

# IL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO IN GERIATRIA

Ferrari A.<sup>1</sup>, Ravelli M.<sup>2</sup>, Cerullo L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Neuro-Motorio - Unità Operativa Complessa di Geriatria

<sup>2</sup>Ufficio Sistemi Qualità Arcispedale S.Maria Nuova - Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

L'accreditamento è stato promosso, agli inizi del secolo scorso, da alcune società scientifiche ed associazioni di professionisti del Nord-America, come strumento finalizzato a promuovere la qualità delle prestazioni.

Il successo dei programmi attivati ne ha determinato un'ampia diffusione, sia nei paesi di origine (USA e Canada) che in molti altri paesi.

Oggi sono presenti programmi di accreditamento in molte nazioni.

Solo in alcuni paesi, tuttavia, l'accreditamento è divenuto una procedura obbligatoria (Italia, Spagna, Francia, Paesi Bassi).

In particolare, mentre in Italia ed in Spagna l'accreditamento è condizione per avere accesso ai contratti con il SSN, in Francia e nei Paesi Bassi è considerato solo uno strumento per la promozione del miglioramento della qualità.

Indipendentemente dai contesti, l'attivazione dei programmi di accreditamento può essere riportata a tre motivazioni fondamentali:

Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi.

Interesse delle associazioni professionali e delle società scientifiche ad attivare processi di miglioramento che, coinvolgendo i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale e professionale degli operatori per garantire i migliori risultati sui pazienti.

Richiesta alle strutture che erogano prestazioni di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione a rapporti contrattuali.

Le prime due motivazioni sono alla base dei programmi di accreditamento volontario. La terza rappresenta il fattore determinante della diffusione dei programmi di accreditamento obbligatorio ed istituzionale (1).

Alcuni strumenti legislativi sia di ambito nazionale che regionale (Emilia Romagna) hanno favorito lo sviluppo dei programmi di accreditamento. Le tabelle sottostanti elencano le principali normative nazionali e regionali (Regione Emilia Romagna).

## Tabella n° 1 -> normativa Nazionale

DL502/92 modificato dal DL. 517/93.

DPCM 19/5/95: Schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi pubblici sanitari".

il DPR 14/1/97 Requisiti minimi per autorizzazione e accreditamento realizza quanto previsto dal D.Lgs 502/92.

D.Lgs. 229/99 "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

## Tabella n° 2 -> normativa Regione Emilia Romagna

LR 34/98.

D.G.R. 125/99.

D. G.R. 594/2000 Procedure e requisiti per autorizzazione e accreditamento in Emilia Romagna.

Piano Sanitario Regionale 1999/2001.

Del. G.R. di Autorizzazione e Accreditamento n. 327/04.

In questo contesto normativo l'accreditamento costituisce una strategia per il cambiamento, uno strumento di trasparenza verso gli utenti. È un modello che induce a riflettere su quello che si fa, a pianificare, a fare e a verificare i risultati ottenuti. È un sistema di gestione che sistematizza e mette insieme tutte le forze per ottenere risultati comuni favorendo multiprofessionalità e multidisciplinarietà. Il Dispositivo legislativo complessivo garantisce: con l'autorizzazione legalità e sicurezza, con l'accreditamento buona organizzazione e governo della qualità delle prestazioni (continuità, tempestività, appropriatezza, conformità).

Per quanto concerne l'accreditamento l'adesione ai requisiti generali garantisce, o quantomeno dovrebbe garantire, la gestione del sistema organizzativo. L'adesione ai requisiti specifici (aggiuntivi, peculiari per ogni disciplina) garantisce, o quantomeno dovrebbe garantire, la competenza professionale (4).

Nella Regione Emilia Romagna l'accreditamento istituzionale è l'atto che conferisce alle strutture sanitarie ed ai professionisti pubblici e privati la condizione di soggetto idoneo ad erogare prestazioni e servizi per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

L'accreditamento viene riconosciuto dalla Regione Emilia Romagna a tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private, autorizzate, che soddisfano particolari requisiti di qualità. Questo istituto rientra in un sistema di garanzie di qualità per

Indirizzo per la corrispondenza:  
Dott. Alberto Ferrari  
Arcispedale S. Maria Nuova  
Azienda Ospedaliera di R.E.  
ferrari.alberto@asmn.re.it

il SSR e per i cittadini. L'insieme dei provvedimenti in cui si inserisce (Fig. 1) ha lo scopo di:

- fornire risposte pertinenti ai bisogni della collettività (autorizzazione a realizzare strutture sanitarie).
- garantire condizioni base di sicurezza (autorizzazione al funzionamento).
- garantire qualità delle prestazioni e dei servizi (accreditamento).
- assicurare un buon uso delle risorse ed un monitoraggio continuo della quantità e qualità delle prestazioni erogate (accordi contrattuali) (2).

L'accreditamento nella regione Emilia Romagna prevede, oltre alla definizione di requisiti generali validi per tutte le discipline, una ulteriore definizione di requisiti aggiuntivi specifici per le singole specialità.

I requisiti generali forniscono alle strutture un modello per governare il sistema organizzativo di erogazione delle cure. Le aree di riferimento sono le seguenti:

- POLITICA -> Missione, Visione, Obiettivi.
- PIANIFICAZIONE -> Obiettivi di breve periodo, responsabilità, risorse.
- COMUNICAZIONE -> Trasparenza coinvolgimento.
- STRUTTURA ED ATTREZZATURE Sicurezza
- FORMAZIONE -> Formazione ed aggiornamento continuo inserimento neo assunti.
- SISTEMA INFORMATIVO -> Gestione documentazione e Gestione dati.
- PROCEDURE GENERALI -> Documentazione dei processi di lavoro.
- VERIFICA DEI RISULTATI -> Attività, Audit Clinico, indagini di soddisfazione.
- MIGLIORAMENTO -> progetti di miglioramento sulle criticità emerse dalla verifica dei risultati.

I requisiti specifici per l'accreditamento, oltre che dettare ulteriori requisiti di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo, prevedono l'adeguatezza delle competenze professionali necessarie, i servizi che possono essere acquisiti e l'attivazione del monitoraggio di percorsi critici individuati per ciascuna disciplina. Sono organizzati in documenti di riferimento per branca specialistica, per tipologia di struttura e per programmi. Sono definiti da un gruppo di lavoro di professionisti della disciplina ed il coordinamento è curato dall'Agenzia sanitaria regionale (3).

Il sistema delle garanzie



(2)

In sintesi l'applicazione dei requisiti generali e quelli specifici garantisce all'utente finale risultati clinici soddisfacenti aderenti alla pratica clinica basata sulle prove di efficacia in un'organizzazione che verifica costantemente i suoi processi e ne promuove la gestione in un ambiente sicuro (4,5).

La predisposizione dei requisiti specifici per la geriatria rappresenta una occasione unica perché le consente di definire "ufficialmente" le caratteristiche distintive di disciplina specialistica e di sancire definitivamente la propria identità mettendo in campo, quale elemento distintivo, quanto realizzato in decenni di ricerca e di esperienza professionale esclusivamente dedicate alla persona anziana.

Come è noto già nel 1988 la Conferenza di Consenso sull'Assessment del Paziente Anziano identificava tre elementi caratterizzanti il lavoro in Geriatria: la valutazione multidimensionale, il targeting del paziente e la necessità di lavorare in rete con i servizi territoriali (6,7).

Questi elementi cardine, applicati nella pratica clinica, nei setting ospedalieri per acuti (UGA), in diversi trials effettuati nei confronti di "Usual Care", hanno prodotto evidenze: di riduzione di mortalità, prevenzione delle disabilità e diminuzione della istituzionalizzazione senza aggravio di costi (8-15).

Del tutto recentemente, uno studio osservazionale prospettico di coorte, pubblicato nel Gennaio 2008 su QJM, che ha coinvolto otto ospedali di sei nazioni Europee (Regno Unito, Spagna, Italia, Finlandia, Grecia e Polonia) e che ha incluso 1667 pazienti con oltre 65 anni (età media 78) ammessi consecutivamente in ospedale per patologia acuta, ha dimostrato come, oltre la diagnosi, altri fattori quali: il grado di autonomia, lo stato cognitivo, il numero di farmaci assunti, il vivere da solo ecc. siano importanti predittori di outcome e debbano pertanto essere inclusi nella valutazione del paziente anziano (16). Questo ennesimo studio (16) non fa altro che confermare (qualora ve ne fosse ancora la necessità) quanto già scoperto, sperimentato e tradotto nella pratica clinica quotidiana dai geriatri: l'approccio al paziente anziano necessita, fra l'altro, di un metodo di lavoro particolare, specifico, la Valutazione Multidimensionale.

Tuttavia, nonostante queste documentate certezze, la Geriatria è ancora in cerca di una identità precisa, di un proprio ruolo ben definito.

L'Accreditamento Istituzionale (obbligatorio, recepito e definito ufficialmente con atto deliberativo) con la predisposizione dei requisiti specifici per la Geriatria in Emilia Romagna, rappresenta una grande occasione per sancire l'identità precisa della Geriatria attraverso l'applicazione di un modello ben definito e riconosciuto formalmente a livello Regionale. L'Agenzia Sanitaria Regionale, sulla base di criteri di rappresentanza territoriale e professionale, ha individuato e nominato un gruppo tecnico che ha già iniziato il proprio lavoro effettuando i primi due incontri. Sarà necessario avere

coraggio. Dovrà essere messo in campo quanto di meglio i geriatri hanno prodotto in termini di ricerca e quanto di meglio hanno sperimentato nella pratica clinica. Necessariamente i criteri aggiuntivi dovranno essere: ambiziosi, qualificanti, selettivi.

A lavoro terminato, l'auspicio è che il modello di Geriatria che scaturirà dall'applicazione dei requisiti aggiuntivi in Emilia Romagna possa esse-

re preso a riferimento anche in campo Nazionale favorendo: La maggiore uniformità di applicazione del Metodo Geriatrico, il lavoro per obiettivi finalizzato al mantenimento dell'autonomia, i progetti di presa in carico globale del paziente e del suo contesto socio-famigliare con particolare attenzione alla continuità di cura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: Qualità-accreditamento.
2. Agenzia Sanitaria regionale Emilia Romagna: Accreditamento delle organizzazioni sanitarie in Emilia-Romagna. Un sistema di garanzie per i cittadini.
3. Agenzia Sanitaria regionale Emilia Romagna: Qualità-accreditamento-requisiti specifici.
4. Ravelli M.: Accreditamento e governo clinico: Sussidio seminario regionale Reggio Emilia febbraio 2006.
5. Ravelli M., Pantaleoni M.: L'accreditamento dell'ASMN: integrazione tra sistema di gestione e sistema qualità per lo sviluppo organizzativo e professionale. In: Montefusco R.: Il sistema qualità nelle aziende sanitarie, Time Science 2004.
6. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 342-347.
7. Fretwell M.: The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 377-379.
8. Rubenstein et al.: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-1670.
9. Landefeld CS., Palmer RM.: A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-1344.
10. Covinsky KE., King JT.: Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997 Jun; 45 (6): 729-734.
11. Counsell SR., Holder CM.: Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000 Dec; 48(12): 1572-1581.
12. Saltvedt I., Mo ES.: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-798.
13. Cohen HJ., Feussner JR.: A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*, Vol.346, No.12 March 21, 2002.
14. Saltvedt I., Saltnes T., Mo ES., Fayers P., Kaasa S., Sletvold O.: Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug; 16(4): 300-306.
15. Vidan M., Serra JA., Moreno C., Riquelme G., Ortiz J.: Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005 Sep; 53(9): 1476-1482.
16. Espallargues M., Phil I., Seymour DG., Campbell SE., Primrose W., Arino S., Dunstan E., Lamura G., Lawson P., Mestheneos E., Politynska B., Raiha I and the ACMEplus Project team: Measuring case-mix and outcome for older people in acute hospital care across Europe: the development and potential of the ACMEplus Instrument. *Med* 2008; 101: 99-109.