

# La cultura dell'accreditamento tra sistemi nazionali e internazionali il modello toscano

Le organizzazioni sanitarie devono rispondere a sfide complesse e a requisiti sempre più stringenti in termini di qualità. Il monitoraggio di attività e prestazioni erogate, gestite dalle strutture sanitarie in ottica di miglioramento continuo, sono la base per avere un quadro dell'impegno delle organizzazioni verso tale conformità. L'articolo descrive il percorso dell'accreditamento in sanità e l'input per lo sviluppo e il miglioramento continuo della struttura con particolare attenzione al paziente, alla sua comprensione dei percorsi di cura e alla sua sicurezza clinica e personale

**Manuela Pisaniello**  
Ufficio Qualità e  
Rischio Clinico,  
Centro Chirurgico  
Toscano

**F**in dalla prima approvazione della L.833/78 che istituiva il SSN e fino ai più recenti decreti di riordino della materia, l'ordinamento dei servizi sanitari ha assistito al mutamento della distribuzione delle competenze istituzionali per mezzo delle quali assicurare funzioni e compiti rivolti alla tutela della salute degli individui e della collettività. Il modello SSN era connotato da una fondamentale ispirazione pubblica, essendo riservata allo Stato, in via prioritaria e pressoché monopolistica l'erogazione delle prestazioni sanitarie. La struttura privata convenzionata poteva intervenire solo laddove l'erogazione della prestazione all'esterno fosse stata previamente e motivatamente autorizzata dall'amministrazione e dal rapporto con l'USL, quindi solo a carattere integrativo rispetto a quelle pubbliche. L'istituto dell'accreditamento è stato introdotto dal D.lgs. 502/92 per definire standard qualitativi degli erogatori, a garanzia degli assistiti, e regole comuni per sviluppare la concorrenza tra soggetti pubblici

e tra pubblici e privati, come stimolo all'efficienza del sistema e al miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni. L'accreditamento delle strutture sanitarie è il presupposto indispensabile perché una struttura possa divenire erogatrice effettiva di prestazioni agli assistiti del SSN, sulla base di un contratto o accordo, oppure agli iscritti della mutualità integrativa sulla base di una garanzia di qualità. L'esito positivo di un procedimento di verifica, che comporta l'accreditamento istituzionale

## KEYWORDS

organizzazioni sanitarie,  
qualità,  
prestazioni

healthcare organization,  
quality,  
services

**T**he main goal for any healthcare organization is to contribute to the health status of people who are potential or current patients with different types of needs according to health conditions. The monitoring of the activities and services provided, managed by health facilities according to criteria oriented towards continuous improvement, are the basis for having a picture of the commitment of organizations to such compliance. The following work aims to describe the path of accreditation in health care and the input for the development and continuous improvement of the structure with particular attention to the patient, his understanding of care pathways and his safety, both clinical and personal.



**L'ACCREDITAMENTO  
È PRESUPPOSTO  
INDISPENSABILE  
PERCHÉ UNA  
STRUTTURA  
SANITARIA DIVENTI  
EROGATRICE  
EFFETTIVA DI  
PRESTAZIONI AGLI  
ASSISTITI DEL SSN**

della struttura e, infine, la stipulazione con le Ausl di accordi contrattuali, permettono di porre i costi delle attività di assistenza svolte a carico del SSN. Per dare attuazione alla norma, di conseguenza fu emanato il DPR 14/1/1997 [1] che ha successivamente individuato il modo preciso la funzione dell'accreditamento, che deve risultare funzionale alle scelte della programmazione regionale, evitando che l'accreditamento non venga rilasciato a prescindere. In questo modo si eleva il ruolo della Regione a valutare e individuare, per il tramite della programmazione, la quantità di prestazioni erogabili nel rispetto di un tetto di spesa massimo e possono accreditare nuove strutture solo se sussiste un effettivo fabbisogno assistenziale [2]. I contenuti di queste disposizioni sono stati poi ripresi dal D.lgs. 229/99, che ha sviluppato e sistematizzato l'intera materia, prevedendo una sequenza di istituti strettamente collegati tra loro, definiti come il sistema delle quattro A:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie
- autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie
- accreditamento istituzionale
- accordi contrattuali.

Ciascun istituto è logicamente e proceduralmente distinto da quello successivo e fa capo alla Regione, che deve disporre di un piano di previsione del fabbisogno complessivo di prestazioni sanita-

rie (pubbliche e private), articolato per aree territoriali, per garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. L'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie rappresenta, in tale quadro normativo, il più rilevante elemento di cambiamento poiché l'art. 8-ter del D.lgs. 299/99 stabilisce che per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune deve acquisire, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazione e concessione edilizia, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. Tale disposizione tende a evitare che si abbia un'irrazionale distribuzione delle strutture e che un eccesso di erogatori induca aumenti ingiustificati di prestazioni e di costi a carico del SSN. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie dell'attività sanitaria rappresenta la soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale non è possibile esercitare un'attività sanitaria o sociosanitaria. Con l'art.43 L.833/78 era stato demandato alle Regioni di disciplinare la materia relativa all'autorizzazione e alla vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato. Solo alcune Regioni hanno provveduto negli anni successivi ad adottare una propria specifica disciplina. Altre hanno continuato ad applicare la pregressa normativa statale contenuta essenzialmente nel T.U. delle leggi sanitarie del 1934, divenuta inadeguata rispetto all'evoluzione delle tecnologie e delle conoscenze scientifiche. Costituisce un'autentica svolta l'emanazione del DPR 14/1/1997 nell'Atto d'indirizzo e coordinamento sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Fissa un primo punto fermo del sistema di autorizzazione e di accreditamento recuperando il principio dell'uniformità della disciplina minima sui requisiti a livello nazionale e assoggettando anche le strutture pubbliche alla procedura di autorizzazione per l'esercizio dell'attività sanitaria. L'accreditamento istituzionale, la cui disciplina è integralmente demandata alle Regioni e Province autonome Trento e Bolzano, costituisce un livello superiore di impegno richiesto alle strutture che intendano erogare prestazioni per conto del SSN o a favore della mutualità volontaria, per dare certezza al cittadino di





## Bibliografia

- AA.VV. Editoriale\_Il metodo del confronto Focus on\_Accreditamento, rifacciamo il punto: esperienze regionali a confronto; aggiornamento delle normative regionali; vi è chi punta all'eccellenza; strategie e policies per la qualità in Europa. Monitor 2004/9
- AA.VV. Il quadro internazionale, Focus on: L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari. Monitor 2002/2
- Age.Na.S. – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Ricognizione delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale, dicembre 2017
- Decreto Ministeriale 70/2015 (G.U. 4/6/2015, n. 127)
- DPR 14/1/1997
- Ferrara R., L'ordinamento della sanità, in Sistema del diritto amministrativo pubblico, Torino, 2020
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. International Accreditation Standards for Hospitals, Preview Edition, 2014
- Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19/2/2015
- Intesa Conferenza Stato-Regioni n. 259 del 20/12/2012
- RL.R. 51/2009 – Regione Toscana
- Lamberti L., Diritto sanitario, Wolters Kluwer, Ipsoa, 2019
- Malinverno E., La qualità in sanità. Metodi e strumenti di clinical governance, Carocci Fabri 2013
- Muratori G. Palermo E., Diritto Sanitario Vol. II, Collana: il Diritto, 2012
- Pennini A., Modelli organizzativi in ambito ospedaliero. Innovare con l'intensità di cura e la complessità assistenziale, McGraw-Hill Education, marzo 2015
- Russo Valentini R., Il nuovo Servizio Sanitario Nazionale, Rimini, 2000
- Testo della Costituzione Italiana 1948
- Senato della Repubblica Servizio Studi La legge Costituzionale 18/10/2011, n.3

un buon livello qualitativo e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale. L'accreditamento delle strutture di erogazione riguarda tanto le strutture pubbliche, quanto quelle private e si basa sull'individuazione di requisiti e standard ulteriori di qualità rispetto a quelli minimi stabiliti per l'esercizio dell'attività sanitaria nonché sul principio che l'accreditamento è concesso in coerenza con i fabbisogni definiti mediante la programmazione regionale. Gli accordi contrattuali (per le strutture pubbliche) e i contratti (per le strutture private), infine, concludono l'articolato sistema di regolazione dei rapporti tra Regioni e strutture pubbliche e private. Individuano i soggetti, tra quelli accreditati, che hanno titolo di erogare prestazioni per conto e a carico del SSN, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi dei servizi offerti. Definiscono i corrispettivi economici, il debito informativo e i requisiti dell'attività da svolgere. Nella materia degli accordi contrattuali il D.lgs. 229/99 ha demandato ancora una volta alle Regioni l'adozione di una disciplina che, tra l'altro, individui gli ambiti delle responsabilità riservate alle unità sanitarie locali, nonché i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture, ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti rispetto a quelle preventivamente concordate. Nel D.lgs. 229/99 si fa riferimento alle strutture provvisoriamente accreditate come strutture "temporaneamente accreditate", introducendo il nuovo concetto di "accreditamento provvisorio", che riguarda le nuove strutture

o l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti. L'accreditamento è provvisorio per il tempo necessario alla verifica del volume dell'attività svolta e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento. Alle Regioni spetta un ruolo centrale, perché devono dare concretezza all'articolato sistema dell'accreditamento, disciplinandone i passaggi, le condizioni, gli aspetti procedurali, il sistema dei controlli preliminari e delle verifiche successive. Si pongono le fondamenta per un processo di normazione regionale, mediante leggi, regolamenti, delibere di giunta e disciplinari tecnici. La normativa nazionale è stata recepita nelle varie Regioni con rilevanti differenze di tempo e modi, sia con riguardo alla disciplina sugli accreditamenti e contratti sia per la definizione dei requisiti delle strutture da accreditare, ponendo un grado diverso di attenzione agli strumenti di misurazione dei risultati dell'attività prestata, ossia alla qualità delle prestazioni, generando 20 sistemi diversi.

### Il modello della Regione Toscana nel panorama locale e internazionale

Il Sistema Sanitario Toscano è considerato fra i migliori modelli di sanità regionale. Anche il legislatore regionale toscano ha provveduto a definire il quadro regolamentare di attuazione del D.lgs. 502/92 in materia di accreditamento. La legge di riferimento è stata al lungo la L.R. 8/99 [3]. Il Piano Sanitario Regionale PSR 2008-2010 con delibera C.R. 53/2008 confermava le tendenze secondo

**IL SISTEMA  
SANITARIO  
TOSCANO È  
CONSIDERATO  
FRA I MIGLIORI  
MODELLI DI  
SANITÀ REGIONALE**



## Sitografia

- [www.regione.toscana.it/-/autorizzazione-e-accreditamento-1](http://www.regione.toscana.it/-/autorizzazione-e-accreditamento-1)
- [www.agenas.it/primo-piano/manuali-per-accreditamento-istuzionale](http://www.agenas.it/primo-piano/manuali-per-accreditamento-istuzionale)
- [www.meslab.sssup.it](http://www.meslab.sssup.it)
- [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)
- [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

ca, ormai unanimemente affermata, che lo sviluppo della qualità e dell'efficienza delle cure possa derivare solo da un attento governo dei processi lavorativi. Il tutto non tralasciando le conformità strutturali degli edifici. L'evidenza con cui la legge sottolinea e indirizza le aziende sanitarie verso la gestione del rischio clinico è una delle innovazioni più importanti e interessanti. Il paziente è sempre più consapevole dei propri diritti, nutre aspettative e ha pretese nei confronti del medico. Il possibile errore clinico ha sollevato rilevanti questioni di responsabilità mettendole all'attenzione dei soggetti che sono chiamati a gestire gli ospedali e le aziende sanitarie. Quindi il modello toscano di accreditamento si caratterizza sostanzialmente per l'importanza data ai requisiti organizzativi e di gestione del rischio clinico al fine di garantire lo sviluppo e l'incremento costante e dinamico dell'efficienza, della qualità e della sicurezza delle cure. Questo aspetto innovativo in Italia fa riferimento alle più autorevoli organizzazioni internazionali, dalla JCI degli USA all'Accreditation Canada, le quali hanno riconfigurato requisiti che focalizzano un'imprescindibile attenzione alla gestione del rischio clinico e conferendo alla garanzia della sicurezza delle cure un elemento fondamentale.

**IL MODELLO  
TOSCANO DI  
ACCREDITAMENTO  
SI CARATTERIZZA  
PER  
L'IMPORTANZA  
DATA AI REQUISITI  
ORGANIZZATIVI E  
DI GESTIONE DEL  
RISCHIO CLINICO**

le quali accanto al ruolo a esso attribuito, di strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, si manifesta con più forza l'orientamento a far emergere la stretta connessione dell'accreditamento con il tema della qualità e c'è in atto un processo di affinamento del sistema volto soprattutto a focalizzare l'attenzione sulla persona utente e sui processi organizzativi e assistenziali, con affiancamento anche di metodologie quali Total Quality Management o di processi di Continuous Quality Improvement. Il Piano individuava già l'obiettivo generale di sviluppare un sistema di accreditamento in una logica di sistema di valutazione della qualità per renderlo capace di esprimere al meglio la valutazione di processo ed esito dei percorsi di cura, andando così oltre l'azione di verifica dei requisiti delle singole strutture. Con la L.R. 51/2009 il concetto di qualità e sicurezza delle cure diventa focale facendo esplicito riferimento nella stessa normativa e viene ridisegnata interamente la disciplina della procedura di verifica dei requisiti di esercizio e le procedure di accreditamento delle strutture pubbliche e private [4]. Si marca una netta differenza fra requisiti strutturali e quelli organizzativi, subordinando la sola concessione dell'autorizzazione all'esercizio ai primi e quella dell'accreditamento istituzionale vero e proprio all'attuazione anche dei secondi. Il fine è indirizzare le organizzazioni aziendali verso una maggiore efficienza economica e allo stesso tempo al continuo miglioramento della qualità delle cure. Ciò in linea con gli orientamenti internazionali e nell'otti-

## Joint Commission International e l'esempio del Centro Chirurgico Toscano

La Joint Commission (ex Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations o JCAHO ed ex Joint Commission on Accreditation of Hospitals o JCAH [5]) è un'organizzazione no profit statunitense con sede a Chicago nata nel 1951 che oggi ha accreditato più di 21.000 organizzazioni e programmi di assistenza sanitaria [6] estendendo le attività d'accreditamento anche a strutture extra-ospedaliere, quali Laboratori Analisi, Strutture Psichiatriche, Reti di Trasporti Medicalizzati, Strutture per Anziani e Strutture Riabilitative. L'idea di creare un organismo che mirasse alla ricerca della qualità e dell'assistenza sanitaria si riscontra già nei primi anni del 1900 negli Stati Uniti, a opera dell'American College of Surgeon. Attualmen-

te la JCI rappresenta il più grande ente di accreditamento in sanità e con maggiore esperienza al mondo. Il Gold Seal of Approval (Sigillo d'Oro) [7] di JCI è un segno di distinzione largamente riconosciuto in quanto rappresenta il processo di valutazione più completo ed esaustivo in ambito sanitario. Dedita da oltre 75 anni al miglioramento della qualità e della sicurezza nei servizi sanitari la JCI si avvale di una metodologia oggettiva per la valutazione della sicurezza e qualità dei servizi sanitari e dell'organizzazione basata su oltre 400 standard di qualità e oltre cinque mila elementi misurabili [8]. Lo strumento di riferimento che guida il processo di accreditamento e che esplicita puntuali attese su tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria e del management aziendale è dato dal Manuale Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals comprendente tutti gli standard rigorosamente valutati da supervisori indipendenti provenienti da più parti del mondo con esperienza sanitaria o gestionale ed è la base del sistema di accreditamento internazionale e viene periodicamente aggiornato e rivisto dal board JCI. La qualità, nell'approccio Joint Commission, si realizza attraverso programmi di Continuous Quality Improvement gestiti in forma sistematica e con una visione che tenga sempre conto della complessità aziendale e di tutte le sue componenti culturali e professionali. Gli standard internazionali Joint Commission sono divisi in tre macroaree tematiche: il paziente, la gestione dell'organizzazione sanitaria e, infine, l'Academic Medical Center destinati per lo più a centri universitari e Irccs. Per fare un esempio troviamo esplicito riferimento alla corretta identificazione del paziente, la chirurgia sicura, la gestione dei farmaci ad alto rischio, l'igiene delle mani; a cui si aggiungono standard relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni, alla gestione e sicurezza delle infrastrutture, alla formazione del personale, ai diritti del paziente e della famiglia, abbracciando così tutto il percorso di diagnosi, cura e follow-up di pazienti ricoverati e ambulatoriali. A questi si aggiungono i gruppi di standard che orientano le componenti gestionali della struttura sottoposta a valutazione, dal direttore generale alla leadership clinica, alla gestione delle risorse e alla pianificazione e realizzazione di azioni finalizzate alla sicurezza e qualità del servizio erogato in un quadro normativo ed etico definito e consapevole. Gli standard sono studiati per realizzare obiettivi universalmente condivisi dalla comunità scientifica e periodicamente revisio-

## Note

- 1) Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici e organizzativi per l'esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Gazz. Uff. 20/2/97 n.42, Supp. ord.
- 2) Art.8 quarter D.lgs.502/92 introdotto dall'art. 4, c.8, D.lgs. 229/99
- 3) Abrogata dalla legge 51/2009, articolo 52 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"
- 4) Per le strutture pubbliche la verifica dei requisiti autorizzativi è prevista nell'ambito delle procedure per l'accreditamento sulla base di un manuale unico ed è svolta dalla Commissione regionale di accreditamento, che si avvale di personale dei Dipartimenti di prevenzione di ASL di aree diverse da quelle di propria competenza. Per le strutture private il rilascio all'autorizzazione all'esercizio dipende dal sindaco territorialmente competente, il quale si avvale, per i necessari accertamenti, del Dipartimento di prevenzione della corrispondente ASL di zona; le strutture private già autorizzate dovranno attivare processi di adeguamento per il rinnovo dell'autorizzazione
- 5) A History of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals James S. Roberts, MD; Jack G. Coale, MA; Robert R. Redman, MA, JAMA. 1987
- 6) The Joint Commission – About page, su jointcommission.org
- 7) JCI alle strutture che raggiungono l'accreditamento consegna un Il Gold Seal of Approval o Sigillo d'Oro di Approvazione che può essere affisso nelle varie aree delle strutture sanitarie mostrando la certificazione raggiunta e il loro impegno a fornire cure di qualità in un ambiente sicuro
- 8) elementi misurabili: sono i requisiti specifici dello standard e del suo intento e permettono una puntuale valutazione dello standard stesso. La valutazione del grado di compliance dell'organizzazione allo standard si basa proprio sugli elementi misurabili. Anche in questa fase del progetto, essi sono oggetto di valutazione, mediante assegnazione di un punteggio durante il processo di autovalutazione e di visita in situ. Essi consentono di: comprendere quanto è richiesto ai fini della piena conformità allo standard; fornire maggiore chiarezza agli standard; assistere nella formazione del personale
- 9) Da ora in poi denominato CCT
- 10) Luglio 2022

nati in relazione alla evoluzione e al cambiamento dei sistemi sanitari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. L'obiettivo è garantire un ambiente sicuro atto a ridurre i rischi a carico di chi eroga e chi riceve assistenza sanitaria, offrire termini di paragone qualificabili per qualità e per la sicurezza del paziente, migliorare gli esiti di salute e l'esperienza del paziente, incrementare l'efficienza e ridurre i costi tramite la standardizzazione delle cure e dell'assistenza. Inoltre, stimolare il miglioramento continuo di un'organizzazione e consolidarne i risultati, creando una rete tra aziende, professionisti e manager della salute allo scopo di condividere le buone pratiche fondate sulle evidenze scientifiche. Sebbene ogni singolo standard si applichi a tutti gli ospedali che intendono accreditarsi, vi è una condizione in relazione alle modalità di applicazione degli standard nel singolo ospedale che consiste nell'adesione allo standard più stringente. Ogni ospedale deve istituire politiche e procedure in ottemperanza alla legislazione e alla normativa locale, regionale e nazionale in aggiunta agli standard JCI. Nei casi in cui un con-

**GLI STANDARD  
INTERNAZIONALI  
JCI SONO  
DIVISI IN TRE  
MACROAREE  
TEMATICHE**

retto o un argomento è trattato sia dagli standard JCI sia dalle leggi o dalle normative di un'autorità locale o nazionale, JCI richiede all'organizzazione di applicare il requisito dell'ente che ha fissato le norme più severe o più stringenti. Un'organizzazione sanitaria, che intenda accreditarsi secondo tale metodologia, ha la contezza che sarà sottoposta a valutazione nel suo insieme a una commissione internazionale di esperti, i surveyors, che valutano il grado di compliance agli standard. Tale commissione è composta da un medico, un infermiere e un amministrativo, i quali visitano la struttura e i reparti, intervistano i pazienti e il personale, analizzano i documenti aziendali e definiscono il livello di aderenza di quella struttura agli standard internazionali JCI. A oggi, nel mondo, la JCI ha accreditato poco più di mille organizzazioni e programmi sanitari. Nel mondo sono 693 le strutture che hanno ottenuto l'accreditamento JCI con il programma ospedali (635) e con il programma ospedali universitari (58). In Italia sono 17 le strutture accreditate JCI, 11 con il programma ospedali e 6 con il programma ospedali universitari. In Toscana la casa di cura Centro Chirurgico Toscano [9] è

stata la prima struttura a ottenere l'accreditamento internazionale nel 2016, riconfermato nel 2019 e riottenuto in questi giorni [10]. Il raggiungimento di questo accreditamento ha comportato oltre tre anni di intenso impegno, richiedendo la partecipazione corale di tutte le componenti manageriale, professionale, tecnica e amministrativa dell'azienda durante un periodo che ha messo a dura prova l'intero sistema sanitario con l'arrivo della pandemia Covid-19. Alla luce di questa esperienza l'accreditamento JCI è in grado di apportare una serie di benefici in quanto indirizza la gestione di un'organizzazione sanitaria, valorizza la formazione personale, è un valido aiuto per organizzare e consolidare le iniziative di miglioramento e offre un vantaggio competitivo perché raggiungere l'accreditamento è la dimostrazione visibile, agli occhi dei pazienti e della collettività, che l'ospedale che ha intrapreso quel percorso è seriamente impegnato a fornire cure e servizi con la massima qualità e la massima sicurezza, rendendo l'accreditamento un segno di distinzione anche nei confronti di altri ospedali non accreditati che offrono le stesse tipologie di cure.



- Ingombro ridotto e massima ergonomia
- Scozza antimicrobica per contenere il rischio biologico
- Identificazione certa e sicura
- Stampa senza PC grazie all'intelligenza integrata

## Non chiamatele stampanti

