,
- il Dirigente responsabile dell'UO organizzazione e sviluppo della comunicazione, formazione, qualità e accreditamento,
- il Sindaco del Comune di Lagosanto,
- il Presidente del Comitato consultivo misto Distretti Centro-Nord e Ovest dell'Azienda di Ferrara.

Nel *focus group* sono stati coinvolti cinque direttori di Dipartimento (diagnostica di laboratorio, materno-infantile, diagnostica per immagini e radiologia interventistica, salute mentale e medicina). Le persone intervistate sono state contattate direttamente dall'Ufficio qualità dell'Azienda USL di Ferrara, che ha loro spiegato gli obiettivi dell'indagine e le modalità di svolgimento.

#### *Strumento e procedura*

Le interviste, condotte dal personale esperto dell'Agenzia sanitaria e sociale, sono state realizzate presso l'Azienda USL di Ferrara e l'Ospedale del Delta (un intervistatore e un osservatore munito di apposita griglia di osservazione, *Allegati 3 e 4*) e sono state audioregistrate.

Anche nel *focus group*, che contemplava la presenza di un conduttore e due osservatori muniti di apposita griglia di osservazione (*Allegato 5*), l'intervista è stata audioregistrata.

---

<sup>28</sup> A cura di Rosanna Trisolini.

Sia le interviste che il *focus group* erano strutturati con la medesima griglia di domande (*Allegato 3*). L'intervista prevedeva inizialmente la produzione di cinque termini da associare liberamente alla parola accreditamento. Questa tecnica<sup>29</sup> consente di richiamare i riferimenti culturali a cui i soggetti attingono nell'esporre le proprie opinioni, nello spiegare il fenomeno oggetto di analisi; costituiscono in definitiva i cenni delle rappresentazioni sociali che li guidano, li orientano.

L'intervista proseguiva nell'esplorare le aree di maggiore impatto (sia positivo che negativo). L'interesse per questa domanda risiede nel fatto che non si voleva dare a priori un orientamento, in quanto quello che interessava era comprendere i diversi punti di vista e come le eventuali differenze sono riconducibili al ruolo ricoperto.

Seguiva un approfondimento sulle eventuali resistenze incontrate e gli effetti sulle relazioni (sia interne che esterne).

Infine si chiedeva di delineare un bilancio complessivo, specificandone costi e benefici; anche in questo caso l'interesse risiede in ciò che gli intervistati inseriscono dentro ai costi e ai benefici per comprendere meglio i riferimenti che utilizzano nella valutazione (visione economica *vs* processo/dinamica sociale).

Complessivamente le interviste hanno richiesto 7 ore, con un tempo medio per colloquio di 52 minuti (minimo 30 minuti, massimo 75 minuti), mentre l'incontro per il *focus group* è durato 105 minuti.

#### *Analisi dei dati*

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

## **6.2. L'accreditamento è ...**

Come si è detto le interviste si aprivano con la richiesta di fornire le prime 5 parole suggerite dal termine "accreditamento". In questo "gioco" delle associazioni, "miglioramento" è risultato essere il vocabolo riportato più frequentemente, seguito da "qualità" e da "sistematizzazione". Sono emersi inoltre il concetto del "prendere parte", espresso da termini diversi ma in qualche misura analoghi, quali "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 a un repertorio tecnico, strettamente legato all'ambito della "qualità", riportando caso vocaboli come "miglioramento", "processo", "sistematizzazione", "valutazione dei risultati", "pianificazione", "controlli", "procedure",

---

<sup>29</sup> Riferimento alla tecnica dell'associazioni libere di Di Giacomo (1980).



"*audit*". Altri invece, proponendo termini che richiamano gli aspetti *soft* della vita organizzativa quali "impegno", "partecipazione", "studio", "costanza", "ciclicità", "gruppo", "condivisione", "sconvolgimento", suggeriscono che l'accreditamento può essere realizzato e nel contempo produce processi sociali rilevanti e significativi. Il coinvolgimento diretto è uno dei primi fattori che permette il trasferimento del processo di accreditamento, in quanto avviene attraverso una rielaborazione dei concetti (nei contenuti e nel metodo) e un investimento personale sostenuto da una forte motivazione.

Questa diversa tipologia di associazioni (tecniche *vs* di coinvolgimento), che peraltro non sembra essere in relazione alle diverse figure professionali coinvolte, ricorda quanto la compresenza di entrambe le dimensioni sia necessaria in un percorso di accreditamento: quella strutturale, e quindi la normativa, le modalità e gli strumenti operativi, e quella di processo sociale ossia l'impegno del gruppo dei professionisti nell'attuare il cambiamento.

### **6.2.1. L'impatto**

Nell'analisi della sezione dedicata all'impatto, in qualche misura si individuano delle posizioni nette, riconducibili sostanzialmente a punti di vista e prospettive diversi.

- La prima ha a che fare con una visione ampia, di sistema, che vede l'accreditamento come strumento che attraversa l'Azienda al fine di permettere una gestione più efficiente (in riferimento ai percorsi di programmazione/ progettazione, alla verifica e controllo, alla gestione e all'utilizzo del sistema informativo), una comunicazione efficace (interna ed esterna), un miglioramento della qualità dell'assistenza (miglioramento delle procedure, definizione condivisa dei percorsi diagnostico-terapeutici, *auditing*, continuità assistenziale, appropriatezza clinica e 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, dell'area miglioramento. Con riferimento in particolare alla qualità organizzativa, si riconosce che l'accreditamento ha inciso positivamente su senso di appartenenza e spirito di squadra e 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*").
- Ad un altro livello si collocano le opinioni dei professionisti che, pur sottolineando la fatica e l'impegno loro richiesto dal processo di accreditamento ("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"), ne hanno colto le opportunità per migliorare la qualità dei servizi offerti, riconoscendone quindi la finalità principale nel sistema di garanzie (di qualità e di sicurezza) per gli utenti ("l'accreditamento non è per la struttura, non è autoreferenziale ma una garanzia verso l'esterno: il nostro problema è quello di tutelare l'utente"). Il punto di vista

è quello di operatori che sono stati direttamente coinvolti nel processo di accreditamento e che quindi, in buona parte, ne riportano anche gli aspetti metodologici: “si è lavorato per gruppi”, cercando di “darsi delle regole”, di scrivere “quello che si fa al fine di favorire omogeneità e adeguatezza di comportamenti”, qualcuno avendo anche ben presente il modello teorico di riferimento identificato nel ciclo della qualità PDCA (*plan - do - control - act*). Emerge la consapevolezza che l'accreditamento, unitamente all'organizzazione di tipo dipartimentale (assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale: “stiamo arrivando alla sperimentazione della cartella unica dipartimentale”), è parte integrante del governo clinico, ossia di una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi, e non - come è stato solitamente - un fatto occasionale, episodico e volontaristico. Trova inoltre conferma uno degli impatti attesi dal processo di accreditamento, attinente quello che nelle premesse è stato definito come cultura organizzativa. Sono infatti frequenti 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 nella sua importante valenza formativa (“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”.

- L'ultimo livello si riferisce agli *stakeholder* istituzionali dell'Azienda USL di Ferrara. La loro posizione, colta necessariamente con delle interviste che lasciavano ampio spazio agli interlocutori, riflette in parte la scontata e ovvia distanza dai problemi interni all'organizzazione e conseguentemente un mancato coinvolgimento diretto nel processo di accreditamento. L'accreditamento è colto quindi come sistema di garanzie per l'eccellenza, “quando una struttura è accreditata vuol dire che ha un livello di eccellenza”, legandolo alla presenza di “requisiti minimi per rendere la struttura sanitaria idonea”. Questo elemento è interessante in quanto esprime la peculiarità del punto di vista assunto, che è quello di rappresentanza dei cittadini e quindi interessato ad avere garanzie che tutto funzioni in modo efficace ed efficiente. Inoltre viene colta la specificità del contesto, in quanto l'accreditamento ha consentito di rafforzare l'immagine di innovazione insita nella nuova struttura che assume per la realtà locale un valore che va oltre il ruolo istituzionale dell'ospedale. In questo caso gli interlocutori ritengono di non essere stati coinvolti direttamente ma non è mai rivendicato in termini critici, bensì ritenuto in qualche modo poco opportuno:

l'accreditamento è percepito come un meccanismo in grado di migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria (e quindi oggetto di interesse) ma considerato sostanzialmente una questione "tecnica, per addetti ai lavori" ("una questione di fiducia").

Si sono descritte finora le aree su cui il processo di accreditamento ha avuto un impatto positivo, così come segnalate dai soggetti intervistati, ciascuno secondo la sua prospettiva. Si riscontrano tuttavia alcune tematiche che suscitano considerazioni e giudizi diversi, talvolta contrari. Una prima area di disaccordo, e che vede l'Alta dirigenza contrapposta alla componente clinica professionale, è rappresentata dal grado di coerenza tra processo di *budget* e processo di pianificazione previsto dall'accreditamento ("ciò è all'origine della problematica relativa all'assegnazione delle risorse che non è chiara e crea delle ambiguità"; "il sistema di *budget* in Azienda va per i fatti suoi e cambia di anno in anno"). La reportistica e il sistema di indicatori predisposti, la cui lettura per qualcuno è migliorata in seguito al processo di accreditamento, risulta essere per qualcun altro non adeguata alle esigenze, intempestiva, o addirittura "non utile nella pratica quotidiana". A fronte di una visione organica e che non vede soluzione di continuità tra gli strumenti previsti, interpretandoli alla luce di un accreditamento che ha permeato l'Azienda nel suo insieme, vi è l'opinione di chi ritiene che uno dei limiti di tutto il processo consista nell'aver accreditato i singoli dipartimenti e non l'Azienda nel suo complesso. Emerge in questo convincimento l'idea che la parte amministrativa non sia stata coinvolta e non sia stata di supporto (rispetto agli adeguamenti strutturali: "il non aver coinvolto gli uffici amministrativi, che sono altro rispetto a noi, è stata una tragedia"). Qualcun altro ritiene invece che anche i servizi che non governano processi sanitari, in particolare l'ingegneria clinica e l'economato, abbiano dato un forte contributo giungendo infine a richiedere e ottenere la certificazione ISO 9000.

### **6.2.2. Le resistenze**

Vincoli, resistenze e più in generale criticità del processo di accreditamento sono state avvertite prevalentemente dai professionisti sanitari (medici e 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 (si lamenta anche l'assenza degli operatori socio-sanitari e di figure equivalenti); sono ritenuti altresì inadeguati i 3 anni previsti per le verifiche ("ce ne vorrebbero 5"). Un limite di metodo a livello alto, di sistema, viene ravvisato nel mancato coinvolgimento dell'area delle cure primarie, del settore socio-sanitario e degli attori ad essi correlati (MMG, sindaci, ...). Relativamente ai contenuti le difficoltà maggiori vengono puntualmente riscontrate nelle parti relative alla pianificazione e alla verifica dei risultati del modello di riferimento regionale, riportando le argomentazioni sopra descritte in relazione alla mancata coerenza con il sistema di *budget* aziendale e all'inadeguatezza della reportistica (o più in generale "dell'informazione che non passa"). Vale la pena inoltre riportare un commento che vede nell'accreditamento un vincolo nei contesti in cui la creatività e l'originalità di alcuni operatori hanno permesso di trovare soluzioni efficaci in termini di percorsi di cura:

“accreditamento come limite alle proprie esperienze, alla sperimentazione”. Solo in un caso si fa riferimento alle difficoltà legate agli adeguamenti strutturali e ciò era in qualche misura atteso, avendo indagato un'organizzazione che dispone di una struttura realizzata di recente, mentre molteplici (stante il *turnover* del personale infermieristico) sono i richiami alla necessità di disporre di adeguate risorse professionali (opportunamente formate) sia per far fronte alla gestione che l'accreditamento comporta, sia per garantire gli standard assistenziali che lo stesso processo di accreditamento richiede (“con il *turnover* elevato si fa fatica a mantenere i livelli di qualità raggiunti”; “il *turnover* elevato richiede opportune ripetizioni”; “l'accreditamento presenta difetti nel momento in cui non ci sono risorse per poterlo mantenere: è un vincolo e tutti ne devono tenere conto. Se non ci sono le risorse bisogna rivedere il patto”).

Ai livelli alti di dirigenza, come già osservato, non sono state colte particolari resistenze; tuttavia si riconosce che il processo ha subito alcuni arresti nel momento in cui emergevano altre priorità (prevalentemente obiettivi di natura finanziaria).

### **6.2.3. Le relazioni**

Un capitolo importante nella valutazione di impatto del processo di accreditamento è 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 che ha a che fare di nuovo con la cultura organizzativa, in particolare con quello che viene definito capitale sociale, quella ricchezza basata sulla fiducia, come aspettativa che gli altri si comportino in modo coerente con quanto ci si aspetta, indipendentemente dall'adozione di meccanismi coercitivi o di controllo.

Il sistema di relazioni interne all'Azienda - che si esplicitano nella collaborazione sia tra operatori clinici con diverso orientamento specialistico, sia tra chi ha responsabilità cliniche e chi ha invece responsabilità organizzative e manageriali - sono sicuramente riconducibili al processo di accreditamento, oltre ad essere favorite dal contesto dipartimentale che, come già detto, sostiene un'assistenza integrata e multidisciplinare. 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 diagnostici-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.

Risulta comunque opportuno distinguere all'interno del contesto aziendale le relazioni con il Comitato consultivo misto e con i medici di medicina generale, che non risultano essere state altrettanto influenzate dall'accreditamento in quanto è mancato un loro coinvolgimento diretto.

Anche sul versante degli interlocutori esterni all'Azienda il panorama è decisamente meno incoraggiante: l'accreditamento non sembra avere modificato l'esistente; non è stata l'occasione per interessare gli Enti locali, la Conferenza territoriale socio-sanitaria, altri

attori sanitari (farmacisti). Il non avere previsto una completa estensione del processo è rilevata in modo critico dai clinici che, in relazione soprattutto agli esclusi di matrice sanitaria (MMG, farmacisti), ravvisano un limite del processo, un'opportunità mancata. Le difficoltà derivanti dall'assenza del Comune nel processo di accreditamento sono avvertite più dai clinici che per competenza si occupano del settore socio-sanitario (e che fanno emergere un quadro di integrazione insufficiente), che dai rappresentanti istituzionali.

Il riscontro positivo letto nel gradimento dell'utenza rispetto all'Ospedale del Delta ("... grandi quantità di elogi, di riconoscimenti pubblici, di inchieste giornalistiche positive, ...") è di difficile interpretazione e presumibilmente non solo ascrivibile al processo di accreditamento, mentre si può affermare che il processo ha sicuramente contribuito a dare visibilità alla struttura e rappresenta un modello cui operatori anche di altre regioni fanno riferimento. Infine indubbiamente positive sono invece le relazioni che si sono consolidate con la Regione e con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, nel lungo percorso intrapreso fin dalle prime fasi sperimentali una decina di anni fa.

#### **6.2.4. Il bilancio**

L'ultima parte delle interviste focalizzava l'obiettivo della ricerca in corso, tentando di sondare le opinioni rispetto a una valutazione complessiva del programma di accreditamento, specificandone i costi sostenuti e i benefici rilevati, nella consapevolezza che non siano in qualche modo quantificabili nella stessa unità di misura.

Il bilancio che complessivamente si delinea è indubbiamente positivo: gli intervistati sono concordi nel ritenere che i benefici ottenuti sono superiori ai sacrifici sopportati.

Trattandosi di stabilimento nuovo e quindi già a norma rispetto ai requisiti strutturali, la risorsa maggiormente assorbita dal processo è rappresentata dal personale e dalla sua formazione: tutti riconoscono il grande impegno dedicato anche fuori dall'orario di servizio (non vengono però segnalate risorse aggiuntive per il pagamento di straordinari o di incentivi).

Emerge tuttavia una diffusa consapevolezza sia rispetto al fatto che nell'accreditamento dell'Ospedale del Delta abbiano pesato maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, ...) di quelli diretti (adeguamento struttura, acquisti attrezzature, ...), sia della non monetizzazione di determinati costi, dell'intangibilità di determinate risorse: 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, proiettati anche nel futuro 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 "migliore livello di assistenza professionale e 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, la maggiore autonomia.

Vengono percepite anche 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”).

### 6.3. Discussione

L’insieme del quadro delineato dai soggetti intervistati, che in sintesi viene riportato nella Tabella seguente, individua nel processo di accreditamento istituzionale, nella specifica modalità che la politica sanitaria della Regione Emilia-Romagna ha adottato, un elemento in grado di stimolare e sostenere i processi positivi che dovrebbero animare la vita delle organizzazioni sanitarie ai fini di una migliore qualità dell’assistenza.

**Tabella 5.** Sintesi degli elementi indagati

<b>Aree di impatto</b>	gestione, comunicazione, qualità dell’assistenza (efficacia e appropriatezza), formazione, cultura organizzativa (senso di appartenenza, consapevolezza dei ruoli, soddisfazione professionale)
<b>Resistenze/ criticità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incoerenza tra processo di <i>budget</i> e processo di pianificazione previsto dall’accreditamento</li> <li>• mancato accreditamento dell’intera Azienda</li> <li>• tempi eccessivamente brevi</li> <li>• mancato coinvolgimento del Dipartimento di cure primarie (MMG)</li> <li>• mancato coinvolgimento delle rappresentanze degli Enti locali (Sindaci e Conferenza socio-sanitaria)</li> <li>• assenza degli operatori socio-sanitari e figure equivalenti (ADB, OTA)</li> <li>• adeguamenti strutturali</li> <li>• inadeguatezza risorse</li> </ul>
<b>Relazioni</b>	<p><i>interne:</i> grande impatto nel livello di integrazione tra i servizi clinici; mancato coinvolgimento del CCM e dei MMG</p> <p><i>esterne:</i> miglioramento delle relazioni con la Regione e con l’Agenzia sanitaria e sociale regionale; scarso impatto nelle relazioni con Sindaci e Conferenza socio-sanitaria per mancato coinvolgimento</p>
<b>Costi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero ingente di ore di lavoro dedicate</li> <li>• impegno personale nel mettersi in discussione, nel rivedere il proprio ruolo e nel migliorare il proprio lavoro, nel relazionarsi con gli altri</li> </ul>
<b>Benefici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento continuo della qualità</li> <li>• revisione dei ruoli</li> <li>• miglioramento relazioni tra i professionisti e con gli utenti</li> <li>• riduzione degli sprechi</li> </ul>

## 7. L'opinione dei professionisti <sup>30</sup>

### 7.1. Obiettivi e metodologia

#### 7.1.1. Obiettivi

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:

- 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);
- le opinioni dei professionisti coinvolti direttamente nell'accreditamento (esperti) sull'impatto che il processo stesso ha avuto sulle singole dimensioni che dettagliano il modello regionale.

Per raggiungere tali obiettivi sono state predisposte due differenti batterie di domande, una delle quali raccoglie l'opinione di tutti gli intervistati sul processo di accreditamento in generale, l'altra evidenzia l'orientamento specifico nei confronti del modello regionale da parte del personale che è stato coinvolto direttamente nell'accreditamento (esperti).

#### 7.1.2. Strumento

Lo strumento utilizzato è un questionario, declinato in due differenti versioni a seconda delle due tipologie di professionisti coinvolti nell'indagine (non esperti ed esperti).

Per i professionisti non esperti è stato predisposto un questionario volto a rilevare l'opinione che essi hanno sugli effetti attesi prodotti dal processo di accreditamento in generale (*Allegato 1*). Il questionario è composto da una serie di 30 domande, a cui si aggiunge una sezione finale che raccoglie i dati anagrafici (età e sesso) e alcune informazioni relative alla professione (UO di appartenenza, anzianità di servizio, ruolo). In particolare, si tratta di 30 affermazioni che riguardano il processo di accreditamento; per ognuna della 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". Da un punto di vista concettuale la serie

---

<sup>30</sup> A cura di Barbara Calderone e Monica Fiorini.

di 30 affermazioni può essere assimilata a una scala di atteggiamento<sup>31</sup> in grado di misurare (opportunamente costruita e affinata) l'orientamento generale (favorevole o contrario) che i soggetti hanno rispetto al processo di accreditamento.

Le affermazioni che compongono questo questionario<sup>32</sup> 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 interni che esterni),
- accreditamento come sistema di garanzia di qualità organizzativa (razionalizzazione dei percorsi e dell'assistenza, cambiamento delle modalità organizzative e dei rapporti tra professionisti, ...),
- accreditamento come 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, ...),
- accreditamento come sistema che incide sulla qualità relazionale (miglioramento della comunicazione e integrazione tra professionisti, incremento della comunicazione con i cittadini e della loro soddisfazione, ...),
- accreditamento come processo di miglioramento complessivo del sistema (rapporto positivo costi-benefici, veicolo di trasformazione positiva...) (*Tabella 6*).

In sintesi, per i professionisti non esperti è stato predisposto un questionario contenente solo la batteria di domande che misura l'orientamento generale verso il processo di accreditamento e i suoi principali effetti.

Ai professionisti esperti (cioè a coloro che hanno partecipato direttamente al processo di accreditamento dell'Ospedale del Delta) è stato proposto un questionario più articolato, volto a rilevare sia l'opinione che essi hanno sul processo di accreditamento in generale, sia l'opinione sull'impatto specifico che il processo ha avuto sui singoli elementi che caratterizzano il modello regionale (*Allegato 2*).

Il questionario è composto da 75 domande organizzate in due distinte batterie, a cui si aggiunge una sezione finale che raccoglie i dati anagrafici (età e sesso) e alcune informazioni relative alla professione (UO di appartenenza, anzianità di servizio, ruolo).

---

<sup>31</sup> Per scala di atteggiamento si intende un insieme coerente di elementi (affermazione, domanda, ...) che sono considerati indicatori di un concetto più generale (Corbetta, 1999). In altre parole, una scala è una serie di domande (detta batteria) riferite a un determinato oggetto di interesse (in questo caso l'accreditamento) adatta a misurare una variabile psico-sociale latente (l'atteggiamento appunto). Per approfondimenti di rimanda a Corbetta, 1999; Marradi, 1981; Pavsic, Pitrone, 2003.

<sup>32</sup> Così come la Sezione 1 del questionario per esperti, vedi oltre.



È diviso in due sezioni.

- Sezione 1, in cui vengono elencate una serie di 30 affermazioni (le stesse proposte ai non esperti) che riguardano il processo di accreditamento, per ognuna della quali è stato chiesto all'intervistato di indicare il proprio livello di accordo, scegliendo tra 5 opzioni dove 1 corrisponde a "per nulla d'accordo" e 5 a "completamente d'accordo".
- Sezione 2, in cui vengono proposti 45 elementi sui quali 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 a un "impatto nullo" e 7 al "massimo impatto positivo".

Da un punto di vista concettuale, la serie di 45 affermazioni che compongono la Sezione 2 del questionario per esperti può essere assimilata a una scala di atteggiamento, in grado di misurare (opportunosamente costruita e affinata) l'orientamento specifico verso il modello di accreditamento regionale. Le affermazioni che compongono la Sezione 2 del questionario esperti sono infatti dedotte dal modello di accreditamento istituzionale emiliano-romagnolo, e in particolare ripropongono tutti i requisiti generali per l'accreditamento istituzionale previsti dalla Delibera di Giunta regionale n. 327 del 2004. Tali *item* sono stati ricondotti, in analogia a quanto effettuato per le prime 30 affermazioni, alle seguenti macroaree: *accountability*, qualità organizzativa, qualità tecnico-professionale e correttezza dell'offerta, qualità relazionale e miglioramento complessivo del sistema (*Tabella 6*).

In sintesi, per i professionisti esperti è stato predisposto un questionario contenente sia la scala che misura l'orientamento generale verso il processo di accreditamento, sia la scala di atteggiamento verso il modello regionale.

In questo modo è stato possibile raccogliere l'opinione che diverse tipologie di *stakeholder* hanno sull'impatto dell'accreditamento, sia su aspetti generali che su altri più dettagliati.

**Tabella 6.** Schema aree tematiche di attribuzione delle affermazioni

AREA TEMATICA	Affermazioni su	
	ORIENTAMENTO GENERALE	MODELLO REGIONALE
	<i>N. affermazioni: 30</i>	<i>N. affermazioni: 45</i>
	<i>Livello di accordo con la frase</i>	<i>Tipo di impatto</i>
	<i>Scala: da 1 a 5</i>	<i>(negativo - nullo - positivo)</i>
	<i>Rispondenti: non esperti ed esperti</i>	<i>Scala: da 1 a 7</i>
		<i>Rispondenti: esperti</i>
<b>Accountability</b>	<b>V1</b> L'accreditamento è una "vetrina" per dimostrare i propri risultati	<b>R1</b> Individuazione delle responsabilità del personale nella verifica dei risultati
	<b>V2</b> L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda ( <i>benchmark</i> interno)	<b>R2</b> Partecipazione del personale allo svolgimento della valutazione periodica
	<b>V5</b> L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre aziende ( <i>benchmark</i> esterno)	<b>R3</b> Valutazione dei risultati relativi agli obiettivi strategici ( <i>mission</i> )
	<b>V14</b> L'accreditamento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati ( <i>public reporting</i> )	<b>R4</b> Condivisione dei risultati con le parti interessate
	<b>V16</b> L'accreditamento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli <i>stakeholder</i>	<b>R5</b> Esplicitazione delle politiche aziendali verso il personale
	<b>V17</b> L'accreditamento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali	<b>R6</b> Coinvolgimento del personale nelle politiche aziendali
		<b>R7</b> Diffusione di informazioni al personale
<b>Qualità organizzativa</b>	<b>V3</b> L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali (gestione casi diabete, scompenso cardiaco, ...)	<b>R8</b> Assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità
	<b>V6</b> L'accreditamento diffonde i valori legati alla qualità	<b>R9</b> Esplicitazione della pianificazione annuale
	<b>V9</b> L'accreditamento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi (innovazioni, modifiche, ...)	<b>R10</b> Definizione della struttura dell'organizzazione interna e delle responsabilità delegate
	<b>V12</b> L'accreditamento cambia le modalità di gestione dei casi (ruoli e responsabilità, stili di <i>leadership</i> , ...)	<b>R11</b> Definizione dei punti di coordinamento interni e controllo delle attività interne all'organizzazione

*(continua)*

AREA TEMATICA	Affermazioni su ORIENTAMENTO GENERALE	Affermazioni sul MODELLO REGIONALE
<i>continua</i> <b>Qualità organizzativa</b>	<b>V13</b> L'accreditamento aumenta la soddisfazione del personale	<b>R12</b> Definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività in riferimento alla continuità assistenziale
	<b>V18</b> L'accreditamento riduce il <i>turnover</i> del personale	<b>R13</b> Partecipazione del personale alla raccolta e all'analisi dei dati
	<b>V20</b> L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti	<b>R14</b> Gestione della documentazione in maniera sistematica e ordinata
	<b>V22</b> Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)	<b>R15</b> Definizione dei percorsi per l'inserimento/addestramento del personale <b>R16</b> Valutazione della idoneità del personale rispetto al ruolo ricoperto <b>R17</b> Valutazione dei bisogni formativi per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze <b>R18</b> Rilevazione del bisogno formativo e la valutazione dei risultati della formazione <b>R19</b> Utilizzo di procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sugli addetti <b>R20</b> Utilizzo di procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, <i>privacy</i> ) <b>R21</b> Valutazione dei risultati relativi agli obiettivi specifici/annuali di <i>budget</i>
<b>Qualità tecnico-professionale e correttezza dell'offerta</b>	<b>V4</b> L'accreditamento migliora i tempi di attesa	<b>R22</b> Utilizzo di procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate
	<b>V10</b> L'accreditamento riduce la variabilità nel tipo e nella natura dei servizi forniti (aumenta adesione a standard di servizio)	<b>R23</b> Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste attesa, accesso in emergenza-urgenza, ...)
	<b>V11</b> L'accreditamento diffonde i metodi per la gestione del rischio ( <i>incident reporting, ...</i> )	<b>R24</b> Utilizzo di procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti
	<b>V15</b> L'accreditamento migliora l'attenzione dei <i>team</i> terapeutici ai bisogni dei pazienti	<b>R25</b> Disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico scientifica

*(continua)*

AREA TEMATICA	Affermazioni su ORIENTAMENTO GENERALE	Affermazioni sul MODELLO REGIONALE
<i>continua</i> <b>Qualità tecnico- professionale e correttezza dell'offerta</b>	<b>V19</b> L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti	<b>R26</b> Esistenza di percorsi per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze professionali
	<b>V21</b> L'accreditamento migliora le <i>performance</i> clinico-professionali	<b>R27</b> Partecipazione del personale nella definizione dei bisogni formativi
	<b>V25</b> L'accreditamento incoraggia l'aderenza alle <i>best practice</i>	<b>R28</b> Condivisione delle conoscenze acquisite
	<b>V26</b> L'accreditamento aumenta l'appropriatezza clinica	<b>R29</b> Valutazione dei risultati relativi al rispetto degli standard nelle prestazioni/ servizi erogati
	<b>V28</b> L'accreditamento è uno strumento di promozione delle professionalità	<b>R30</b> Valutazione dei risultati di <i>performance</i> professionale (appropriatezza ed efficacia)
		<b>R35</b> Adeguatezza strutturale e funzionale rispetto alle specifiche attività erogate
		<b>R36</b> Selezione e valutazione dei fornitori di attrezzature e beni di consumo
		<b>R37</b> Partecipazione del personale alla gestione delle attrezzature (corretto utilizzo, manutenzione uso quotidiano, manutenzione correttiva, ...)
		<b>R38</b> Miglioramento della programmazione degli acquisti delle attrezzature e dei beni di consumo
<b>Qualità relazionale</b>	<b>V7</b> L'accreditamento peggiora la comunicazione tra professionisti	<b>R31</b> Informazione sistematica dell'utente nelle diverse fasi dell'assistenza (es. comunicazione orari visita, nome del medico referente, colloqui con utente, ...)
	<b>V8</b> L'accreditamento migliora la comunicazione con l'utente	<b>R32</b> Uso di strumenti volti all'ascolto dell'utente (raccolta e discussione dei reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo, ...)
	<b>V27</b> L'accreditamento aumenta la soddisfazione dei pazienti	<b>R33</b> Ascolto dei suggerimenti del personale e confronto sulle criticità
	<b>V29</b> L'accreditamento migliora l'integrazione tra professionisti	

*(continua)*

AREA TEMATICA	Affermazioni su ORIENTAMENTO GENERALE	Affermazioni sul MODELLO REGIONALE
<b>Miglioramento</b>	<p><b>V23</b> L'accreditamento è un veicolo per il cambiamento complessivo (è un <i>input</i> per modifiche al sistema di regolazione)</p> <p><b>V24</b> I benefici dell'accreditamento superano i suoi costi</p> <p><b>V30</b> I costi dell'accreditamento superano i suoi benefici</p>	<p><b>R34</b> Momenti sistematici di coordinamento e di integrazione tra professionisti e UO/Servizi</p> <p><b>R39</b> Capacità dell'organizzazione di correggere le disfunzioni/criticità</p> <p><b>R40</b> Capacità dell'organizzazione di prevenire le disfunzioni/criticità</p> <p><b>R41</b> Capacità dell'organizzazione di migliorare i processi</p> <p><b>R42</b> Realizzazione e valutazione formalizzata e documentata dei progetti di miglioramento</p> <p><b>R43</b> Documentazione e diffusione dei risultati dei progetti di miglioramento alle parti interessate</p> <p><b>R44</b> Coinvolgimento costante delle articolazioni operative in almeno un progetto di miglioramento</p> <p><b>R45</b> Esplicitazione delle responsabilità per il miglioramento</p>

### 7.1.3. *Campione e modalità di somministrazione*

I questionari sono stati inviati a un campione dei dipendenti che lavorano presso l'Ospedale del Delta di Ferrara, con la richiesta di compilarlo autonomamente (autosomministrazione) e di restituirlo in busta chiusa (allegata), inserendolo dentro un'urna posizionata all'interno dell'ospedale. In questo modo si è garantito (almeno in teoria) l'anonimato.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Si evidenzia a questo proposito come la questione dell'anonimato sia stato oggetto di successiva riflessione da parte dell'*équipe* di ricerca e di confronto con gli stessi professionisti. Alcuni degli intervistati non hanno infatti compilato la sezione anagrafica, talvolta lasciando semplicemente in bianco, altre volte segnalando in maniera esplicita il loro dissenso o rifiuto. Hanno sostanzialmente contestato il fatto che l'anonimato potesse essere garantito (come dichiarato nell'introduzione al questionario), dal momento che chiedere di indicare età, sesso, UO di appartenenza e ruolo in una realtà piccola come quelle del Delta equivale a farsi identificare. Contemporaneamente però gli stessi professionisti hanno affermato che cercare di garantire l'anonimato su un tema non delicato come l'impatto dell'accreditamento è questione assolutamente superflua e del tutto trascurabile. Hanno pertanto suggerito ai ricercatori di non scrivere nulla sulla garanzia di anonimato nell'introduzione ai questionari, nel caso di una eventuale altra indagine.

Il questionario è stato inviato a un campione non proporzionale di 256 soggetti, stratificato per:

- professione
- medici dirigenti (di I e II livello)
- personale infermieristico-ostetrico (compresi coordinatori)
- personale tecnico (tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, ...)
- modalità di coinvolgimento nel processo di accreditamento
- personale esperto di accreditamento
- personale non esperto di accreditamento

La grandezza del campione è stata calcolata in base al numero di persone che lavorano presso l'Ospedale del Delta (in totale 372), divisi per professione.<sup>34</sup>

I nominativi delle persone non esperte a cui inviare il questionario sono stati estratti casualmente dall'elenco del personale. Il questionario è stato invece inviato a tutto il personale esperto.<sup>35</sup>

I questionari sono stati distribuiti nei mesi di dicembre 2006 e gennaio 2007, a 3 anni di distanza dall'accreditamento.

**Tabella 7.** Popolazione di riferimento

	Popolazione					
	Totale		Esperti		Non esperti	
	v.a.	% colonna	v.a.	% di riga	v.a.	% di riga
Dirigenti	98	26,3	41	41,8	57	58,2
Infermieri, ostetriche	226	60,8	47	20,8	179	79,2
Tecnici	48	12,9	6	12,5	42	87,5
<i>Totale persone</i>	<i>372</i>	<i>100,0</i>	<i>94</i>	<i>25,3</i>	<i>278</i>	<i>74,7</i>

<sup>34</sup> Dal calcolo della popolazione di riferimento sono stati esclusi OTA-OSS, centralinisti, amministrativi (in tutto circa 100) e i medici con incarichi libero-professionali (15) perché ritenuti troppo "distanti" per mansioni e tipo coinvolgimento dal processo di accreditamento.

<sup>35</sup> A questo proposito si precisa che l'obiettivo iniziale era estrarre un campione casuale semplice 213 soggetti con 95% di livello di confidenza e E=5% l'errore di precisione nella stima. Poiché però a seguito di questa prima ripartizione, il numero di interviste da realizzare al personale esperto di accreditamento risultava piuttosto basso rispetto agli obiettivi di ricerca (51 persone in totale e rispettivamente 21, 24 e 6 nel caso di dirigenti, infermieri e tecnici), per permettere comunque sia una migliore comparabilità dei dati sia elaborazioni statistiche complesse (ad esempio analisi fattoriale), si è deciso di inviare il questionario a tutti gli esperti di tutti i gruppi professionali. Di conseguenza tale gruppo risulta sovra-rappresentato nel campione (36,7%) rispetto alla popolazione di riferimento (25,3%).

**Tabella 8.** Campione a cui è stato inviato il questionario

	Campione					
	Totale		Esperti		Non esperti	
	v.a.	% colonna	v.a.	% di riga	v.a.	% di riga
Dirigenti	70	27,3	41	58,6	29	41,4
Infermieri, ostetriche	138	53,9	47	34,1	91	65,9
Tecnici	48	18,8	6	12,5	42	87,5
<i>Totale persone</i>	<i>256</i>	<i>100,0</i>	<i>94</i>	<i>36,7</i>	<i>162</i>	<i>63,3</i>

Il campione finale dei rispondenti che hanno restituito il questionario è composto da 138 soggetti. Hanno risposto complessivamente il 53,9% delle persone coinvolte,<sup>36</sup> con una sostanziale differenza tra gruppi professionali e tipologia di rispondente.

#### *Sensibilità professionali*

In particolare si osserva che gli esperti rispondono più dei non esperti (59,5% vs 50,6%) e il personale non dirigente più dei medici dirigenti (52,2% e 68,8% vs 28,6%). Tale differenza è più marcata nel gruppo dei non esperti. In altre parole si osserva una bassa *compliance* dei dirigenti, particolarmente marcata se non esperti, che però si alza nel momento in cui gli stessi sono stati coinvolti direttamente nel processo di accreditamento.

**Tabella 9.** Campione rispondenti<sup>37</sup>

	Totale				Esperti				Non esperti			
	inviati	ricev.	% risp.	% col.	inviati	ricev.	% risp.	% riga	inviati	ricev.	% risp.	% riga
Dirigenti	70	20	28,6	16,0	41	15	36,6	75,0	29	5	17,2	25,0
Infermieri, ostet.	138	72	52,2	57,6	47	32	68,1	44,4	91	40	44,0	55,6
Tecnici	48	33	68,8	26,4	6	2	33,3	6,1	42	31	73,8	93,9
<i>Missing su profes.</i>	-	13	-	-	-	7	-	-	-	6	-	-
<i>Totale</i>	<i>256</i>	<i>138</i>	<i>53,9</i>	-	<i>94</i>	<i>56</i>	<i>59,5</i>	<i>40,6</i>	<i>162</i>	<i>82</i>	<i>50,6</i>	<i>59,4</i>
Totale con profes.	256	125	(48,8)	100,0	94	49	(52,1)	-	162	76	(46,9)	-

<sup>36</sup> Considerata la modalità di somministrazione (autocompilazione) la percentuale di risposta è ritenuta accettabile e in linea con quelle di altre indagini effettuate nel medesimo contesto.

<sup>37</sup> La percentuale di risposta indica il numero questionari restituiti sul numero dei questionari inviati per ogni gruppo professionale. La percentuale di colonna indica invece quanto ogni gruppo professionale pesa sul campione totale, ed è calcolata sul totale dei rispondenti che hanno indicato il proprio ruolo, ovvero su 125 in totale; sono infatti 13 le persone (7 esperti e 6 non esperti) che non hanno indicato la professione. La percentuale di riga indica il rapporto esperti/non esperti all'interno dei gruppi professionali, ed è calcolata sul totale di ogni singolo gruppo (20 dirigenti, 72 infermieri/ostetriche, 33 tecnici).

Rispetto alle caratteristiche della popolazione di riferimento, la composizione complessiva del campione di rispondenti mostra una sovra-rappresentazione dell'opinione del personale tecnico (26,4% vs 12,9%), una sotto-rappresentazione dei dirigenti (16% vs 26,3%) e una piuttosto equa rappresentazione del personale infermieristico e ostetrico (57,6% vs 60,8%); appare inoltre assolutamente sbilanciato sul gruppo degli esperti (25,3% della popolazione vs 40,6% dei rispondenti), mentre fortemente sotto-rappresentata la componente dei non esperti (74,7% della popolazione vs 59,4 dei rispondenti). Tali caratteristiche sono il risultato congiunto sia dello sbilanciamento iniziale del campione a cui è stato inviato il questionario (che già prevedeva una lieve sovra-rappresentazione degli esperti e del personale tecnico, così come una totale esclusione di tutto il personale ausiliario e amministrativo), sia della successiva autoselezione dei rispondenti.

Il fatto che abbiano risposto in maniera più marcata da un lato i professionisti del comparto, dall'altro coloro che hanno partecipato al processo di accreditamento, è stato oggetto di discussione con i professionisti durante una giornata dedicata alla presentazione pubblica dei principali risultati dell'indagine.<sup>38</sup>

I presenti hanno sostenuto che la maggiore *compliance* del personale infermieristico e tecnico è una costante di tutte le indagini, dal momento che il comparto si caratterizza per essere generalmente più disponibile alle innovazioni, meno referenziale in termini di cultura professionale e soprattutto più sensibile a cogliere tutte le opportunità di esprimere la propria opinione, comprese quelle fornite da un questionario.<sup>39</sup>

Essi sottolineano infatti come all'interno di organizzazioni di lavoro fortemente gerarchiche, qual è appunto la sanità ospedaliera, la conquista di spazi di espressione costa una fatica e un tempo talmente significativi da non venire certo sottovalutati o sprecati.

Inoltre, la rilevanza che il modello di accreditamento regionale ha posto sugli aspetti di qualità organizzativa, impattando in maniera significativa sulle modalità lavorative del comparto, ne ha anche valorizzato le competenze e quindi motivato la partecipazione sia al processo, che alla ricerca stessa.

Il fatto che abbiano risposto in maniera più numerosa gli esperti, ovvero coloro che hanno partecipato all'accreditamento, è ritenuto l'ovvia conseguenza del fatto che il coinvolgimento implica maggiore attenzione al tema e maggiore tendenza a valorizzare i risultati del proprio lavoro.

---

<sup>38</sup> Il 17 maggio 2007 presso l'Ospedale del Delta a Lagosanto (FE).

<sup>39</sup> Per i medici forse sarebbe stato forse più efficace prevedere dei *focus group*.



Contemporaneamente però questo può nascondere anche un mancato collegamento tra chi ha partecipato e chi no, e quindi essere sintomo di una limitata diffusione del processo e dell'esistenza di resistenze nascoste alla logica e ai valori stessi dell'accreditamento.

Il dubbio che viene sollevato è che forse si stia procedendo a "due velocità" e che vada quindi chiarito come continuare nel processo di miglioramento, ovvero su chi investire; con che strumenti; se accelerare, facendo leva sulla parte più esperta e sensibile, o se al contrario rallentare, per recuperare i meno coinvolti e i più scettici.

Rispetto alle UO di appartenenza dei rispondenti (23 in tutto), l'analisi evidenzia un'equa ripartizione tra strutture in cui la maggioranza degli operatori ha risposto (9 UO) e strutture in cui il questionario è stato compilato e inviato da una minoranza di professionisti (9 UO). Si sottolineano da un lato la bassa rispondenza tra gli operatori della lungo-degenza e della cardiologia e medicina, dall'altro il massiccio ritorno dai reparti di Pronto soccorso, ortopedia, riabilitazione-rieducazione funzionale, radiologia e ostetricia-ginecologia. Del tutto assenti sono le opinioni del *day surgery* polispecialistico, *day hospital* di medicina, direzione infermieristica, endoscopia e farmacia.

**Tabella 10.** Campione rispondenti per UO<sup>40</sup>

UO	Totale			Esperti			Non esperti		
	inviati	ricevuti	% risp.	inviati	ricevuti	% risp.	inviati	ricevuti	% risp.
Anestesia e rianimazione	15	7	46,7	7	3	42,9	8	4	50,0
Blocco operatorio	12	5	41,7	3	1	33,3	9	4	44,4
Cardiologia	18	4	22,2	4	1	25,0	14	3	21,4
Chirurgia-Urologia	20	9	45,0	9	5	55,6	11	4	36,4
Direzione sanitaria	1	1	100	0	0	0	1	1	100
Gastroenterologia	3	1	33,3	2	0	0	1	1	100
Laboratorio analisi	17	9	52,9	7	1	14,3	10	8	80,0
Lungodegenza	9	1	11,1	1	0	0,0	8	1	12,5
Medicina	17	5	29,4	5	2	40,0	12	3	25,0
Neurologia	3	2	66,7	2	1	50,0	1	1	100
Ortopedia	15	9	60,0	7	5	71,4	8	4	50,0
Ostetricia-ginecologia	18	10	55,6	7	4	57,1	11	6	54,5
Pediatria	12	4	33,3	6	3	50,0	6	1	16,7
Poliambulatorio	6	2	33,3	2	1	50,0	4	1	25,0
Pronto soccorso	19	13	68,4	8	6	75,0	11	7	63,6
Radiologia	33	19	57,6	6	2	33,3	27	17	63,0
Riabilit. e rieduc. funzionale	15	9	60,0	4	2	50,0	11	7	63,6
Servizio psichiatrico (SPOD)	10	5	50,0	8	5	62,5	2	0	0
Day surgery polispecialistico	4	0	0	2	0	0,0	2	0	0
DH medicina	2	0	0	0	0	0	2	0	0
Direzione infermieristica	3	0	0	3	0	0	0	0	0
Endoscopia	3	0	0	1	0	0	2	0	0
Farmacia	1	0	0	0	0	0	1	0	0
<i>Totale</i>	<i>256</i>	<i>138</i>	<i>53,9</i>	<i>94</i>	<i>42</i>	<i>44,7</i>	<i>162</i>	<i>73</i>	<i>45,1</i>

<sup>40</sup> La percentuale di risposta indica il numero questionari restituiti sul numero dei questionari inviati per ogni gruppo professionale. La percentuale di colonna indica invece quanto ogni gruppo professionale pesa sul campione totale, ed è calcolata sul totale dei rispondenti che hanno indicato il proprio ruolo, ovvero su 125 in totale; sono infatti 13 le persone (7 esperti e 6 non esperti) che non hanno indicato la professione. La percentuale di riga indica il rapporto esperti/non esperti all'interno dei gruppi professionali, ed è calcolata sul totale di ogni singolo gruppo (20 dirigenti, 72 infermieri/ostetriche, 33 tecnici).

### *Rappresentatività e significatività*

In sintesi i risultati dei questionari non possono ritenersi in alcun modo rappresentativi dell'intera popolazione di dipendenti dell'Ospedale del Delta, ma dettagliano le opinioni soprattutto delle persone coinvolte nel processo di accreditamento e del personale non medico (non dirigente).

Tuttavia, proprio per questi motivi, i dati sono ritenuti estremamente significativi ai fini della ricerca, perché raccontano l'opinione di testimoni privilegiati, ovvero da un lato di coloro che hanno partecipato direttamente al processo di accreditamento (gli esperti), dall'altro di coloro che nella pratica quotidiana del loro lavoro ne vedono gli effetti diretti (personale infermieristico e tecnico).

#### **7.1.4. Trattamento dei dati**

I dati raccolti tramite i questionari sono stati sottoposti ad analisi statistica (tramite il pacchetto SPSS). In particolare sono state effettuate:

- analisi monovariate dei singoli *item* e degli *item* aggregati nelle aree tematiche (distribuzioni di frequenza, medie, mediane, mode, deviazioni standard);
- analisi bivariate (confronti tra medie e incroci rispetto alla tipologia di rispondente - esperto/non esperto - e al ruolo professionale - dirigente/comparto -, test di affidabilità attraverso l'Alpha di Chrombach sui 30 *item* volti a rilevare l'orientamento generale e sui 45 di opinione sul modello regionale<sup>41</sup>);
- analisi multivariata (*factor analysis* sui 30 *item* comuni ai due questionari, ovvero sulla batteria di domande volte a rilevare l'orientamento generale<sup>42</sup>).

## **7.2. Orientamento generale verso l'accreditamento**

I risultati delle 30 affermazioni sottoposte a un campione di operatori (medici, personale infermieristico-ostetrico e tecnici) sia direttamente coinvolti (esperti) che non (non esperti) nel processo di accreditamento dell'Ospedale del Delta mostrano un tendenziale accordo dei rispondenti rispetto alle affermazioni contenute nel questionario.

Emergono tuttavia delle diversità tra le diverse aree di lettura delle affermazioni (*Figura 7*), tra esperti e non esperti (*Paragrafo 7.2.1*) e in base al profilo professionale dei rispondenti (*Paragrafo 7.2.2*), che mettono in luce una diversa prospettiva collegata al grado di coinvolgimento nel processo di accreditamento e al ruolo professionale.

---

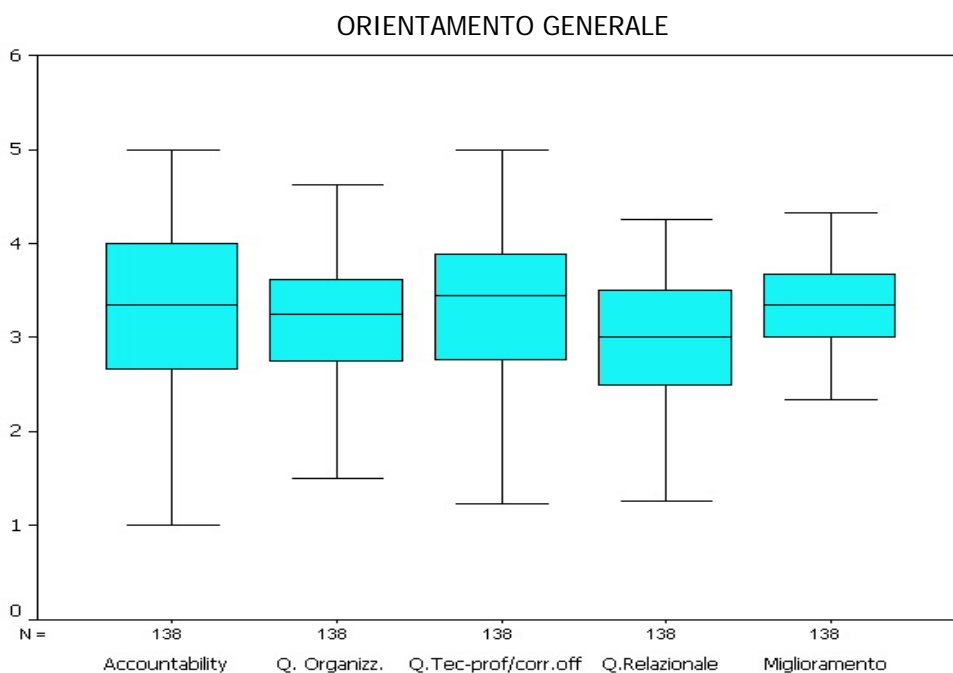
<sup>41</sup> Il test di affidabilità ha evidenziato una forte correlazione tra gli *item*, sia tra i 30 che compongono la batteria di orientamento generale (Alpha: 0,942) che tra i 45 della batteria sul modello regionale (Alpha: 0,977).

<sup>42</sup> L'analisi fattoriale è stata svolta tramite la tecnica dell'analisi in componenti principali (acp). L'analisi ha evidenziato l'esistenza di un unico fattore e quindi la sostanziale monodimensionalità della scala.

Nella Figura è evidenziata attraverso un grafico *box plot*<sup>43</sup> la distribuzione dei giudizi espressi dai 138 rispondenti in base alle aree di attribuzione delle affermazioni (*accountability*, qualità organizzativa, tecnico-professionale/correttezza dell'offerta, qualità relazionale e miglioramento) e alla scala di valori proposti (dove 1 indica completo disaccordo, 5 completo accordo e 3 una sostanziale indecisione o neutralità). Il grafico consente di evidenziare sinteticamente sia la grandezza totale del fenomeno esaminato sia la sua variabilità; in particolare, mostra la variabilità dei giudizi all'interno delle aree di attribuzione delle affermazioni.

La maggiore variabilità di giudizio si osserva per l'area *accountability*: attorno a un valore mediano pari a 3,33, si osservano giudizi compresi tra il valore 1 (valore minimo) e 5 (valore massimo) e ben il 50% dei rispondenti che esprimono giudizi compresi 2,66 e 4. Diversamente, per l'area miglioramento, l'intervallo di valori in cui si colloca il 50% delle giudizi presi in esame (*range* interquartile) è più contenuto e compreso tra 3 e 3,66.

**Figura 7.** Distribuzione dei giudizi sulle aree di attribuzione delle affermazioni in merito agli effetti attesi dal processo di accreditamento (138 rispondenti - scala di valori da 1 a 5)



<sup>43</sup> Il grafico *box plot* (altrimenti detto "a scatola") consente di evidenziare sinteticamente sia la grandezza totale del fenomeno esaminato che la sua variabilità. In particolare, mostra la variabilità dei giudizi all'interno delle aree di attribuzione delle affermazioni permette di evidenziare i valori minimi e massimi di una distribuzione di valori, l'ampiezza del *range* interquartile, ossia la distanza tra venticinquesimo e il settantacinquesimo percentile della distribuzione (che corrispondono rispettivamente al limite inferiore e superiore della "scatola"), i valori anomali o estremi (cosiddetti *outliers*), nonché la mediana della variabile in esame (rappresentata da una linea orizzontale nera all'interno della "scatola").

I 138 operatori intervistati dichiarano che l'accreditamento si configura come processo in grado di influire in maniera positiva su tutte le aree di azione.

Gli elementi che rimandano al tema dell'*accountability*, come la trasparenza delle politiche aziendali e della rendicontazione, la capacità di confronto interno ed esterno, la tendenza a rendere pubblici i risultati sono gli ambiti sui quali i professionisti mostrano una maggiore variabilità di opinione.

Al contrario, il gruppo appare compatto nel considerare il processo sostanzialmente efficace come percorso complessivo di miglioramento.

Complessivamente si osserva che l'area che ottiene il giudizio mediamente più elevato è quella relativa alla "qualità tecnico-professionale/correttezza dell'offerta";<sup>44</sup> l'area che ottiene la valutazione mediamente più bassa è la "qualità relazionale".

In termini di valutazione media, il processo appare pertanto più efficace nel migliorare gli aspetti più strettamente tecnico-professionali, quali ad esempio l'aderenza a standard, mentre mostra minori capacità di incidere positivamente sulla comunicazione con gli utenti, sulla loro soddisfazione o sull'integrazione tra professionisti (qualità relazionale).

Riguardo ai giudizi espressi rispetto alle singole affermazioni (indipendentemente dall'area di attribuzione delle stesse), vi sono affermazioni rispetto alle quali la maggioranza dei rispondenti esprime un sostanziale ed esplicito accordo, ossia oltre il 50% degli intervistati sceglie il valore 4 o 5 della scala (fra parentesi è indicata la percentuale ottenuta sommando i valori 4 e 5):

- V3 "L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali (gestione casi diabete, scompenso cardiaco, ...)" (55,4%)
- V5 "L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre aziende (*benchmark* esterno)" (53,6%)
- V6 "L'accreditamento diffonde i valori legati alla qualità" (68,9%)
- V8 "L'accreditamento migliora la comunicazione con l'utente" (58,6%)
- V9 "L'accreditamento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi (innovazioni, modifiche, ...)" (73,1%)
- V10 "L'accreditamento riduce la variabilità nel tipo e nella natura dei servizi forniti (aumenta l'adesione a uno standard di servizio)" (65,9%)
- V11 "L'accreditamento diffonde i metodi per la gestione del rischio (*incident reporting*, ...)" (57,2%)
- V14 "L'accreditamento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati (*public reporting*)" (58,7%)

---

<sup>44</sup> Gli elementi che rimandano alla qualità tecnico-professionale e alla correttezza dell'offerta sono stati aggregati in un'unica area.

- V16 "L'accreditamento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli *stakeholder*" (51,5%)
- V23 "L'accreditamento è un veicolo per il cambiamento complessivo (è un *input* per modifiche al sistema di regolazione)" (63,8%)
- V28 "L'accreditamento è uno strumento di promozione delle professionalità" (50,0%)

*Un netto e sostanziale miglioramento*

Sono numerosi e tutti di importanza cruciale gli aspetti su cui il processo di accreditamento ha inciso in maniera estremamente positiva; in particolare si evidenzia come tale processo abbia cambiato in maniera sostanziale e innovativa le modalità organizzative di gestione dei servizi, diffuso i valori legati alla qualità, ridotto la variabilità dei servizi e aumentato l'adesione agli standard e sia stato veicolo di cambiamento complessivo del sistema.

Per alcune affermazioni il valore più frequentemente espresso dagli intervistati è il 4 (accordo) e, a seguire, il 3 (che esprime una posizione di sostanziale indecisione o neutralità rispetto all'affermazione proposta). La scelta del valore 4, anche qualora sommata al valore 5 (completo accordo), non raggiunge tuttavia la maggioranza degli intervistati. Pertanto, si può desumere che complessivamente una quota rilevante degli intervistati - anche se non la maggioranza - esprima un giudizio di tendenziale accordo rispetto alle seguenti affermazioni proposte (fra parentesi è indicata la percentuale ottenuta sommando i valori 4 e 5):

- V1 "L'accreditamento è una "vetrina" per dimostrare i propri risultati" (43,8%)
- V2 "L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda (*benchmark* interno)" (46%)
- V15 "L'accreditamento migliora l'attenzione dei *team* terapeutici ai bisogni dei pazienti" (44,2%)
- V19 "L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti" (45,2%)
- V20 "L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti" (45,7%)
- V21 "L'accreditamento migliora le *performance* clinico-professionali" (46,7%)
- V26 "L'accreditamento aumenta l'appropriatezza clinica" (45,3%)
- V29 "L'accreditamento migliora l'integrazione tra professionisti" (44,9%)

*Segnali di cambiamento positivo da rinforzare*

Emergono diversi elementi sui quali il processo di accreditamento ha sicuramente inciso in maniera positiva, senza tuttavia riuscire ad agire al massimo delle sue potenzialità: l'attenzione dei *team* terapeutici ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la comunicazione tra professionisti, così come la comunicazione con i pazienti e la loro sicurezza sono ambiti che hanno indubbiamente ottenuto dei miglioramenti, ma su cui è necessario continuare a investire.

Per un'esigua parte di affermazioni il maggior numero di risposte si concentra sul valore 3 della scala proposta (valore che ottiene percentuali di risposta che oscillano tra il 27% e il 35%).. Qualora non si consideri tale valore, la maggior parte delle risposte si concentra sui valori che esprimono accordo (4 e 5) piuttosto che disaccordo (fra parentesi è indicata la percentuale ottenuta sommando i valori 4 e 5):

V12 "L'accreditamento cambia le modalità di gestione dei casi (ruoli e responsabilità, stili di *leadership*, ...)" (44,5%)

V17 "L'accreditamento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali" (40,1%)

V22 "Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)" (42,7%)

V24 "I benefici dell'accreditamento superano i suoi costi" (42%)

V25 "L'accreditamento incoraggia l'aderenza alle *best practice*" (45%)

#### *Questioni aperte da approfondire*

Emergono alcuni dubbi sugli effetti che il processo di accreditamento ha avuto su aspetti specifici del sistema. In particolare 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) e non è facile chiarire che tipo di bilancio abbia in termini di costi-benefici, anche se sembra che i costi indotti pesino più di quelli direttamente riconducibili al processo stesso e i benefici superino complessivamente i costi.

Da ultimo, si riportano le affermazioni per le quali si è osservato un disaccordo da parte della popolazione complessivamente intervistata:

V4 "L'accreditamento migliora i tempi di attesa"

V7 "L'accreditamento peggiora la comunicazione tra professionisti"

V13 "L'accreditamento aumenta la soddisfazione del personale"

V18 "L'accreditamento riduce il *turnover* del personale"

V27 "L'accreditamento aumenta la soddisfazione dei pazienti"

V30 "I costi dell'accreditamento superano i suoi benefici"

Per due affermazioni (V7 e V18) il disaccordo è sostanziale ed esplicito: il valore più frequentemente scelto dalla popolazione intervistata è 1 ("per nulla d'accordo"), pari rispettivamente al 44,9% e al 40% delle risposte date. Per le rimanenti affermazioni (V4, V13, V27 e V30), oltre il 30% dei rispondenti sceglie il valore 3, esprimendo un giudizio di sostanziale neutralità o indecisione rispetto all'affermazione proposta e, a seguire, le maggiori quote di risposta vengono attribuite ai valori 1 e 2. Ciò fa sì che il giudizio globale si attesti quindi su un tendenziale disaccordo rispetto alle affermazioni proposte.

*Punti deboli del processo o obiettivi da non perseguire?*

Sono pochi, ma degni di nota (se non altro in termini di riflessione teorica), gli elementi su cui senza dubbio l'accreditamento non ha inciso in maniera positiva: non ha sicuramente ridotto i tempi di attesa né il *turnover* di personale, né 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 (anche in misura indiretta o parziale) e come interpretare l'opinione degli intervistati, secondo i quali l'accreditamento (pur avendo modificato le modalità organizzative dei servizi, aumentato l'aderenza agli standard, migliorato comunicazione e sicurezza dell'utente e l'integrazione tra gli operatori) non è riuscito a incidere su questioni organizzative cruciali, come i tempi di attesa o il *turnover* e la soddisfazione del personale. Si tratta di questioni che possono essere influenzate dai meccanismi virtuosi attivati dal processo di accreditamento ma che dipendono strettamente dalle decisioni di politica sanitaria regionale e aziendale in merito al dimensionamento dell'offerta di prestazioni sanitarie.

**7.2.1. L'opinione degli esperti e dei non esperti**

Riguardo alla distribuzione dei giudizi a seconda della diversa tipologia di rispondente (esperto o non esperto), si sottolinea che per la gran parte delle affermazioni proposte, gli esperti tendono a esprimere in maniera più incisiva un giudizio di accordo rispetto a quanto osservato per i non esperti.

Come si può infatti vedere in Figura 8, il valore mediano dei giudizi espressi dagli esperti è, per tutte le aree di attribuzione delle affermazioni considerate, più elevato di quello espresso dai non esperti.

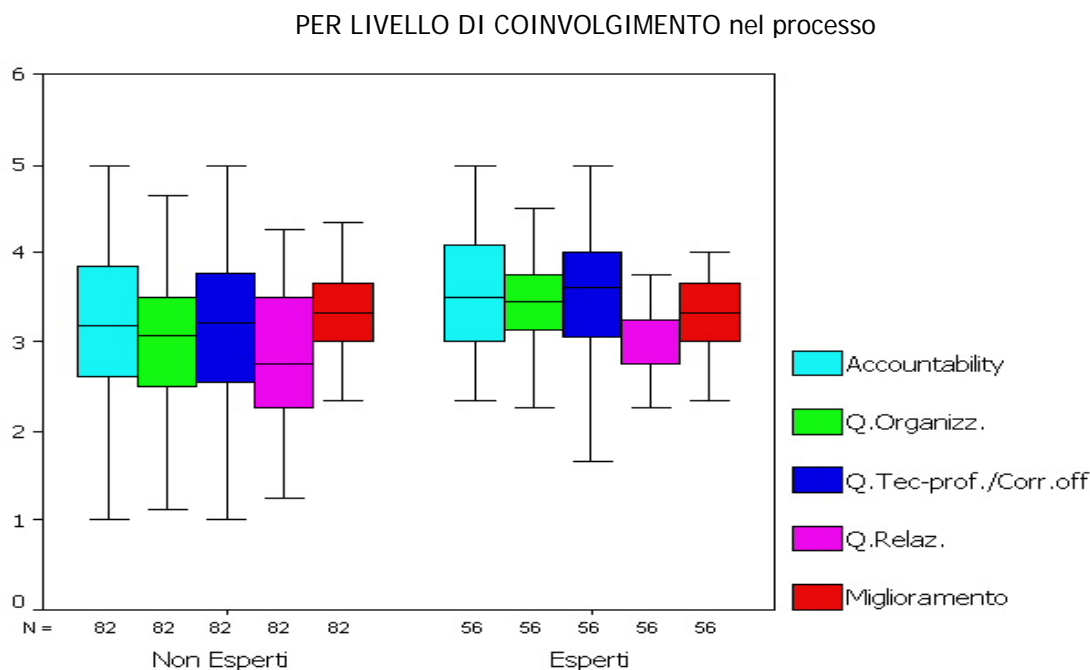
*L'impatto della partecipazione*

Il sostanziale impatto positivo del processo di accreditamento è percepito da tutti i professionisti, indipendentemente dal fatto che essi vi abbiano partecipato direttamente o meno.

Tuttavia l'impatto positivo è più netto per coloro che hanno contribuito direttamente all'accreditamento dell'Ospedale del Delta. 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.



**Figura 8.** Distribuzione dei giudizi sulle aree di attribuzione delle affermazioni in merito agli effetti attesi dal processo di accreditamento (138 rispondenti - Scala di valori da 1 a 5)



Poche (7 per l'esattezza) sono le affermazioni per le quali si osserva una discordanza fra il giudizio espresso dagli esperti e quello espresso dai non esperti:

- V13 "L'accreditamento aumenta la soddisfazione del personale": in questo caso gli esperti dimostrano di non possedere una precisa opinione rispetto all'affermazione proposta, a differenza dei non esperti che esprimono un giudizio di sostanziale disaccordo.
- V17 "L'accreditamento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali": rispetto a questa affermazione i non esperti tendono a esprimere disaccordo, al contrario della categoria degli esperti che si dimostra in sostanziale accordo.
- V19 "L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti": mentre la gran parte degli esperti (58,1%) sceglie il valore 4 o 5 della scala proposta esprimendo un deciso giudizio di accordo, all'interno della categoria non esperti si produce una spaccatura di opinione; infatti, una volta escluso il giudizio neutro (26,8%), la percentuale di risposte data dalla somma delle risposte 4 e 5 è esattamente uguale a quella data dalla somma delle risposte 1 e 2 che indicano il disaccordo.
- V22 "Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)": in questo caso la categoria esperti si dimostra in sostanziale accordo con l'affermazione proposta; la categoria non esperti tende invece a esprimere al proprio interno un'opinione piuttosto divisa.

- V24 "I benefici dell'accreditamento superano i suoi costi": riguardo a questa affermazione, gli esperti si mostrano più decisionisti e in accordo (il 55,4% sceglie i valori 4 o 5 della scala) rispetto alla categoria dei non esperti, dove ben il 44,4% non sa prendere posizione e sceglie il valore 3.
- V26 "L'accreditamento aumenta l'appropriatezza clinica": anche per questa affermazione gli esperti dimostrano di possedere una precisa opinione di accordo rispetto all'affermazione proposta, esprimendo in un solo caso il completo disaccordo, mentre i non esperti tendono a dividersi in maniera praticamente simmetrica rispetto al valore centrale e quindi a non assumere un'opinione prevalente rispetto all'altra.
- V27 "L'accreditamento aumenta la soddisfazione dei pazienti": i giudizi espressi all'interno delle due categorie intervistate si pongono in completa antitesi: la categoria esperti si dice in sostanziale accordo con l'affermazione proposta, mentre la categoria non esperti fa emergere un'opinione di disaccordo.

*Consapevolezza o illusione?*

Esperti e non esperti esprimono opinioni discordanti su alcune questioni che riguardano la 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.

L'aver preso parte direttamente al percorso (e quindi l'avervi investito personalmente in termini di tempo, fatica, studio, messa in discussione di opinioni e modalità di lavoro, ...) sembra pertanto in grado di sciogliere i principali dubbi riguardo ai possibili limiti del miglioramento.

Resta da chiarire se questa maggiore compattezza e ottimismo siano il frutto di una consapevolezza più elevata rispetto agli effetti positivi del processo (anche di quelli meno evidenti per i non addetti ai lavori) o se, al contrario, la vicinanza emotiva all'oggetto renda meno lucidi nel riconoscerne i limiti reali o i possibili fallimenti.

### 7.2.2. Medici e comparto a confronto

Riguardo alla distribuzione dei giudizi a seconda del ruolo professionale dei rispondenti (dirigenti medici vs comparto sanitario<sup>45</sup>), per gran parte delle affermazioni il comparto tende a esprimere un giudizio di sostanziale accordo “mediamente” superiore a quello espresso dalla dirigenza medica (Figura 9), seppure tale differenza non sia quasi mai statisticamente significativa.

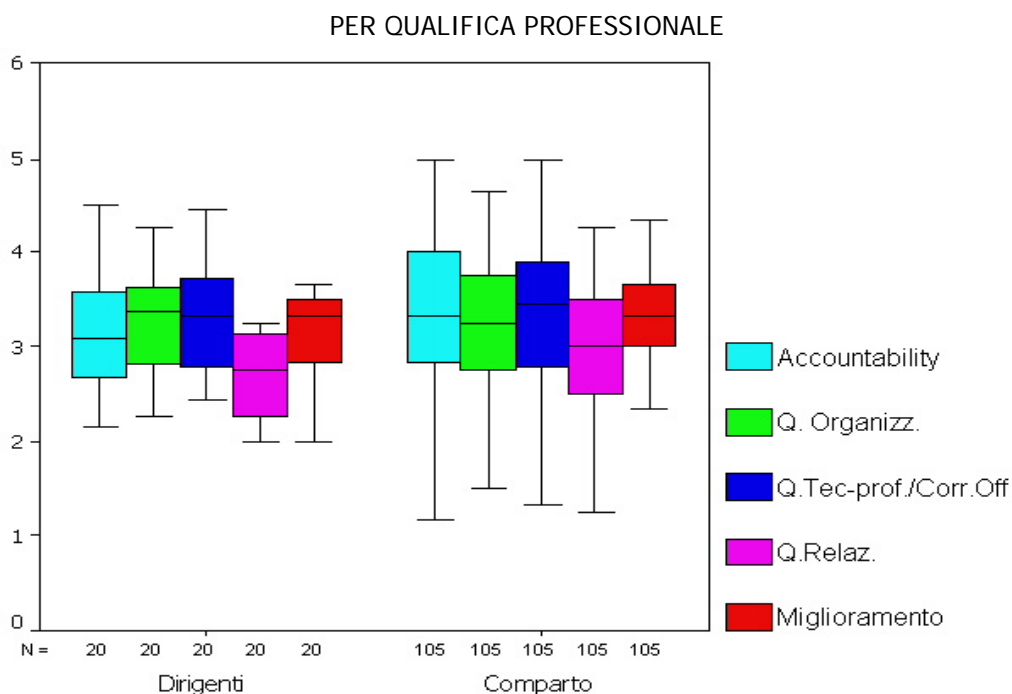
In particolare, le aree in cui si registra da parte del comparto sanitario il maggiore accordo rispetto alle affermazioni proposte sono quelle relative all'*accountability*, alla qualità tecnico-professionale e relazionale. Diversamente, i medici esprimono giudizi più elevati e quindi si mostrano maggiormente in accordo rispetto alle affermazioni concernenti l'impatto del processo di accreditamento sulla qualità organizzativa e sulla capacità di indurre processi di miglioramento nell'organizzazione.

#### *L'impatto diffuso sul comparto*

Il sostanziale impatto positivo del processo di accreditamento è percepito da tutti i professionisti, indipendentemente dal ruolo professionale.

Tuttavia i miglioramenti sembrano più evidenti al personale del comparto (infermieri, ostetrici e tecnici) che alla dirigenza medica.

**Figura 9.** Distribuzione dei giudizi sulle aree di attribuzione delle affermazioni in merito agli effetti attesi dal processo di accreditamento (125 rispondenti<sup>46</sup> - scala di valori da 1 a 5)



<sup>45</sup> All'interno della categoria comparto è stato incluso il personale tecnico (dirigente e non).

<sup>46</sup> Sono stati esclusi i rispondenti che non hanno indicato la propria qualifica professionale.

Riguardo al dettaglio delle singole affermazioni, solamente in 8 affermazioni su 30 la dirigenza medica sceglie un valore mediamente superiore a quello espresso dal comparto (fra parentesi è indicata la media osservata):

- V3 "L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali (gestione casi diabete, scompenso cardiaco, ...)" (dirigenti medici = 3,85 vs comparto = 3,42)
- V11 "L'accreditamento diffonde i metodi per la gestione del rischio (*incident reporting*, ...)" (dirigenti medici = 3,65 vs comparto = 3,54)
- V19 "L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti" (dirigenti medici = 3,40 vs comparto = 3,15)
- V20 "L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti" (dirigenti medici = 3,30 vs comparto = 3,27)
- V21 "L'accreditamento migliora le *performance* clinico-professionali" (dirigenti medici = 3,37 vs comparto = 3,29)
- V22 "Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)" (dirigenti medici = 3,75 vs comparto = 3,08)
- V25 "L'accreditamento incoraggia l'aderenza alle *best practice*" (dirigenti medici = 3,45 vs comparto = 3,33)
- V30 "I costi dell'accreditamento superano i suoi benefici" (dirigenti medici = 3,20 vs comparto = 2,76)

#### *L'attenzione selettiva della dirigenza medica*

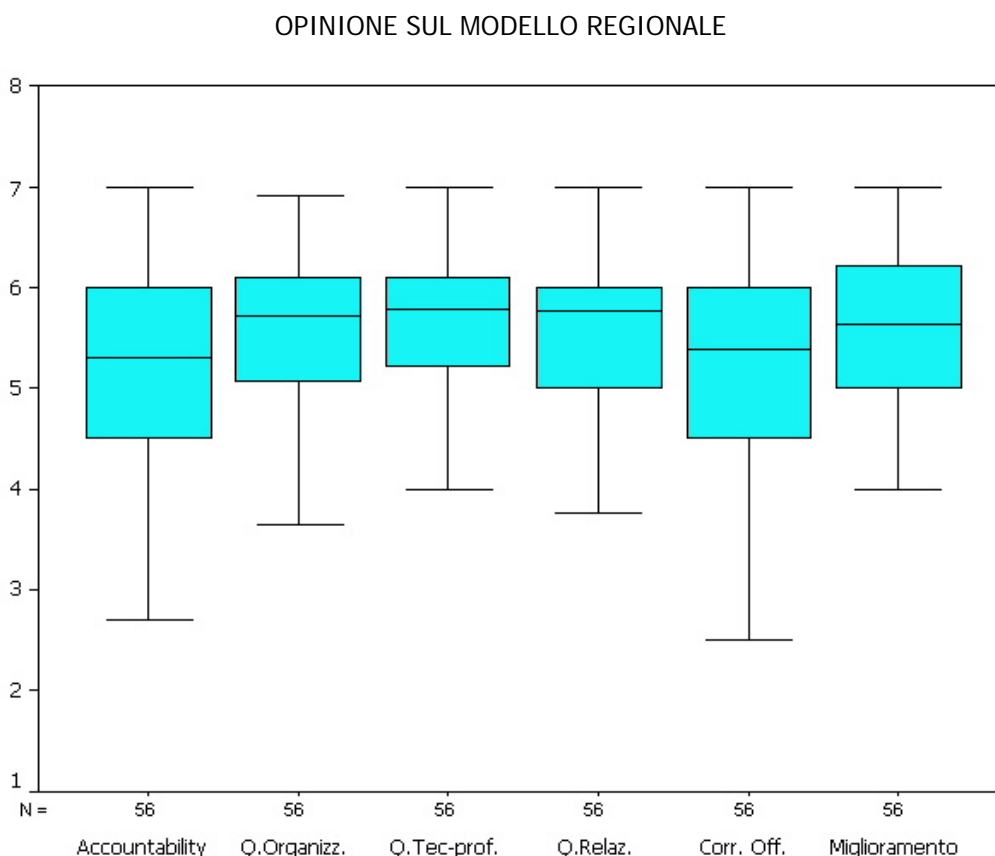
Su alcuni aspetti la dirigenza medica esprime giudizi più positivi del comparto, in particolare su razionalizzazione dei percorsi e miglioramento delle *performance* cliniche, aumento della sicurezza, della gestione del rischio e dell'aderenza alle *best practice*, i medici evidenziano benefici maggiori rispetto a quelli intravisti dal personale del comparto. Allo stesso tempo, per la dirigenza il rapporto costi-benefici è meno positivo e il peso dei costi indiretti è più evidente.

### 7.3. L'opinione del personale esperto sul modello regionale

Nel questionario somministrato al personale coinvolto nel processo di accreditamento (esperti) è elencata una serie di 45 elementi e ambiti dedotti dal modello di accreditamento regionale contenuto nella DGR n. 327 del 2004, sui cui l'accREDITAMENTO potrebbe avere avuto un impatto. Ai rispondenti è richiesto di indicare - in un una scala di valori compresa tra 1 (massimo valore negativo) e 7 (massimo valore positivo) con 4 (valore nullo) - quale tipo di impatto il processo di accREDITAMENTO ha avuto su ciascuno degli aspetti sottoposti.

In Figura 10 è evidenziata attraverso un grafico *box plot*<sup>47</sup> la distribuzione dei giudizi espressi dai 56 rispondenti in base alle aree di attribuzione delle affermazioni (*accountability*, qualità organizzativa, tecnico-professionale/correttezza dell'offerta, qualità relazionale e miglioramento) e alla scala di valori proposti.

**Figura 10.** Distribuzione dei giudizi sulle aree di attribuzione degli elementi/aspetti contenuti nella DGR 327/2004 (56 rispondenti - scala di valori da 1 a 7)



<sup>47</sup> Vedi nota 43.

I risultati mostrano come per tutte le affermazioni poste, la maggioranza degli intervistati ritenga sempre vi sia stato un impatto positivo del processo di accreditamento sugli elementi o ambiti rispetto ai quali è stata richiesta l'espressione di un parere. In particolare, la Figura mostra che per ciascuna area considerata il valore mediano dei pareri espressi dagli intervistati è sempre superiore a 5 e il valore più elevato si osserva per le affermazioni afferenti all'area della qualità tecnico-professionale (valore mediano pari a 5,78). Per quest'area si osserva inoltre la minore variabilità di giudizio tra i rispondenti, in quanto il *range* interquartile (ossia l'intervallo di valori in cui è compreso il 50% dei giudizi espresso dai rispondenti) è compreso tra 5,22 e 6,11. Al contrario, l'area rispetto alla quale si osserva la maggiore variabilità di giudizio sull'impatto del processo di accreditamento è quella comprendente gli elementi riconducibili all'area dell'*accountability*. Sono proprio due di questi aspetti ad ottenere i valori mediamente più bassi sulla scala proposta, quasi a indicare un certo *deficit* di comunicazione, di scambio o comunque una scarsa condivisione del flusso di informazioni tra l'area aziendale preposta all'individuazione delle politiche aziendali e il personale operativo; si tratta di:

- R5 "Esplicitazione delle politiche aziendali verso il personale": la moda è pari a 5, ma il valore medio si attesta a 4,64 e la somma dei valori 5, 6 e 7 raggiunge il 64,2% delle risposte
- R6 "Coinvolgimento del personale nelle politiche aziendali": la moda è pari a 5, ma il valore medio si attesta a 4,46 e la somma dei valori 5, 6 e 7 raggiunge appena il 55,3% delle risposte

*Il successo del modello regionale*

I 56 esperti del modello regionale intervistati dichiarano che il processo ha avuto effetti positivi su tutte le aree di azione.

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'accreditamento ha mostrato la maggiore efficacia; al contrario, l'area dell'*accountability* (individuazione delle responsabilità, coinvolgimento del personale nelle politiche e nelle valutazioni periodiche, esplicitazione e valutazioni delle politiche aziendali) è quella dove il miglioramento è giudicato complessivamente più debole.

Riguardo al complesso delle singole affermazioni, per tutte le 45 affermazioni proposte la maggioranza delle risposte (oltre il 55%) si concentra sui valori 5, 6 e 7 della scala proposta (riconducibili ai valori positivi) ed è superiore all'80% per 36 su 45 affermazioni poste, raggiungendo oltre il 90% nelle seguenti affermazioni (fra parentesi è indicata la percentuale ottenuta sommando 5, 6 e 7 della scala e il valore più frequentemente scelto, cosiddetta moda):

- R1 "Individuazione delle responsabilità del personale nella verifica dei risultati" (91%; moda = 6)
- R12 "Definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività in riferimento alla continuità" (90,9%; moda = 5)

- R14 "Gestione della documentazione in maniera sistematica e ordinata" (96,4%; moda = 6)
- R15 "Definizione dei percorsi per l'inserimento/addestramento del personale" (92,8%; moda = 6)
- R20 "Utilizzo di procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, *privacy*)" (91%; moda = 7)
- R22 "Utilizzo di procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate" (92,9%; moda = 6)
- R23 "Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste attese, accesso in emergenza- urgenza, ...)" (92,9%; moda = 7)
- R24 "Utilizzo di procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti" (91,1%; moda = 6)
- R25 "Disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifica" (91,1%; moda = 6)
- R31 "Informazione sistematica dell'utente nelle diverse fasi dell'assistenza (ad es. comunicazione orari visita, nome del medico referente, colloqui con l'utente, ...)" (91,0%; moda = 6)
- R41 "Capacità dell'organizzazione di migliorare i processi" (92,8%; moda = 6)
- R42 "Realizzazione e valutazione formalizzata e documentata dei progetti di miglioramento" (92,9%; moda = 6)
- R44 "Coinvolgimento costante delle articolazioni operative in almeno un progetto di miglioramento" (91,1%; moda = 5)

*Effetti positivi che durano nel tempo*

Gli effetti positivi del processo di accreditamento sono evidenti per la maggioranza degli esperti su tutti i 45 aspetti elencati. Ciò significa che il processo ha effettivamente agito su tutti i requisiti generali previsti per legge e che la valutazione tecnica positiva del *team* dei valutatori trova una importante conferma nell'opinione di coloro che 3 anni fa hanno partecipato al percorso e ancora oggi toccano con mano i suoi effetti positivi.

Su alcuni di questi aspetti, il miglioramento è netto per la quasi totalità degli intervistati e le punte di eccellenza riguardano aspetti di tutte le aree: dalla individuazione delle responsabilità per la verifica dei risultati, all'utilizzo delle procedure per la garanzia dei diritti dell'utente, delle attività, dell'accesso e della gestione del rischio, passando dalla definizione dei percorsi per l'inserimento del personale e dei punti di coordinamento per la continuità assistenziale, fino alla gestione della documentazione e all'informazione sistematica dell'utente in tutte le fasi.

Complessivamente, per ben 43 affermazioni su 45 la maggior parte dei rispondenti sceglie il valore 6 (in 29 affermazioni) o 5 (in 14 affermazioni); solo per 2 affermazioni il valore della scala scelto più frequentemente è il 7 (fra parentesi è indicata la percentuale di rispondenza):

R20 "Utilizzo di procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, *privacy*)" (35,7%)

R23 "Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste attese, accesso in emergenza-urgenza, ...)" (42,9%)

#### *Procedure di trasparenza ed equità*

Due sono gli ambiti che l'accreditamento sembra aver cambiato radicalmente: l'utilizzo delle procedure che riguardano da un lato la garanzia degli utenti (in termini di informazione, rispetto della *privacy*, raccolta del consenso informato e delle segnalazioni), dall'altro l'accesso alla struttura (criteri di eleggibilità, liste di attesa, accesso in emergenza-urgenza, ...).

### **7.3.1. Medici e comparto a confronto**

Riguardo alla distribuzione dei giudizi a seconda del ruolo professionale dei rispondenti (dirigenti medici *vs* comparto sanitario<sup>48</sup>), si sottolinea che per la quasi totalità delle affermazioni, il comparto tenda a esprimere in maniera più incisiva un giudizio di sostanziale impatto positivo del processo di accreditamento sugli aspetti proposti rispetto a quanto osservato per la dirigenza medica (*Figura 11*). Infatti, il valore medio delle risposte fornite dal personale del comparto è sempre superiore al valore osservato per la dirigenza medica, anche se tale differenza non è quasi mai statisticamente significativa. Solo in due casi la differenza si mostra statisticamente significativa (ossia per R22 "Utilizzo di procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate" e per R23 "Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste attese, accesso in emergenza-urgenza, ...", entrambi aspetti riconducibili alla macroarea qualità tecnico-professionale).

#### *Gli esperti del comparto*

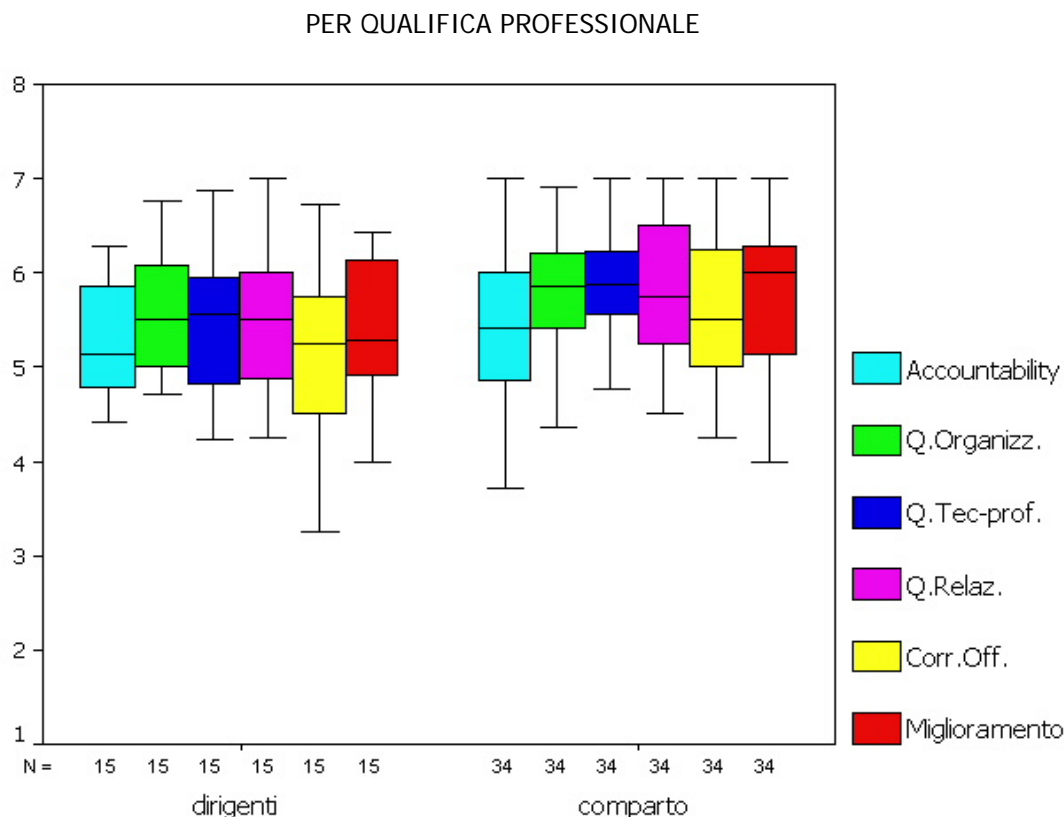
Come nel caso dell'orientamento generale, anche tra gli esperti del modello regionale gli effettivi positivi dell'accreditamento sono più evidenti per il personale del comparto (infermieri, ostetrici e tecnici) che per la dirigenza medica (sebbene la differenza tra i gruppi sia meno marcata).

---

<sup>48</sup> All'interno della categoria comparto è stato incluso il personale tecnico (dirigente e non).



**Figura 11.** Distribuzione dei giudizi sulle aree di attribuzione degli elementi/aspetti contenuti nella DGR 327/2004 (49 rispondenti<sup>49</sup> - scala di valori da 1 a 7)



## 7.4. Discussione

Per i 138 professionisti intervistati che lavorano presso l'Ospedale del Delta di Ferrara, il processo di accreditamento è stato sicuramente in grado di produrre effetti positivi e miglioramenti su tutte le dimensioni della qualità indagate (*accountability*, qualità tecnico-professionale e correttezza dell'offerta, qualità organizzativa, qualità relazionale e miglioramento complessivo del sistema).

L'impatto positivo del processo è evidente sia su aspetti generali (30) che sui moltissimi elementi specifici che caratterizzano il modello regionale (45 requisiti generali).

In alcune aree l'impatto positivo sembra essere stato mediamente più forte e netto, altri in cui il miglioramento appare complessivamente più debole o dubbio. In particolare gli elementi (sia di carattere generale che specifici del modello regionale) che rimandano da un lato alla qualità tecnico-professionale, dall'altro al miglioramento complessivo del sistema, emergono come quelli sui quali i segnali di cambiamento sono stati

<sup>49</sup> Sono stati esclusi i valori *missing*, ossia i rispondenti che non avevano indicato la propria qualifica professionale

mediamente più decisi. Le aree dell'*accountability* e della qualità relazionale appaiono invece quelle rispetto alle quali i professionisti sono più indecisi e indicano miglioramenti complessivamente più deboli.

Sono tuttavia non solo numerosi, ma anche di importanza cruciale i singoli aspetti su cui il processo di accreditamento ha inciso in maniera estremamente positiva.

- In termini di opinione generale, si evidenzia in particolare come il processo abbia cambiato in maniera sostanziale e innovativa le modalità organizzative di gestione dei servizi, diffuso i valori legati alla qualità, ridotto la variabilità dei servizi e aumentato l'adesione agli standard, e sia stato veicolo di cambiamento complessivo del sistema.
- Rispetto al modello regionale, gli effetti positivi del processo di accreditamento sono evidenti per la maggioranza degli esperti su tutti i 45 aspetti elencati e le punte di eccellenza riguardano l'individuazione delle responsabilità per la verifica dei risultati; l'utilizzo delle procedure per la garanzia dei diritti dell'utente, delle attività, dell'accesso e della gestione del rischio; la definizione dei percorsi per l'inserimento del personale e dei punti di coordinamento per la continuità assistenziale; la gestione della documentazione e l'informazione sistematica dell'utente in tutte le fasi.

Ciò significa non solo che il processo ha effettivamente agito su tutti i requisiti generali previsti per legge, ma anche che la valutazione tecnica positiva del *team* dei valutatori trova una importante conferma nell'opinione di coloro che 3 anni fa hanno partecipato al percorso e ancora oggi toccano con mano i suoi effetti positivi.

Il sostanziale e diffuso impatto positivo dell'accreditamento è percepito da tutti i professionisti, indipendentemente dal loro livello di coinvolgimento nel processo stesso o dal ruolo professionale.

L'accreditamento si delinea pertanto come volano di miglioramento complessivo, che ha trovato nella sua declinazione regionale un indiscusso e riconosciuto modello di garanzia di qualità, in grado di far durare i cambiamenti nel tempo.

In questo panorama estremamente confortante e positivo è tuttavia possibile individuare elementi di attenzione, che è opportuno non trascurare. In primo luogo i dati evidenziano:

- ambiti che sembrano richiedere sforzi e investimenti: in particolare l'attenzione dei *team* terapeutici ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la comunicazione tra professionisti, la comunicazione con i pazienti e la loro sicurezza sono ambiti che hanno indubbiamente ottenuto dei miglioramenti, ma su cui è necessario continuare a investire;
- questioni aperte da approfondire: per molti non è chiaro se e fino a che punto l'accreditamento abbia incoraggiato l'aderenza alle *best practice* o abbia cambiato le modalità di gestione dei casi (in termini di ruoli e responsabilità) e non è facile chiarire che tipo di bilancio abbia in termini di costi-benefici, anche se sembra che i costi indotti dall'attivazione del processo pesino più di quelli diretti e i benefici superino complessivamente i costi;

- possibili punti deboli del sistema: l'accreditamento non ha contribuito ad attivare meccanismi tali da condurre a una riduzione dei tempi di attesa né del *turnover* di personale, né ha aumentato la soddisfazione di utenti e operatori. Si deve tuttavia ribadire che la riduzione dei tempi di attesa e la riduzione del *turnover* del personale (soprattutto quello infermieristico) dipendono in modo preponderante da misure di politica sanitaria attivate a livello regionale e aziendale, quali ad esempio quelle in merito all'appropriatezza organizzativa e al corretto dimensionamento dell'offerta.

Si sottolinea come, riguardo a questi elementi, i giudizi dell'Alta dirigenza aziendale e di presidio siano più ottimisti rispetto a quelle espressi dal personale (vedi *Capitolo 6*).

In secondo luogo, la ricerca evidenzia livelli di risposta e opinioni diverse in base al ruolo professionale e al livello di coinvolgimento nel processo. In particolare si osserva da un lato che gli esperti rispondono più dei non esperti (59,5% vs 50,6%) e il personale non dirigente (infermieri-ostetrici e tecnici) più dei medici dirigenti (rispettivamente 52,2% e 68,8% vs 28,6%); dall'altro, che tutti i miglioramenti prodotti dal processo sono più evidenti per chi ha partecipato nel 2004 all'accreditamento dell'ospedale e per il personale del comparto.

Questi dati possono sicuramente essere interpretati come ovvie conseguenze dirette dello sbilanciamento iniziale del campione, dei successivi meccanismi di autoselezione, di una maggiore disponibilità del comparto al coinvolgimento o della partecipazione al processo di accreditamento stesso.

Contemporaneamente però possono nascondere anche un mancato collegamento tra chi ha partecipato all'accreditamento e chi no e, quindi, essere sintomo di una limitata diffusione del processo o dell'esistenza di resistenze nascoste alla logica e ai valori stessi dell'accreditamento. Il dubbio sollevato dai professionisti è infatti quello che si stia procedendo a due differenti velocità: una che riguarda i più sensibili e coinvolti, l'altra che riguarda coloro che rimangono (o decidono di rimanere) ai margini del processo. Nel prossimo futuro va quindi chiarito meglio come procedere nei processi di miglioramento e in particolare se è opportuno accelerare facendo leva sulla parte più esperta e sensibile, o se al contrario rallentare per recuperare i meno coinvolti e i più scettici.

Volendo utilizzare i dati emersi in un'ottica più critica, è possibile affermare che, da un certo punto di vista, i punti di forza di oggi svelano insidiosi rischi per il futuro.

La ricerca ha infatti indirettamente evidenziato come la partecipazione al processo di accreditamento sia una (o forse la) variabile cruciale per il successo stesso di tutto il sistema. L'associazione stretta tra accreditamento e partecipazione è un elemento che si ritrova anche nell'opinione dell'Alta dirigenza aziendale intervistata (vedi *Capitolo 5*). È quindi il coinvolgimento diretto che permette non solo l'innescarsi dei cambiamenti, ma anche il riconoscimento, la valorizzazione e il mantenimento degli effetti positivi nel tempo.

Contemporaneamente però l'accreditamento (al di là del fatto che fosse o meno nei suoi obiettivi) sembra non avere inciso su due elementi organizzativi altrettanto cruciali: il *turnover* del personale e la soddisfazione di quest'ultimo. Un elevato *turnover* di personale (soprattutto del comparto), abbinato a bassi livelli di soddisfazione,

a situazioni di *burn out* degli operatori e a un mancato ampliamento del coinvolgimento di nuovi operatori, rischia di minare alla base il motore stesso dell'accreditamento, ovvero quel meccanismo di partecipazione e di trasferimento di competenze, che ha permesso agli operatori inizialmente coinvolti nel processo di non perdere la motivazione al miglioramento, di mantenere alta l'attenzione sui temi della qualità e un'elevata consapevolezza e valorizzazione dei risultati ottenuti. Di questo rischio l'Alta dirigenza aziendale e di presidio sembrano particolarmente consapevoli.

È quindi possibile ipotizzare fin da ora azioni di rinforzo del sistema, in particolare potrebbero essere utili:

- allargamento del coinvolgimento del personale sui temi dell'accreditamento e della qualità (personale socio-sanitario, personale amministrativo, MMG-PLS, servizi territoriali, ...);
- sensibilizzazione della dirigenza medica;
- sensibilizzazione e partecipazione dell'Alta dirigenza aziendale e di presidio;
- attuazione di proposte innovative (rinnovi, accreditamento dei percorsi, dei programmi, accreditamento della dirigenza e dell'azienda, integrazioni col socio-sanitario, ...).

Quelle appena elencate sono sicuramente sfide rischiose e faticose (sia a livello regionale che di singola Azienda), ma forse sono le uniche in grado di mantenere vitale e creativo un sistema che in caso contrario rischia un inesorabile rallentamento, dovuto sia a forze contrarie (come il *turnover* e l'insoddisfazione del personale), sia a resistenze inerziali (quali la *routine* della burocrazia e delle procedure o la mancata partecipazione di alcuni professionisti).

Da questo punto di vista, la ricerca ha confermato come il processo di accreditamento "non dovrebbe essere mai finito", per la Regione che lo gestisce, per i *team* di valutatori che lo applicano, per i professionisti che lo "subiscono" o i dirigenti che lo "pubblicizzano con orgoglio".

Se ci si ferma infatti in termini di riflessione critica e ci si accontenta dei risultati raggiunti, la spinta propulsiva rischia di esaurirsi. Senza un allargamento della base partecipativa e l'introduzione di sperimentazioni, un processo inizialmente innovativo e coinvolgente, qual è appunto stato l'accreditamento, può trasformarsi velocemente in una *routine* burocratica (fatta di rinnovi formali, moduli e procedure da stilare, *check list* da compilare, controdeduzioni da inviare, decreti da firmare, ... ), di cui si perdono i testimoni umani e professionali e con essi il ricordo e la memoria del senso che lo hanno generato e reso possibile.

## 8. Epilogo: quale valore nel processo di accreditamento? <sup>50</sup>

### 8.1. Valore sociale

#### *Un problema di stima*

Uno dei concetti fondamentali della teoria economica in generale è quello di valore.

Il valore di un bene è dato da elementi oggettivi (la scarsità) o elementi soggettivi (diversa importanza attribuita a un bene da parte di una pluralità di soggetti, oppure importanza data a diversi beni da un soggetto). I concetti di utilità e di stima sono impliciti nel concetto di valore.

È evidente che volendo esprimere il valore come entità, essa risulterà diversa a seconda del punto di vista del soggetto singolo o della collettività che è chiamata a esprimere la propria valutazione/stima.

Le teorie economiche si sono sviluppate prioritariamente con riferimento al mercato e nel Capitolo 3 si sono analizzati gli argomenti che inducono a non affrontare per l'accreditamento l'analisi costi/benefici nei termini economici normalmente usati nelle teorie aziendali. In tale capitolo, è stato trattato il problema della quantificazione dei costi (risolvibile) e dei correlabili valori economici insiti nei risultati, che esulano da tale campo di analisi.

Ciò nonostante, è necessario affrontare lo spinoso problema di formulare con un'espressione non economica la valutazione del processo di accreditamento visto come un sistema flessibile di miglioramento dinamico, di cui sarebbe riduttivo esaminare meramente l'esito dei controlli svolti presso l'Ospedale del Delta.

La valutazione deve inquadrare l'accreditamento non solo nei suoi aspetti tecnici ma anche in quelli di politica pubblica in cui tale processo si colloca e che concorre ad attuare.

Quindi si tratta di un valore stimato da vari punti di vista: dal cittadino, dagli *stakeholder*, dagli operatori e dalla Pubblica amministrazione che lo ha voluto e attuato. Si può uscire dall'ambito meramente economico per tentare di leggere come le *performance* dell'accreditamento hanno agito su cultura organizzativa, sistema di valori sociali, obiettivi politici, aspettative individuali. Molteplici punti di vista, molteplici logiche necessitano di diverse tecniche di lettura e lasciano presumere esiti non univoci.

---

<sup>50</sup> A cura di Daria Aumiller.

### ***Le diverse teorie***

I servizi pubblici vengono organizzati per rispondere ai bisogni dei cittadini e, proprio per le caratteristiche di tali bisogni, sono normalmente fuori dalla logica di mercato.

Ma le teorie aziendali, anche se solo in tempi piuttosto recenti, si sono occupate anche delle Amministrazioni pubbliche e la logica della valutazione dei costi, come già detto al Capitolo 3, è ampiamente diffusa anche in tale ambito. Con metodi oggettivi vengono verificati i risultati conseguiti per singole attività o funzioni (particolarmente nella responsabilizzazione della dirigenza).

Per la Pubblica amministrazione non è più sufficiente guardare verso i propri portatori di interesse istituzionali e soddisfare al meglio i loro bisogni (valore collegato al livello di consenso conseguito dalla PA); essa deve confrontarsi con metodi di individuazione delle *performance* e del loro valore.

Ciò è tanto più vero in questi ultimi anni in cui tutte le organizzazioni pubbliche si trovano di fronte a una duplice sfida. Da un lato sono chiamate a contribuire al processo di contenimento della spesa pubblica per rispettare i vincoli di bilancio, dall'altro devono rispondere alle crescenti aspettative dei cittadini in termini di miglioramento della qualità dei servizi.

Tale problema è ancora più acuito in sanità ove la limitatezza delle risorse e la sempre crescente domanda di servizi rende necessario misurare la *performance*, vale a dire valutare i risultati raggiunti in termini di impatto sulla collettività, rispetto alle risorse impiegate. Se queste ultime sono esprimibili in termini monetari, il valore attribuibile al servizio reso esula dal confronto costo/corrispettivo anche allorquando si sia in presenza di tariffe o *ticket*.

Il valore attribuibile al servizio pubblico va ricercato in altro modo; sono i bisogni stessi che il servizio va a soddisfare che esulano dalla dimensione meramente economica: essi infatti fanno riferimento a concetti quali giustizia, sicurezza, istruzione, salute, cultura, ecc.

Gli studi delle politiche pubbliche fanno tutti riferimento all'alto grado di interdisciplinarietà che essi comportano. C'è la necessità di utilizzare informazioni provenienti da settori scientifici diversi per comprendere e/o valutare progetti pubblici che normalmente devono confrontarsi con vincoli che sono contemporaneamente tecnici, politici, finanziari, giuridici, culturali e organizzativi. Quindi, allo studioso di politiche pubbliche si richiede la capacità di capire e di integrare gli specifici punti di vista di coloro che partecipano a un progetto.

Forse è utile richiamare la classica definizione di Max Weber, secondo il quale l'azione sociale è l'azione (fare, tralasciare, subire) il cui scopo è orientato verso altre persone e condiviso con altre persone. Weber classifica l'azione sociale:

- azione razionale rispetto allo scopo: avere uno scopo chiaro e organizzare razionalmente i propri mezzi per conseguirlo, in rapporto alle possibili conseguenze. È tipica dell'agire economico;

- azione razionale rispetto al valore: l'azione è conforme ai principi di valutazione: agire in base ai valori condivisi restando fedeli alle idee;
- azione affettiva: Azioni di gioia o affetto, non dettate dal fine o dai valori ma dalle emozioni, dall'umore, dall'espressione di un bisogno interno;
- azione tradizionale: abitudini acquisite, obbedire a dei riflessi radicati da una lunga pratica senza chiedersi se esistano altre strade per raggiungere lo stesso scopo.

Nel presente caso, l'agire pubblico attiene alla seconda e fa riferimento al valore derivante da valori condivisi ed idee che attengono al concetto di collettività.

### ***Valore sociale dell'accreditamento***

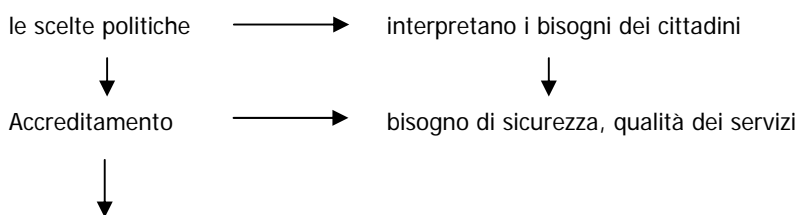
Con queste premesse si è tentato di dare una chiave di lettura del valore sociale dell'accreditamento in modo originale, attingendo a varie teorie e adattandone i metodi al contesto specifico. In particolare si è dovuto tener conto della circostanza che si tratta del primo esperimento attuativo di una normativa recentissima e innovativa (non esistono *performance* precedenti cui riferirsi); che si tratta della risposta a un tipico bisogno collettivo e quindi nell'impossibilità di individuare un utente-beneficiario; che la molteplicità di soggetti coinvolti e interessati comporta la ricerca di modalità di lettura delle rispettive valutazioni non univoca.

Fra i vari autori che hanno trattato l'argomento del valore sociale o valore pubblico si cita Elio Borghonovi (2001a) che esamina tutte le difficoltà insite nell'affermazione di "azienda che deve produrre valore pubblico" implicita nel termine "valore pubblico" (l'Amministrazione deve produrre un valore finale, che può far riferimento a concetti quali equità e che si rivolge alla generalità dei cittadini). L'autore conclude che, nonostante le difficoltà tecniche e la discrezionalità insita nel diverso punto di vista dell'osservatore, vale comunque la pena sviluppare modelli di attribuzione del valore alle *performance* della PA, anche solo per far recuperare dignità e motivazione agli operatori impegnati in un continuo miglioramento dei risultati.

In tale consapevolezza si è elaborato il sottostante modello che si richiama principalmente al modello denominato *Public service value* (PSV), traendo da questo alcuni elementi che ben si adattano al presente contesto.

Con tale approccio, prescindendo dai tradizionali sistemi di misurazione della *performance* normalmente orientati a obiettivi quantitativi pre-determinati, si attribuisce un elevato valore di *performance* alle organizzazioni che sono in grado di fornire alla collettività i servizi secondo logiche di eccellenza, tali da non fermarsi alla corretta risposta ai bisogni della cittadinanza, ma contemporaneamente sviluppare sinergie positive quali l'integrazione, la trasparenza, l'equità, l'eccellenza professionale, ecc., ossia quegli elementi di qualità che rispondono a esigenze più generali della collettività e che concorrono alla realizzazione del modello di società civile voluto.

È possibile analizzare nello specifico l'accreditamento secondo questo schema:



ulteriori benefici di carattere generale  
(integrazione, trasparenza, cultura diffusa, ...)

Al processo di accreditamento viene attribuito un valore rispetto ai tre punti di riferimento:

- politiche regionali;
- *stakeholder* che realizzano i servizi in qualità e sicurezza;
- *stakeholder* che possono usufruire/percepire gli ulteriori benefici (sistema qualità).

### ***Quale valore?***

Volendo valutare il processo di accreditamento nella sua prima fase attuativa presso l'Ospedale del Delta di Ferrara, occorre verificare quale valore esso abbia sia nel suo aspetto progettuale che negli aspetti applicativi. Il valore attribuibile alla fase attuativa viene desunto dalle informazioni sugli effetti del processo che sono state raccolte presso gli utilizzatori (professionisti, cittadini, associazioni di rappresentanza dei malati, ...) e presso gli implementatori (ossia i funzionari regionali e aziendali che si occupano di accreditamento e i valutatori), diversificando gli strumenti in base ai diversi *stakeholder* di riferimento.

Inoltre occorre sommare il valore attribuibile agli aspetti meramente tecnici propri dell'accreditamento a quelli più generali sociali che sono in esso contenuti o cui l'accreditamento concorre alla realizzazione.

Seguendo il metodo PSV non si farà riferimento a scale di valori o ad arbitrarie quantificazioni di aspetti meramente qualitativi ma si desumerà il valore dalla maggiore o minore aderenza a un modello ottimale prefigurato dalla Pubblica amministrazione che lo attua o implicito nelle valutazioni della popolazione di riferimento (utilizzatori, implementatori, e altri), non avendolo prefigurato a priori. A tale scopo le informazioni vengono desunte dalle risposte ai questionari somministrati agli operatori coinvolti e a quelli di orientamento, nonché dalle interviste a personaggi interessati ma non coinvolti direttamente.



Si procede pertanto nel determinare quale sia:

- il valore che la Regione dà a una sua stessa iniziativa, nella progettualità e nei modi e tempi di attuazione;
- il valore che viene attribuito alla realizzazione del progetto regionale presso l'Ospedale del Delta, da parte delle istituzioni e delle persone che hanno partecipato, che sono state coinvolte, che usufruiscono del processo attuato e dei suoi risultati;
- il valore che viene percepito da vari soggetti, anche non direttamente coinvolti, rispetto ad elementi qualitativi generali sociali quali integrazione, equità, trasparenza, sviluppo di cultura comune.

## **8.2. Valore degli aspetti progettuali dell'accreditamento**

Si è detto che occorre primariamente attribuire un valore all'accreditamento dal punto di vista della Regione che lo ha programmato e attuato.

Si tratta di verificare quanto il progetto attuato si approssimi al modello ottimale teorico prefigurato dalla Regione stessa. Tale modello deve essere desunto dalle linee politico-programmatiche. Nell'ambito dell'Emilia-Romagna, il documento principe è il Piano sociale e sanitario e, se si vuole dare evidenza al modello cui tendere, si deve guardare al futuro e quindi considerare il Piano sociale e sanitario 2007-2009, l'ultimo, e non ancora definitivamente siglato, documento che può dare la visione prospettica.

Gli indirizzi che maggiormente caratterizzano la strategia regionale emergono dalle parole chiave di tale documento, espresse con forza sin dalle premesse e dai primi indirizzi.

Il sistema sanitario regionale è inquadrato in un processo di innovazione del *welfare* che è certo di portata inedita per l'Emilia-Romagna e per l'Italia. È un processo difficile ma indispensabile, da realizzare in un approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie. Viene lanciata l'idea di un patto da proporre alla società regionale, un patto per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie, per rafforzare fiducia e sicurezza.

Il Piano sanitario regionale punta sull'integrazione:

*Il principio dell'integrazione assume valore strategico sotto numerosi profili, in quanto:*

- *rappresenta la condizione necessaria per l'omogenea realizzazione e l'equa esigibilità dei diritti di cittadinanza in campo sociale e sanitario, in tutto il territorio regionale;*
- *favorisce lo sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nelle gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;*
- *permette di perseguire logiche di sistema consentendo la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che rappresenta un contributo per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica;*

- *permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e no profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza.*

Già queste prime frasi presentano un quadro di innovazione radicale i cui elementi portanti sono innanzitutto l'integrazione, il superamento delle visioni settoriali, la promozione della qualità, rafforzando fiducia e sicurezza.

Alla luce degli indirizzi politico-programmatici, quale valore assume l'accreditamento per la Regione?

Ci si deve chiedere se il progetto e il processo di accreditamento attuato siano coerenti con gli obiettivi regionali e se abbiano partecipato alla loro reale attuazione.

La risposta è un forte sì, infatti:

- appare subito evidente che nel Piano sociale e sanitario 2007-2009 la delibera attuativa dell'accreditamento viene citata come una prima azione anticipatrice del Piano stesso;
- l'accreditamento è la risposta efficace al bisogno di servizi di qualità e sicurezza fortemente voluti dalla Regione;
- l'accreditamento concorre a determinare le condizioni favorevoli per lo sviluppo di politiche generali quali l'integrazione, la qualità dei servizi, la sicurezza dei cittadini;
- il processo attuativo ha inoltre tutti gli elementi per sviluppare l'integrazione nei suoi molteplici aspetti più volte richiamati in tutti gli atti di indirizzo e in particolare nel citato Piano sanitario, anche

*promuovendo un confronto fra linguaggi, esperienze, culture e referenze concettuali, premessa e, al contempo, collante prezioso per favorire tutte le successive dinamiche della integrazione.*

### **8.3. Valore dell'efficace realizzazione**

Il valore viene attribuito alla realizzazione del progetto regionale dalle istituzioni e dalle persone che hanno partecipato, che sono state coinvolte, che usufruiscono del processo attuato e dei suoi risultati.

Un primo importante valore deve essere attribuito alle modalità attuative del progetto per gli elementi di omogeneità sul territorio e di integrazione, che rispondono pienamente all'impostazione voluta dal Piano sanitario. Tali elementi sono garantiti dalle modalità organizzative adottate per la realizzazione del processo di accreditamento. Esso avviene infatti su tutto il territorio regionale, nelle aziende pubbliche e private con modalità che garantiscono la massima integrazione, trasparenza, equità ed elevata qualità tecnico-professionale.

Il modello organizzativo posto in essere dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale per dare attuazione al processo di accreditamento non è difforme da quello adottato dalla Regione in altri ambiti: impiegare risorse interne soprattutto per coordinare e indirizzare le attività;

formare un gruppo di professionisti interni al sistema, sia pubblici che privati; costituire in tal modo un gruppo ampio di esperti in grado di intervenire nelle varie fasi e punti del processo.

Tale scelta organizzativa permette di sviluppare il processo con le adeguate professionalità (ingente è l'impegno formativo) senza affidarsi a gruppi esterni di consulenti, da cui si creerebbe nel tempo dipendenza, ma rafforzando le potenzialità in risorse umane presenti nel sistema sanitario regionale. Si sono così ottenute diffusione culturale, partecipazione più attiva e consapevole delle diverse entità coinvolte nel processo, unicità di direzione e conseguente crescita delle capacità progettuali dell'Agenzia, miglioramento del senso di appartenenza di operatori periferici, sviluppo di professionalità elevate, orientamento al miglioramento, omogeneità di percorso, equità e massima trasparenza. A conferma del valore positivo di tale modello organizzativo, si rimanda ai Capitoli 6 e 7 dedicati ai commenti ai questionari e alle interviste.

Un secondo valore attribuibile al livello di efficacia del processo di accreditamento realizzato può essere desunto dalla percezione manifestata dagli svariati *stakeholder* attraverso i questionari compilati (*Capitolo 7*).

Seguendo coerentemente il metodo sin qui adottato, per evitare qualsiasi arbitrarietà, si assumono come elementi positivi quegli aspetti fortemente voluti dal Piano sanitario e si desume dalle risposte degli interessati quanto la concreta realizzazione del processo presso l'Ospedale del Delta sia valutata positivamente o negativamente.

Gli elementi positivi voluti dal Piano sanitario vengono esaminati in due gruppi, seguendo pedissequamente la formulazione del Piano stesso. A ciascun gruppo vengono correlati i quesiti formulati nei questionari e dalle risposte ottenute (che vengono più avanti dettagliatamente descritte) si desume il valore riconosciuto all'accreditamento dagli utilizzatori e dagli implementatori.

*a) favorisce lo sviluppo di processi innovativi nell'organizzazione e nelle gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;*

Sono eloquenti le risposte ai seguenti punti del questionario di orientamento:

- V1 "L'accreditamento è una "vetrina" per dimostrare i propri risultati"
- V2 "L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda"
- V3 "L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali"
- V9 "L'accreditamento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi"
- V11 "L'accreditamento diffonde metodi per la gestione del rischio"
- V12 "L'accreditamento cambia la gestione dei casi"
- V21 "L'accreditamento migliora la *performance* clinico-professionale"
- V28 "L'accreditamento è uno strumento di promozione delle professionalità"
- V29 "L'accreditamento migliora l'integrazione tra professionisti"

e le risposte fornite dagli esperti alle domande se il processo di accreditamento abbia inciso positivamente su:

R20 "Utilizzo di procedure per la garanzia dei diritti degli utenti"

R29 "Valutazione dei risultati relativi al rispetto degli standard nelle prestazioni/servizi erogati"

R30 "Valutazione dei risultati di *performance* professionale (appropriatezza ed efficacia)"

R39 "Capacità dell'organizzazione di correggere le disfunzionalità"

R41 "Capacità dell'organizzazione di migliorare i processi"

*b) permette di perseguire logiche di sistema consentendo la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che rappresenta un contributo per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.*

Analogamente si assumono le risposte al questionario:

R2 "Partecipazione del personale allo svolgimento della valutazione periodica"

R8 "Assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità"

R11 "Definizione dei punti di coordinamento interni e controllo delle attività interne all'organizzazione"

R25 "Disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico scientifica"

R26 "Esistenza di percorsi per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze professionali"

R28 "Condivisione delle competenze acquisite"

R33 "Ascolto dei suggerimenti del personale e confronto sulle criticità"

R34 "Momenti sistematici di coordinamento e di integrazione tra professionisti e UO/servizi"

R45 "Esplicitazione delle responsabilità per il miglioramento"

Un terzo valore dell'accreditamento deriva dagli aspetti positivi che vengono attribuiti al processo realizzato presso l'Ospedale del Delta dalle persone estranee al processo che sono state intervistate; aspetti sintetizzabili nelle seguenti formulazioni: "la gente si sente parte di un sistema"; "accreditamento come potente strumento formativo sul *management*".

È ora possibile rispondere alla domanda se la fase attuativa dell'accreditamento possa essere considerata efficace in quanto rispondente al modello voluto dalla Regione e al modello teorico ottimale implicito nelle persone che hanno partecipato alla sua realizzazione o che ne hanno visto gli esiti senza esserne coinvolte. Si può rispondere sì.

Dall'analisi sopra esposta infatti si desume che il processo di accreditamento nella sua fase attuativa assume un elevato valore perché:

- il modello organizzativo adottato risponde al modello prefigurato dalla Regione come ottimale;
- è valutato positivamente nelle risposte su molteplici aspetti indagati dai questionari;
- dalle interviste ai non addetti ai lavori emergono espressioni di elevata valenza positiva.

## 8.4. Valore sociale per ulteriori elementi qualitativi

Si intende qui il valore che viene percepito da vari soggetti, anche non direttamente coinvolti, rispetto ad elementi qualitativi generali, quali integrazione, equità, trasparenza, sviluppo di cultura comune.

Per dare una risposta oggettiva ci si riferisce al modello di società cui si ispira il sistema sanitario regionale, desunto dalle linee politico-programmatiche. Tale modello fa riferimento all'integrazione (in tutti i suoi aspetti), all'equità, alla trasparenza, alla partecipazione attiva dei cittadini, allo sviluppo di una cultura comune.

Analogamente a alle modalità fin qui adottate, si cercano nei quesiti posti agli *stakeholder* quegli elementi che permettono di far emergere alcuni aspetti di valore sociale del processo di accreditamento, elementi che esorbitano dai meri aspetti tecnici e contribuiscono alla crescita del modello di società che la Regione ha in vario modo prefigurato.

Alcune risposte ai questionari proposti a dirigenti e operatori della sanità mettono in luce come l'accreditamento abbia svolto un importante ruolo nello sviluppo di connotati generali del sistema sanitario e del suo rapporto con la popolazione. Ad esempio:

V5 "L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre aziende"

V6 "L'accreditamento diffonde i valori legati alla qualità"

V8 "L'accreditamento migliora la comunicazione con l'utente"

V14 "L'accreditamento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati"

V16 "L'accreditamento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli *stakeholder*"

V20 "L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti"

V23 "L'accreditamento è un veicolo per il cambiamento complessivo"

Oppure quelle ove viene riconosciuto un importante ruolo nel potenziamento di:

R23 "Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (elegibilità, liste attesa, accesso in emergenza-urgenza, ...)

R32 "Uso di strumenti volti all'ascolto dell'utente (raccolta e discussione di reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo, ...)

Interessanti sono gli esiti delle interviste a persone rappresentative del sistema ma non direttamente coinvolte nel processo di accreditamento. Emerge chiaramente la percezione della sua forte valenza quale sistema di garanzie (di qualità e di sicurezza) per gli utenti ("l'accreditamento non è per la struttura, non è autoreferenziale ma una garanzia verso l'esterno: il nostro problema è quello di tutelare l'utente"). È visto come strumento importante della politica sanitaria, che privilegia il governo clinico per mettere al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni.

L'accreditamento è descritto come sistema di garanzie per l'eccellenza - "quando una struttura è accreditata vuol dire che ha un livello di eccellenza" - legandolo alla presenza di "requisiti minimi per rendere la struttura sanitaria idonea". È percepito quale meccanismo in grado di migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria in termini generici o quale "migliore livello di assistenza professionale e organizzativa".

Un altro tema rilevante e che assume forte evidenza è quello delle relazioni, concepite come insieme di relazioni che gli individui tessono tra loro e che sono funzionali alla fluidità dei rapporti con gli utenti e fra i professionisti stessi ("c'è meno conflittualità"; "c'è ora la possibilità di lavorare e di essere curati in ambienti sereni") e anche al raggiungimento di obiettivi altrimenti non perseguibili (sono infatti frequenti i riscontri di un effetto positivo sul senso di appartenenza, sulla consapevolezza dei diversi ruoli, sulla soddisfazione professionale).

Da ciò deriva un cambiamento complessivo nell'organizzazione, nella sua cultura, nei suoi valori di riferimento, con riverberazioni importanti sull'intera società.

Quanto all'utenza, non direttamente sondata, risulta da varie fonti aver espresso "... grandi quantità di elogi, di riconoscimenti pubblici, di inchieste giornalistiche positive ...", sebbene sia difficile attribuire gli apprezzamenti all'accreditamento.

## 8.5. In prospettiva

Il tentativo di dare un valore alla *performance* dell'accreditamento ha confermato che il valore è una concezione del desiderabile, esplicita o implicita, distintiva di un individuo o caratteristica di un gruppo, che influenzerà la futura selezione tra i modi, i mezzi e i fini disponibili, e che i valori variano storicamente e geograficamente perché non appartengono al mondo assoluto delle idee, ma dipendono e sono interconnessi alla specifica realtà sociale.

Sebbene il metodo adottato non preveda l'espressione delle valutazioni in termini quantitativi, appare evidente che il processo di accreditamento assume un valore estremamente positivo sia negli aspetti progettuali che collimano - anzi precorrono - il modello teorico tracciato dalle linee politiche della Regione; sia nelle modalità attuative adottate, il cui impatto presso l'Ospedale del Delta viene valutato (con luci e ombre, ovviamente) in termini altamente positivi dalla maggior parte degli operatori, attivamente coinvolti o no; sia infine per una serie di valenze sinergiche che vengono riconosciute all'accreditamento nello sviluppo degli obiettivi della politica regionale.

Di ciò occorrerà tenere conto nello sviluppo del processo di accreditamento e nelle modalità di valutazione delle successive fasi attuative. Non si tratterà più di analizzare un processo innovativo ma di constatare la sua evoluzione, di accertare il permanere delle scelte politiche, l'orientamento degli *stakeholder*, l'effettiva integrazione degli operatori, i raggiunti livelli di omogeneità dei linguaggi, l'omogeneità delle standardizzazioni. Infatti l'aspettativa rispetto a processi innovativi valutati positivamente è che essi sviluppino attitudini positive generalizzate.

# Bibliografia

- AA.VV. *Pubblica amministrazione: prospettive aziendali di analisi e di intervento*. Giuffrè, Milano, 1984.
- AA.VV. Atti del convegno "Valore sociale e comunicazione. La rendicontazione meta-economica tra teoria e prassi". Università degli studi di Udine, 15 maggio 2007.
- Azienda USL di Modena. *L'intangibile in bilancio: la misurazione del capitale intangibile in sanità*. Dossier a divulgazione limitata. 2003-2004?.
- Beason C.F. A new role in accreditation activities offers expanded horizons for registered nurses. *J Prof Nurs*, 21 (3): 191-196, 2005.
- Beaulieu N.D., Arnold M.E. Predictors, correlates of performance and market impact. *Medical care*, 40 (4): 325-337, 2002.
- Borgonovi E. Il concetto di valore pubblico. *Azienda pubblica*, n. 2-3, 2001a.
- Borgonovi E. *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. EGEA, 2001b.
- Braithwaite J., Westbrook J., Pawsey M., Greenfield D. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation. *BMC Health Services Research*, 6: 113, 2006.
- Brofenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino, Bologna, 1986.
- Bukonda N., Tawrow P., Abdallah H., Hoffner K., Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambia experience. *International journal of quality in health care*, 14 (suppl. 1): 7-16, 2002.
- Casey M. State HMO Accreditation and external quality review requirements: implications for HMOs serving rural areas. *J Rural Health*, 17 (1): 40-52, 2001.
- Chen J., Rathore S.S., Radford M.J., Krumholz H.M. JCAHO Accreditation and Quality of Care for Acute Myocardial Infarction. *Health Affairs*, 22 (2): 243-254, 2003.
- Cicognani E. *Psicologia e ricerca qualitativa*. Carocci, Roma, 2002.
- Cole M., Parston G. *Unlocking public value. A new model for achieving high performance in public service organizations*. Wiley & Sons Ltd, 2006.
- Conover J.C., Zeitler E.P. Hospital accreditation and licensure. Draft, 2004.
- Corbetta P. *Metodologia della ricerca sociale*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- D'Angella F. Apprendere a costruire il bene pubblico. *Animazione Sociale*, agosto/settembre 1999.
- Debritz J.N., Pollak A.N. The impact of trauma centre accreditation on patient outcome. *Int J Care Injured*, 37: 1166-1171, 2006.
- Di Giacomo J.P. Intergroup alliances and rejections with a protest movement. *European Journal of social Psychology*, 10: 329-344, 1980.

- Fabbri D. Imparare a pensare nelle organizzazioni. In Duccio D., Fabbri D., Gherardi S. *Apprendere nelle organizzazioni*. Carocci, Roma, 1998.
- Gelmon S.B. Stakeholder satisfaction with the accreditation process. *The Journal of Health Administration Education*, 21 (2): 241-268, 2004.
- Gherardi S., Strati A. *La telemedicina. Tra tecnologia e organizzazione*. Carocci, Roma, 2004.
- Gillon M., Buetow S., Talboys S., Wellingham J. A practical approach to quality improvement: the experience of the RNZCGP practice standards validation field trial. Final report, Wellington: RNZCGP, 2001. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 116 (1186): U680, 2003.
- Godbout J. Dallo scambio al dono. *Animazione Sociale*, agosto/settembre 1999.
- Greenfield D., Braithwaite J. *A review of health sector accreditation research literature*. Centre for Clinical Governance Research in Health; University of New South Wales, Australia, 2007.
- Guarini E. *Responsabilizzare gli stakeholders: nuove frontiere per la misurazione del valore pubblico*. FrancoAngeli, 2005.
- Ito H., Sugawara H. Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study. *Qual Saf Health Care*, 14 (2): 87-92, 2005.
- Joly B.M., Polyak G., Davis M.V., Brewster J., Tremain B., Raevsky C., Beitsch L.M. Linking accreditation and public health outcomes; a logic model approach. *J Public Health Management Practice*, 13 (4): 349-356, 2007.
- Juul A.B., Gluud C., Wetterslev J., Callesen T., Jensen G., Kofoed-Enevoldsen A., the DIPOM Group. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (4): 321-328, 2005.
- Kasten J.J., Wechsberg W. Accreditation of methadone maintenance treatment: assuring quality of care, 2005. *Lucidi e paper* (disponibile in internet <http://www.dpt.samhsa.gov/pdf/001218accred.pdf>)
- Kunkel S.T., Westerling R. Different types and aspects of quality systems and their implications. A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital, *Health policy*, 76: 125-133, 2006.
- Le Boudec G. *Contribution à la méthodologie d'étude des représentations sociales*. Tesi di dottorato. Université Catholique de Louvain-la-Neuve, 1979.
- Marradi A. Misurazione e scale: qualche riflessione e una proposta. *Quaderni di Sociologia*, XXIX (4): 595-639, 1981.
- Mays Glen P. Can accreditation work in public health? Working paper. University of Arkansas for Medical Sciences, 2004.



- Mihalik G.J., Scherer M.R. Understanding the intersection between quality improvement, managed behavioral health accreditation, and the private practitioner. *Psychiatr Clin North Am*, 23 (2): 285-296, 2000.
- Mihalik G.J., Scherer M.R., Schreter R.K. The high price of quality: a cost analysis of NCQA accreditation. *J Health Care Finance*, 29 (3): 38-47, 2003.
- Miller M.R., Pronovost P., Donithan M., Zeger S., Zhan C., Morlock L., Meyer G.S. Relationship between performance measurement and accreditation: implication for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, 20 (5): 239-252, 2005.
- Nicklin W., Greco P., Dean C. Performance reporting: alignment with accreditation, *Healthcare Papers*, 6 (2): 50-56, 2005.
- Nicoli M.A., Lelli M.B., Moro M.L., Resi D. Le mappe dei contesti relazionali e organizzativi nella gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. *Risorsa uomo : rivista di psicologia del lavoro e dell'organizzazione*, XII (1): 19-35, 2006.
- Orsenigo A. Il cambiamento nei servizi pubblici tra mito e realtà. *Animazione Sociale*, novembre 1997a.
- Orsenigo A. Cambiamenti organizzativi. *Animazione Sociale*, dicembre 1997b.
- Ovretveit J., Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes. *Qual Saf Health Care*, 11: 270-275, 2002.
- Pavsic R., Pitrone M.C. *Come conoscere opinioni e atteggiamenti*. Bonanno Editore, Roma, 2003.
- Pawlson L.G., Torda P., Roski J. The role of accreditation in an era of market-driven accountability. *The American journal of managed care*, 11 (5): 290-293, 2005.
- Piontek F.A., Coscia R., Marselle C.S., Korn R.L., Zarling E.J. Impact of American College of Surgeons verification on trauma outcomes. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 54 (6): 1041-1047, 2003.
- Salmon J.W., Heavens J., Lombard C., Tawrow P. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa. Report di ricerca, 2003.
- Schyve P.M. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Int J Qual Health Care*, 12 (3): 255-258, 2000.
- Scott T., Mannion R., Davies H., Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Service Research*, 38 (3): 923-945, 2003a.
- Scott T., Mannion R., Davies H., Marshall M. Does organisational culture influence health care performance? A review of evidence. *Journal of health services research*, 8 (2): 105-117, 2003b.

- Sierpinska L., Ksykiewicz-Dorota A. Select determinants of the quality of hospital care. Abstract Anniversart of University Marie Curie Sklodowska, 2002.
- Staines A. Benefits of an ISO 9001 certification - the case of a Swiss regional hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (1): 27-33, 2000.
- Stradling D., Yu W., Langdorf M.L., Tsai F., Kostanian V., Hasso A.N., Welbourne S.J., Schooley Y., Fisher M.J., Cramer S.C. Stroke care delivery before vs after JCAHO stroke center certification. *Neurology*, 68 (6): 469-470, 2007.
- Trowbridge R., Wachter R.M. Legislation, accreditation and market-driven and other approaches to improving patient safety. In *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices, Evidence Report/Technology assessment*, 43: 600-609, 2001.
- Vaughan G. *L'economia del dono*. Athanor, 2005.
- Viswanathan H.N., Pharm M.S., Warren S. Accrediting Organizations and Quality Improvement. *The American journal of managed care*, 6 (12): 1117-1130, 2000.
- Zangrandi A. (a cura di). *Amministrazione delle Aziende sanitarie pubbliche: aspetti di gestione, organizzazione e misurazioni economiche*. Giuffrè Editore, 1999.

# Allegati



## **Allegato 1.**

# **Questionario sull'impatto dell'accreditamento istituzionale - orientamento generale**

L'Ospedale del Delta, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna e l'Università di Ferrara, sta svolgendo una ricerca sugli effetti del processo di accreditamento. Tale processo, che è istituzionalmente attivo nella Regione Emilia-Romagna dal settembre 2004, coinvolge tutte le strutture sanitarie regionali sia pubbliche che private.

L'Ospedale del Delta, struttura presso la quale Lei svolge la sua attività professionale, è stata - prima fra tutte le strutture sanitarie regionali - sottoposta a verifica di accreditamento istituzionale nell'ottobre 2004.

Nelle pagine che seguono vengono elencate una serie di affermazioni che riguardano il processo di accreditamento: indichi il Suo livello di accordo su ognuna delle seguenti affermazioni.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate; siamo interessati al Suo parere e Le chiediamo di esprimerlo facendo riferimento al ruolo da Lei ricoperto all'interno dell'Azienda sanitaria in cui opera.

La parte finale del questionario raccoglie alcune informazioni socio-anagrafiche.

**Si precisa che il questionario è anonimo.**

Nel ringraziarLa per la cortese collaborazione, Le chiediamo cortesemente di riconsegnare il presente questionario compilato alla direzione infermieristica dell'Ospedale del Delta all'interno della busta allegata.

Nelle pagine che seguono vengono elencate una serie di affermazioni che riguardano il processo di accreditamento: indichi il Suo livello di accordo su ognuna delle seguenti affermazioni.

Esprima La Sua opinione apponendo una crocetta sul numero corrispondente all'interno della scala proposta, tenendo presente che:

per nulla d'accordo						completamente d'accordo
①	②	③	④	⑤		

	per nulla d'accordo		completamente d'accordo		
	①	②	③	④	⑤
1. L'accreditamento è una "vetrina" per dimostrare i propri risultati	①	②	③	④	⑤
2. L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda ( <i>benchmark</i> interno)	①	②	③	④	⑤
3. L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali (gestione casi diabete, scompenso cardiaco, ...)	①	②	③	④	⑤
4. L'accreditamento migliora i tempi di attesa	①	②	③	④	⑤
5. L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre aziende ( <i>benchmark</i> esterno)	①	②	③	④	⑤
6. L'accreditamento diffonde i valori legati alla qualità	①	②	③	④	⑤
7. L'accreditamento peggiora la comunicazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
8. L'accreditamento migliora la comunicazione con l'utente	①	②	③	④	⑤
9. L'accreditamento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi (innovazioni, modifiche, ...)	①	②	③	④	⑤
10. L'accreditamento riduce la variabilità nel tipo e nella natura dei servizi forniti (aumenta l'adesione a uno standard di servizio)	①	②	③	④	⑤
11. L'accreditamento diffonde i metodi per la gestione del rischio ( <i>incident reporting</i> , ...)	①	②	③	④	⑤
12. L'accreditamento cambia le modalità di gestione dei casi (ruoli e responsabilità, stili di <i>leadership</i> , ...)	①	②	③	④	⑤
13. L'accreditamento aumenta la soddisfazione del personale	①	②	③	④	⑤
14. L'accreditamento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati ( <i>public reporting</i> )	①	②	③	④	⑤

	per nulla d'accordo		completamente d'accordo		
15. L'accreditamento migliora l'attenzione dei <i>team</i> terapeutici ai bisogni dei pazienti	①	②	③	④	⑤
16. L'accreditamento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli <i>stakeholder</i>	①	②	③	④	⑤
17. L'accreditamento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali	①	②	③	④	⑤
18. L'accreditamento riduce il <i>turnover</i> del personale	①	②	③	④	⑤
19. L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti	①	②	③	④	⑤
20. L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
21. L'accreditamento migliora le <i>performance</i> clinico-professionale	①	②	③	④	⑤
22. Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)	①	②	③	④	⑤
23. L'accreditamento è un veicolo per il cambiamento complessivo (è un <i>input</i> per modifiche al sistema di regolazione)	①	②	③	④	⑤
24. I benefici dell'accreditamento superano i suoi costi	①	②	③	④	⑤
25. L'accreditamento incoraggia l'aderenza alle <i>best practice</i>	①	②	③	④	⑤
26. L'accreditamento aumenta l'appropriatezza clinica	①	②	③	④	⑤
27. L'accreditamento aumenta la soddisfazione dei pazienti	①	②	③	④	⑤
28. L'accreditamento è uno strumento di promozione delle professionalità	①	②	③	④	⑤
29. L'accreditamento migliora l'integrazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
30. I costi dell'accreditamento superano i suoi benefici	①	②	③	④	⑤

**DATI SOCIO-ANAGRAFICI**

31. Et  \_\_\_\_\_

32. Sesso  M  F

33. UO di appartenenza \_\_\_\_\_

34. Da quanto tempo lavora presso l'Ospedale del Delta

- meno di 1 anno
- da 1 a 3 anni
- da oltre 3 anni a 10 anni
- da oltre 10 anni a 20 anni
- da oltre 20 anni

35. Ruolo ricoperto

- Dirigente medico I livello
- Dirigente medico II livello
- Incarico libero-professionale
- Biologo
- Farmacista
- Coordinatore/Capo sala
- Infermiere professionale
- Ostetrica
- Assistente sanitario coordinatore
- Tecnico di radiologia
- Tecnico di laboratorio
- Tecnico della riabilitazione



## Allegato 2.

# Questionario sull'impatto dell'accreditamento istituzionale - orientamento generale e opinioni sul modello regionale

L'Ospedale del Delta, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna e l'Università di Ferrara, sta svolgendo una ricerca sugli effetti del processo di accreditamento. Tale processo, che è istituzionalmente attivo nella Regione Emilia-Romagna dal settembre 2004, coinvolge tutte le strutture sanitarie regionali sia pubbliche che private.

L'Ospedale del Delta, struttura presso la quale Lei svolge la sua attività professionale, è stata - prima fra tutte le strutture sanitarie regionali - sottoposta a verifica di accreditamento istituzionale nell'ottobre 2004.

Il questionario che segue è diviso in due sezioni.

- Sezione 1, in cui vengono elencate una serie di affermazioni che riguardano il processo di accreditamento: indichi il Suo livello di accordo su ognuna delle seguenti affermazioni
- Sezione 2, in cui vengono elencati una serie di elementi e ambiti sui quali l'accreditamento può avere avuto un impatto. Indichi che tipo di impatto ha avuto secondo Lei il processo di accreditamento su ognuno di questi aspetti

Non ci sono risposte giuste o sbagliate; siamo interessati al Suo parere e Le chiediamo di esprimerlo facendo riferimento al ruolo da Lei ricoperto all'interno dell'Azienda sanitaria in cui opera.

La parte finale del questionario raccoglie alcune informazioni socio-anagrafiche.

**Si precisa che il questionario è anonimo.**

Nel ringraziarLa per la cortese collaborazione, Le chiediamo cortesemente di riconsegnare il presente questionario compilato alla direzione infermieristica dell'Ospedale del Delta all'interno della busta allegata.

## SEZIONE 1

Nelle pagine che seguono vengono elencate una serie di affermazioni che riguardano il processo di accreditamento: indichi il Suo livello di accordo su ognuna delle seguenti affermazioni.

Esprima La Sua opinione apponendo una crocetta sul numero corrispondente all'interno della scala proposta, tenendo presente che:

per nulla d'accordo						completamente d'accordo
①	②	③	④	⑤		

	per nulla d'accordo		completamente d'accordo		
1. L'accreditamento è una "vetrina" per dimostrare i propri risultati	①	②	③	④	⑤
2. L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre strutture/servizi omologhi all'interno della stessa azienda ( <i>benchmark</i> interno)	①	②	③	④	⑤
3. L'accreditamento razionalizza i percorsi clinico-assistenziali (gestione casi diabete, scompenso cardiaco, ...)	①	②	③	④	⑤
4. L'accreditamento migliora i tempi di attesa	①	②	③	④	⑤
5. L'accreditamento è uno strumento per il confronto con altre aziende ( <i>benchmark</i> esterno)	①	②	③	④	⑤
6. L'accreditamento diffonde i valori legati alla qualità	①	②	③	④	⑤
7. L'accreditamento peggiora la comunicazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
8. L'accreditamento migliora la comunicazione con l'utente	①	②	③	④	⑤
9. L'accreditamento cambia le modalità organizzative di gestione dei servizi (innovazioni, modifiche, ...)	①	②	③	④	⑤
10. L'accreditamento riduce la variabilità nel tipo e nella natura dei servizi forniti (aumenta l'adesione a uno standard di servizio)	①	②	③	④	⑤
11. L'accreditamento diffonde i metodi per la gestione del rischio ( <i>incident reporting</i> , ...)	①	②	③	④	⑤
12. L'accreditamento cambia le modalità di gestione dei casi (ruoli e responsabilità, stili di <i>leadership</i> , ...)	①	②	③	④	⑤
13. L'accreditamento aumenta la soddisfazione del personale	①	②	③	④	⑤
14. L'accreditamento aumenta la tendenza a rendere pubblici i risultati ( <i>public reporting</i> )	①	②	③	④	⑤

	per nulla d'accordo		completamente d'accordo		
15. L'accreditamento migliora l'attenzione dei <i>team</i> terapeutici ai bisogni dei pazienti	①	②	③	④	⑤
16. L'accreditamento favorisce la trasparenza e la rendicontazione agli <i>stakeholder</i>	①	②	③	④	⑤
17. L'accreditamento favorisce la trasparenza delle politiche aziendali	①	②	③	④	⑤
18. L'accreditamento riduce il <i>turnover</i> del personale	①	②	③	④	⑤
19. L'accreditamento migliora la sicurezza dei pazienti	①	②	③	④	⑤
20. L'accreditamento migliora la comunicazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
21. L'accreditamento migliora le <i>performance</i> clinico-professionale	①	②	③	④	⑤
22. Nell'accreditamento pesano maggiormente i costi indotti (tempo per riunioni, compilazione moduli, ...) di quelli diretti (acquisti attrezzature, adeguamento strutture, formazione, visite, ...)	①	②	③	④	⑤
23. L'accreditamento è un veicolo per il cambiamento complessivo (è un <i>input</i> per modifiche al sistema di regolazione)	①	②	③	④	⑤
24. I benefici dell'accreditamento superano i suoi costi	①	②	③	④	⑤
25. L'accreditamento incoraggia l'aderenza alle <i>best practice</i>	①	②	③	④	⑤
26. L'accreditamento aumenta l'appropriatezza clinica	①	②	③	④	⑤
27. L'accreditamento aumenta la soddisfazione dei pazienti	①	②	③	④	⑤
28. L'accreditamento è uno strumento di promozione delle professionalità	①	②	③	④	⑤
29. L'accreditamento migliora l'integrazione tra professionisti	①	②	③	④	⑤
30. I costi dell'accreditamento superano i suoi benefici	①	②	③	④	⑤

## SEZIONE 2

Nelle pagine che seguono vengono elencate una serie di elementi e ambiti su cui l'accreditamento può avere avuto un impatto.

Indichi che tipo di impatto ha avuto secondo Lei il processo di accreditamento su ognuno di questi aspetti.

Esprima la Sua opinione apponendo una crocetta sulla casella all'interno della scala proposta, tenendo presente che:

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

### AREA ACCOUNTABILITY

1. Individuazione delle responsabilità del personale nella verifica dei risultati

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

2. Partecipazione del personale allo svolgimento della valutazione periodica

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

3. Valutazione dei risultati relativi agli obiettivi strategici (*mission*)

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

4. Condivisione dei risultati con le parti interessate

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

5. Esplicitazione delle politiche aziendali verso il personale

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

6. Coinvolgimento del personale nelle politiche aziendali

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

7. Diffusione di informazioni al personale

negativo			nullo				positivo
1	2	3	4	5	6	7	

## AREA QUALITÀ

### QUALITÀ ORGANIZZATIVA

8. Assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

9. Esplicitazione della pianificazione annuale

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

10. Definizione della struttura dell'organizzazione interna e delle responsabilità delegate

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

11. Definizione dei punti di coordinamento interni e controllo delle attività interne all'organizzazione

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

12. Definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività in riferimento alla continuità assistenziale

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

13. Partecipazione del personale alla raccolta e all'analisi dei dati

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

14. Gestione della documentazione in maniera sistematica e ordinata

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

15. Definizione dei percorsi per l'inserimento/addestramento del personale

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

16. Valutazione della idoneità del personale rispetto al ruolo ricoperto

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

17. Valutazione dei bisogni formativi per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

18. Rilevazione del bisogno formativo e la valutazione dei risultati della formazione

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

19. Utilizzo di procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sugli addetti

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

20. Utilizzo di procedure per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, *privacy*)

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

21. Valutazione dei risultati relativi agli obiettivi specifici/annuali di *budget*

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

#### QUALITÀ TECNICO-PROFESSIONALE

22. Utilizzo di procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

23. Utilizzo di procedure per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste d'attesa, accesso in emergenza-urgenza, ...)

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

24. Utilizzo di procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

25. Disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico scientifica

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

26. Esistenza di percorsi per lo sviluppo e il mantenimento delle competenze professionali

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

27. Partecipazione del personale nella definizione dei bisogni formativi

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

28. Condivisione delle conoscenze acquisite

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

29. Valutazione dei risultati relativi al rispetto degli standard nelle prestazioni/servizi erogati

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

30. Valutazione dei risultati di *performance* professionale (appropriatezza ed efficacia)

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

#### QUALITÀ RELAZIONALE

31. Informazione sistematica dell'utente nelle diverse fasi dell'assistenza (es. comunicazione orari visita, nome del medico referente, colloqui con l'utente, ...)

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

32. Uso di strumenti volti all'ascolto dell'utente (raccolta e discussione dei reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo, ...)

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

33. Ascolto dei suggerimenti del personale e confronto sulle criticità

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

34. Momenti sistematici di coordinamento e di integrazione tra professionisti e UO/servizi

negativo			nullo			positivo
1	2	3	4	5	6	7

## CORRETTEZZA DELL'OFFERTA

35. Adeguatezza strutturale e funzionale rispetto alle specifiche attività erogate

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

36. Selezione e valutazione dei fornitori di attrezzature e beni di consumo

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

37. Partecipazione del personale alla gestione delle attrezzature (corretto utilizzo, manutenzione uso quotidiano, manutenzione correttiva, ...)

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

38. Miglioramento della programmazione degli acquisti delle attrezzature e dei beni di consumo

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

## AREA MIGLIORAMENTO

39. Capacità dell'organizzazione di correggere le disfunzioni/criticità

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

40. Capacità dell'organizzazione di prevenire le disfunzioni/criticità

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

41. Capacità dell'organizzazione di migliorare i processi

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

42. Realizzazione e valutazione formalizzata e documentata dei progetti di miglioramento

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7

43. Documentazione e diffusione dei risultati dei progetti di miglioramento alle parti interessate

negativo			nullo		positivo	
1	2	3	4	5	6	7



44. Coinvolgimento costante delle articolazioni operative in almeno un progetto di miglioramento

negativo		nullo			positivo	
1	2	3	4	5	6	7

45. Esplicitazione delle responsabilità per il miglioramento

negativo		nullo			positivo	
1	2	3	4	5	6	7

### **DATI SOCIO-ANAGRAFICI**

46. Et  \_\_\_\_\_

47. Sesso  M  F

48. UO di appartenenza \_\_\_\_\_

49. Da quanto tempo lavora presso l'Ospedale del Delta

- meno di 1 anno
- da 1 a 3 anni
- da oltre 3 anni a 10 anni
- da oltre 10 anni a 20 anni
- da oltre 20 anni

50. Ruolo ricoperto

- Dirigente medico I livello
- Dirigente medico II livello
- Incarico libero-professionale
- Biologo
- Farmacista
- Coordinatore/Capo sala
- Infermiere professionale
- Ostetrica
- Assistente sanitario coordinatore
- Tecnico di radiologia
- Tecnico di laboratorio
- Tecnico della riabilitazione



## Allegato 3.

# Griglia per intervista e *focus group*

Data \_\_\_\_\_  
Orario/durata \_\_\_\_\_  
Intervistato \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_  
Intervistatore \_\_\_\_\_  
Osservatore \_\_\_\_\_  
Registrazione audio      sì      no

### DOMANDE

#### ASSOCIAZIONI LIBERE

1. **Quali sono le prime 5 parole che associa al termine "accreditamento"?**

#### IMPATTO

2. **Quali sono, secondo lei, le aree in cui l'accreditamento ha avuto un maggiore impatto (sia positivo che negativo)?** (*memorandum per l'intervistatore: accountability, qualità organizzativa, qualità tecnico-professionale, qualità relazionale, correttezza dell'offerta, area miglioramento, ...*)
3. **Perché?** (*memorandum per l'intervistatore: raccogliere eventuali osservazioni in merito*)
4. **Qual è il valore aggiunto dell'accreditamento?**
5. **Quali le resistenze che ha incontrato? Da parte di chi?**
6. **A seguito del processo di accreditamento si sono verificati cambiamenti nella organizzazione e quali? Può citare un episodio che ritiene particolarmente significativo**

#### RETI/RELAZIONI

7. Quali relazioni si sono attivate in occasione e per effetto del processo di accreditamento, con chi?
8. Come si sono modificate le relazioni con gli interlocutori esterni all'Azienda?  
A chi si riferisce
9. Come si sono modificate le relazioni con gli interlocutori interni all'Azienda?  
A chi si riferisce

#### BILANCIO

10. Quale è il bilancio che potrebbe trarre del processo di accreditamento?
11. Quali sono gli elementi che considera come costi, come li stima e da cosa li deduce, quali hanno secondo lei maggior peso per l'Azienda?
12. Quali sono gli elementi che considera come benefici, come li stima e da cosa li deduce, quali secondo lei hanno maggior peso per l'Azienda?
13. Quali sono state le maggiori criticità e le maggiori soddisfazioni nel processo di accreditamento?
14. Secondo lei ne è valsa la pena?
15. Quali prevede siano le prospettive future?

#### CONCLUSIONE

16. Quali suggerimenti darebbe ad un suo collega che si accinge ad attivare l'accreditamento?
17. Ci sono informazioni che vuole aggiungere, oltre a quelle già dette, su questo tema?
18. Ci sono persone che potremmo intervistare sul tema dell'impatto del processo di accreditamento nella sua realtà aziendale? Se sì, quali e perché?

## Allegato 4.

# Scheda di osservazione delle interviste

Data \_\_\_\_\_  
Orario/durata \_\_\_\_\_  
Intervistato \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_  
Intervistatore \_\_\_\_\_  
Osservatore \_\_\_\_\_

Registrazione audio      sì      no

NB Se non è possibile registrare l'intervista, l'osservatore ha il compito di prendere appunti anche su tutti i contenuti e gli argomenti trattati, non solo sugli elementi di seguito indicati.

### ELEMENTI DI OSSERVAZIONE

#### SETTING

**Luogo e *setting* dell'intervista** (ufficio dell'intervistato, reparto ospedaliero o servizio, seduti o in piedi, ...)

---

---

---

**Disturbi** (descrivere eventuali interruzioni di persone, telefonate, cellulari....)

---

---

---

---

LIVELLO VERBALE

**Risposte non date** (domande a cui l'intervistato tende a non rispondere, argomenti davanti ai quali tende a sottrarsi o a cambiare tema, risposte non credibili o date per assecondare l'opinione dell'intervistatore, ...)

---

---

---

---

---

**Domande non fatte** (domande che l'intervistatore tralascia, più o meno volontariamente, per scelta o per obbligo)

---

---

---

---

---

---

---

**Modifiche alla scaletta** (ordine formale e ordine logico delle domande, legami logici tra temi, temi privilegiati, argomenti trattati ma fuori tema e modalità di riconduzione alle domande, domande di approfondimento e temi utili non previsti, domande poco chiare, ...)

---

---

---

---

---

---

---

**Inversioni di ruolo** (l'intervistato fa domande, l'intervistatore esprime opinioni)

---

---

---

---

---

LIVELLO NON VERBALE

**Clima complessivo della discussione e atteggiamento dell'intervistato** (disponibile, frettoloso, distratto, indisposto, accondiscendente, curioso, preparato, interessato, ...)

---

---

---

---

---

**Osservazioni varie**

---

---

---

---

---





## Allegato 5.

### Scheda di osservazione dei *focus group*

Data \_\_\_\_\_

Orario \_\_\_\_\_

Partecipanti \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

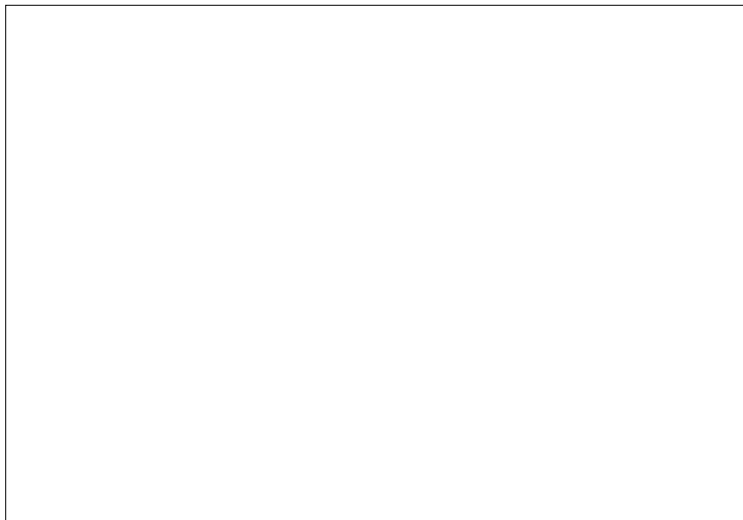
Nome \_\_\_\_\_  
Ruolo ricoperto \_\_\_\_\_

Conduttore \_\_\_\_\_

Osservatore \_\_\_\_\_

## ELEMENTI DI OSSERVAZIONE

**Posizione dei partecipanti nello spazio** (riprodurre la disposizione dei partecipanti nella stanza riportando nomi, azienda di appartenenza ed elementi che caratterizzano lo spazio della stanza e possono influire sulle relazioni, ad es. disposizione tavoli e sedie, ...)



**Chi rompe il ghiaccio** (indicare il partecipante che inizia la discussione)

---

---

**Leader "positivo" (di opinione)** (indicare il partecipante o i partecipanti che esprimono opinioni che sembrano raccogliere maggior consenso)

---

---

---

**Leader "contestatore"** (indicare gli eventuali partecipanti che tendono a proporre argomenti di discussione "contrari" alle opinioni dominanti)

---

---

---

**Accentratore** (specificare se emergono partecipanti che tendono ad monopolizzare la discussione)

---

---

---

**Timido** (indicare i partecipanti che tendono a non esprimere parere o ad intervenire solo se eventualmente stimolati dal conduttore)

---

---

---

**Opinioni dominanti** (affermazioni principali su cui sembra convergere l'opinione del gruppo)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Opinioni/affermazioni che creano contraddittorio/conflitto**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Clima complessivo della discussione**

---

---

---

**Osservazioni varie**

---

---

---



## Allegato 6.

### Scheda aziendale

(da sottoporre al responsabile della qualità e dell'accreditamento della struttura accreditata)

INFORMAZIONI RICHIESTE	INFORMAZIONI RACCOLTE	FONTI
<b>CONTESTO GENERALE</b>		
• Azienda sanitaria		<i>reportistica dinamica (SDO)</i>
• Distretto sanitario (N)		<i>reportistica dinamica (SDO) - verifica del dato durante l'intervista</i>
• Presidio (N)		<i>reportistica dinamica (SDO) - verifica del dato durante l'intervista</i>
• Stabilimento/dipartimento (N)		<i>reportistica dinamica (SDO) - verifica del dato durante l'intervista</i>
• popolazione (aziendale)		<i><a href="http://rorsas.regione.emilia-romagna.it/statexe/">http://rorsas.regione.emilia-romagna.it/statexe/</a></i>
• densità abitativa (aziendale)		<i><a href="http://rorsas.regione.emilia-romagna.it/statexe/">http://rorsas.regione.emilia-romagna.it/statexe/</a></i>
• posti letto (aziendale)		<i>reportistica dinamica (flusso ministeriale)</i>
• tasso standardizzato di ospedalizzazione, incluso mobilità sanitaria passiva (aziendale)		<i>reportistica predefinita (SDO)</i>

<b>STRUTTURALI (limitatamente al soggetto accreditato)</b>		
• soggetto accreditato		<i>Decreto di accreditamento dell'Assessore</i>
• posti letto (soggetto accreditato)		<i>reportistica dinamica (flusso ministeriale)</i>
• dipartimenti accreditati		<i>Decreto di accreditamento dell'Assessore</i>
• istituzione del presidio/stabilimento/dipartimento - (anno)		<i>Decreto di accreditamento dell'Assessore</i>
• recenti modifiche istituzionali (ad es. accorpamenti / creazioni di distretti/presidi/dipartimenti) - (anno)		<i>intervista</i>
• organizzazione e dislocazione territoriale dei stabilimenti/dipartimenti		<i>intervista</i>
• numero di dimessi (presidio/stabilimento)		<i>reportistica dinamica (SDO)</i>
• tasso standardizzato di ospedalizzazione (soggetto accreditato)		<i>elaborazioni ad hoc (SDO)</i>
• mobilità attiva e passiva (soggetto accreditato)		<i>reportistica (MOB), accesso limitato o elaborazioni ad hoc (SDO)</i>
• giornate di attesa (anno di introduzione dell'accredimento e anno in corso) <sup>51</sup>		<i>reportistica dinamica (SDO)</i>

<sup>51</sup> Le giornate di attesa sono calcolate in base alla "data di prenotazione" registrata nel flusso SDO e sono valorizzate solo quando tale data è obbligatoria - "Integrazione alla Circolare n. 4 del 7/2/2002".

<b>PERCORSO / EVOLUZIONE DELL'ACCREDITAMENTO</b>		
• anno di accreditamento del soggetto		<i>Decreto di accreditamento dell'Assessore</i>
• criticità emerse durante l'accreditamento		<i>intervista</i>
• esistono altre certificazioni (anche volontarie) di gestione della qualità		<i>intervista</i>
• esistono eventi di sensibilizzazione / formazione rispetto al tema dell'accreditamento / qualità		<i>intervista</i>
• esistono forme di gestioni del rischio ( <i>incident reporting, root cause analysis, mediatori, ...</i> )		<i>intervista</i>

<b>ORGANIZZATIVI</b>		
• nomina del Direttore generale (anno)		<i>intervista</i>
• nomina del Direttore sanitario (anno)		<i>intervista</i>
• nomina del Direttore amministrativo (anno)		<i>intervista</i>
• nomina del direttore del presidio (anno)		<i>intervista</i>
• nomina del direttore dello stabilimento (anno)		<i>intervista</i>
• eventuali modifiche degli incarichi dei dirigenti elencati precedentemente nel periodo intercorso tra accreditamento (anno x) e progetto impatto (2007)		<i>intervista</i>
• Ufficio qualità (collocazione, dimensione)		<i>intervista</i>

<b>ORGANIZZATIVI (continua)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>rapporto tra numero di personale e relativa pianta organica ed eventuale sottodimensionamento del personale (anno)</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% del <i>turnover</i> del personale, suddiviso per figura professionale (anno)</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% di assenteismo, per figura professionale, escludendo le maternità e altre lunghe assenze (anno)</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% del personale che ha preso parte alla formazione dell'accREDITamento, per figura professionale (anno)</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% del personale che ha preso parte alla formazione dell'accREDITamento e che è tuttora presente in Azienda, per figura professionale</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>% di numeri di incidenti sul lavoro (anno 2006)</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>età media dei professionisti</li> </ul>		<i>informazione richiesta prima dell'intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>recenti riorganizzazioni interne significative avvenute durante l'accREDITamento e/o successivamente</li> </ul>		<i>intervista</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>presenza di eventuali conflitti interni</li> </ul>		<i>intervista</i>



## Allegato 7.

# Il punto di vista della struttura verificata <sup>52</sup>

Nel periodo compreso tra maggio e dicembre 2007 si è svolta un'attività di verifica a tappeto su tutte le strutture sanitarie private (case di cura, comunità tossicodipendenti, residenze sanitarie psichiatriche, poliambulatori), delle quali si è concluso il processo di accreditamento. Contestualmente alla documentazione inerente la visita di verifica (lettera di notifica, *check list* per l'autovalutazione, ...) è stata inviata alle strutture private anche una scheda di valutazione sul *team* di verifica.

La scheda chiedeva di indicare un giudizio espresso in 5 livelli di merito progressivi su tre aspetti legati all'attività del *team*: competenza, capacità organizzativa e capacità di comunicazione.

Veniva data anche la possibilità di esprimere liberamente dei commenti e formulare suggerimenti e proposte, nonché segnalare problemi specifici con il *team* o con singoli valutatori.

La compilazione e la restituzione è avvenuta su base volontaristica.

La scheda è stata somministrata complessivamente a 216 strutture. L'adesione, intesa come compilazione e restituzione, è stata del 46%, che corrisponde a 246 giornate/valutatore su 532 e a 100 strutture su 216 strutture totali, con la seguente distribuzione (*Figura A.1*):

- 12 case di cura su 33
- 38 comunità tossicodipendenti su 64
- 11 residenze psichiatriche su 14
- 39 poliambulatori su 105

I risultati raccolti sono i seguenti:

- competenza dimostrata dal *team* (*Figura A.2*):  
67% molto competente; 33% competente
- capacità organizzativa (*Figura A.3*):  
66% eccellente; 32% buona; 1% mediocre (unico neo, riferito alla valutazione fatta da un poliambulatorio, quindi statisticamente un risultato non significativo)
- capacità di comunicazione (*Figura A.4*):  
69% eccellente; 29% buona; unica segnalazione soddisfacente (fa riferimento allo stesso poliambulatorio)

---

<sup>52</sup> A cura di Annamaria Renzi.

Per quanto riguarda suggerimenti, segnalazioni e proposte, dalle strutture private complessivamente ne sono pervenuti 36 positivi e 7 negativi.

Le dichiarazioni positive riferiscono apprezzamenti per quanto riguarda aspetti relazionali e tecnici: clima disteso, confronto aperto e proficuo, capacità di lettura dell'organizzazione, competenza e professionalità del *team*, capacità di ascolto, ripetuti riconoscimenti dell'utilità dell'istituzione della visita di accreditamento come momento di riflessione e di crescita in termini organizzativi e di governo.

Le 7 segnalazioni negative di carattere organizzativo/tecnico riferiscono: una pianificazione poco funzionale delle attività della giornata di verifica, per un motivo logistico, tempo di visita considerato lungo, difficile interpretazione delle *check list* (non imputabile evidentemente ai valutatori), linguaggio troppo tecnico, consiglio di non utilizzare termini relativi alla certificazione ISO, diversa interpretazione del medesimo requisito da parte di valutatori diversi.

In aggiunta alle segnalazioni positive, a queste valutazioni si dovrebbero sommare le spontanee e positive dichiarazioni di merito del *team* riportate dalla struttura nelle controdeduzioni (comunicazioni di risposta al verbale della visita di verifica), in cui accanto all'accettazione dei riscontri fatti dal *team* venivano associati degli apprezzamenti sull'operato svolto.

Precedentemente, nel periodo settembre-luglio 2006, a un anno dall'avvio formale delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, un'analoga analisi era stata eseguita sulla base delle schede di valutazione del *team* espressa da strutture sanitarie pubbliche.

La scheda è stata somministrata a 38 dipartimenti pubblici comprendenti 170 UO. L'adesione all'iniziativa è stata del 58% (ovvero 22 dipartimenti su 38, pari a 93 UO su 170 totali - *Figura A.5*) e ha interessato 122 giornate/valutatore su 212 totali delle visite.

I risultati sono stati i seguenti:

- competenza dimostrata dal *team* (*Figura A.6*):  
68,2% molto competente; 27,3% competente; 4,5% abbastanza competente
- capacità organizzativa del *team* (*Figura A.7*):  
63,6% eccellente; 22,7% buona; 9,1% soddisfacente; 4,5% non risponde
- capacità di comunicazione dei valutatori (*Figura A.8*):  
77,3% eccellente; 13,6% buona; 4,5% mediocre; 4,5% non risponde

Nei commenti liberi, numerosi sono stati gli apprezzamenti per la competenza dimostrata, per l'ottimo clima sereno e costruttivo che il *team* ha saputo creare. I nei segnalati riguardano tempi di visita sottostimati nella pianificazione e una disomogeneità di valutazione sugli stessi requisiti da parte di *team* diversi.

Confrontando le valutazioni espresse dalle strutture pubbliche (periodo maggio 2005 - luglio 2006) e le valutazioni espresse successivamente dalle strutture private (periodo maggio 2007 - dicembre 2007) si è evidenziata una maggiore positività di giudizio nella seconda indagine.

Riguardo ai livelli massimi della scala di valutazione, si possono fare le seguenti considerazioni:

- competenza: giudizi assimilabili (68,2% pubblico; 67% privato)
- capacità organizzativa:  
giudizio più positivo (66% per il privato; 63,6% per il pubblico)
- capacità di comunicazione:  
giudizio più negativo (69% del privato; 77% del pubblico) dove peraltro le caratteristiche di circa il 50% delle strutture impongono, per le terapie dei pazienti, molto peso sulla comunicazione empatica

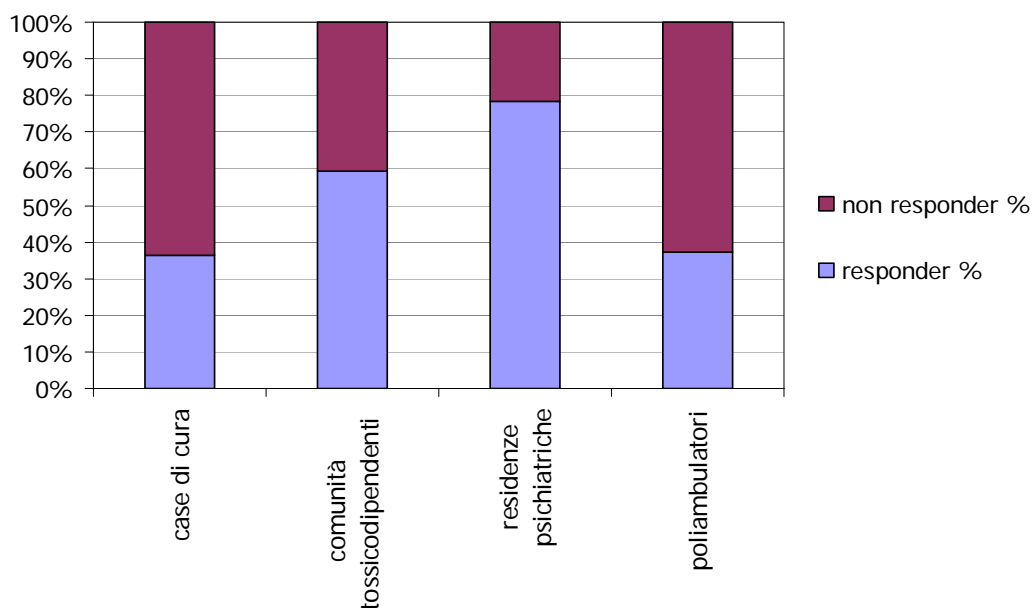
Da evidenziare che i due campioni non sono omogenei. Le strutture private presentano caratteristiche molto diverse tra loro quanto a tipologia, mentre è maggiore la complessità delle articolazioni dipartimentali pubbliche.

In entrambe le valutazioni non vi sono state segnalazioni specifiche a carico di singoli *team* o valutatori, se si esclude un caso non ritenuto rilevante nel settore privato (reclamo improprio).

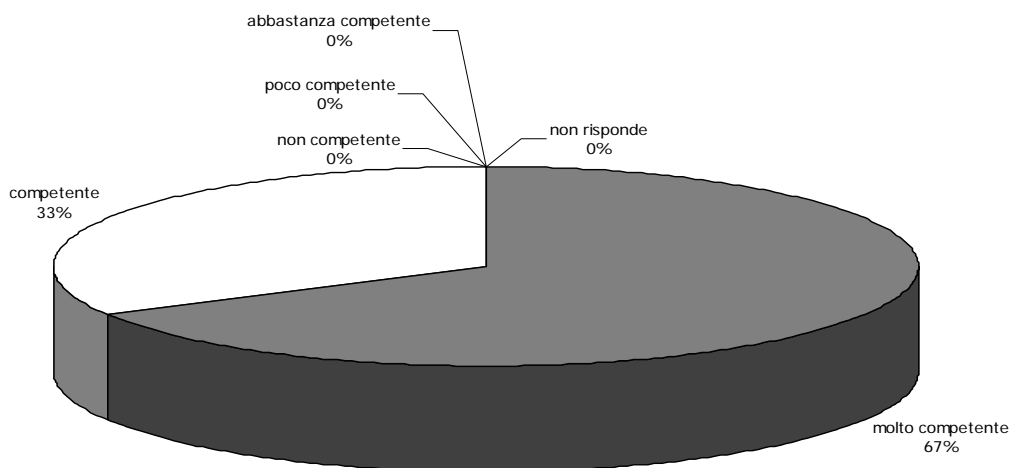
Anche i valutatori avevano a disposizione un modulo per la segnalazione di problemi all'interno del *team* o con altri valutatori. Tale scheda è stata usata solo in un caso nelle valutazioni sul settore pubblico, per una incomprensione sul ruolo da parte di un valutatore (esitata nell'abbandono del *team* da parte del medesimo).

Queste valutazioni premiano non solo tutti i valutatori coinvolti, perché hanno saputo dimostrare appieno competenze e professionalità, ma anche l'istituzione dell'accreditamento riconosciuto sia dalle strutture pubbliche che da quelle private come valido modello ed efficace strumento di governo e verifica dell'attività svolta.

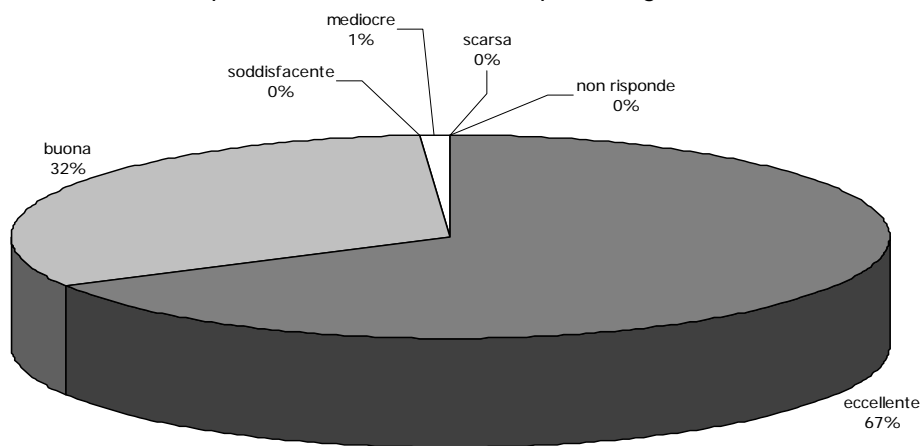
**Figura A.1.** Strutture private verificate: *responder vs no responder* alla scheda di valutazione sul *team*



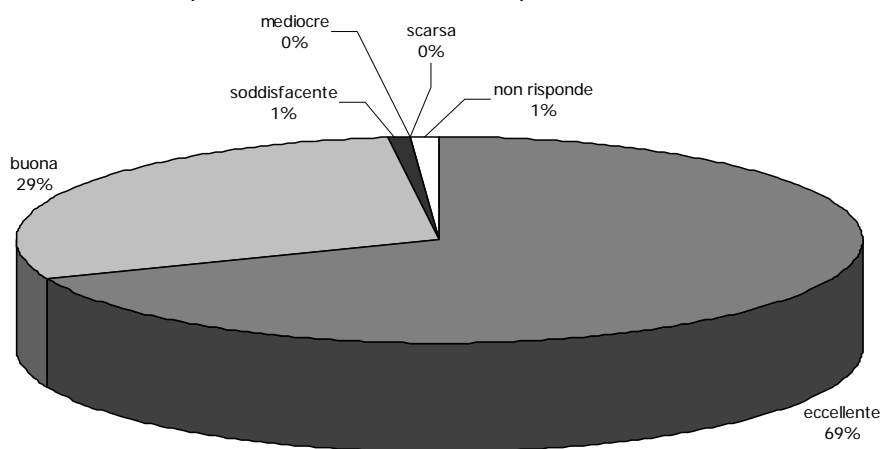
**Figura A.2.** Strutture private: valutazione della competenza del *team*



**Figura A.3.** Strutture private: valutazione della capacità organizzativa del *team*

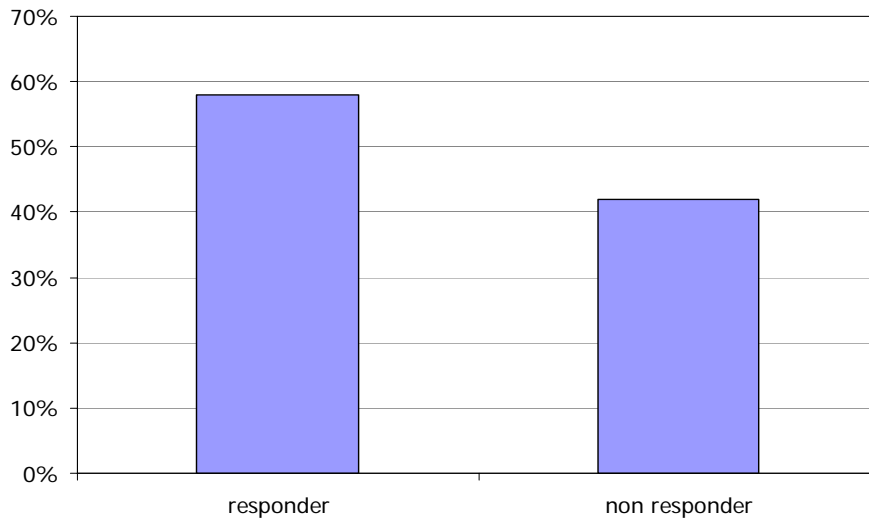


**Figura A.4.** Strutture private: valutazione della capacità di comunicazione del *team*

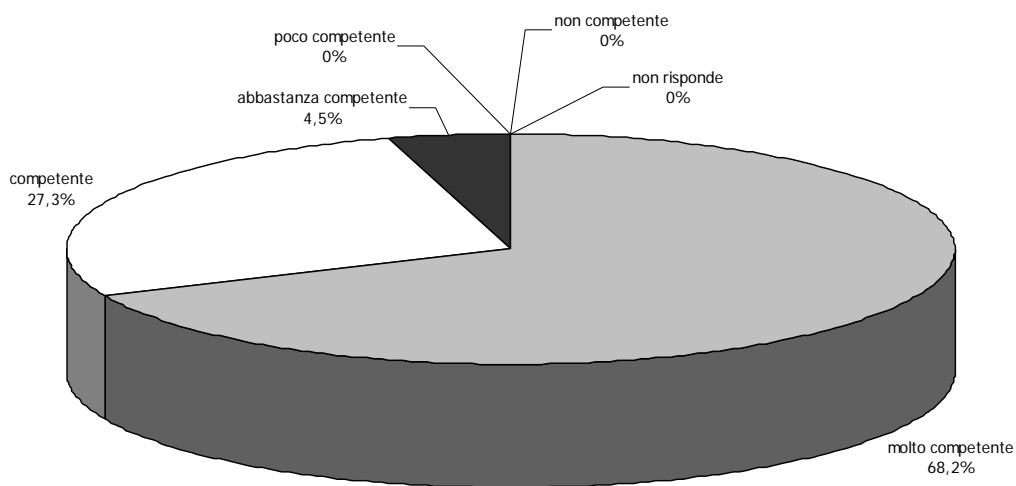


**DIPARTIMENTI (strutture pubbliche)**

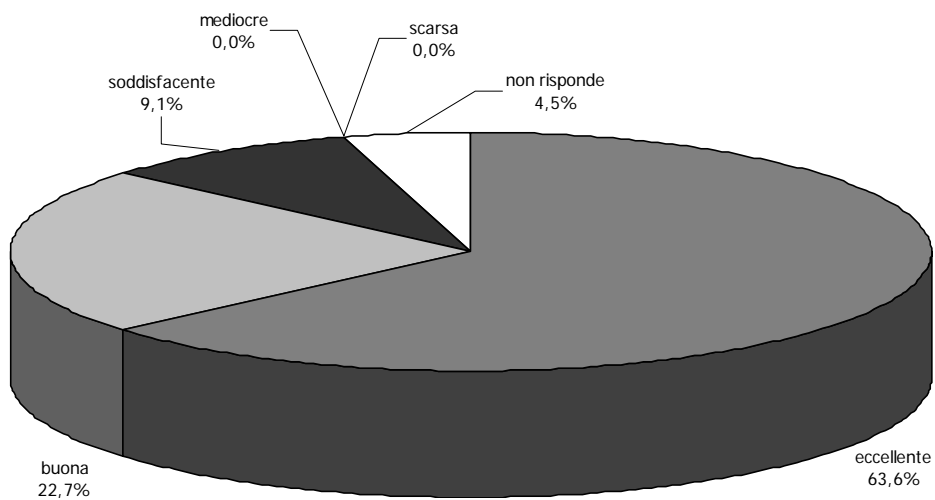
**Figura A.5.** Dipartimenti pubblici verificati che hanno espresso la loro valutazione sul *team* (valori percentuali)



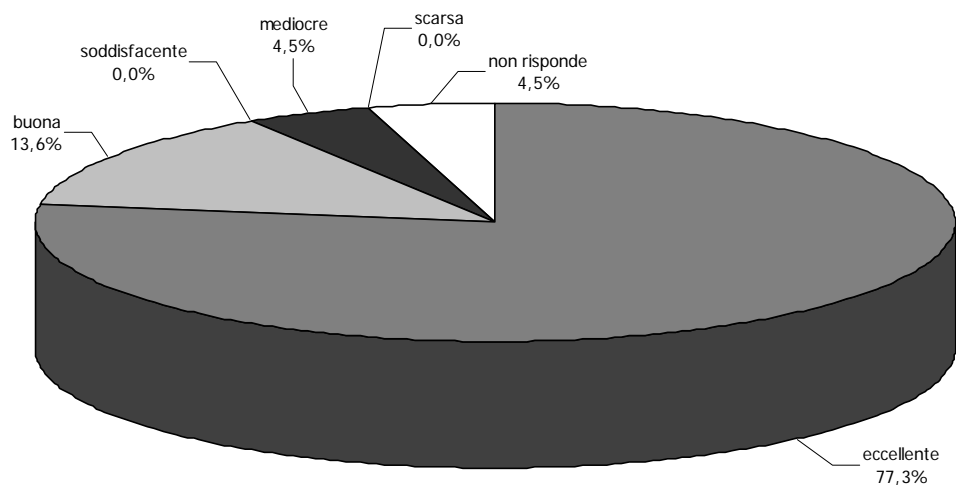
**Figura A.6.** Strutture pubbliche: valutazione sulla competenza del *team*



**Figura A.7.** Strutture pubbliche: valutazione della capacità organizzativa del *team*



**Figura A.8.** Strutture pubbliche: valutazione della capacità di comunicazione del *team*



## **Allegato 8.**

### **Schede di revisione letteratura**

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Trowbridge R., Wachter R.M. Legislation; accreditation and Market driven and other approaches to improving Patient Safety. In <i>Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices</i> , cap. 55, 2001	<i>Evidence report/Technology assessment</i> , n. 43, 2001	L'indagine è stata commissionata alla University of California, School of Medicine, 2001	Il lavoro si riferisce alla situazione degli Stati Uniti. Si riferisce qui solo quanto attiene al tema dell'accreditamento.	Considerare gli svantaggi e i potenziali vantaggi degli approcci legislativi, normativi (accreditamento), orientati al mercato e delle organizzazioni professionali nella realizzazione di sforzi orientati alla sicurezza dei pazienti; revisionare le evidenze relative alla loro efficacia.	Revisione/ rassegna letteratura			JCAHO ha inserito nel 2001 un nuovo set di standard per l'accreditamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• non c'è evidenza che gli standard utilizzati in precedenza abbiano ridotto l'errore medico ma sembra ragionevole assumere che abbiano avuto qualche beneficio;</li> <li>• sebbene non vincolante come la regolazione, gli scambi nella comunità medica possono produrre più efficientemente il cambiamento;</li> <li>• dare <i>input</i> al cambiamento della regolazione. Non si sa tuttavia quanto questo si realizzi e alcuni hanno messo in discussione l'efficacia della JCAHO.</li> </ul> Agenzie di accreditamento come la JCAHO, in combinazione o in modo indipendente, possono probabilmente essere campioni molto efficaci di iniziative per la sicurezza dei pazienti. Il lavoro e il coinvolgimento di queste diverse (JCAHO: Leapfrog League e società scientifiche citate nel testo) potenti organizzazioni possono dimostrarsi significativi se aggiunti ai più tradizionali meccanismi di cambiamento rappresentato dalle linee guida, educazione continua e sistemi di supporto alle decisioni.



Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Ovretveit J., Gustafson D. Evaluation of quality improvement programmes, 2002	<i>Qual Saf Health Care</i> , 11: 270-275, 2002		<p>Il lavoro riferisce di studi e revisioni esclusivamente in lingua inglese, qualche riferimento alla Norvegia.</p> <p>I programmi di miglioramento della qualità sono tecnologie sociali mediche e vengono sempre più applicati. Sono di diverso tipo.</p> <p>Si sa poco della loro efficacia o costo-efficacia e si pongono molte domande: se raggiungono i loro obiettivi, quali sono i fattori critici di successo...</p> <p>La ricerca comincia a dare qualche risposta ma ci sono molte difficoltà metodologiche.</p> <p>Esistono revisioni non sistematiche che individuano fattori di successo (vedi) consistenti nel pubblico / privato e in diverse nazioni, assai impegnativi per l'organizzazione e che suscitano considerazioni sulla sostenibilità.</p> <p>Le informazioni provengono prevalentemente dal <i>senior management</i> e dagli esperti ed è necessario allargare le fonti.</p>	<p>Obiettivo generale derivato: aumentare l'efficacia dei programmi di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie (di natura varia, CQI/TQM, accreditamento, ecc.) tramite miglioramento della ricerca in merito alla efficacia di programmi medesimi.</p> <p>Obiettivo specifico derivato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuare i metodi di ricerca più appropriati;</li> <li>• fornire esempi e linee di indirizzo per future ricerche.</li> </ul>	Editoriale/ rassegna di letteratura			<p>Gli interventi sono difficili da valutare utilizzando metodi sperimentali, tuttavia possono essere utilizzati metodi quasi sperimentali.</p> <p>I disegni di ricerca più consoni sono sotto elencati e sono brevemente descritti nell'articolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• descrizione di caso</li> <li>• <i>audit</i></li> <li>• studio prospettico prima / dopo su singolo caso o comparativo</li> <li>• studio retrospettivo o valutazione concorrente su singolo caso o comparativo</li> </ul> <p>La futura ricerca può essere migliorata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutando il grado di implementazione del programma</li> <li>• valicando la valutazione dell'implementazione</li> <li>• effettuando più ampie valutazioni degli <i>outcome</i></li> <li>• effettuando studi longitudinali</li> <li>• dando più attenzione agli aspetti economici</li> <li>• formulando teorie esplicative</li> <li>• utilizzando misure e definizioni di comune accezione</li> <li>• individuando o predisponendo strumenti opportuni per la valutazione e la previsione di efficacia</li> </ul> <p>Nel testo sono descritti anche 8 <i>step</i> metodologici consigliati per lo sviluppo di nuove ricerche.</p>

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Viswanathan H.N., Pharm M.S., Warren S. Accrediting Organizations and Quality Improvement, 2000	<i>The American journal of managed care</i> , 6 (12): 1117-1130, 2000	USA, in riferimento alle HMO e alle reti integrate di assistenza.	<p>La qualità delle prestazioni sanitarie è di difficile comprensione e misurabilità.</p> <p>Da Donabedian l'evoluzione ha visto concentrazioni su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tecnologie</li> <li>• educazione medica</li> <li>• <i>management</i> per la qualità (CQI/TQM)</li> <li>• prospettiva del paziente</li> <li>• valutazione <i>accountability</i></li> <li>• disseminazione delle informazioni sulla qualità</li> </ul> <p>A questi scopi l'accreditamento si presta bene, nonostante molteplici difficoltà</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• costi</li> <li>• frequente cambio dei requisiti</li> <li>• possibilità di manipolazione</li> </ul>	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rivedere le caratteristiche e modalità di azione di vari sistemi di accreditamento USA (JCAHO, NCQA, AMAP, AAHC/URAC, AAHC, FACCT, AHRQ)</li> <li>• derivare valutazioni circa il mantenimento, nel futuro, del ricorso all'accreditamento quale modalità di verifica della qualità delle organizzazioni sanitarie</li> </ul>				<p>L'attuale enfasi posta sul rapporto costo/valore delle prestazioni sanitarie dai datori di lavoro e governo che acquistano prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha fatto sviluppare nuovi sistemi di accreditamento;</li> <li>• consumatori e acquirenti sentono il bisogno dell'accreditamento e lo hanno supportato;</li> <li>• le HMO e i <i>network</i> integrati di servizi sono più diligenti nel sottoporvisi.</li> </ul> <p>L'attuale enfasi sulla <i>performance</i> e la sua pubblicizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha rafforzato l'accreditamento come opportunità per le organizzazioni sanitarie di dimostrare i propri miglioramenti</li> </ul> <p>Nonostante le difficoltà associate al processo di accreditamento, le organizzazioni sanitarie continueranno a utilizzarlo, per il vantaggio competitivo che può fornire.</p>

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Kunkel S.T., Westerling R. Different types and aspects of quality systems and their implications. A thematic comparison of seven quality systems at a university hospital, 2006	<i>Health policy</i> , 76: 125-133, 2006	7 cliniche in un grande ospedale universitario svedese. Non è specificato né l'ospedale né il periodo in cui si sono svolte le interviste.	Il sistema sanitario svedese non obbliga gli ospedali a dotarsi di un sistema qualità, anche se ciò sarebbe consigliabile. Anche se un sistema qualità non garantisce un'alta qualità professionale né un'assenza del medesimo non implica necessariamente che vi sia una scarsa qualità, tuttavia esso dovrebbe essere considerato uno strumento per lo sviluppo.	Studiare differenti sistemi qualità, ricercando gli aspetti organizzativi importanti per gli attori del sistema, al fine di identificare e categorizzare tali modelli, evidenziando gli aspetti delle varie tipologie di sistemi qualità che possono rivestire importanza per coloro che si occupano di organizzazione sanitaria.	Indagine su un campione	intervista	<p>Sono stati presi in considerazione 6 aspetti organizzativi legati al sistema qualità (risorse necessarie, amministrazione del sistema, cultura, collaborazione, raggiungimento degli scopi e sviluppo delle competenze), sulla base di essi, sono stati identificati tre tipi di sistema qualità: locale, centralizzato, integrato.</p> <p>Il primo è quello "spontaneo", a risorse scarsissime, basato sulla buona volontà e l'entusiasmo di una o poche persone, che si accollano gli oneri di sviluppo e di amministrazione, in un clima di scarsa collaborazione. È difficilissimo che vi sia una valutazione dei risultati.</p> <p>Il centralizzato dispone sempre di scarse risorse ma la gestione è gerarchica, burocratica. È accettato solo se ne sono prospettati i vantaggi. Le figure professionali comunicano scarsamente tra loro. Di rado viene valutato il raggiungimento dei risultati.</p> <p>Integrato: la situazione migliore: chiari obiettivi e risorse, la gestione del sistema è anche orientata a una semplificazione della documentazione, con una cultura molto positiva. La valutazione dei risultati è routinaria.</p> <p>Lo studio propone un modello di analisi e valutazione dei sistemi qualità, più che un sistema di analisi dei risultati dei sistemi stessi.</p> <p>Punta più a evidenziare aspetti macroscopici e l'analisi, per essere applicata in realtà diverse, dovrebbe essere adattata.</p> <p>I risultati ottenuti non sono generalizzabili ma può essere trasferita la metodologia.</p>	

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Nicklin W., Greco P., Dean C. Performance reporting: alignment with accreditation, 2005	<i>Healthcare Papers</i> , 6 (2): 50-56, 2005	Canada	Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Illustrare il punto di vista del CCHSA in riferimento al tema della pubblicizzazione dei dati di <i>performance</i> (con particolare riferimento alle evidenze portate sul tema dallo studio di Brow, Kassamali-Bhimani e Mac Leod)</li> <li>• Documentare quanto viene perseguito dal CCHSA per far sì che l'accreditamento sia di utile e significativo supporto per la misurazione della <i>performance</i> e il <i>public reporting</i></li> </ul>	<i>Commentary</i>			<p>C'è evidenza che in contesti di forte controllo governativo le organizzazioni sanitarie sono più orientate alla diffusione delle proprie <i>performance</i>; c'è evidenza che cresce il <i>reporting</i> dei risultati dell'accreditamento. Ciò si realizza con diverse modalità e approcci (informazioni per il pubblico o informazioni per addetti rese pubbliche).</p> <p>Il CCHSA sta studiando (in <i>partnership</i> con gli attori coinvolti) il modo di rendere pubblicabili i <i>report</i> di accreditamento.</p> <p>C'è evidenza che l'impatto dei dati di <i>performance</i> è particolarmente significativo nei confronti dei gestori, che sono spinti all'emulazione e al miglioramento. Questo è assolutamente coerente con gli obiettivi dell'accreditamento, che lo può rinforzare, anche per la sua estensione geografica di applicazione, sia tecnico che professionale.</p> <p>C'è evidenza di molte iniziative nel campo del <i>public reporting</i>. L'accreditamento lo rinforza se integra nel suo programma tali istanze e le governa in <i>partnership</i> con gli attori coinvolti (es. sicurezza paz.).</p> <p>Se il <i>public reporting</i> vuole essere efficace le informazioni debbono essere facilmente utilizzabili, metodologicamente trasparenti e rilevanti per il <i>provider</i>. A maggior ragione se si utilizzano a scopo comparativo.</p> <p>Il CCHSA sta rivedendo il suo programma con un particolare <i>focus</i> sulla misurazione. Essa dovrà permettere valutazione di <i>trend</i> e di confronto.</p> <p>Gli elementi tempo e cambiamento per effetto del miglioramento danno valore transitorio alla valutazione della <i>performance</i>.</p> <p>L'accreditamento - grazie ai suoi standard relativamente stabili e utilizzati trasversalmente - può fornire un antidoto a questo problema.</p> <p>Medesimo <i>focus</i> su tutto il sistema, metodologia comune e comune sistema di <i>reporting</i> rendono l'accreditamento uno strumento di <i>accountability</i> che consente alle organizzazioni sanitarie di identificare, iniziare, monitorare e valutare miglioramenti al loro interno e fra organizzazioni.</p>

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Beaulieu N.D., Arnold M.E. Predictors, correlates of performance and market impact, 2002	<i>Medical care</i>	USA, 2002 Anni a cui si riferiscono i dati, diversi a seconda del database utilizzato: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NCQA e Inetrstudy's HMO: 1987-1997</li> <li>• HEDIS: 1996</li> <li>• consumers checkbook: 1996</li> </ul> <i>Trend</i> 1993-1998	Sistema sanitario	Determinare le caratteristiche dei programmi di salute sottoposti ad accreditamento, la <i>performance</i> dei piani accreditati sugli indicatori di qualità e l'impatto dell'accREDITAMENTO sulle assunzioni (arruolamento)	Studio descrittivo	Analisi dei dati presenti nei seguenti database: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NCQA - <i>National committee on quality assurance</i> (from Intersudy HMO) sulle caratteristiche dei piani (modello, assunzioni dipendenti, qualificazione federale, tasse, prodotti offerti, margini di profitto, spese, affiliazione al NMCF)</li> <li>• HEDIS - <i>Health plan employer data and information</i> (from Quality compass), sulla qualità dell'assistenza (vaccinazioni infantili e degli adolescenti, screening cancro, cure prenatali, trattamento coi betabloccanti, ...)</li> <li>• <i>Consumers Checkbook</i>, su valutazioni di qualità da parte degli utenti (% di estremamente soddisfatti e non soddisfatti, valutazione qualità assistenza, scelta dello specialista, ...),</li> </ul> NB. Sono stati effettuati <i>link</i> tra diversi <i>database</i> .	Programmi di salute accreditati e non accreditati Sulla base dei 4 tipi di accreditamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• accreditamento pieno per 3 anni</li> <li>• accreditamento per 1 anno</li> <li>• accreditamento provvisorio per 1 anno</li> <li>• accreditato negato</li> </ul> sono messi a confronto 4 gruppi di programmi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• non accreditati</li> <li>• accreditati</li> <li>• accreditamento negato</li> <li>• completamente accreditato</li> </ul>	<i>Caratteristiche dei programmi</i> I programmi non accreditati differiscono in modo statisticamente significativo (e negativo) da quelli accreditati per la maggior parte delle caratteristiche indagate (età, ampiezza, affiliazione nazionale, ...). I programmi a cui è stato negato l'accREDITAMENTO differiscono da quelli completamente accreditati in maniera statisticamente significativa (e negativa) per poche caratteristiche (gestione statale ed età del programma)  <i>Performance e qualità percepita</i> I programmi accreditati hanno valori migliori dei non accreditati sulla maggior parte degli elementi indagati. I programmi completamente accreditati mostrano valori migliori di quelli a cui è stato negato l'accREDITAMENTO. Sulla qualità percepita, emergono differenze statisticamente significative, ma non scontate, tra accreditati e non accreditati sui livelli di soddisfazione; e tra completamente accreditati e quelli a cui è stato negato l'accREDITAMENTO sulle possibilità di scelta dei servizi/professionisti.  <i>Impatto</i> Nessuna relazione causale tra accREDITAMENTO e piani di assunzioni, solo correlazione.

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Kasten J.J., Wechsberg W. Accreditation of methadone maintenance treatment: assuring quality of care, 2005	Lucidi e <i>paper</i> (disponibili in internet)	USA, 2003-2004 (citati anche 1998 e 2001)	Sistema sanitario (programmi di trattamento con metadone per la tossicodipendenza)	Valutazione dell'impatto (in termini principalmente di benefici attesi) e dei costi dell'accREDITAMENTO dei trattamenti con metadone.	Sperimentale Confronto tra pre- e post-accREDITAMENTO di un gruppo (campione) di programmi di trattamento con metadone. 175 (172) programmi in 15 Stati degli USA Campione stratificato (per stati) randomizzato pre- e post-accREDITAMENTO, con assegnazione casuale al gruppo di controllo (¼ assegnati al gruppo di controllo).	12 strumenti diversi + confronto tra caratteristiche che riguardano organizzazione, personale, pazienti, servizi, discrezione professionale, garanzie di qualità.	Programmi di trattamento con metadone.	<p>Impatto dell'accREDITAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• costo dell'accREDITAMENTO circa 3 volte superiore a quello stimato</li> <li>• nessuna diminuzione della capacità del trattamento</li> <li>• aumento significativo della capacità di ritenzione del personale</li> <li>• aumento dei servizi di emergenza 24h su 24</li> <li>• aumento delle offerte formative</li> <li>• nessun cambiamento nella valutazione dei pazienti</li> <li>• aumento significativo del numero di servizi (<i>care service</i>) offerti dal non profit/pubblico</li> <li>• aumento lieve della dose media di mantenimento</li> <li>• aumento dell'uso di procedure di garanzia della qualità</li> </ul>
Mays Glen P. Can accreditation work in public health? University of Arkansas for Medical Sciences 2004	<i>Working paper</i>	USA, 2004	Servizi sanitari, servizi sociali, servizi educativi, servizi pubblici	<p>Rispondere a 4 domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quali sono gli obiettivi dell'accREDITAMENTO</li> <li>• che disegno organizzativo e quali i processi sono messi in atto</li> <li>• quali risultati produce (attesi e non)</li> <li>• quali caratteristiche del processo e del contesto sono associate al successo del processo stesso</li> </ul>	Analisi letteratura (Selezionati 94 documenti su disegni, processi e impatto del processo di accREDITAMENTO).	Ricerca bibliografica per parole chiave su diverse motori di ricerca (Medline, Eric, Ebsco, Econlit, Gpo) Brevi interviste telefoniche a testimoni privilegiati.	Programmi di accREDITAMENTO: 13 Relativamente allo studio degli effetti: sono stati analizzati 6 dei 9 studi osservazionali e 2 dei 2 studi sperimentali trovati in letteratura.	<p>Emergono differenze in termini di <i>turnover</i> del personale, diffusione metodi di valutazione del rischio e delle <i>performance</i> cliniche, appropriatezza delle cure, tassi di mortalità e incidenze di patologie, tipologie di servizi offerti (ad esempio 24h), modalità di formazione dello staff e aderenza agli standard.</p> <p>Non emergono invece differenze nel livello di soddisfazione dei pazienti.</p> <p>Tuttavia è possibile che alcune delle differenze derivino da <i>bias</i> di "effetti selezione" e "effetto programma" e non è possibile in alcun modo che le differenze siano prodotte dal processo di accREDITAMENTO, ma solo che sono a questo correlate.</p>

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Bukonda N., Tawrow P., Abdallah H., Hoffner K., Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambia experience, 2002	<i>International journal of quality in health care</i> (IJQHC)	Zambia, 1997-2001	Sistema sanitario	Analizzare le caratteristiche di 79 ospedali in Zambia che hanno seguito il processo di accreditamento.	Sperimentale Confronto di 79 ospedali Confronto pre-/post-accreditamento dei 12 ospedali che sono stati completamente accreditati	Analisi di documenti Interviste con principali <i>stakeholder</i> Visite negli ospedali Confronti e discussioni di gruppo Elementi analizzati: <i>set</i> indicatori composto da 49 standard e 281 caratteristiche misurabili che riguardano 13 differenti aree: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gestione informazione,</li> <li>• leadership,</li> <li>• cura del paziente,</li> <li>• continuità della cura,</li> <li>• accesso e valutazione clinica,</li> <li>• servizi di laboratorio,</li> <li>• risorse umane,</li> <li>• servizio di radiologia,</li> <li>• servizio farmaceutico,</li> <li>• diritti dei pazienti,</li> <li>• cura dell'ambiente,</li> <li>• controllo delle infezioni,</li> <li>• garanzie di qualità</li> </ul>	Ospedali: 79; 12 accreditati	Nei 12 ospedali accreditati: miglioramenti significativi tra prima e dopo accreditamento in 7 delle 13 analizzate. Difficoltà complessive legate al sistema nazionale di accreditamento (pochi fondi, qualificazione dei valutatori, ...)

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Salmon J.W., Heavens J., Lombrad C., Tarrow P. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa, 2003	<i>Report di ricerca</i>	Sud Africa, 1999-2000	Sistema sanitario	Valutazione degli effetti del processo di accreditamento sui processi e sui risultati ( <i>outcome</i> ) degli ospedali pubblici in un paese in via di sviluppo	Sperimentale Campione: 20 ospedali pubblici (sui 53 presenti nella provincia) Campione stratificato per grandezza degli ospedali, con gruppo sperimentale (10) e gruppo di controllo randomizzato (10).	Schede di osservazione e raccolta dati Questionari Schede di autovalutazioni <i>Audit</i> Uso di banche dati Elementi confrontati: <ul style="list-style-type: none"> <li>standard identificati dal COHSASA composto da circa 6000 elementi misurabili in 28 elementi di servizio (<i>management</i>, sale operatorie, salute e sicurezza, cura del paziente, laboratori, ...)</li> <li>indicatori di qualità di un <i>team</i> indipendente su 8 aree (percezione delle qualità delle cure e del lavoro di gruppo degli infermieri, soddisfazione pazienti, educazione medica, accuratezza e completezza documentazione medica, qualità etichette medicine, controllo infezioni, mortalità neonatale, infezioni chirurgiche, tempi di attesa per anestesia, gestione del bilancio)</li> </ul>	Ospedali (pubblici)	Su standard identificati dal COHSASA <ul style="list-style-type: none"> <li>aumento complessivo dei valori sui 28 elementi analizzati per gli ospedali del gruppo sperimentale (sebbene con alcune differenze tra i diversi elementi), stabilità dei valori per il gruppo di controllo</li> </ul> Su indicatori di qualità su 8 aree <ul style="list-style-type: none"> <li>influenza meno evidente o nulla sugli elementi analizzati, a parte un leggero incremento rispetto alle percezioni degli infermieri.</li> </ul> Questo potrebbe dipendere da limiti metodologici dell'indagine o dal fatto che l'accreditamento non impatta su questi aspetti di qualità.
Ito H., Sugawara H. Relationship between accreditation score and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study 2005	<i>Qual Saf Health Care</i> , 14 (2): 87-92, 2005	Giappone, 2003	Sistema sanitario	Esaminare l'associazione tra i punteggi (valori) dell'accreditamento (concesso dal Japan Council for quality health care - JCQHC) e la pubblicizzazione dei <i>report</i> .	Sperimentale Campione di 547 ospedali accreditati sugli 817 totali accreditati. 508 hanno concesso al JCQHI l'autorizzazione a pubblicizzare i risultati.	Data base del JCQHI, per ottenere le valutazioni (punteggi) di accreditamento Questionario con cui analizzare: <ul style="list-style-type: none"> <li>caratteristiche ospedali (n letti, gestione pubblico / privati, contesto urbano-rurale)</li> <li>pubblicizzazione (impatto sul pubblico, vantaggi per l'ospedale, rischi per l'ospedale, commenti del JCQHI, pubblicizzazione volontaria)</li> </ul>	Ospedali accreditati	Emerge una correlazione positiva tra punteggio dell'accreditamento e tendenza a rendere pubblici i risultati. Gli ospedali pubblici diffondono i risultati più dei privati, quelli rurali più di quelli di città, i grandi più dei piccoli. L'attenzione ai pazienti e lo sforzo di incontrare i bisogni della comunità sono maggiori negli ospedali che rendono pubblici i risultati. Rendere pubblici i propri risultati è utile: si stimola il miglioramento della qualità.



Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Sierpiska L., Ksykiewicz-Dorota A. Select determinants of the quality of hospital care, 2002	<i>Abstract Anniversary of University Marie Curie Skłodowska</i>	Lublin (Polonia) Prima del 2002	Sistema sanitario	Valutare gli effetti dell'accREDITAMENTO	Sperimentale Campione di 21 ospedali, 4 accreditati e 17 non accreditati. Confronto tra accreditati e non accreditati.	Questionari Elementi di analisi questionario 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• conoscenze e coinvolgimento dello staff nel processo di accREDITAMENTO</li> <li>• valutazione della gestione del <i>team</i> terapeutico da parte di medici (chirurghi) e infermieri</li> </ul> Sono stati intervistati con questionario 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 560 medici e infermieri</li> </ul> Elementi di analisi questionario 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• consapevolezza della <i>leadership</i> del medico</li> <li>• valutazione delle competenze di <i>leadership</i> del medico</li> </ul> Sono stati intervistati con questionario 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 61 dottori e 339 infermieri</li> </ul>	Ospedali	<i>Dalla ricerca con questionario 1</i> emergono differenze statisticamente significative tra professionisti di ospedali accreditati e non accreditati rispetto alle conoscenze dei requisiti necessari per l'accREDITAMENTO. I professionisti degli ospedali non accreditati hanno giudizi più negativi rispetto alla gestione del <i>team</i> terapeutico.  <i>Dalla ricerca con questionario 2</i> il personale degli ospedali accreditati percepisce molto più frequentemente il responsabile di reparto come <i>manager</i> del <i>team</i> terapeutico rispetto a quelli degli ospedali non accreditati.
Beason C.F. A new role in accreditation activities offers expanded horizons for registered nurses, 2005	<i>J Prof Nurs</i>	USA, 2000	AccREDITAMENTO programmi formativi per infermieri	Descrivere i benefici del coinvolgimento degli infermieri (in qualità di valutatori) nei programmi di accREDITAMENTO della Commission on Collegiate Nursing Education (CCNE)	Studio descrittivo (l'articolo descrive le fasi del coinvolgimento degli infermieri nel processo di accREDITAMENTO e ne esplicita i potenziali benefici)			Il punto di vista degli infermieri fornisce un valore aggiunto al processo di accREDITAMENTO. Per gli infermieri è un fattore di soddisfazione: il ruolo di valutatore ai processi di accREDITAMENTO viene considerato essere un'opportunità di sviluppo professionale e di promozione dell'autonomia. Gli infermieri coinvolti veicolano, nel proprio ambito lavorativo, i valori legati alla qualità. Gli infermieri rappresentano, in questo modo, il collegamento tra la formazione accademica e la pratica clinica.

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Schyve P.M. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000	<i>Int J Qual Health Care</i>	USA, 2000	Sistema sanitario	Descrivere esperienza USA a partire dall'American College of Surgeons del 1917 per suggerire il coinvolgimento di più <i>stakeholder</i> (pubblico, governo, assicurazioni) come fattore di successo nel processo di accreditamento.	<i>Commentary</i>			Esperienza statunitense consiglia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• coinvolgere <i>stakeholder</i> (professionisti, pazienti, ... per stabilire gli standard e le politiche);</li> <li>• fornire indicatori di efficienza (si richiede di sviluppare processi di valutazione che incoraggino il miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza);</li> <li>• esplicitare le valutazioni relative alla sicurezza (ad es. incorporando aspetti dell'approccio previsto dalle ISO 9000);</li> <li>• mediare tra esigenze di confidenzialità richieste dal processo di accreditamento e informazioni desiderate dal pubblico</li> </ul>
Gillon M., Buetow S., Talboys S., Wellingham J. A practical approach to quality improvement: the experience of the RNZCGP practice standards validation field trial, 2003	<i>N Z Med Journ</i>	Nuova Zelanda, 1998-2001	Sistema sanitario (medicina generale)	Sviluppo, implementazione e validazione di un processo di accreditamento in un'ottica di CQI ( <i>continuous quality improvement</i> )	Studio sperimentale: si descrive il percorso metodologico utilizzato per sviluppare i criteri per l'accREDITAMENTO della medicina generale. Il percorso ha previsto: lo svolgimento di due <i>workshop</i> in cui si sono identificati 49 indicatori, raggruppati in 5 categorie principali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aspetti che riguardano il paziente;</li> <li>• fattori che influenzano la pratica clinica;</li> <li>• appropriatezza clinica;</li> <li>• gestione delle informazioni;</li> <li>• sviluppo professionale e garanzie di qualità.</li> </ul> Si sono poi campionati 45 <i>practice</i> per essere valutati.		Medici di medicina generale	La metodologia di accreditamento dei <i>general practitioner</i> sperimentata è risultata essere fattibile in termini di processo e di costi. La valutazione complessiva degli indicatori selezionati dimostra la validità e la riproducibilità degli stessi.

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Mihalik G.J., Scherer M.R. Understanding the intersection between quality improvement, managed behavioral health accreditation, and the private practitioner, 2000	<i>Psich Clin of North Am</i>	USA, 2000	Sistema sanitario (salute mentale)	Riflettere sulle implicazioni tra accreditamento e qualità dei servizi erogati in un contesto in cui le <i>managed behavioral health organization</i> hanno come obiettivo il contenimento dei costi.	<i>Commentary</i>			Si ribadisce l'importanza dell'accREDITAMENTO come strumento per garantire la qualità. I <i>payer</i> (assicurazioni o datori di lavoro) utilizzano l'accREDITAMENTO come garanzia rispetto al fatto che il contenimento dei costi non si rifletta in una diminuzione della qualità delle cure. L'accREDITAMENTO stabilisce degli standard che richiedono agli erogatori di adottare programmi di qualità diretti alla valutazione ed all'implementazione del miglioramento della qualità ad un livello sistematico.
Casey M. State HMO Accreditation and external quality review requirements: implications for HMOs serving rural areas, 2001	<i>J of Rural Health</i>	USA, 2001	Sistema sanitario	Descrivere e analizzare la normativa statale relativa all'accREDITAMENTO ed alle revisioni di qualità esterne per HMO; verificarne l'applicazione e analizzarne le implicazioni per le HMO che operano in aree rurali.	Studio descrittivo	Indagine effettuata su leggi e regolamenti. Si sono inoltre condotte delle interviste con i funzionari statali per chiarire le aspettative delle regolamentazioni emanate e per conoscere l'implementazione delle stesse.	Legislazioni statali	Molti Stati hanno incluso accREDITAMENTO e revisione della qualità per l'autorizzazione al funzionamento e per ottenere l'idoneità a contrattare per i dipendenti del settore pubblico perché preoccupati per la qualità dell'assistenza erogata. I costi indotti dall'accREDITAMENTO potrebbero avere delle implicazioni negative rispetto all'accesso di nuove HMO nelle aree rurali (l'offerta per la popolazione rurale è già sottostimata).

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Pawson L.G., Torda P., Roski J. The role of accreditation in an era of market-driven accountability, 2005	<i>The American journal of managed care</i> , May 2005	USA, 2005	USA L' <i>accountability</i> è tirata da tre meccanismi: regolazione esterna, professionalismo (autoregolazione) e mercato. Mentre i rapporti fra accreditamento e autoregolazione appartengono a uno scenario antico, la funzione dell'accreditamento nel nuovo scenario di consumismo e mercato è da precisare. Attualmente sono cresciute le richieste di una maggiore <i>accountability</i> ; esistono sistemi robusti di indicatori di <i>performance</i> ma non ci sono meccanismi definiti per raccogliere e diffondere le informazioni di <i>performance</i> .	Illustrare quali, secondo l'autore, sono le aree in cui l'accreditamento deve svilupparsi al fine di costituire uno strumento di <i>accountability</i> in un contesto <i>market-driven</i> , focalizzato sul consumatore, che risponda anche alle esigenze dei <i>provider</i> .	<i>Commentary</i>			Secondo l'autore l'accreditamento deve: <ul style="list-style-type: none"> <li>coinvolgere più intensamente tutti gli <i>stakeholder</i> nel processo di accreditamento (dall'<i>advisory group</i> al <i>board</i> di governo)</li> <li>utilizzare i risultati degli esistenti e ormai robusti <i>database</i> che documentano la <i>performance</i> delle organizzazioni</li> <li>espandere il <i>report</i> di accreditamento da una semplice dichiarazione di <i>pass / fail</i> a una descrizione più dettagliata per aree di <i>performance</i></li> <li>adattarsi rapidamente al cambiamento e mantenere legami con i sistemi di regolazione e quelli di autoregolazione professionale</li> </ul>
Chen J., Rathore S., Radford M.J., Krumholz H.M. JCAHO Accreditation and Quality of Care for Acute Myocardial Infarction, 2003	<i>Health Affairs</i> , 22 (2): 243-254, 2003	USA	Sistema sanitario USA	Esaminare l'associazione tra accreditamento ospedali e qualità dell'assistenza fornita a pazienti con infarto miocardico acuto (IMA)	Studio osservazionale su 134.579 pazienti trattati in 4.221 ospedali	Analisi <i>database</i> dei ricoveri per acuti	Ricoveri di pazienti con IMA in: <ul style="list-style-type: none"> <li>3.179 ospedali accreditati</li> <li>1.042 ospedali non accreditati</li> </ul>	Gli ospedali non accreditati presentano più basse <i>performance</i> , in termini di assistenza ai pazienti con IMA (es. è meno probabile che siano usate terapie perfusionali e farmaci betabloccanti) e tassi di mortalità più elevati rispetto ad ospedali accreditati.
Gelmon S.B. Stakeholder satisfaction with the accreditation process, 2004	<i>The Journal of Health Administration Education</i> , Spring 2004	USA e Canada	Università (programmi di educazione sanitaria)	Analisi sulla soddisfazione dei gruppi di <i>stakeholder</i> per il processo di accreditamento	Studio osservazionale	Questionario a 4 categorie mutuamente esclusive di <i>stakeholder</i> (studenti; ex alunni; direttori di programma, impiegati). I questionari miravano a misurare (attraverso scala da 1 a 5) i benefici del processo di accreditamento (e più in generale valutare il valore aggiunto di tale processo).	Gruppi di <i>stakeholder</i>	Accreditamento è percepito da tutti i gruppi come uno strumento che promuove le professionalità e la qualità dei programmi. L'accreditamento aiuta inoltre il reclutamento degli studenti e la progressione di carriera nel tempo. Tra i benefici si include inoltre lo stimolo al continuo miglioramento dei programmi.

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Mihalik G.J., Scherer M.R., Schreter R.K. The high price of quality: a cost analysis of NCQA accreditation, 2003	<i>J Health Care Finance</i>	USA	Sistema sanitario	Valutare, dal punto di vista dell'ospedale, i costi sostenuti per ottenere l'accreditamento da parte di NCQA	Studio descrittivo	Analisi dei costi associati all'implementazione di un processo di accreditamento	Ospedale	Lo studio valuta tutti i costi associati all'implementazione di un processo di accreditamento considerando non solo i costi della "domanda" ( <i>application</i> ) ma anche tutti i costi associati alla preparazione dei documenti per la prima visita di accreditamento e per la successiva verifica entro 18 mesi ( <i>survey fees</i> ), oltre che i costi associati al personale coinvolto.
Conover J.C., Zeitler E.P. Hospital accreditation and licensure, 2004	<i>Draft</i>	USA	Sistema sanitario (Medicare e Medicaid)	Confrontare i costi e i benefici dell'introduzione di un processo di accreditamento (il punto di vista è quello del sistema sanitario e in particolare quello di Medicare)	Rassegna letteratura	Analisi di articoli riguardanti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Government Regulatory Cost</i>: costi di regolazione sostenuti dalle autorità governative</li> <li>• <i>Industry Administrative Costs</i>: i costi amministrativi (<i>paperwork burden</i>) associati a un tipico episodio di assistenza</li> </ul>	Sistema sanitario	Nella stima dei costi e dei benefici, gli autori considerano tra i costi il peso del lavoro d'ufficio associato all'accreditamento ( <i>paperwork burden</i> ), stimando un costo complessivo atteso del processo di regolazione pari a 8.640 milioni di dollari; mentre dal lato dei benefici, sostengono che la mancanza di dati sufficienti per determinare gli esiti clinici o la soddisfazione dei pazienti connessa con l'implementazione del processo di accreditamento, non consentano di stimare alcun beneficio.
Piontek F.A., Coscia R., Marselle C.S., Korn R.L., Zarling E.J. Impact of American College of Surgeons verification on trauma outcomes, 2003	<i>J of trauma, injury, infection and critical care</i>	USA	Sistema sanitario USA	Confronto degli <i>outcome</i> per i pazienti che hanno subito un trauma trattati in ospedali prima e dopo la verifica di accreditamento (Level II ACS Verification)	Valutazione economica (costo-efficacia): studio comparativo retrospettivo condotto in due centri (ospedale sottoposto a ACS vs ospedale non sottoposto a verifica ACS).	Analisi database dei ricoveri Le misure di <i>outcome</i> sono: tasso di mortalità (grezzo e aggiustato per la qualità), durata della degenza, prevalenza di complicazioni, re-ricoveri in ospedale entro 31 gg dalla dimissione. Riguardo ai costi, sono stati considerati i costi diretti di produzione.	Pazienti che hanno subito un trauma (identificati in base ai codici ICD-9-CM) ricoverati nei due ospedali a confronto.	Nell'ospedale sottoposto a verifica di accreditamento ACS si osservano nel tempo (prima e dopo la verifica) significativi miglioramenti della performance, in termini soprattutto di riduzione dei tassi di mortalità sia di durata della degenza (sia grezzi che aggiustati per il rischio).

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Greenfield D., Braithwaite J. A review of health sector accreditation research literature, 2007	<i>Clin Gov</i> (Centre for Clinical Governance Research in Health; University of New South Wales, Australia)	La revisione della letteratura è stata effettuata dal Centre for Clinical Governance Research in Health (University of New South Wales, Australia) nel 2007	Revisione della letteratura riguardante la ricerca inerente l'accredimento in ambito sanitario, escludendo però la descrizione, i commenti e le discussioni sull'accredimento.	Individuare contributi di ricerca inerente l'accredimento e identificare l'impatto e l'efficacia dei programmi di accreditamento secondo 10 classi di analisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• atteggiamento dei professionisti rispetto all'accredimento</li> <li>• promuovere cambiamenti</li> <li>• impatto organizzativo</li> <li>• impatto finanziario</li> <li>• strumento per misurare la qualità</li> <li>• valutazione del programma di accreditamento</li> <li>• punto di vista/ soddisfazione del paziente</li> <li>• divulgazione/ pubblicazioni</li> <li>• sviluppo professionale</li> <li>• aspetti ispettrici / di controllo</li> </ul>	Revisione / rassegna della letteratura	Strategia multi-metodo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• interrogazione delle banche dati bibliografiche (Medline; Embase, CINAHL)</li> <li>• consultazione di siti e contatto personale delle Agenzie nazionali e internazionali di accreditamento</li> <li>• tecnica di <i>snowballing</i> su altri motori di ricerca (Google, ...)</li> </ul>	<i>Abstract</i> e pubblicazioni; programmi di accreditamento	Sono stati individuati 66 articoli/ <i>report</i> , classificati secondo le 10 categorie; il quadro che emerge è complesso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il processo di accreditamento incide solo su 2 categorie (promuovere cambiamenti e sviluppo professionale);</li> <li>• gli studi compiuti sono invece inconsistenti e/o contrastanti per 5 categorie (atteggiamento dei professionisti, impatto organizzativo, impatto finanziario, strumento per misurare la qualità, valutazione del programma);</li> <li>• non esistono invece sufficienti studi per poter trarre delle conclusioni per le restanti 3 categorie (soddisfazione del paziente, divulgazione, aspetti inerenti le visite ispettive)</li> </ul>
Staines A. Benefits of an ISO 9001 certification - the case of a Swiss regional hospital, 2000	<i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> , 13 (1): 27-33, 2000	Ospedale svizzero, dal 1996 al 1998	Sistema sanitario	Descrivere il processo di certificazione ISO 9001 in un ospedale svizzero e discutere sui risultati e i benefici di questo approccio	Descrittivo (analisi dei vari processi e delle difficoltà, delle motivazioni e dei benefici)	Certificazione ISO 9001	Ospedale (certificazione di tutti i reparti)	L' <i>audit</i> mostra che, anche se la certificazione ISO riguarda più processi tecnici e formali, ha comunque un impatto su aspetti qualitativi e porta a cambiamenti organizzativi, intesi come maggiore senso di appartenenza/ motivazione e maggiore comprensione del proprio ruolo all'interno del sistema.

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Braithwaite J., Westbrook J., Pawsey M., Greenfield D. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation 2006	<i>BMC Health Services Research</i> , 6: 113, 2006	Australia	Sistema sanitario	<p>Presentare e proporre un progetto di ricerca volto a indagare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>relazione tra il processo di accreditamento e le <i>performance</i> cliniche e organizzative. In particolare si dovrebbero indagare le seguenti dimensioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>accreditamento e caratteristiche della cultura organizzativa;</li> <li>accreditamento e <i>performance</i> cliniche;</li> <li>accreditamento, cultura organizzativa e partecipazione utenti;</li> <li>confrontare la qualità dell'assistenza tra strutture accreditate e non.</li> </ul> </li> <li>la soggettività degli ispettori nel valutare e nell'assegnare la certificazione e gli effetti delle persone coinvolte nel processo di accreditamento nella propria organizzazione</li> </ul>	<p>Si propone un approccio multidisciplinare al fine di incorporare dati sia quantitativi sia qualitativi (indicatori clinici e osservazioni etnografiche). Sono disegnati 4 studi interrelati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I studio: studio prospettico per analizzare la relazione tra accreditamento e <i>performance</i> cliniche e organizzative</li> <li>II studio: studio prospettico per confrontare strutture accreditate e non</li> <li>III studio: studio prospettico per valutare l'affidabilità e la riproducibilità del lavoro dei <i>surveyor</i> e dei <i>survey team</i></li> <li>IV studio: studio prospettico e retrospettivo per valutare l'influenza dei <i>surveyor</i> nella propria organizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I studio: analisi indicatori clinici e organizzativi (gg. malattia, infortuni, turnover, piani formativi) osservazioni dirette e interviste per rilevare pratiche organizzative, processi inerenti la comunicazione, standardizzazione del lavoro, partecipazione degli utenti</li> <li>II studio: stesse analisi studio I</li> <li>III studio: osservazioni dirette, interviste e <i>focus group</i></li> <li>IV studio: non specificato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I studio: strutture sanitarie accreditate</li> <li>II studio: strutture accreditate e non</li> <li>III studio: strutture accreditate richiedenti un secondo accreditamento</li> <li>IV studio: strutture accreditate</li> </ul>	È una proposta di un progetto di ricerca da applicarsi anche a livello internazionale, i risultati quindi mancano.
Juul A.B. Glud C. <i>et al.</i> The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines 2005	<i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> , 18 (4): 321-328, 2005	Danimarca, dal 2000 al 2002	Sistema sanitario	Esaminare la disponibilità e la qualità di linee guida cliniche riguardanti l'assistenza ospedaliera pre-operatoria erogata a pazienti diabetici prima e dopo un trial clinico randomizzato (cieco e multi-center) e l'accreditamento internazionale	Analisi dell'effetto contemporaneo del RTC e dell'accreditamento	<p>Sono state utilizzate 2 scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>una scala generale a 11 punti per misurare la divulgazione delle linee guide cliniche e lo sviluppo di indicatori di qualità,</li> <li>una scala a 5 punti, sviluppata dagli autori, per stimare la qualità delle linee guide medesime</li> </ul>	51 reparti di 9 ospedali situati nell'area di Copenhagen sono stati coinvolti nel trial clinico randomizzato, di cui 27 reparti si sono anche sottoposti a un accreditamento internazionale (JCAHO)	<p>Il <i>trial</i>, congiuntamente all'accreditamento internazionale ha portato a significativi incrementi nella diffusione e nella qualità delle linee guida.</p> <p>La divulgazione e lo sviluppo di indicatori di qualità è più marcato nelle unità accreditate rispetto a quelle non accreditate; diversamente non si evince una differenza significativa per quanto riguarda la qualità delle linee guida, intesa in termini clinici</p>

Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Brenda M.J. et al. Linking accreditation and public health outcomes; a logic model approach 2007	<i>J Public Health Management Practice</i> , 13 (4): 349-356, 2007	Stati Uniti, 2004	Sistema sanitario e altri servizi (servizi sociali, servizi pubblici)	Costruire un modello logico per esplorare l'impatto che l'accreditamento esercita, a vari livelli, sui risultati	Revisione di programmi di accreditamento e di 11 studi, osservazionali e sperimentali	Modello logico		Dalla revisione della letteratura sono emersi, per gli altri servizi pubblici, elementi che gli autori descrivono come "cautamente ottimistici", fino a "modesti" e "promettenti" e che indicano differenze in termini di risultati fra organizzazioni accreditate e non, ma queste potrebbero essere legate anche a possibili <i>bias</i> . Sono stati illustrati invece solo i <i>link</i> potenziali fra il modello di accreditamento pubblico in sanità e i risultati, descrivendo le strategie, gli output (di breve, medio e lungo periodo) e gli eventuali fattori di contesto, senza però che il modello logico sia stato effettivamente sviluppato.
Debritz J.N., Pollak A.N. The impact of trauma centre accreditation on patient outcome 2006	<i>Int J Care Injured</i> , 37: 1166-1171, 2006	USA, revisione di diversi studi, condotti dagli anni '70 in poi fino ad oggi	Sistema sanitario, e in particolare i trauma center	Determinare, se l'accreditamento dei trauma center ha prodotto esiti positivi per i pazienti	Revisione della letteratura	Analisi di articoli, riguardanti l'impatto dell'accreditamento sulla performance della struttura e in particolare sul tasso di mortalità dei pazienti	Trauma center	L'accreditamento del trauma center ha avuto un impatto positivo sulla cura del paziente e in particolare ha ridotto in modo significativo il tasso di mortalità. L'importanza degli singoli aspetti dell'accreditamento rimane però oscura.
Stradling D. et al. Stroke care delivery before vs after JCAHO stroke center certification 2007	<i>Neurology</i> , n 68, February 6, 2007	USA, Medical Center of California (UCIMC), luglio 2001 - giugno 2005	Sistema sanitario	Determinare se l'assistenza sanitaria ai pazienti colpiti da ictus è cambiata, dopo che nel gennaio 2004 l'ospedale è stato certificato di essere un centro d'eccellenza per l'ictus tramite la Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)	Studio retrospettivo	schede mediche e sintesi sulle dimissioni	Medical Center of California	In seguito al processo di certificazione sono stati introdotti sia un'unità che un team dedicato all'ictus; molti aspetti del percorso assistenziale sono stati standardizzati (es. la profilassi della trombosi delle vene profonde e il test del profilo del siero dei lipidi al momento dell'ammissione); diversi indici di misurazione sono migliorati in seguito alla certificazione. Dopo la certificazione è aumentato il numero dei ricoveri, anche se questo incremento può essere legato comunque a altri fattori. Il tasso di mortalità è invece rimasto invariato.



Autore, Titolo, Anno	Rivista	Luogo e anno indagine	Contesto indagine	Obiettivo	Metodo e metodologia			Risultati
					Tipo di studio	Strumento	Unità di analisi	
Miller M.R. <i>et al.</i> Relationship between performance measurement and accreditation: implication for quality of care and patient safety, 2005	<i>American Journal of Medical Quality</i> 20 (5), Sept/Oct 2005	USA, 2.116 ospedali in 24 Stati, dal 1997 al 1999	Sistema sanitario (americano)	individuare una relazione fra il punteggio assegnato dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e indicatori di qualità e sicurezza del paziente (Inpatient Quality Indicators and Patient Safety Indicators, ossia IQIs/PSIs).	Studio retrospettivo; modello di regressione logistica e ANOVA.	Utilizzo di dati amministrativi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dati JCAHO sono stati classificati in 46 aree di <i>performance</i>, ottenendo un punteggio da 0 a 100.</li> <li>• sono stati utilizzati 15 indicatori per IQIs e 18 PSIs</li> </ul>	2.116 ospedali	Sembra non sussistere una relazione fra i risultati dell'accREDITAMENTO JCAHO e fra indicatori ( <i>evidence based</i> ) su qualità e sicurezza del paziente. Questo risultato è influenzato verosimilmente dal fatto che l'JCAHO focalizza l'attenzione su aspetti di struttura e di processo, mentre IQIs e PSIs misurano più un mix di processi ed esiti.



# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)

37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.

58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)

80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (\*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (\*)



124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (\*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (\*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (\*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (\*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (\*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (\*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (\*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (\*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (\*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (\*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (\*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (\*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (\*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (\*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (\*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (\*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (\*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (\*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (\*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (\*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (\*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (\*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (\*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (\*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (\*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (\*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (\*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (\*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (\*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (\*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (\*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (\*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (\*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (\*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (\*)