

# IL CONCETTO DI ACCREDITAMENTO

????

????

Keywords: ????

## MASSIMO MENCHELLA

Infermiere ASL Caserta p/o  
San Rocco - Sessa Aurunca

Foto archivio.

**S**econdo il vocabolario della lingua italiana Zanichelli la parola accreditamento deriva dal verbo accreditare che significa: rendere credibile. Nel contesto sanitario attuale che metaforicamente ruota attorno a termini quali: "responsabilità, qualità, miglioramento"; la parola accreditamento occupa un ruolo da "star". Negli'ultimi venti anni il

sistema sanitario è stato protagonista di una rivoluzione copernicana, che ha ridimensionato radicalmente il management aziendale sanitario oggi infatti si parla di management: "il Customer Driver (guidato dal cliente)". Lo strumento operativo del management Customer Driver è ispirato alla strategia organizzativa della qualità totale. Su un palcoscenico così strutturato si può ben comprendere l'importanza che attualmente riveste l'accREDITamento come garanzia di un servizio sanitario di qualità, una qualità reale, oggettiva e misurabile.

Nel sistema sanitario italiano distinguiamo:

- l'accREDITamento istituzionale;
- l'accREDITamento all'ecceLLenza.

Per **AccREDITamento Istituzionale** intendiamo il processo di valutazione e di verifica del possesso di una serie di requisiti predeterminati da parte di Aziende sanitarie pubbliche e private che vogliono esercitare attività sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

L' accREDITamento

istituzionale è previsto dal DPR 14/1/1997 "Atto di coordinamento e di indirizzo .... Per l'autorizzazione delle strutture sanitarie ..." che ha dato indicazioni alle regioni perché individuino i requisiti ulteriori per l'accREDITamento. L'accREDITamento istituzionale rappresenta un insieme standardizzato di requisiti di governo considerati utili per garantire prestazioni conformi alle caratteristiche stabilite.

Con il decreto legislativo n. 229/99 è stato possibile per le regioni identificare i criteri per la realizzazione dell'accREDITamento regionale. L'accREDITamento istituzionale pone l'Italia nella categoria dei paesi che si rifanno a sistemi per l'accREDITamento cosiddetti per pubblica regolamentazione perché promossi dagli enti di governo; in altre situazioni questi hanno avuto avvio per azione di gruppi professionali.

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

ispiratrice: la promozione di una buona pratica clinica in un caso; la garanzia di buona assistenza sanitaria per i cittadini nel secondo. **L'AccREDITamento all'EcceLLenza** ha ormai una lunga storia sia in America, sia in Canada ed Australia, con un elemento comune: il consenso generale tra i professionisti rispetto al fatto che l'accREDITamento avrebbe aiutato ad assicurare uniformità negli standard di assistenza e a fornire un ambiente appropriato dove i sanitari avrebbero trattato i pazienti.

L'accREDITamento all'ecceLLenza è un processo nel quale un ente, separato ed indipendente dall'organizzazione sanitaria richiedente, solitamente non governativo, valuta l'organizzazione al fine di stabilirne l'aderenza ad un set di requisiti (standard) studiati per migliorare la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria. L'accREDITamento è percepito come uno strumento che può aiutare chi fa politica sanitaria a valutare l'adeguatezza della qualità dell'assistenza.

Il sistema di accREDITamento ideale dovrebbe avere:

- le caratteristiche della partecipazione volontaria;
- uno standard attraverso cui viene valutata la compliance;
- alcuni valutatori che sono esterni e indipendenti dalle organizzazioni sanitarie;
- una singola misura di

riferimento che indica il grado di adesione agli standard.

La partecipazione nella maggior parte dei processi di accREDITamento è volontaria e l'esito è rappresentato da una classificazione o da un punteggio che denota il grado di compliance degli standard.

Ogni sistema di accREDITamento è sotto il controllo di un board indipendente costituito dai rappresentanti dei relativi gruppi professionali. Il board concorda la classificazione, i gruppi di accREDITamento si autofinanziano e, ciascuna organizzazione partecipante paga una tassa.

## Cenni Storici

Il sistema di accREDITamento nasce negli Stati Uniti nel 1912 e viene promosso da un gruppo professionale al fine di attivare una forma di controllo sugli ospedali, assicurare un riconoscimento professionale all'interno della comunità scientifica ed iniziare un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel 1916 vengono prodotti i primi standard dando avvio al programma di standardizzazione degli ospedali.

Nel 1952 i professionisti attraverso gli organi di rappresentanza associativa, quali l'American Medical Association, l'America Hospital Association, l'A-



## QUALITÀ DEI SERVIZI

merican College of Physicians, l'American Dental Association ed altre, costituiscono la **Joint Commission Accreditation of Hospital**, un organismo volontario, non governativo, senza fini di lucro, che ha il compito di aggiornare e produrre gli standard e, inoltre, effettuare le procedure di accreditamento; l'equipe è composta da infermieri, medici, amministratori ed altri specialisti.

Alla fine degli anni '70 in Europa si incominciano a sviluppare ed incrementare i sistemi di accreditamento. I primi sono i Paesi Bassi che, nel 1979, su iniziativa dei professionisti, fondano il CBO (Central Begeleidingsorgaan Voor De Intercollegiale Toetsing) un'agenzia indipendente finanziata dagli ospedali, il cui obiettivo è l'individuazione di sistemi di miglioramento della qualità che supportano i professionisti nell'implementazione dei sistemi stessi nei servizi in cui operano.

Nel 1989 il Kings Fund Centre introduce in Gran Bretagna una forma sperimentale di controllo "l'audit organizzativo", il cui obiettivo è quello di promuovere un processo di autovalutazione interna nell'ambito delle attività assistenziali e degli esiti ottenuti. Il programma prevede l'adesione volontaria da parte delle strutture sanitarie e il risultato della verifica non è rappresentato dallo status di accreditato ma, dal rilascio di raccomandazioni. La Gran Bretagna dispone, inoltre, anche di altri sistemi di accreditamento.

In Italia i primi segnali di interesse per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie sono emersi dal contratto nazionale di lavoro per il settore sanità, DPR n. 270/87. Vi si prevedevano attività, da realizzarsi a livello di unità sanitaria locale e a livello regionale, di valutazione e promozione della qualità, in

particolare "... di verifica di standard assistenziali".

Nel successivo contratto si prevedeva l'istituzione di un comitato nazionale per la verifica e la revisione della qualità "... tecnico scientifica e umana dei servizi e degli interventi sanitari per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie". Nella metà degli anni '90 nasce in Italia la Società Italiana VRQ (Verifica e Ricerca della Qualità); questa società ha introdotto in Italia il metodo di A. Donabedian.

Con il Decreto Legislativo n. 502/92 sono stati dettati i principi ispiratori dell'accREDITAMENTO. La forma di accREDITAMENTO che viene promossa è quella della certificazione obbligatoria e, quindi della valutazione esterna della struttura nei termini di una conformità a standard richiesti.

Nel 1995 la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 416, definisce l'accREDITAMENTO come: un'operazione, da parte di un'autorità o di un'istituzione, con la quale si riconosce il possesso, da parte di un soggetto o di un organismo, di specifici requisiti appositamente prescritti e si risolve nell'iscrizione in un elenco albo da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti.

Il 14/01/1997 è stato pubblicato il DPR recante "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Le regioni risultano perciò in stretto rapporto con il processo di accREDITAMENTO, poiché ad esse è demandato il compito di definire i requisiti qualitativi ulteriori, rispetto a quelli minimi identificati nel decreto utili ad innescare il processo di accREDITAMENTO.



**Centro Fiera del Garda**  
Montichiari (Bs)

**7-8-9 Ottobre 2011**



**SALONE DELL'EMERGENZA • EMERGENCY EXHIBITION**

**R.E.A.S.**

**RASSEGNA EMERGENZA ATTREZZATURE DA SOCCORSO E SICUREZZA**

**Salone Nazionale della Protezione Civile • Vigili del Fuoco e Volontari • Soccorso Alpino • Centrali Operative 118**  
**Corpo Forestale • Polizia Locale e Provinciale • Veicoli, Attrezzature Sanitarie e Antincendio • Sicurezza del Lavoro**

Per ricevere la tua **TESSERA D'INGRESSO GRATUITA** compila il form di registrazione su

**[www.salonemergenza.com](http://www.salonemergenza.com)**



[www.boscarol.it](http://www.boscarol.it)  
info@boscarol.it



Tel. +39 055 8839700 - Fax +39 055 8838812  
[www.orion-veicolispeciali.it](http://www.orion-veicolispeciali.it)  
commerciale@orion-veicolispeciali.it

**Sartoria Schiavi**  
technical equipment  
[www.sartoriaschiavi.com](http://www.sartoriaschiavi.com)

optima EMERGENCY

**CENTRO FIERA S.p.A.** • Via Brescia, 129 - Montichiari (BS)

Tel. 030 961148 - Fax 0309961966 - [reas@centrofiera.it](mailto:reas@centrofiera.it) - [www.centrofiera.it](http://www.centrofiera.it)



## L'evoluzione dei sistemi di accreditamento

In questi ultimi anni a seguito dei nuovi scenari nel mondo politico, sanitario, economico e culturale, si è innescata una continua ed inarrestabile evoluzione dei modelli di accreditamento.

L'evoluzione ha trasformato prevalentemente gli peculiari del sistema di accreditamento: gli standard e gli indicatori.

### L'evoluzione del sistema statunitense

La **Joint Commission** ha focalizzato il suo lavoro sulla definizione di indicatori di processo, certa che la performance organizzativa rappresenti la base per il raggiungimento di risultati inerenti i pazienti, i costi, la qualità e valore per il cliente finale.

Il sistema statunitense adotta la filosofia del miglioramento continuo che prevede la centralità del cliente, il controllo del processo, una visione sistemica, l'attenzione verso tutti coloro che rappresentano la leva del cambiamento. La Joint Commission ha inoltre sviluppato un programma per attivare una procedura di accreditamento al di fuori dei confini statunitensi.

### L'evoluzione del sistema canadese

Nel 1991 il Canadian

Council ha apportato delle modifiche al sistema di accreditamento perché ha adottato la filosofia del **Total Quality Management** ed ha elaborato per cui standard inerenti a specifici processi:

- assistenza al paziente;
- processi di supporto;
- processi legati alla guida dell'organizzazione.

Il processo di accreditamento avviene mediante un processo di autovalutazione che deve precedere la visita di accreditamento. L'esito del processo di autovalutazione deve essere consegnato all'ente di accreditamento prima della visita.

Il modello di accreditamento prende in esame nove aree assistenziali vere e proprie, tre aree assistenziali al cliente, l'area dirigenziale di leadership.

### Meccanismi operativi di un sistema di accreditamento

La maggior parte dei sistemi elencati finora, condivide l'impostazione iniziale data dal programma per la standardizzazione degli ospedali del College of Surgeons (USA); infatti:

- presenta un processo ciclico in cui alla fase della verifica segue l'adeguamento della struttura a standard che con il tempo vengono aggiornati a livello di performance sempre più elevate;
- le agenzie verificatrici sono esterne all'organizzazione, auto-finanziate, non a fini di lucro;

- il risultato del processo di accreditamento consiste in un'approvazione o non approvazione graduata per uno o più anni, inoltre il risultato può essere riconosciuto dal governo per concedere l'accesso ai rimborsi.

Se prendiamo in considerazione la valutazione della qualità, i sistemi di accreditamento delle diverse nazioni hanno in comune gli attributi della qualità:

- efficacia;
- efficienza;
- appropriatezza;
- linee guida;
- tempestività;
- accessibilità;
- accettabilità;
- soddisfazione degli utenti;

Partendo dagli attributi della qualità i sistemi per l'accreditamento hanno stabilito per poter condurre una valutazione della qualità dei Criteri degli standard.

I criteri rappresentano le caratteristiche osservabili di una organizzazione sanitaria; un esempio è: "la dotazione di infermieri per posto letto, la disponibilità di bagni in camera".

Lo standard è associato ad ogni singolo criterio ed è rappresentato da un valore quantitativo che da significato al criterio stesso, rappresentando il livello di accettabilità di quella caratteristica se associato alla qualità esempio: il criterio/caratteristica "dotazione di infermieri per posto letto" si trasforma in "numero di infermieri per posto letto".

Per ogni criterio e standard è possibile associare un peso, in base all'importanza che questi rivestono nel determinare il livello qualitativo.

Tuttavia nel valutare la qualità di una prestazione sanitaria e nel valutare l'adeguatezza della dotazione di infermieri per posto letto è fondamentale l'uso

degli indicatori. Questo è fondamentale quando si parla di "monitoraggio e miglioramento della qualità in una struttura". Gli indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria sono variabili utilizzate per misurare la qualità e per prendere decisioni ai fini di migliorarla (Focarile 1998).

Un'altra definizione di indicatore è la seguente: "caratteristica qualitativa e quantitativa di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (Regione Emilia Romagna)". Un indicatore deve presentare le seguenti caratteristiche:

- pertinente: capacità di misurare soltanto il fenomeno che si intende misurare;
- accurato (sensibilità e specificità): capacità di misurare in modo veritiero ciò che s'intende misurare;
- comprensibile;
- facilmente calcolabile;
- discriminante: capacità di differenziare condizioni in funzione dei diversi valori assunti;
- evidence-based: basato sull'evidenza scientifica.

Gli indicatori possono essere classificati anche in:

- indicatori basati su dati aggregati: indicatori ottenuti aggregando dati di più eventi attraverso medie, rapporti proporzioni, tassi. Confronto con un valore di riferimento;
  - eventi sentinella.
- L'indicatore rappresenta uno strumento di misura non convenzionale, pertanto la sua identificazione comporta l'esplicitazione:
- dell'argomento (di cui tratta).
  - della giustificazione (per cui si pensa sia importante misurare l'andamento del fenomeno individuato).
  - della definizione dei termini.
  - Del tipo di indicatore (di struttura di processo o di esito).

- della fonte dei dati.
- del livello soglia (corrisponde al livello di accettabilità del dato ed è estrinsecamente importante per dare significatività alla misurazione effettuata, che viene confrontata con esso);
- del Formato dell'indicatore (rapporto tra due caratteristiche o presenza/assenza di una caratteristica).

Per cui gli indicatori oltre ad essere fondamentali come strumenti di misurazione affidabili e specifici, permettono anche un confronto tra due o più organizzazioni e quindi, oltre ad essere utili per una valutazione interna, possono indirizzare la struttura/servizio ad aprirsi all'esterno, realizzando a pieno un'attività di **benchmarking cioè uno strumento per aumentare la qualità e l'efficienza dei servizi erogati puntando sugli standard dei soggetti simili considerati migliori** per agevolare così il confronto tra le performance dei servizi analizzati, al fine di individuare le procedure migliori ed apportare le revisioni necessarie per garantire un miglioramento del servizio. Δ

## Bibliografia

- Joint Commission International, Standard JCI per l'accreditamento degli ospedali, Terza edizione Gennaio 2008.
- Santullo A. L'infermiere e l'innovazione in sanità, McGraw-Hill 2004
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Dossier 2008 l'accreditamento istituzionale in Emilia Romagna, Regione Emilia Romagna 2008.
- Richard L. Daft, Organizzazione Aziendale, Apogeo 2007.

## Sitografia

www.qualitiamo.com  
www.sanitaweb.it