

# L'integrazione tra accreditamento istituzionale e accreditamento professionale di eccellenza

A. Giangrande

Divisione di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio", Busto Arsizio (VA)

## The integrated approach between Health Organisation accreditation and professional excellence accreditation

*Later than in other industrialized areas, Health Organisation accreditation has become popular in our country during the last few years as a result of legislation requiring accreditation for healthcare providers of the National Health Service.*

*Out of the two accreditation models, for regulation and public accountability (institutional) and professional, voluntary self-developed (for excellence), Institutional accreditation process has been slowly growing with the adoption of generic structural and organisational standards, which have been set up and managed directly by government.*

*The recently undertaken second model is a peer review assessment activity that originates from a comparison with explicit standards during reciprocal visits carried out by professional organisations. The basis for the assessment is primarily clinical and patient oriented.*

*The healthcare quality of Institutional accreditation is guaranteed mainly through the achievement of predetermined standards for risk management and organisation. On the other hand, the excellence accreditation, whose aim is to implement the continuous improvement of quality, depends on the context and the changes that result from new knowledge and scientific progress. The model operates according to values, which can change in the long run. It measures the effort to improve performances while special care is required to define standards through peer consensus.*

*Once the prescribed model of accreditation is adopted, as is the case for Health Organisation accreditation, it is essential to have flexible patient-oriented tools ensuring that new knowledge and scientific progress complete the assessment and audit. (G Ital Nefrol 2002; 19 (suppl 21): S3-7)*

**KEY WORDS:** *Quality of care, Health Organisation accreditation, Peer review accreditation, Excellence accreditation*

**PAROLE CHIAVE:** *Qualità delle cure, Accreditemento istituzionale, Accreditemento fra pari, Accreditemento di eccellenza*

## Il valore della qualità

Il valore della qualità e l'esigenza di valutarla sono termini strettamente connessi (la qualità va misurata) e sono termini non intercambiabili con altri, spesso usati impropriamente in modo indistinto, quali monitoraggio o controllo (1). Quest'ultimo in particolare è esercitato dall'esterno con finalità di ordine normativo o sanzionatorio.

La valutazione tende invece a coinvolgere gli stessi attori in un processo di innovazione e qualificazione, che trova punti di riferimento e di confronto nelle prestazioni realizzate nel tempo o nel confronto con le prestazioni realizzate da strutture dotate di analoghe risorse (2-6).

La valutazione implica infatti una finalità di migliora-

mento basato sulla trasparenza delle informazioni, sulla responsabilizzazione degli attori, sulla collaborazione fra di loro. Per questo l'attenzione alla qualità, anche in Sanità, richiama storicamente più esigenze ed esperienze di valutazione, che di controllo sanzionatorio.

La qualità ha molteplici dimensioni e diverse metodologie, con relative strumentazioni, possono essere messe in campo per una sua valutazione e ponderazione. Pur con dei limiti, queste diverse tecniche si sono dimostrate utili a favorire l'organizzazione di dati e di idee, perché impongono di esplicitare giudizi di valore, in ambiti caratterizzati da punti di vista e interessi differenti, talora concorrenti (7-11).

In termini generali, si può affermare che la valutazione della qualità nelle sue diverse declinazioni risponde

ad esigenze:

- di governo della sanità: normativa, programmazione, distribuzione delle risorse, nazionale, regionale e locale;
- di gestione e controllo di sistemi sanitari;
- di sviluppo e monitoraggio organizzativo di sistemi e servizi sanitari;
- di sviluppo e monitoraggio tecnico professionale di funzioni, servizi, prestazioni assistenziali;
- di partecipazione sociale al controllo e al miglioramento dei servizi.

Ciascuna di queste fattispecie comporta una specificazione di funzioni, attori e destinatari. Può infatti esservi coincidenza fra attori e destinatari della valutazione (come nei processi di autovalutazione che svolgono finalità di responsabilizzazione e promozione) o invece distinzione fra attori e destinatari della valutazione (come nel controllo gerarchico, e nel controllo esterno).

## Analisi delle attività di accreditamento

La problematica dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie in Italia, in ritardo rispetto alle esperienze più avanzate a livello internazionale e soprattutto del mondo anglosassone, è divenuta attuale negli ultimi anni, con l'impegno per le strutture sanitarie pubbliche e private di soddisfare tale condizione (accanto ad altre) per poter essere considerate tra "i fornitori di prestazioni sanitarie", per il Servizio Sanitario Nazionale (12, 13).

È proprio in questa ultima condizione che s'inserisce la necessità da parte dei professionisti di adottare strumenti e tecniche per garantire la qualità delle prestazioni sanitarie.

Nel mondo si definiscono due grandi tipologie di accREDITAMENTO delle Organizzazioni sanitarie: l'accREDITAMENTO per pubblica regolamentazione e l'accREDITAMENTO professionale.

L'accREDITAMENTO professionale ha avuto origine negli Stati Uniti d'America all'inizio del secolo scorso e si è poi diffuso in Canada, Australia e più recentemente in Gran Bretagna.

L'accREDITAMENTO per pubblica regolamentazione è una tipologia tipicamente europea che ha trovato diffusa applicazione in Spagna, in Francia e in Italia. Si tratta di una procedura di valutazione esterna alla struttura sanitaria che verifica il rispetto di requisiti stabiliti da una normativa. I requisiti sono stabiliti in sede istituzionale e la valutazione è effettuata da soggetti esterni istituzionali o comunque non indipendenti dalle istituzioni.

La natura dei requisiti è riferita in buona parte alle caratteristiche strutturali (risorse tecniche e umane) e organizzative, ed esprime le potenzialità della struttura in termini quantitativi e qualitativi. Sono per lo più requisiti posti a monte della prestazione e sono pertanto definiti: *ex-ante*; in quest'ambito i requisiti di risultato o *ex-post*, sono limitati eventualmente al volume di prestazioni prodotte (*out-*

TABELLA I - REQUISITI MINIMI E ULTERIORI

| Caratteristiche               | Livello                        |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Strutturali (tecniche, umane) | Predefinito ( <i>ex-ante</i> ) |
| Organizzative                 | Predefinito ( <i>ex-ante</i> ) |
| Prestazioni prodotte          | Risultato ( <i>ex-post</i> )   |

*puts*) (Tab. I).

Le due forme di accREDITAMENTO, istituzionale e di eccellenza si distinguono per l'impianto logico sul quale si fonda tutto il processo di valutazione.

Le disposizioni legislative nel nostro Paese, hanno previsto che l'accREDITAMENTO fosse direttamente gestito da un Organismo governativo (14, 15). È compito infatti degli Organismi istituzionali stabilire le modalità di valutazione delle strutture eroganti le prestazioni nei termini di qualità e appropriatezza delle cure e di soddisfazione del paziente. Con i limiti, talora, della competenza dell'Organismo istituzionale nel definire i termini di qualità della assistenza erogata. È inoltre probabile che la selezione degli erogatori di prestazioni avvenga attraverso criteri di qualità del processo organizzativo più che di qualità globale di risultato, ivi inclusa la soddisfazione del bisogno di salute e il benessere del paziente.

In termini generali, la valutazione di accREDITAMENTO può proporsi diversi obiettivi. Può valutare l'affidabilità della struttura e la modalità di erogazione della prestazione, oppure può essere basata sulla valutazione degli esiti, fondando i propri schemi interpretativi sull'assunto che la "qualità sia l'espressione del grado di realizzazione dei risultati conseguiti".

Dalla definizione degli obiettivi che si intendono perseguire discendono opzioni differenti rispetto alle dimensioni indagate e ai criteri e agli indicatori assunti per la verifica della qualità delle cure.

Nelle attività di accREDITAMENTO di eccellenza, in particolare la verifica di qualità è fortemente centrata sulla valutazione della professionalità, con enfasi sulla globalità dell'intervento. Inoltre la verifica è attenta a valutare che siano espresse con continuità, in raccomandazioni e linee guida, le evidenze derivanti dalla letteratura e dal progresso scientifico (16-18).

L'accREDITAMENTO istituzionale è improntato ad una logica di tipo dicotomico (sì/no) e parte dall'ipotesi che la rispondenza a requisiti o specifiche di qualità predeterminate o dal legislatore o dall'azienda sia garanzia di qualità.

L'accREDITAMENTO di eccellenza, al contrario, è un procedura di autovalutazione e valutazione fra pari che si fonda su una logica di tipo comparativo fra realtà omogenee, propria dei sistemi di *benchmark*.

La valutazione non usa, quindi, indicatori predeterminato (*standard*) come elemento di misurazione ma opera per indici di riferimento continuamente variabili nel tempo e nello spazio in quanto legati alla miglior qualità delle pre-

stazioni professionali (*best practice*) che si sono realizzate in un determinato periodo.

L'accreditamento di eccellenza si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza, partendo dall'ipotesi che la *best practice* sia relativa al contesto, e cambi continuamente in funzione del contesto e dell'evoluzione scientifica. In buona sostanza, l'accreditamento di eccellenza evidenzia la componente costante di incertezza insita nell'attività medica, e con una valutazione *ex-post* consente di definire il posizionamento di un servizio rispetto alla prestazione migliore ottenuta dal modello di riferimento nel tempo o nel confronto con strutture omogenee. Cerca in definitiva di tradurre in entità misurabile il processo dinamico che deriva dallo sforzo continuo di migliorare la propria prestazione professionale (19-21).

Infine nella procedura di accreditamento dell'eccellenza, particolare enfasi è posta sulla questione del consenso: criteri ed indicatori di qualità (e il sistema di ponderazione degli stessi) sono definiti attraverso un lungo processo di confronto e di validazione fra "pari". Il modello non usa quindi uno standard predeterminato come elemento di misurazione ma opera per indici di riferimento continuamente variabili nel tempo (22, 23).

L'accreditamento istituzionale e l'accreditamento di eccellenza sono quindi due sistemi di valutazione che operano con logiche differenti perseguendo finalità diverse, utilmente complementari.

### Manuali di qualità e manuali di eccellenza

È evidente la grande differenza che esiste tra modelli di miglioramento continuo dell'organizzazione/gestione, esplicitati dal manuale di qualità e i modelli di miglioramento continuo della qualità delle cure, realizzati con il manuale di eccellenza (Tab. II).

Il modello del sistema di gestione/organizzazione identifica i processi richiesti per realizzare il prodotto/prestazione e/o servizio richiesto (intesi come *outputs*), nell'ordine:

- responsabilità della direzione
- gestione delle risorse
- realizzazione del prodotto/prestazione/servizio
- misurazione, analisi e attività di miglioramento.

I clienti giocano un ruolo significativo nel definire i requisiti di ingresso (*input*) e la misurazione della soddisfazione del cliente, per lo più attinente la qualità "percepita". Il processo è ciclico con un'impostazione gerarchica del tipo *top down*.

Il modello di miglioramento continuo della qualità delle cure rappresenta i processi richiesti per realizzare il risultato pratico, o esito atteso dell'assistenza sanitaria (inteso come *outcomes*), nell'ordine (Fig.1):

- responsabilità della cura
- formazione, analisi (strutture, risorse)

TABELLA II - MODELLI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ

| Manuale della qualità<br><i>top down</i>                                   | Manuale di eccellenza<br><i>bottom up</i>  |
|--|--|
| <b>Miglioramento della organizzazione/gestione</b>                         | <b>Miglioramento continuo della qualità delle cure</b>   |
| Responsabilità della direzione<br>Gestione delle risorse                   | Responsabilità della cura<br>Formazione, analisi (strutture risorse)                                 |
| Realizzazione del prodotto/servizio<br>Misurazione, analisi, miglioramento | Realizzazione del prodotto/servizio<br>Autovalutazione e valutazione esterna fra pari, miglioramento |
| INPUT/OUTPUT   | INPUT/OUTCOME  |
| Soddisfazione della qualità "percepita"                                    | Soddisfazione del bisogno di salute (benessere, qualità della vita)                                  |
| Utente/Cliente   | Paziente   |

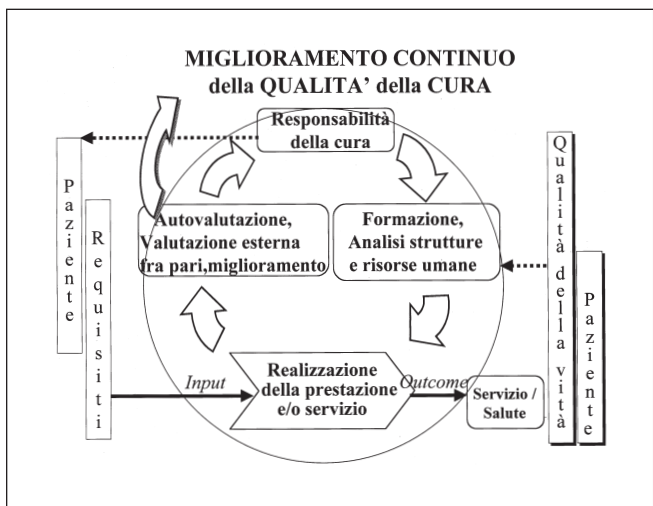


Fig. 1

- realizzazione del prodotto/prestazione/servizio
- autovalutazione e valutazione esterna fra pari, secondo un processo ciclico con impostazione sinarchica del tipo *bottom up*, con il coinvolgimento di medici e infermieri.

La valutazione riguarda la soddisfazione del bisogno di salute del paziente, in termini di benessere e qualità della vita.

La sfida che si pone all'attenzione dei responsabili della sanità è quella di coniugare nell'accreditamento, la necessaria "rigidità" di uno strumento oggettivo posto a tutela della sicurezza dei cittadini (istituzionale), alla irrinunciabile "flessibilità" di strumenti funzionali al progresso scientifico e alle acquisizioni di nuove conoscenze (di eccellenza).

Alle procedure di accreditamento istituzionale, necessa-

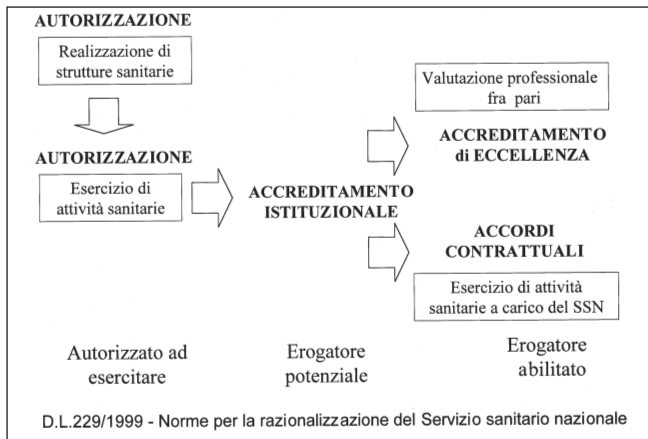


Fig. 2

rio strumento oggettivo di verifica, posto a tutela della qualità della struttura e della sicurezza dei cittadini si propongono due percorsi successivi diversi (Fig. 2):

- la valutazione professionale fra pari con tutti i contenuti di qualità tecnico-professionale e di soddisfazione del paziente;
- gli accordi contrattuali con tutti i contenuti amministrativi ed economici posti necessariamente a verifica dell'uso delle risorse.

L'adozione esclusiva degli strumenti di accreditamento istituzionale pone il pericolo che l'accREDITAMENTO diventi più uno strumento di regolazione dell'accesso al mercato sanitario, obbligatorio e governato quindi dagli Enti responsabili del finanziamento del sistema sanità. E i rischi legati a tale orientamento sono evidenti: burocratizzazione e cristallizzazione dello strumento; esautorazione della componente professionale dal processo di accreditamento; adeguamento ai criteri, vissuto come momento necessario per la sopravvivenza nel mercato sanitario e non come opzione di qualità.

È pure evidente che il viraggio verso queste dimensioni comporterebbe lo snaturamento totale dell'istituto dell'accREDITAMENTO, appiattendolo su quello della mera autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie.

## Riassunto

L'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie in Italia, in ritardo rispetto alle esperienze degli altri Paesi industrializzati, è divenuto attuale in questi ultimi anni per i vincoli di legge imposti alle Organizzazioni sanitarie per mantenere o acquisire il ruolo di fornitore di prestazioni sanitarie per il Servizio Sanitario Nazionale.

Delle due tipologie di accREDITAMENTO, per pubblica regolamentazione e professionale, nel nostro Paese, è in corso di lenta applicazione la prima, che prevede l'adozio-

ne di requisiti stabiliti in sede istituzionale con l'intento prioritario di valutare le strutture e l'organizzazione.

Per la seconda tipologia, che rientra nelle attività di accREDITAMENTO di eccellenza, il percorso è appena iniziato, benché la procedura sia fortemente incentrata sulla valutazione della professionalità e sulla globalità dell'intervento assistenziale.

L'accREDITAMENTO istituzionale parte dall'ipotesi che la rispondenza a requisiti o specifiche di qualità predeterminate sia garanzia di qualità. L'accREDITAMENTO di eccellenza, al contrario, si propone di sostenere un miglioramento incrementale della qualità dell'assistenza partendo dall'ipotesi che la *best practice* sia relativa al contesto, e cambi continuamente in funzione del contesto e dell'evoluzione scientifica; cerca in definitiva di tradurre in entità misurabile lo sforzo continuo di migliorare la propria prestazione professionale. Particolare enfasi è posta sul consenso nell'individuazione degli indicatori di qualità attraverso un processo di validazione fra "pari". Il modello non usa quindi uno standard predeterminato come elemento di misurazione, ma opera per indici di riferimento continuamente variabili nel tempo.

Adottato un modello formale di verifica della qualità delle cure, è auspicabile si riesca poi a coniugare, nell'accREDITAMENTO, la "rigidità" di uno strumento oggettivo posto a tutela della sicurezza dei cittadini (istituzionale) con la "flessibilità" di strumenti funzionali al progresso scientifico e all'acquisizione di nuove conoscenze (di eccellenza).

Indirizzo dell'Autore:

Prof. Alberto Giangrande

Coordinatore della Commissione "Qualità & Accreditemento" della Società Italiana di Nefrologia

Divisione di Nefrologia e Dialisi

Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"

Piazza Solaro, 3

21052 Busto Arsizio

e-mail: a.giangrande@tin.it

## Bibliografia

1. American Medical Association, Council of Medical Service. Quality of care. JAMA 1986; 256: 1032-4.
2. Blumenthal D, Epstein AM. The role of physicians in the future of quality management. N Engl J Med 1996; 335: 1328-31.
3. Blumenthal D. Quality of health care - part 1: Quality of care - What is it? N Engl J Med 1996; 335: 891-4.
4. Blumenthal D, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care - part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 996-70.
5. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care - part 1: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-70.
6. O'Leary DS. Quality assessment. Moving from theory to practice. JAMA 1988; 260: 1760
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966; 44: 166-203.
8. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1998; 260: 1743-8.
9. Giangrande A. Quality of health care: the responsibility of health care professionals in delivering high quality services. Int J Artif Organs 1998; 21: 687-91.
10. Giangrande A. The role of physicians in the future of quality management. Int J Artif Organs 1999; 22: 279-80.
11. Guillain H, Raetzo MA. Qualité des soins: de la théorie à la pratique. Schweiz Med Wochenschr 1997; 127: 541-8.
12. Di Stanislao F, Liva C. L'accreditamento dei servizi sanitari in Italia. Torino: Centro Scientifico Editore 1998.
13. Ferraro F, Di Stanislao F, Liva C. L'accreditamento dei servizi sanitari: strumento per qualificare la qualità dell'assistenza. QA 1996; 1: 3-14.
14. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 " Riordino della disciplina in materia sanitaria ". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 305 suppl. ord. 30 dicembre 1992.
15. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni del D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 recante " Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 293 suppl. ord. 15 dicembre 1993.
16. Oliva D, Setti Bassanini MC. L'accreditamento in sanità, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1996; 1: 1-3.
17. Giangrande A. La ricerca della qualità delle cure in nefrologia. Tendenze Nuove 1999; 1: 53-6.
18. Giangrande A. Qualità professionale in una organizzazione sanitaria. G Ital Nefrolog 1999; 16: 614-7.
19. Donzelli A. Le linee guida cliniche tra conoscenze scientifiche, etica e interessi. Prospettive Sociali e Sanitarie 1998; 8: 6-13.
20. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J et al. North of England Evidence Based Guidelines Development Project: methods of guideline development. BMJ 1996; 312: 760-2.
21. Focarile F. Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Torino: Centro Scientifico Editore, 1998.
22. Giangrande A, Di Giulio S, Mingardi G, et al. Qualità ed accreditamento in nefrologia. G Ital Nefrolog 1996; 13: 427-37.
23. Giangrande A, Mingardi G, Di Giulio S, et al. Indicatori di qualità della dialisi. G Ital Nefrolog 1998; 15: 321-9.