

to l'uso delle linee guida come strumenti finalizzati alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sulla base di principi scientificamente validi e condivisi dagli operatori. In pratica, questo significa vedere le linee guida non come direttive che ciascun operatore dovrebbe sentirsi vincolato ad applicare meccanicamente ai singoli pazienti, ma come indicatori attraverso i quali le prestazioni di team di operatori e dei servizi possano essere valutate (anche in modo comparativo) rispetto alla qualità medico-tecnica dell'assistenza fornita. Questa impostazione è parsa quella maggiormente fattibile perché in sintonia con la duplice esigenza di non ledere l'autonomia professionale del singolo medico ribadendone, tuttavia, le responsabilità (accountability) nei confronti del sistema all'interno del quale opera e degli utenti dei servizi.

Proprio perché questa linea culturale di fiducia e collaborazione con il mondo clinico e assistenziale richiede un forte rigore e trasparenza nei metodi di elaborazione e di sviluppo, la scelta del PNLG è stata di non limitarsi a delegare agli organismi scientifici della professione medica la produzione di linee guida, ma di concorrere a esplicitare delle regole con cui tale attività di produzione debba essere realizzata. La letteratura internazionale, da questo punto di vista, ha fornito esauriente documentazione del fatto che linee guida prodotte da singole società scientifiche, o comunque da gruppi monodisciplinari, sono spesso di qualità metodologica insoddisfacente (17), che la monodisciplinarietà crea inevitabilmente atteggiamenti "incrementali" e non privi di conflitti di interesse e che, infine, le linee guida sono spesso prodotte trascurando la necessità di offrire ai potenziali utenti raccomandazioni chiare, sintetiche e misurabili nel loro impatto (18). Tutti questi problemi rischiavano di essere particolarmente acuti nello scenario italiano, caratterizzato da un'estrema frammentazione della realtà medico-scientifica in una sin troppo ampia gamma di società specialistiche, talvolta in concorrenza e contrapposizione tra loro. Non a caso, l'esigenza di esplicitare quali dovrebbero essere i criteri metodologici sulla cui base impostare lo sviluppo di linee guida era già stata avvertita negli anni precedenti da parte di alcune organizzazioni medico-scientifiche (19).

**Le attività di produzione e implementazione di linee guida nel biennio 1999-2000.** Nel periodo considerato le attività specifiche del PNLG si sono incentrate soprattutto nella definizione del quadro generale di tipo metodologico e operativo e nell'avvio di esperienze di collaborazione con società scientifiche.

Specificamente, si è lavorato alla produzione di tre tipi di documenti/elaborati (20) (tabella 66). Il primo è rappresentato da linee guida in senso stretto e riguardava la messa a punto di indicazioni/raccomandazioni per l'uso appropriato di specifiche procedure o interventi. Il secondo tipo è invece costituito da documenti - anche questi sviluppati in collaborazione con società scientifiche e professionali - finalizzati a esplorare le implicazioni organizzativo-gestionali della implementazione di specifiche linee guida. Il terzo, infine, è costituito da documenti di indirizzo per l'attività dei servizi sanitari, e ha la funzione di offrire raccomandazioni per l'ottimizzazione di prestazioni di documentata efficacia o necessità. Nel campo delle linee guida sono state definite le indicazioni per l'uso appropriato dell'angiografia coronarica e delle procedure di bypass e angioplastica coronarica in collaborazione con la Federazione italiana di cardiologia (21).

Il primo esempio di documenti mirati a facilitare l'implementazione di raccomandazioni/linee guida in aree dove esse già esistono e di prossima diffusione da parte della ASSR è quello relativo all'applicazione dei criteri di uso appropriato dei singoli esami diagno-

stici nella chirurgia elettiva. Infine, il documento sulla diagnostica oncologica ("Rapido accesso alla diagnosi per i pazienti con sospetta patologia oncologica") rappresenta il primo esempio di documento mirato a fornire indicazioni per il dimensionamento qualitativo e l'organizzazione di specifici servizi di riconosciuta necessità, quali quelli diagnostici per la patologia oncologica. Tale documento è disponibile sia in formato cartaceo sia su Internet (22).

Come contributo alle attività del PNLG è stato inoltre avviato, nella seconda metà del 2000, un progetto coordinato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e costituito dallo stesso ISS, dalla ASSR, dal Centro per la valutazione della efficacia della assistenza sanitaria (CeVEAS) di Modena e dalla Agenzia Zadig di Milano. Scopo di tale progetto è

- collaborare alla produzione di alcune delle linee guida prioritariamente definite nel PSN 1998-2000;
- mettere a punto un sito Internet del PNLG ([www.PNLG.it](http://www.PNLG.it)) contenente informazioni comparative sulle principali linee guida esistenti a livello internazionale sugli argomenti prioritari del PSN 1998-2000;
- sperimentare modalità di diffusione delle informazioni delle linee guida nei confronti del pubblico.

Tale progetto inizierà a rendere disponibili i propri prodotti nel corso del 2001.

Un'altra iniziativa integrata con il PNLG è rappresentata da un progetto, finanziato nell'ambito del Programma ricerca sanitaria del Ministero della sanità (fondi 1999), denominato TRiPSS II (Trasferire i risultati della ricerca nella pratica dei servizi sanitari) e attivato nei primi mesi del 1999. Tale progetto coinvolge 26 aziende sanitarie di 9 Regioni italiane in attività di implementazione (e non quindi di produzione) di linee guida su interventi di documentata efficacia (screening mammografico, management dei tumori del colon, scompenso cardiaco, management del dolore toracico al momento dell'arrivo in pronto soccorso, diagnostica delle epatopatie, profilassi delle trombosi venose profonde, management del paziente con stroke, management del paziente con trauma cranico) (23). Il progetto è coordinato dal CeVEAS per quanto riguarda la messa a punto e attivazione dei singoli progetti aziendali e la scelta e valutazione critica delle linee guida già esistenti, a livello italiano o internazionale, da implementare nei singoli progetti. La fase di implementazione locale e di valutazione dei risultati occuperà il periodo 2001-2002.

Tra le iniziative con valenza nazionale promosse da organismi non appartenenti al Servizio sanitario nazionale va ricordata la linea guida sulla diagnostica e management dello stroke (denominata SPREAD, Stroke prevention and rehabilitation educational awareness demonstration) realizzata da un comitato ad hoc di esperti nel campo della neurologia, neuroepidemiologia, neuroriabilitazione, e diffusa sia in formato cartaceo sia mediante un apposito sito Internet (24) (<http://www.spread.it/>). Non risulta che per la linea guida SPREAD sia stata definita una specifica strategia o modalità di implementazione.

Per quanto riguarda iniziative a dimensione regionale o locale di produzione o implementazione di linee guida è più problematico offrire una panoramica esaustiva di quanto prodotto sul territorio nazionale. Tralasciando volutamente iniziative di messa a punto di linee guida da parte di singole aziende sanitarie, abbiamo cercato di riassumere alcune iniziative assunte dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, l'unica tra le agenzie regionali esistenti che già nel 1999 abbia assunto il terreno della produzione e adattamento locale di linee guida come parte integrante della propria attività. Restano purtroppo escluse da que-

sta schematica sintesi di linee guida prodotte a livello nazionale o regionale nel biennio 1999-2000, documenti messi a punto da singole aziende sanitarie locali, da società scientifiche o da altri gruppi professionali. Nella preparazione di questo capitolo si è comunque scelto di privilegiare documenti e prodotti che avessero un orizzonte almeno regionale, rimandando eventualmente a un momento successivo una ricognizione più analitica dell'esistente.

**Conclusioni.** Da questo rapido e necessariamente schematico excursus sullo sviluppo delle linee guida nel nostro Servizio sanitario nazionale emerge un quadro in evoluzione. La recente normativa - PSN 1998-2000 e decreto legge 229/1999 - definisce un quadro di riferimento normativo e organizzativo nel quale è possibile affidare alle linee guida - contestualmente alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e alla messa a punto delle politiche per l'accreditamento - il ruolo di strumento di comunicazione tra mondo professionale, amministratori e utenti e, ancor più importante, di terreno di esplicitazione delle modalità ottimali di erogazione delle prestazioni riconosciute come diritto dei cittadini nell'ambito delle garanzie definite dai LEA.

Se sul terreno concreto della produzione o adattamento di linee guida va riconosciuto che si sarebbe potuto fare di più nel corso dell'ultimo biennio, è altrettanto vero che uno sforzo importante è stato fatto per promuovere il dibattito e la crescita sia culturale sia tecnica tra i professionisti e gli amministratori e per definire le regole entro le quali si potrà lavorare nei prossimi anni.

Ora che gli strumenti legislativi e normativi esistono, e che è possibile attivare in modo concreto quelle politiche incentivanti che paiono essere un requisito necessario, anche se non sufficiente, per il miglioramento della qualità, è auspicabile che nel corso degli anni a venire l'utilizzo delle linee guida nel Servizio sanitario nazionale possa offrire quel contributo al miglioramento della qualità e all'affermazione di maggiore trasparenza nei comportamenti che è fondamentale per la sopravvivenza stessa dell'idea di servizio sanitario nazionale nel momento in cui si dà avvio al federalismo sanitario e permane forte la sfida della sostenibilità economica del sistema.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Borowitz M et al. Controlling health care: from economic incentives to micro-clinical regulation. *Health Economics* 1993; 2: 201-4.
- 2) Chassin MR et al. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occupat Med* 1990; 32: 1199-206.
- 3) Day P et al. Hurdles and Levers. A comparative US-UK study of guidelines. London: Nuffield Trust, 1998.
- 4) Eddy DM. Three battles to watch in the 1990s. *JAMA* 1993; 270: 520-6.
- 5) Farmer A. Medical practice guidelines: lessons from the United States. *BMJ* 1993; 307: 313-7.
- 6) Grol R et al. Developing clinical practice guidelines: The European experience. *Dis Manage Health Outcomes* 1998; 4: 255-66.
- 7) Lomas J. Regulating limits to medicine. towards harmony in public-and-self-regulation. CHEPA, McMaster University, 1991.
- 8) Penna A et al. L'esperienza francese di produzione di linee-guida e le References Medicales Opposables. *ASI* 1998; 35-7.
- 9) Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. *Lancet* 1999; 353: 1082.
- 10) Shapiro DW et al. Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. *Annual Review of Public Health* 1993; 14: 219-41.
- 11) Woolf SH et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-30.

- 12) Grilli R. A cosa servono le linee-guida? Spunti per una riflessione su alcune delle tensioni che attraversano la medicina. *Epidemiologia e Prevenzione* 1997; 21: 223-5.
- 13) Grilli R. Il Programma Nazionale per le Linee-guida. *Effective Health Care* (edizione italiana) 2000; 2.
- 14) Grilli R et al. Linee-guida: alcuni principi del Programma Nazionale. *Recenti Prog Med* 2000; 91: 341-3.
- 15) Grilli R. Verso l'efficacia e l'appropriatezza clinica: il programma nazionale per le linee-guida. *Epidemiologia e Prevenzione* 2000; 24: 54-6.
- 16) Hibble A et al. Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ* 1998; 317: 862-3.
- 17) Grilli R et al. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-6.
- 18) Miller J et al. Development of practice guidelines. *Lancet* 2000; 355: 82-3.
- 19) Liberati A et al. Commissione "Linee-guida ed Indicatori di Qualità" della Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane. Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico-Scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee-guida di comportamento pratico. *QA* 1996; 7: 77-95.
- 20) Grilli R et al. Organizzazione, strumenti e metodi del Programma Nazionale per le Linee-guida. Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2000.
- 21) Indicazioni per l'uso appropriato della coronarografia e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica. Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e Federazione Italiana di Cardiologia, 2000.
- 22) Grilli R et al. Rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica, Roma: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2000.
- 23) Liberati A. Le aziende sanitarie e la sfida della appropriatezza. Al via il Progetto Tripps II. *Il Sole 24 Ore Sanità*, 23 novembre 2000.
- 24) Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus cerebrale Linee-guida italiane 1999 (<http://www.spread.it>).

## LA QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

Quali sono gli strumenti adottati dal Servizio sanitario nazionale per informare i cittadini, che caratteristiche hanno e di che qualità sono?

Si tratta di questioni di centrale importanza, oggi che il consenso informato è diventato un vincolo etico e ineludibile. Esso coinvolge non soltanto l'attività professionale del singolo medico nel rapporto col singolo assistito, ma la stessa struttura organizzativa di un sistema sanitario modernamente concepito.

Allo scopo di fornire una pur parziale risposta a questo quesito, il Servizio studi e documentazione del Ministero della sanità ha commissionato uno studio per analizzare l'informazione erogata dal Servizio sanitario nazionale, i cui dati preliminari sono stati resi pubblici nel convegno "Le parole della salute" svoltosi a Modena il 14-15 giugno 2000. L'indagine, ora completata con l'analisi di tutto il materiale ricevuto, è stata condotta attraverso la raccolta e la valutazione, sia quantitativa sia qualitativa, degli strumenti informativi utilizzati dagli uffici relazioni con il pubblico (URP) e dagli uffici stampa delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli assessorati regionali.

Sono state contattate 373 strutture sanitarie (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, assessorati regionali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) di cui 153 (41 per cento) al Nord, 97 (26 per cento) al Centro, 80 (21 per cento) al Sud e 43 (11 per cento) nelle Isole. A questi enti è stato chiesto l'invio del materiale informativo prodotto. Per l'analisi si è deciso di concentrarsi su quello che è apparso più ricco e insieme diversificato, cioè riviste, opuscoli, bollettini, newsletter, periodici. Materiale che, in generale, si può definire giornalistico. Su di esso si è avviata la valutazione quantitativa. La valutazione qualitativa si è limitata al materiale informativo (sempre periodico) però rivolto al pub-

blico. Essa ha coinvolto nove giornalisti specializzati nell'area della sanità-salute (tre di costoro appartengono a quotidiani, due a riviste di sanità-salute, uno a un periodico di attualità e cultura, due ad agenzie giornalistiche, due sono freelance).

Nell'arco di due mesi (ottobre-novembre 1999) dei 373 enti hanno risposto, complessivamente, 188 strutture (50 per cento): 6 assessorati regionali, 16 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e 166 aziende sanitarie (di cui 108 ASL e 58 aziende ospedaliere). Di queste 188, 83 sono situate al Nord, 44 al Centro, 36 al Sud, 25 nelle Isole. Non hanno risposto 185 strutture, di cui 68 del Nord, 56 del Centro, 40 del Sud e 21 delle Isole. Se la grande maggioranza degli enti che hanno partecipato allo studio produce una Carta dei servizi (175 su 188, cioè il 93 per cento), e cioè uno strumento informativo per così dire neutro, un buon numero, circa la metà, utilizza uno strumento che genericamente si può definire giornalistico: si sono contate 91 pubblicazioni periodiche (su 188 strutture, cioè il 48 per cento), di cui 36 rivolte al pubblico e 55 agli operatori. Oltre la metà delle pubblicazioni (57/91, 63 per cento) erano prodotte da ASL, 29 (32 per cento) da aziende ospedaliere e 5 (5 per cento) da IRCCS. Tra coloro che hanno risposto, il 18 per cento delle strutture del Nord pubblica materiale informativo periodico, rispetto al 27 per cento del Centro, al 16 per cento del Sud e al 12 per cento delle Isole (tabella 67).

La fase analitica dell'indagine è stata condotta su 63 riviste. Le restanti 28 sono infatti giunte oltre i termini previsti per l'inserimento nello studio, oppure, pur essendo indicate nel questionario, non ne è giunta copia.

Le pubblicazioni destinate al pubblico prese in esame sono state 29, quelle destinate al personale sanitario 34.

**Periodici per il pubblico.** Lo studio si è in particolare rivolto all'analisi delle pubblicazioni rivolte agli utenti: 29 pubblicazioni prodotte, di cui 14 appartengono a enti del Nord, 10 del Centro, 3 del Sud e 2 delle Isole. Più del 50 per cento sono mensili o bimestrali, una minoranza (poco più del 30 per cento) sono trimestrali o quadrimestrali. La tiratura è molto variabile, una quota considerevole (30 per cento) si colloca tra le 1.000 e le 5.000 copie, ma vi sono anche esempi di tirature più alte (il 20 per cento fino a 10.000 copie, il 10 fino a 50.000, un altro 15 per cento fino a 100.000).

Molte di queste pubblicazioni vengono distribuite direttamente nella struttura e nei suoi uffici (68 per cento), ma anche per abbonamento postale (65 per cento) e in misura minore tramite ambulatori e farmacie (34 per cento). La redazione nell'86 per cento dei casi è interna all'ente che fa da editore, nell'11 per cento è esterna, cioè si avvale di servizi editoriali, per il 7 per cento non c'è risposta. La maggior parte delle pubblicazioni (75 per cento) dichiara di avere almeno un giornalista interno alla redazione. Nella tabella 68 sono presentati i principali argomenti trattati sulle riviste destinate agli utenti. Soltanto in 6 riviste su 29 gli utenti sono coinvolti direttamente attraverso rubriche di lettere o spazi ad hoc.

Per quanto riguarda le risorse finanziarie, il 20 per cento dei periodici ha un budget annuale che non supera i cinque milioni di lire, il 7 per cento tra 5 e 10 milioni, il 20 per cento tra 15 e 30, il 4 per cento tra 50 e 80 e l'11 per cento supera gli 80 milioni. Il restante 38 per cento non risponde a questa domanda.

La pubblicità è presente nel 48 per cento delle riviste, con varie tipologie. Predominano le pubblicità di banche e assicurazioni, di aziende impegnate in forniture sanitarie e igiene ambientale, ma si trova anche pubblicità varia (di prodotti alimentari, di abbigliamento, di turismo). La valutazione dei giornalisti è stata in larga misura critica. Secondo i professioni-

**Tabella 67. Strumenti prodotti da aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS**

| area          | risposta<br>strutture | carte<br>dei servizi | riviste<br>per il pubblico | riviste<br>per operatori |
|---------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|
| Nord          | 83                    | 94%                  | 18%                        | 26%                      |
| Centro        | 44                    | 86%                  | 27%                        | 39%                      |
| Sud           | 36                    | 94%                  | 16%                        | 33%                      |
| Isole         | 25                    | 100%                 | 12%                        | 16%                      |
| <b>totale</b> | <b>188</b>            | <b>93%</b>           | <b>19%</b>                 | <b>29%</b>               |

**Tabella 68. Principali argomenti affrontati nelle riviste destinate al pubblico**

|                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| informazioni sull'attività aziendale | 100% |
| comportamenti (analisi e consigli)   | 64%  |
| prevenzione                          | 51%  |
| cause e cura di malattie             | 45%  |
| diritti del malato                   | 24%  |
| volontariato                         | 24%  |
| liste d'attesa                       | 14%  |
| controlli di qualità                 | 14%  |
| costi/ticket                         | 7%   |
| esiti delle cure                     | 3%   |

sti si notano scarsa attenzione e cura nello sforzo di divulgare e rendere accessibile al pubblico le notizie che riguardano lo sviluppo delle conoscenze e della pratica clinica in medicina e, più in generale, nell'ambito della sanità. È povera l'informazione su malattie di grande rilevanza sociale, come scarsa è quella sui temi della promozione della salute. In generale, lascia a desiderare anche l'informazione sui servizi forniti dagli stessi enti (a volte essa è confusa e poco comprensibile).

Manca quasi sempre un rapporto diretto col pubblico. In generale, si può dire che si tratta di un'informazione di mediocre qualità e, in larga misura, dal linguaggio paternalistico.

Interessante a questo proposito è stata la valutazione tecnica da un punto di vista prettamente giornalistico: anche quando la redazione dei periodici denuncia la presenza al suo interno di un giornalista, gli esperti dichiarano che questa specificità professionale non è riconoscibile. Anche dal punto di vista formale la qualità è scarsa: insufficiente cura redazionale, cattiva o mediocre grafica, linguaggio che non riesce a trovare una mediazione tra semplicismo banalizzatore e gergo medico incomprensibile al pubblico, anche di cultura medio-alta. In generale, poi, si nota la tendenza a pubblicare articoli autopromozionali di tono trionfalistico (oltre il 90 per cento dedica a notizie in qualche modo autoreferenziali spazi consistenti della foliazione) e di evitare argomenti delicati come le liste di attesa o il controllo di qualità, o anche solo, più semplicemente, di tralasciare la divulgazione degli orari dei servizi e degli ambulatori.

**Periodici per medici o personale delle strutture.** Delle 34 riviste analizzate, 14 sono

del Nord, 11 del Centro, 8 del Sud, e 1 delle Isole. Come nel caso delle riviste per utenti, la periodicità più frequente è bimestrale (38 per cento), seguita da quella trimestrale (23 per cento) e mensile (16 per cento).

La maggior parte delle riviste è recente: in oltre due terzi dei casi (73 per cento) la pubblicazione è iniziata negli ultimi tre anni. Tra le rimanenti 9 riviste censite, 2 vengono pubblicate da sei o sette anni, 1 da cinque, 1 da nove e 3 da oltre dieci. Infine, per 2 riviste non è stato possibile ottenere il dato. La tiratura non è alta: il 9 per cento stampa da 500 a 1.000 copie, il 62 per cento da 1.000 a 5.000, l'11 per cento da 5.000 a 10.000; il 7 per cento, infine, ha una tiratura inferiore alle 500 copie. Nell'11 per cento dei casi non è stato possibile ottenere il dato.

**Conclusioni.** Lo studio mostra un quadro critico dell'informazione fornita dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini, soprattutto se si considera che questo è uno dei compiti istituzionali del Servizio pubblico.

La metà degli enti che hanno risposto ha comunque una pubblicazione periodica e gran parte ricorre anche ad altro tipo di materiale informativo (depliant, pieghevoli, eccetera). È presente dunque, almeno nella metà degli enti, la consapevolezza dell'importanza dell'informazione. Va detto che si tratta di una consapevolezza che è in buona parte maturata di recente (la maggioranza delle pubblicazioni riservate al pubblico ha uno o due anni di vita), e che in alcuni casi ha coinvolto investimenti consistenti. Tuttavia, questa consapevolezza non si traduce in un adeguato impegno informativo. La qualità dei contenuti è mediocre e la cura redazionale è scarsa e in larga misura dilettantesca. In generale, poi, non si nota, tra le riviste, una linea editoriale precisa, una strategia informativa predefinita. Soprattutto, si rileva un'insufficiente attenzione ad approfondire temi di grande interesse per gli utenti, come la prevenzione, la promozione della salute e l'automedicazione ragionata. In più, si avverte una certa reticenza nelle informazioni su argomenti delicati e impegnativi (liste d'attesa, per esempio) e un'enfasi, a volte grossolana, nel promuovere servizi e iniziative propri.

Le attività di raccolta e analisi dei reclami presenti in quasi tutte le aziende devono essere raccordate a livello nazionale e i dati, assieme a quelli sulla soddisfazione degli utenti, devono essere utilizzati, attraverso adeguate procedure, per orientare l'attività legislativa e programmatica nazionale e regionale.

Oltre al potenziamento dei singoli strumenti è necessario stabilire meccanismi di integrazione tra attività di comunicazione, rilevazione di soddisfazione degli utenti, di raccolta di reclami e attività di semplificazione degli aspetti burocratici e amministrativi per sviluppare un'attitudine di attenzione e premura verso gli utenti.

## ACCREDITAMENTO

L'accreditamento è un processo di valutazione, sistematico e periodico, svolto da un organismo esterno con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti in relazione alla qualità dell'assistenza; è normalmente avviato su base volontaria ma può essere richiesto come requisito per poter operare nell'ambito di servizi sanitari pubblici e in tal caso è regolato e gestito da organismi governativi. È uno strumento che incentiva l'autovalutazione e il miglioramento; è basato su criteri periodicamente aggiornati con il contributo di

società scientifiche, associazioni professionali ed esperti di settore; è effettuato da visitatori esperti la cui attività, al di là del carattere ispettivo, può costituire un supporto utile al raggiungimento di obiettivi prefissati e condivisi. In Italia, l'accreditamento istituzionale è obbligatorio per poter essere ammessi al finanziamento da parte del Servizio sanitario nazionale, viene riconosciuto dal governo regionale e ha lo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto del SSN e quindi i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie a carico dello stesso.

I presupposti per questo modello di accreditamento erano già presenti nel DL 502 del 1992, laddove si stabiliva la necessità di adottare provvedimenti destinati a sostituire le vecchie convenzioni; successivamente il DL 517 del 1993 indicava l'accreditamento quale criterio su cui fondare i nuovi rapporti, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. Più recentemente, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 individua l'accreditamento come il principale strumento per rispondere all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza e il DL 229 del 19 giugno 1999, che modifica il DL 502/92, lo definisce più puntualmente, fornendone anche le linee applicative. L'art. 8-quater, comma 1, di quest'ultimo stabilisce: "L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. (...)".

Sono qui evidenziati gli elementi peculiari del modello italiano: la regione è l'organismo governativo che rilascia l'accreditamento a soggetti pubblici o privati che intendano operare nell'ambito del SSN; l'autorizzazione costituisce, per le strutture, prerequisito essenziale per la richiesta di accreditamento; l'accreditamento è condizionato sia dal vincolo della programmazione regionale sia dalla rispondenza a specifici requisiti di qualità, riferiti alle caratteristiche di struttura e all'organizzazione - relativi cioè alle potenziali capacità produttive - nonché alla valutazione dell'attività effettivamente svolta.

L'accreditamento è quindi collocato all'interno di un percorso che, a partire dall'autorizzazione - alla realizzazione e all'esercizio, quest'ultima normata dal DPR 14 gennaio 1997 - abilita alla stipula di specifici accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni a carico del SSN (figura 75).

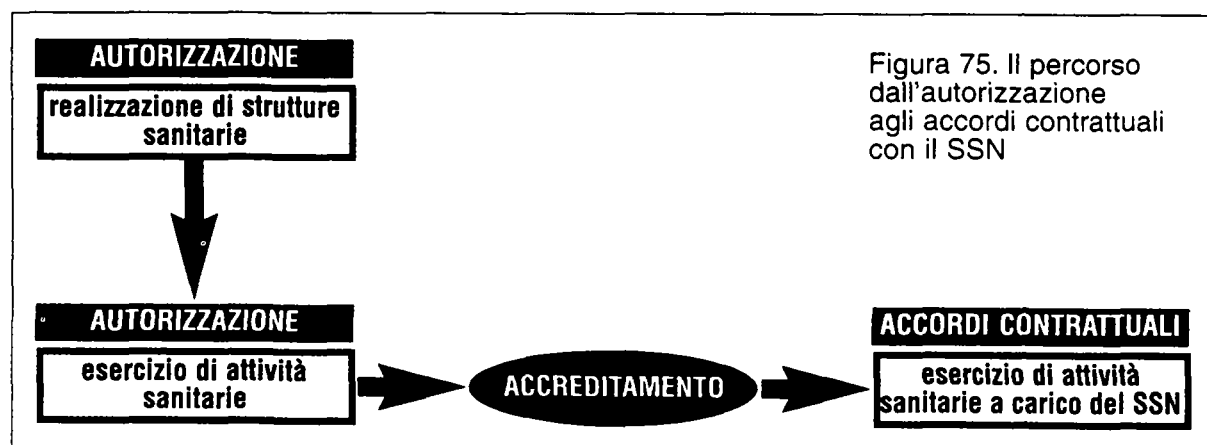


Figura 75. Il percorso dall'autorizzazione agli accordi contrattuali con il SSN

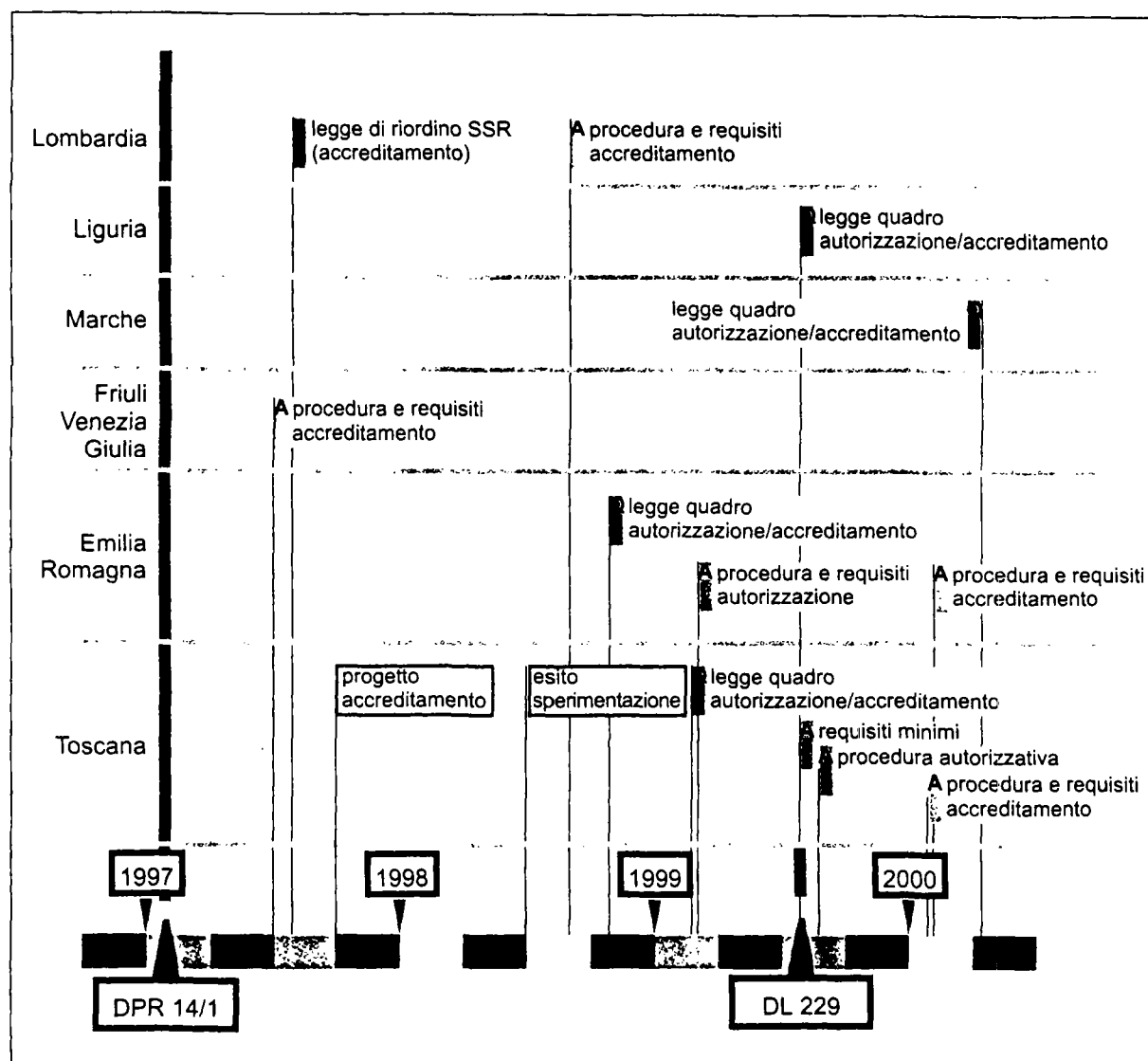
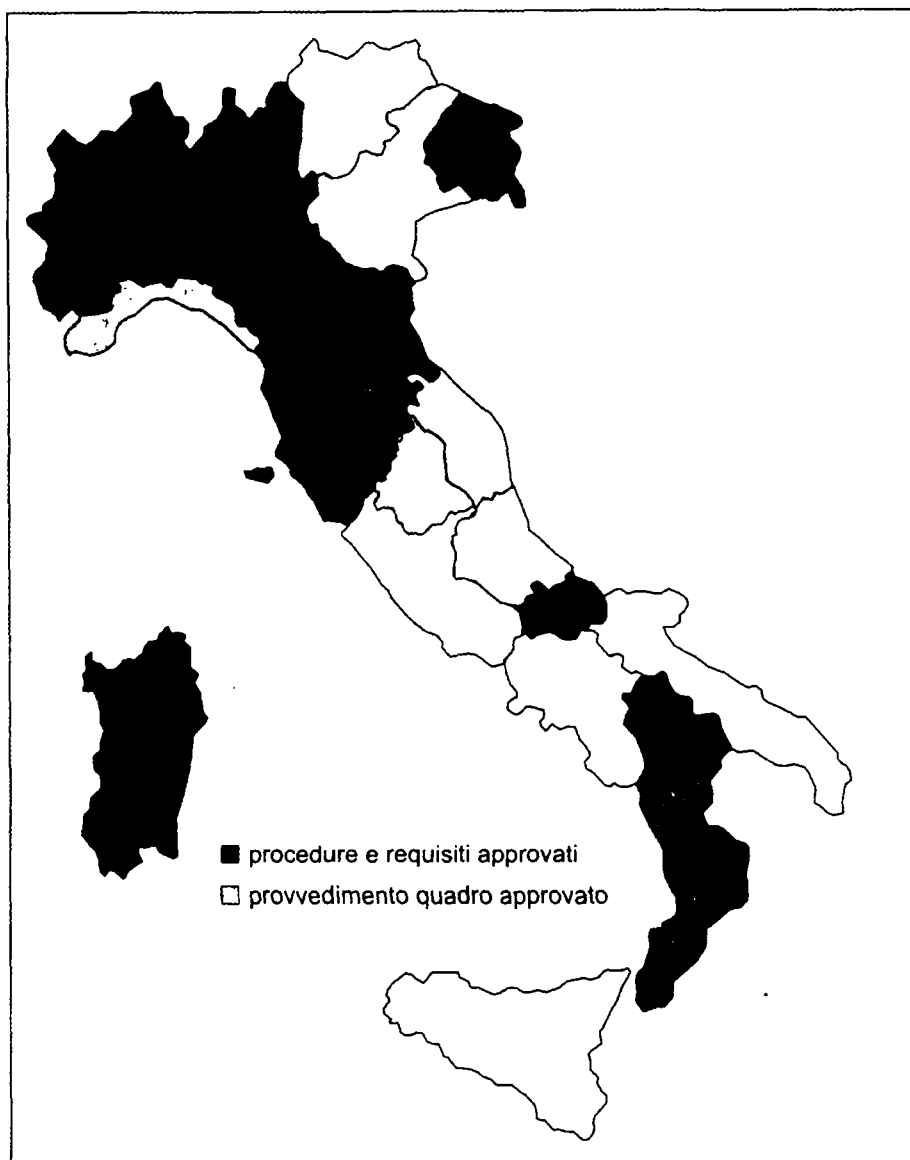


Figura 76. Percorso normativo dell'accREDITAMENTO in 6 regioni

La verifica della rispondenza ai requisiti presuppone l'intervento di soggetti appositamente formati, che garantiscano una specifica competenza tecnica e per i quali siano poste in essere condizioni tali da assicurare imparzialità e trasparenza nelle valutazioni. A questo scopo, il decreto prevede l'istituzione, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), di un'apposita Commissione nazionale per l'accREDITAMENTO e la qualità dei servizi sanitari, composta da dieci esperti di comprovata esperienza nei settori dell'organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza che dovrà definire i requisiti per l'individuazione da parte delle regioni dei soggetti preposti alle verifiche, oltre che effettuare, in collaborazione con le analoghe Commissioni regionali, il monitoraggio e la valutazione dei diversi modelli regionali di accREDITAMENTO.

Allo scopo di garantire, sul territorio nazionale, una base omogenea riguardo all'accREDITAMENTO, il decreto prevede l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento relativamente alle procedure di concessione e ai requisiti, nonché ai criteri per la verifica della rispondenza al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale.

Figura 77.  
Lo stato  
di attuazione  
dell'accreditamento  
nelle diverse  
regioni



Tra i criteri e i principi direttivi, di riferimento per i provvedimenti attuativi regionali, particolare attenzione è posta al miglioramento complessivo della qualità dei servizi e delle strutture attraverso strumenti volti al coinvolgimento degli operatori nelle attività di verifica della pratica professionale. Queste forme di valutazione interna si affiancano a un sistema di controllo esterno, definito dalla regione, riguardante soprattutto accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa, continuità assistenziale.

Nello stesso ambito si inserisce anche la garanzia del rispetto, da parte dei soggetti richiedenti l'accreditamento, dei principi contenuti nel DPCM del 19 maggio 1995 relativi alla Carta dei servizi sanitari, allo scopo di fornire chiare e complete informazioni all'utenza, coinvolgendola nel miglioramento dei servizi, con particolare riferimento all'accessibilità e alla valutazione dell'attività. Altri criteri nella definizione dei requisiti provvedono ad assicurare che tutte le strutture accreditate possano disporre di adeguate condizioni di organizzazione interna, dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate oltre che di personale qualificato e in numero adeguato.

L'accreditamento istituzionale dei professionisti presuppone l'adesione a una serie di requisiti correlati alla specifica esperienza professionale ed al conseguimento di crediti formativi acquisiti nell'ambito di specifici programmi di formazione continua. Quest'ultima è intesa come insieme di aggiornamento professionale e formazione permanente e consiste in attività di qualificazione specifica, per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, soggiorni di studio e attività di ricerca. I programmi previsti in tale ambito sono finalizzati agli obiettivi prioritari della pianificazione sanitaria nazionale e regionale, secondo le modalità indicate da un'apposita commissione nazionale. La commissione definisce gli obiettivi generali di formazione e i crediti formativi che dovranno essere maturati dai professionisti e fornisce indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione, a livello regionale, oltre che i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative; la commissione definisce anche i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti che svolgono attività di formazione con mandato anche di verificare la sussistenza degli stessi. Riguardo all'accreditamento dei professionisti che prestano la propria attività all'interno di strutture accreditate, sono queste ultime a garantire il possesso e la persistenza dei requisiti richiesti; che tale condizione sia soddisfatta costituisce, per la struttura, requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento.

**Lo stato di attuazione.** Il DL 229/99, all'art. 19-bis, nell'istituire la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari, attribuisce all'Agenzia per i servizi sanitari regionali compiti di supporto tecnico per le attività di valutazione dell'attuazione del modello di accreditamento a livello nazionale; le indicazioni della Conferenza unificata del 16 dicembre 1999, nel ribadire tale ruolo, attribuiscono all'ASSR anche il compito di elaborare i principi e i criteri generali per l'accreditamento istituzionale.

Dall'analisi dei documenti normativi regionali, attraverso l'esame di procedure e requisiti, sono emersi elementi per la definizione dello stato di attuazione dell'istituto dell'accreditamento oltre che per la predisposizione dei documenti di supporto alla elaborazione dell'atto di indirizzo.

Il percorso normativo risulta estremamente diversificato per modalità e tempi, in quelle realtà in cui riflessioni e approfondimenti sul tema si sono sviluppate a partire dall'emanazione del DL 517/93, che investiva le regioni riguardo alla definizione delle modalità per l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sull'accreditamento (figure 76 e 77).

Il Friuli Venezia Giulia nel 1997 ha approvato procedure e requisiti per l'accreditamento delle strutture ambulatoriali e, ad oggi, per questa tipologia, ha già accreditato tutte le strutture private e parte delle pubbliche; sempre nel 1997 la Lombardia, in una legge di riordino del Servizio sanitario regionale, ha dato i primi indirizzi in materia di accreditamento formalizzandoli successivamente in una delibera attuativa del 1998 con la quale viene operativamente avviato il processo.

Emilia Romagna, Liguria, Marche, Toscana e Piemonte hanno considerato autorizzazione e accreditamento parte di uno stesso percorso di qualificazione dei servizi sanitari, emanando un provvedimento quadro unico, seguito in alcuni casi da delibere attuative sia in materia di procedure che di requisiti; in alcune di queste realtà l'approvazione definitiva dei requisiti ulteriori ha fatto seguito a programmi di condivisione e sperimentazione, sia all'interno di strutture pubbliche che private. Altre regioni - Valle d'Aosta, Molise, Basilicata, Calabria, Sardegna - nel normare l'accreditamento hanno definito, con provvedimento unico, sia le procedure che i requisiti, seppure con diversi livelli di completezza.

**RIFERIMENTI NORMATIVI**

DL 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, 421"

DL 517 del 7 dicembre 1993 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, 421"

DPR del 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"

L 419 del 30 novembre 1998 "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 dicembre 1992, 502"

DL 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, 419"

DGR 1852 del 20 giugno 1997 "Decreto legislativo 502/1992, articolo 8, comma 7 - Accredimento delle strutture pubbliche e private. Approvazione requisiti e procedura" — Friuli V.G.

DGR 3428 del 24 giugno 1997 "Accreditamento transitorio delle strutture di ricovero e cura e centri di riabilitazione sociosanitaria" — Calabria

LR 31 dell'11 luglio 1997 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali" — Lombardia

DGR 980 dell'1 settembre 1997 "Approvazione progetto regionale denominato "Progetto Accredimento" — Toscana

DGR 4458 dell'1 dicembre 1997 "Applicazione del D.P.R. 14.01.1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private e ricognizione delle strutture e soggetti temporaneamente accreditati alla data dell'01/01/1997" — Valle d'Aosta

LR 3 del 20 gennaio 1998 "Ordinamento del sistema sanitario regionale" — Umbria

Regolamento concernente "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ai sensi dell'art. 43 della L.P. 3 febbraio 1998, 3" — Trento

DGR 135 del 19 febbraio 1998 "DLvo 502/1992 modificato con DLvo 517/93, art. 8, co. 3 e 4, L. 23/12/1994 724, art. 6, co. 6; L. 28/12/95 549, art. 2; DPR 24/1/97 37; adempimenti ai fini dell'accREDITamento delle strutture pubbliche e private" — Puglia

LP 3 del 23 febbraio 1998 "Misure collegate con la manovra di bilancio di previsione per l'anno 1998" — Trento

Proposta di deliberazione 593 del 18 maggio 1998 "DPR 14.1.1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private-disposizioni di attuazione" — Piemonte

DGR 26/21 del 4 giugno 1998 "Requisiti e procedure per l'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14/1/97" — Sardegna

DGR 898 del 22 giugno 1998 "D.Lvo 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, legge 724/1994 e legge 549/1995, DPR 24 gennaio 1997: costituzione commissione di studio per l'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private" — Molise

DGR 706 del 29 giugno 1998 "Progetto Accredimento: Esito Sperimentazione" — Toscana DGR 2974 del 14 luglio 1998 "DPR 14/1/97 37. Linee di guida per l'autovalutazione e accREDITamento delle strutture sanitarie, approvazione, adempimenti conseguenti" — Puglia

LR 62 del 28 luglio 1998 "Recepimento Atto di Indirizzo e Coordinamento contenuto nel DPR 14 gennaio 1997 avente per oggetto 'Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private'" — Abruzzo

DGR 6/38133 del 6 agosto 1998 "Attuazione dell'articolo 12, comma 3, della legge regionale 11.7.97, 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accREDITamento delle strutture sanitarie" — Lombardia

DGR 3841 dell'1 ottobre 1998 "Deliberazione di Giunta regionale 135 del 19.02.98 Modifica ed integrazione in ordine all'accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. DLvo 502/92; DLvo 517/93; L. 724/94; L. 549/95; DPR 14.01.9737" — Puglia

LR 34 del 12 ottobre 1998 "Norme in materia di autorizzazione e accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività sociosanitaria e socio-assistenziale" — Emilia Romagna

DGR 4021 del 9 novembre 1998 "Approvazione di indirizzi e procedure per l'accERTamento e la verifica dei requisiti minimi di cui al DPR 14.1.1997 nonché per l'accREDITamento di strutture sanitarie pubbliche e private e di professionisti che erogano prestazioni sanitarie ai sensi del DLvo 502/92 e successive modificazioni e integra-

zioni. Revoca della deliberazione 3570/98" — Valle d'Aosta

DGR 125 dell'8 febbraio 1999 "Primi provvedimenti applicativi della LR 34/1998" — Emilia Romagna

DGR 133 del 15 febbraio 1999 "Accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti e delle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno - Approvazione requisiti e procedure" — Calabria

LR 8 del 23 febbraio 1999 "Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento" — Toscana

DGP 582 dell'1 marzo 1999 "Linee guida provvisorie per l'attivazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie private" — Bolzano

DGR 453 del 12 aprile 1999 "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Art. 8: Requisiti e procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private e procedure per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria" — Molise

DGR 1318 del 15 giugno 1999 "AccREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private. Approvazione dei requisiti minimi e procedure ai sensi dell'art. 8 comma 7 del D.Lgs 502/1992" — Basilicata

DCR 221 del 26 luglio 1999 "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie" — Toscana

LR 20 del 30 luglio 1999 "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accREDITAMENTO per i presidi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati. Recepimento del DPR 14 gennaio 1997" — Liguria

DGR 944 del 9 agosto 1999 "Determinazione modalità di presentazione della domanda di autorizzazione e documentazione da allegare" — Toscana

DCR 30 dell'1 febbraio 2000 "Approvazione requisiti, manuali e procedure di accREDITAMENTO ai sensi della LR 23 febbraio 1999, 8 e successive modifiche e integrazioni" — Toscana

DGR 594 dell'1 marzo 2000 "Requisiti generali e specifici per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie dell'Emilia Romagna" — Emilia Romagna

LR 20 del 16 marzo 2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accREDITAMENTO istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private" — Marche

PAGINA BIANCA