

Accreditamento: luci e ombre sull'evoluzione del processo

Anna Banchemo, Dirigente Attività Distrettuali e Servizi alla Persona della Regione Liguria

Il DLGS 502/92 successivamente modificato ed integrato dal DLGS 517/93, ha profondamente innovato il sistema delle prestazioni sanitarie prevedendo una pluralità di "soggetti erogatori": pubblici e privati, prevedendo per questi ultimi il "titolo" ad erogare prestazioni sanitarie, attraverso l'istituto dell'accREDITamento. All'interno del sistema, il cittadino ha la facoltà di scegliere il soggetto erogatore.

Tra il cittadino ed il sistema sanitario si inseriscono altri soggetti: le Aziende Sanitarie e Ospedaliere; le prime sono produttori-erogatori ed acquirenti, mentre le seconde sono solo produttori-erogatori. Le Aziende sanitarie, hanno l'obbligo del pareggio di bilancio e tendono quindi a non allargare eccessivamente l'offerta, mentre quelle ospedaliere, proprio per lo stesso motivo di pareggio o di profitto, "potrebbero" tendere ad allargare al massimo la produzione. Il mercato sanitario, pertanto, si regola sugli equilibri di bilancio e sul rispetto di indicatori e standard, influenzando in tal senso anche la "facoltà di scelta" del cittadino, che si connota più come un "principio normativo" che come un reale potere d'acquisto.

All'interno del sistema di erogazione si collocano due elementi fondamentali:

- la modalità di pagamento delle prestazioni,
- la verifica di qualità.

Per l'aspetto costi è individuata una tariffa che può essere negoziata tra il soggetto produttore (azienda ospedaliera o accreditata) ed il soggetto acquirente (Azienda Sanitaria); la semplice presenza di una tariffa in una pluralità di erogatori, richiede però un ulteriore passaggio per indirizzare la scelta: la qualità migliore, introducendo in tal senso un elemento di "leale concorrenza", tra i soggetti produttori per il prodotto migliore, affinché, sul gradimento del cittadino (o soggetto fruitore), l'Azienda acquirente scelga il produttore che risponda in maniera più soddisfacente ai bisogni dei cittadini.

In questo scenario, che peraltro non è pienamente riprodotto nella realtà, assume rilevanza ed attualità il processo di valutazione della qualità dei servizi che, nonostante i riferimenti normativi, nel nostro Paese, è ancora lontano dal diventare "prassi consolidata".

Il ritardo che si registra in Italia nella piena applicazione dei processi di qualità e di accREDITamento è da attribuirsi, in prevalenza, sia ad aspetti di "cultura dell'organizzazione", sia ad "aspetti finanziari" di contenimento della spesa.

Va detto infatti, che sul piano dell'organizzazione si è sempre troppo poco mediato in termini "politici" a scapito della professionalità, spesso il settore sanitario è stato considerato un comparto di assorbimento di mano d'opera "generica", senza tenere conto degli effetti che l'organizzazione ha sulla qualità della produzione. Per quanto attiene l'aspetto economico, invece, non si è controllata un'espansione equilibrata della spesa e determinati settori (es. settore ospedaliero) si sono sviluppati in maniera abnorme, a sfavore di altre attività, particolarmente quelle considerate "miste" (socio-sanitarie) per le quali non sono stati salvaguardati tetti di spesa, anche "minimi".

A queste impostazioni generali, si aggiunge la scarsa chiarezza dei concetti di autorizzazione, verifica di qualità e accREDITamento che talvolta sono stati sovrapposti anche sul piano normativo, con il concetto di "convenzione" o comunque di intesa pubblico-privato, dando luogo ad interpretazioni differenziate tra Regioni e tra Aziende Sanitarie nei rapporti con soggetti esterni, profit e no-profit.

Le presenti osservazioni intendono richiamare e puntualizzare in maniera semplice e sintetica i concetti di autorizzazione, accREDITamento e qualità, per fornire ulteriori elementi (spero di chiarezza) al dibattito in corso su questi temi.

AccREDITamento

Nel 1912 il terzo congresso dei Medici Chirurghi americani assunse il seguente impegno: "Standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla Comunità professionale e che le istituzioni con standards inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno i trattamenti migliori e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina".

Dall'atto citato si può desumere la definizione di accREDITamento, ovvero che l'accREDITamento non è quindi un processo amministrativo legato al possesso di standards ambientali di attrezzatura e personale, ma consiste soprattutto in una verifica di tipo tecnico-professionale delle modalità operative poste in essere dalla struttura autorizzata.

Il processo di accREDITamento presenta in tal senso una convergenza con la valutazione della qualità.

Il processo di accREDITamento è analizzabile sotto tre aspetti:

- giuridico-amministrativo
- tecnico-organizzativo
- economico-finanziario

Sul piano dell'analisi giuridico-amministrativa, rileviamo le diverse attribuzioni ai soggetti del sistema sanitario:

- lo Stato: ha il compito di definire i requisiti minimi per esercizio attività sanitarie;
- la Regione: di definire le procedure per l'accREDITamento;
- l'Azienda U.S.L. (talvolta in accordo con altri soggetti istituzionali: es. Comune) accerta l'esistenza dei requisiti;
- la Struttura da accREDITare (pubblica/privata) deve dimostrare il possesso dei requisiti.

Il Presidente della Repubblica, in ottemperanza all'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ha emanato il 14 gennaio 1998, un decreto per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Il DPR demanda alle Regioni la disciplina per i loro territori delle autorizzazioni e delle procedure di accreditamento e pertanto, a livello regionale, devono essere regolamentate:

- procedure di autorizzazione e classificazione delle strutture;
- criteri per definire i processi di accreditamento;
- volumi di attività e tetti di spesa per settori, strutture o gruppi di strutture (leggi finanziarie 1997 e 1998).

Per procedere all'accREDITAMENTO è quindi necessario anche il rispetto di un iter tecnico-amministrativo che, in osservanza al dettato della "semplificazione amministrativa" può prevedere forme di "autocertificazione" o accreditamenti provvisori "sub-conditione". Il percorso può essere così sintetizzato:

- La struttura da accreditare deve essere autorizzata e classificata dall'Azienda in base ai requisiti stabiliti dalle norme regionali che definiscono il profilo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- Regione e Aziende USL devono aver stabilito le tariffe per ciascuna prestazione e determinato il volume delle prestazioni a cui destinare un determinato budget economico;
- tra Azienda USL e struttura accreditanda (pubblica o privata) si instaura un negozio "contrattuale" che fissa gli aspetti finanziari (accettazione delle tariffe), gli aspetti procedurali per la fornitura delle prestazioni, il volume delle prestazioni da erogare, le modalità di verifica della qualità.

In prima fase di applicazione delle norme sull'accREDITAMENTO: biennio 95/96, le leggi finanziarie hanno indicato come prioritario l'accREDITAMENTO con i soggetti già convenzionati.

Passando ad analizzare le componenti del processo di accREDITAMENTO (provvisorio, ma anche definitivo) va rilevato che il momento autorizzativo accerta già il possesso dei requisiti da parte delle strutture, in particolare:

1. requisiti strutturali: dotazioni ambientali, spazi, superfici, cubature;
2. requisiti tecnologici: possesso di particolari attrezzature (particolare riguardo ai requisiti di prevenzione e sicurezza);
3. requisiti organizzativi: ricomprendono le caratteristiche organizzative della struttura con particolare riferimento a:
 - dotazione di personale (dipendente, a contratto professionale, a consulenza);
 - modalità di gestione delle risorse umane (direzione, organizzazione e compiti del personale);
 - modalità di gestione dell'assistenza (regolamento sulla condizione della struttura, strumenti utilizzati nella "gestione del caso": metodologie di valutazione dello stato psico-fisico dell'assistito, cartella personale, etc.);
 - valutazione e miglioramento della qualità (indicatori del livello di qualità: professionalità degli operatori, "gradimento assistenziale da parte degli ospiti").

Per gli aspetti economico-finanziari va rilevato che il parametro capitaro, quale base per finanziamento del servizio sanitario, è composto da un'aliquota per la prevenzione, una per l'assistenza ospedaliera ed una per le attività distrettuali (o territoriali). All'interno di queste macro aree, particolarmente per la prevenzione e le attività territoriali, sono ricomprese diverse prestazioni che riguardano cure primarie e assistenza specialistica.

Pertanto, atto fondamentale per la determinazione della spesa da destinare alle strutture accreditate (pubbliche o private) è quello della fissazione di un "budget" specifico per le diverse attività; quindi, si determina il volume delle prestazioni che corrisponda al budget economico e si "negozia" con le diverse strutture le tariffe ed il volume di attività che viene affidato a ciascuna struttura.

È da rilevare infine che il processo di accREDITAMENTO mette ordine anche nelle diverse attività del personale medico e sanitario, in quanto un altro dei presupposti fondamentali di tale processo è quello di verificare con i requisiti anche le posizioni "contrattuali" del personale che opera nelle strutture accreditate, secondo il regime delle incompatibilità.

Anche nel processo di accREDITAMENTO, come nella verifica di qualità, per accertare su base "documentale" i requisiti, hanno valore strumenti che analizzano le attività svolte (questionario, intervista guidata, manuali, etc.), il modo in cui tali attività vengono espletate, i costi necessari per la loro produzione e gli esiti della prestazione. Tali strumenti devono essere "validati e riproducibili" da diversi intervistatori.

L'accREDITAMENTO, in sintesi, potrebbe considerarsi come "selezione dei migliori" (pubblici o privati) a cui il cittadino può indifferentemente rivolgersi, quando Regione e Aziende U.S.L. hanno concordato il volume delle prestazioni ed hanno fissato un budget economico che remunera le stesse.

Secondo questo aspetto è ovvio che l'accREDITAMENTO pone in essere anche i presupposti per quello che in precedenza era definito "accordo convenzionale" e che oggi anche per gli aspetti di "negoiazione" precedentemente richiamati, è meglio definito come un contratto.

Spesso si tende a confondere o sovrapporre il processo di accREDITAMENTO con quello autorizzativo; si tratta in realtà di procedimenti differenziati anche se collegati. A tale confusione, purtroppo, contribuiscono il Decreto legislativo 502/92 e la legge 724/94 che "individuano", sul piano amministrativo, l'accREDITAMENTO come processo sostitutivo del sistema convenzionale.

Per concludere l'analisi del significato di accREDITAMENTO, si ritiene utile ripuntualizzare il significato di classificazione, autorizzazione e verifica di qualità:

- La classificazione definisce il profilo tipologico della struttura a seguito della delineazione effettuata dalle leggi regionali.
- L'autorizzazione è procedimento amministrativo per il funzionamento della struttura, richiede verifica tecnica sul possesso di requisiti.

- La verifica di qualità è procedimento tecnico per analizzare la qualità assistenziale e definire una struttura accreditabile.

La gran parte delle Regioni, secondo gli Statuti, si è comportata secondo le sequenze descritte: alcune hanno emanato leggi (E. Romagna, Veneto, Liguria, Umbria), altre delibere (Lombardia, Piemonte, Toscana, Marche, Calabria, Sicilia), per altre Regioni i processi sono ancora in evoluzione.

I processi di qualità e di accreditamento intesi secondo le precedenti osservazioni, sono senz'altro collegati anche al movimento di flussi finanziari. Infatti, i flussi di spesa nei confronti delle strutture selezionate come le migliori, sono flussi legati alla domanda e alla qualità dell'offerta e non sempre facilmente predeterminabili come spesso è stata prassi all'interno dei servizi sanitari.

Nella realtà, il nostro sistema sanitario, non basato su principi assicurativi, come quello americano, ha trascurato la competizione tra i soggetti che offrono prestazioni e, non selezionando i "migliori", non ha di fatto stimolato anche i "mediocri" ad accrescere il livello di offerta per essere scelti.

Questa logica ha avuto ed ha le sue ripercussioni anche nei processi di gestione del personale e soprattutto nei processi di costo; la scommessa dell'aziendalizzazione vuol dire, infatti, saper selezionare i migliori produttori con le gestioni più economiche.

È ovvio che le nuove procedure di accreditamento e verifica di qualità richiedono anche prassi differenti sul controllo e sulla vigilanza; ad atti "formali" sul funzionamento della struttura, a controlli di routine o di repressione si sostituiscono analisi sulle modalità assistenziali e valutazioni del "cliente".

Vi sono ancora lacune per i processi di accreditamento socio-sanitario, in particolare va rilevata la necessità di analizzare ed approfondire sul piano tecnico la componente sociale che in questo momento è quella che registra maggiori difficoltà alla "omogeneizzazione" delle procedure.

In proposito va positivamente registrato che la legge di riordino dell'assistenza: "Disposizioni per un sistema integrato di interventi e servizi sociali" presentata dal Ministro Turco e approvata dal Governo Prodi nel maggio 1998, introduce anche nel settore "sociale" l'accredimento, come processo per integrare l'offerta pubblico-privato e valutare la qualità, affidato ai Comuni come "registri" della rete di protezione sociale.

Analogamente la proposta di legge di Riforma dell'Assistenza del Parlamento di cui è relatore l'Onorevole Signorino, individua l'accredimento come una forma di analisi e la valutazione dei processi e dei servizi assistenziali.

Si può quindi affermare che anche nel campo sociale si sostituiscono ad una "eccessiva personalizzazione delle attività", criteri di qualità, valutazione degli esiti e regole di funzionamento per classificarle come "servizi" e non come azioni poco organiche di assistenza e beneficenza pubblica. Per rafforzare questo concetto, il Decreto Legislativo 112/98 (in applicazione alla Legge 59/94, facente parte dei provvedimenti "Bassanini" per il decentramento e la semplificazione amministrativa) all'articolo 129 affida allo Stato, in simmetria con quanto avvenuto per la sanità, la predisposizione di requisiti minimi e di standard per i servizi sociali.

Tra le "ombre" dell'iter procedurale dell'accredimento che, dopo un biennio di lavoro d'intesa con le Regioni, ha portato lo Stato ad emanare il DPR del 14 gennaio 1997, emerge il ricorso presentato dall'ANISAP (Associazione Nazionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private) al TAR del Lazio sull'annullamento di parte dello stesso decreto, in particolare della norma (articolo 2) che individua la potestà delle Regioni a fissare, oltre ai requisiti minimi previsti dal decreto, ulteriori requisiti per l'accredimento, perché ciò si configurerebbe come una "disparità" per le strutture private di operare, sul campo nazionale, in regime di "pariteticità" sia con le strutture pubbliche, sia con altre strutture private dislocate in territori diversi.

Un'altra questione sollevata è quella di veder mutato, per la discrezionalità regionale, il regime dell'accredimento da una sorta di procedimento "quasi automatico" in presenza dei requisiti previsti dallo stesso decreto 14 gennaio, in un "regime concessorio" altamente discrezionale per la parte pubblica.

Una valutazione "a caldo" di tale ricorso, è che lo stesso potrebbe significare una battuta di "arresto" al processo di qualità e di selezione dei migliori, per continuare sulla strada della genericità-mediocrità che spesso ha connotato alcuni servizi sanitari.

Personalmente, con una valutazione più articolata, ritengo che il ricorso possa inquadarsi in un'idea "diffusa" sulla differenziazione delle potenzialità e responsabilità regionali di approccio al problema dell'accredimento.

Un forte impegno delle Regioni, in maniera congiunta ed omogenea ad affrontare i nodi che sono stati accennati in precedenza (classificazione, autorizzazione e valutazione di qualità), può "rassicurare" il privato sulle reali capacità regionali di "negoziare" con le strutture produttive di tale comparto, non tanto la loro sopravvivenza, quanto un processo di miglioramento delle prestazioni per il cittadino, integrando la loro produzione con quella delle strutture pubbliche.

Per concludere, un cenno alla Legge 419/98 (Riforma "ter" della sanità) che all'articolo 2 (lettere gg e hh) delega il Governo a "definire" un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e "standard" minimi strutturali, di attrezzature e personale per assicurare le funzioni richieste dal processo di accreditamento.

Come si può facilmente osservare, lo Stato si riappropria di un modello di base per l'accredimento, ciò può essere utile per evitare grosse differenziazioni tra Regioni, ma soprattutto per garantire ai cittadini soglie omogenee, al di là del loro territorio di residenza, sul funzionamento e la qualità dei servizi.

Sembra essere questa, se gestita con una "condivisione" di obiettivi con le Regioni, la scelta più appropriata nel senso di pari opportunità e di diritti di cittadinanza.