

## 3. Accreditemento e qualità nei servizi alla persona

*Gianmaria Gioga*

### INTRODUZIONE

In questi ultimi anni il tema della qualità si è proposto all'attenzione del mondo dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari quale questione cruciale del sistema di erogazione dei servizi e delle prestazioni, in particolare in seguito alle novità introdotte dalle riforme dei due settori, sanitario e sociale, che hanno previsto l'istituto dell'accréditamento istituzionale quale perno centrale di un meccanismo di miglioramento della qualità dei servizi.

L'accréditamento è comunemente definito in letteratura come "il processo per mezzo del quale un organismo autorevole valuta e riconosce formalmente che un'organizzazione o una persona è capace di svolgere determinati compiti" (Favaretti C., De Pieri P., 2001). Le prime esperienze di accreditemento nascono nel secondo decennio del novecento negli Stati Uniti, quale definizione di standard minimi e modalità di valutazione e miglioramento della qualità. Nel 1950, quando il programma coinvolge circa la metà degli ospedali, è creata la Joint Commission on Accreditation of Hospital, successivamente denominata *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation (JCAHO)*, avendo spostato e ampliato l'attenzione a tutto il sistema sanitario a partire dagli anni settanta. L'accréditamento è inoltre presente in molti paesi anglofoni (Canada, Gran Bretagna, Australia) e si basa su adesioni volontarie a percorsi di verifica dell'adesione a standard qualitativi predefiniti e controllati da un organismo esterno. Attualmente anche molti altri paesi europei (Francia, Olanda, Belgio ad esempio) hanno previsto e/o presentano diverse esperienze di accreditemento. In Italia il tema della valutazione della qualità nei servizi sanitari e sociosanitari si è affermato più tardi rispetto agli altri paesi ed è stato previsto nella legislazione con il D.Lgs 502/92, nel momento in cui il sistema sanitario acquisiva caratteristiche aziendalistiche con meccanismi concorrenziali tra diversi erogatori.

Approfondendo i diversi tipi di accreditemento, occorre distinguere l'*accreditemento di eccellenza* da quello *professionale* a quello *istituzionale*, contemplato dalla normativa italiana.

**Accreditemento di eccellenza, professionale, istituzionale**

L'accréditamento di eccellenza consiste in quell'insieme di attività di autovalutazione (nel caso di accreditemento tra pari in medesime strutture) o di revisione esterna, realizzate da organizzazioni che volontariamente intendono valutare le proprie attività, misurandosi rispetto a standard prestabiliti. Dal

confronto dovrebbero avviarsi processi di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

L'accreditamento professionale è promosso da società scientifiche o da ordini professionali e consiste in processi di crescita clinico-professionale di natura volontaria e generalmente autogestiti, che utilizzano quale strumento principale la revisione tra pari.

L'accreditamento istituzionale, modello adottato in Italia, "risponde all'esigenza di operare il processo di selezione degli erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza. Viene realizzato in armonia con le esigenze di programmazione della rete dei servizi, tenuto conto dei bisogni della popolazione assistita, dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse finanziarie disponibili.

L'accreditamento delle strutture pubbliche e private rappresenta il presupposto per l'individuazione dei soggetti che, secondo appositi accordi negoziali, concorrono all'erogazione delle prestazioni previste dai piani annuali e pluriennali di attività elaborati dalle Aziende Ulss" (dal Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000).

Caratteristiche peculiari dell'accreditamento istituzionale, così come in Italia è stato prefigurato e normato dal D.Lgs. 229/99 e, in seguito, dalla L. 328/00, sono:

- il carattere obbligatorio dell'istituto per chiunque voglia essere in rapporto contrattuale con il servizio pubblico,
- il possesso di diversi e ulteriori requisiti qualitativi rispetto a quelli richiesti per l'autorizzazione all'esercizio;
- la corrispondenza con i principi della programmazione regionale e locale;
- la verifica positiva dei risultati raggiunti e delle attività svolte.

Il duplice obiettivo dell'accreditamento istituzionale è quindi:

1. il miglioramento del sistema dell'offerta, quale garanzia di maggior qualità, equità, appropriatezza e capacità di migliorare la salute delle persone;
2. la regolazione del sistema dell'offerta, per individuare e selezionare i soggetti che la compongono.

Per essere accreditati non è dunque sufficiente possedere standard strutturali di eccellenza e neppure procedure definite, formalizzate e praticate. Occorre, altresì, ottenere risultati positivi, e cioè fornire garanzie di raggiungimento degli obiettivi dichiarati, in termini di salute, di tutela dei diritti, di benessere delle persone. Conseguentemente, i criteri per l'accreditamento previsti dal D.Lgs. 229/99 sono:

- dotazioni strutturali e tecnologiche;
  - condizioni organizzative interne;
  - qualificazione del personale;
  - investimento in programmi di accreditamento tra pari;
  - investimento in programmi di valutazione di appropriatezza e qualità delle prestazioni;
-

- forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti;
- adozione e utilizzazione sistematica della carte dei servizi;
- diffusione dei programmi di valutazione.

Proprio questi sono gli aspetti che dovrebbero, dunque, caratterizzare l'accreditamento istituzionale e differenziarlo dagli altri percorsi di accreditamento, tra pari e di altri percorsi di certificazione della qualità.

Se, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, allo Stato spetta il compito di stabilire i requisiti minimi di accreditamento, è alle Regioni che compete l'attivazione dei processi di accreditamento.

L'attuazione dell'accreditamento, che le Regioni italiane stanno realizzando in questi anni, rappresenta pertanto una grande opportunità di confronto e riflessione sui servizi sociali e sociosanitari, sulle modalità organizzative, sulla qualità dei servizi erogati ma, soprattutto, sulla verifica e valutazione degli esiti delle attività. "Opportunità che potrà trasformarsi in un'ennesima occasione mancata se si tradurrà concretamente nella sola emanazione di batterie di indicatori, riferiti alle strutture e ai processi di funzionamento dei soggetti idonei ad erogare le prestazioni, senza approfondire gli aspetti dinamici, senza basarsi su linee guida a contenuto misto, professionale e organizzativo, che definiscano le 'buone prassi', senza toccare la questione centrale degli esiti degli interventi" (Gioga G., 2001).

[Le Regioni e l'accreditamento](#)

Questi timori, già presenti nel dibattito scientifico sin dall'introduzione dell'accreditamento istituzionale in Italia, si stanno realizzando concretamente, a giudicare dalle prime leggi regionali in materia (Foglietta F., 2001).

È da notare come molti autori, fin da subito, abbiano trattato l'accreditamento istituzionale come un accreditamento in qualche modo "minore" rispetto a quello tra pari (chiamato anche, e non a caso, di "eccellenza"), quasi il servizio pubblico non possa mostrarsi capace di essere attivatore e garante di percorsi di miglioramento della qualità, ma solo burocrate attuatore di procedure autorizzative basate su requisiti minimi.

Ad esempio, Liva (1996), ripreso peraltro da molti autori anche recentemente (Erlicher A., 2002), proponeva la tabella comparativa tra i due tipi di accreditamento riportata di seguito.

[Confronto tra modelli](#)

Tale confronto tende a sottolineare gli aspetti burocratico-autorizzativi dell'accreditamento istituzionale, finalizzandolo soltanto all'accesso al mercato, con ricadute esclusivamente economiche al possesso di minimi livelli qualitativi. L'accreditamento previsto dalla legislazione nazionale propone invece un modello di accreditamento attento alla qualità e all'efficacia, che pertanto non può prescindere da obiettivi di promozione della qualità attuati tramite la rispondenza a contenuti professionali e scientifici.

Tab.1 - Tipologie di accreditamento (Liva C., 1996)

ACCREDITAMENTO	ISTITUZIONALE	ECCELLENZA
<i>Obiettivo</i>	Accesso al mercato	Promozione di qualità
<i>Opzione</i>	Obbligatorio	Volontario
<i>Ricaduta</i>	Economica	Prestigio
<i>Livello di qualità</i>	Minimo	Eccellente
<i>Gestione</i>	Istituzionale	Professionisti o società scientifiche
<i>Modalità</i>	Ispezione	Consulenza
<i>Contenuti</i>	Istituzionali	Professionali
<i>Riferimenti</i>	Normativi	Stato dell'arte

La distinzione dicotomica tra accreditamento di eccellenza che mira alla promozione della qualità e accreditamento istituzionale finalizzato esclusivamente all'autorizzazione (Setti Bassanini M.C., 1998) annulla di fatto le potenzialità migliorative dell'accREDITAMENTO istituzionale, riducendolo ad una ispezione sul possesso di requisiti medi e non di eccellenza, senza la possibilità di prevedere percorsi di adeguamento e miglioramento. In tal modo non si risponde né alle esigenze dei servizi né al dettato normativo che prevede, invece, che "i requisiti per l'accREDITAMENTO devono essere selezionati in quanto effettivamente correlati al processo e, soprattutto, ai risultati finali dell'assistenza in termini di efficacia e di sicurezza del paziente. Inoltre, devono includere la programmazione e la realizzazione di attività formative del personale orientate alla promozione e al mantenimento della qualità assistenziale, nonché l'uso appropriato delle prestazioni e dei trattamenti" (Piano sanitario nazionale 1998 – 2000).

Il rischio che si sta correndo nell'attuazione dell'accREDITAMENTO nelle diverse regioni è, peraltro, proprio quello di concretizzare quanto previsto da Carlo Liva (1996), perdendo l'opportunità di confronto e riflessione sui servizi sociali e sanitari, sulle modalità organizzative, sulla necessità di verifica e valutazione dei risultati (in termini di *output* e *outcome*) dei servizi.

I criteri che si definiranno per l'accREDITAMENTO dovrebbero, invece, prefigurare un insieme di azioni positive che rendano certo, accessibile ed efficace il complesso dei servizi in un sistema di garanzie organizzative e professionali in grado di rendere esigibili i diritti della persona, qualunque sia il livello della programmazione sociale, a partire dal lavoro per progetti con la persona e la famiglia (Pompei A., 2000).

L'intento di realizzare idonei strumenti di tutela del diritto del cittadino alla salute e all'assistenza, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate e quindi realmente capaci di incidere e soddisfare l'interesse sotteso al bisogno del destinatario di tali prestazioni, accanto all'obiettivo di attuare una gestione del welfare economicamente e finanziariamente compatibile con le risorse disponibili, devono plasmare la realizzazione di questo nuovo istituto (Gioga G., Pompei A., 2003).

AccREDITAMENTO  
e Piano sanitario

Appare chiaro come, di conseguenza, i requisiti per l'accreditamento debbano essere costantemente aggiornati in relazione all'evoluzione delle conoscenze, delle tecnologie e delle pratiche, basate sulle evidenze scientifiche e sul parere conforme degli studiosi.

Tale dinamicità dell'istituto dell'accreditamento lo rende incompatibile con la burocratica elencazione di indicatori del tipo "sì/no" o "presenza/assenza" ma richiede, invece, un sistema articolato che differenzi il livello raggiunto rispetto all'indicatore dato. Un sistema di punteggio sui diversi fattori - di struttura, processo, esito, per usare la tradizionale tripartizione sui fattori determinanti la qualità (Donabedian A., 1980) - potrà essere utile sia per misurare processi di miglioramento della qualità nelle diverse aree sia rendere più consapevole la scelta tra servizi o strutture concorrenti, sulla base delle scelte consapevoli degli utenti. In questo modo si potrà, a titolo esemplificativo, scegliere tra servizi che raggiungono i massimi punteggi nel comfort alberghiero rispetto ad altri che, invece, avranno un miglior punteggio nell'attività educativa e ricreativa (Gioga G., Pompei A., 2003). Si ricorda, al riguardo, che il citato articolo 8 *quater* del Dlgs 229/99, prevede la diffusione degli esiti dei programmi di accreditamento professionale e di quelli di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, a cui tutte le strutture che intendono accreditarsi sono tenute a partecipare.

A questo riguardo, si ricorda come il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 prevedesse altresì che "la pubblicità e la trasparenza dei criteri utilizzati per accreditare i servizi possono facilitare le valutazioni degli utenti e delle organizzazioni che li rappresentano, basandole su fattori soggettivi e oggettivi di misura della soddisfazione. Sotto questa luce, l'accreditamento rappresenta una condizione di esigibilità dei diritti della persona".

Si tratta, dunque, di operare nella direzione di un modello di accreditamento che, fermo restando il suo carattere istituzionale e obbligatorio, sappia allo stesso tempo assorbire modalità di lavoro, dinamicità, forme di valutazione e accompagnamento, tipiche dell'accreditamento tra pari o di eccellenza, superando possibili applicazioni restrittive e burocratiche e rispondendo, in tal modo, all'essenza del dettato legislativo.

Un accenno a questo proposito deve essere fatto anche all'individuazione e alla formazione degli accreditatori da parte delle Regioni. Per far sì che l'accreditamento promuova effettivamente la qualità dell'intero sistema dei servizi alla persona, è di fondamentale importanza che gli accreditatori siano scelti e formati tra gli operatori dei servizi, ferma restando l'esigenza di non intervenire nel territorio di appartenenza per ragioni di opportunità. Solo "la partecipazione attiva degli operatori e la valorizzazione dei fondamenti della loro cultura" (Beccastrini S., Gardini A., Tonelli S., 2001) può infatti garantire la realizzazione di un percorso di promozione e miglioramento della qualità diffuso e significativo su tutto il territorio e con effetti durevoli nel tempo e radicati. Si tratta, anche in questo caso, di sviluppare competenze tecniche, capacità di osservazione e di relazione con le strutture da valutare, conoscenze tecniche, confronti di esperienze tra operatori che non possono che avere ri-

Accreditamento  
come processo  
di sviluppo  
di comunità

cadute positive su tutto il sistema dei servizi. Molto può essere acquisito dagli operatori, infatti, non solo dalla formazione per divenire accreditatori, ma ancor di più dalla visita e dal confronto con altre realtà di diversi territori.

Anche in questo caso, le distanze metodologiche tra accreditamento istituzionale e accreditamento tra pari potrebbero ridursi in modo significativo.

Proprio tali considerazioni hanno portato, come logica conclusione di un percorso zonale sull'accREDITAMENTO, a voler definire e condividere la documentazione professionale del lavoro di cura nelle RSA, di quella documentazione che maggiormente è significativa nel tentativo di dare strumenti operativi che diano concretezza a un accREDITAMENTO che risponda alle previsioni dei testi normativi e di programmazione nazionale (Gioga G., Pompei A., 2003). Il percorso, voluto dalla Conferenza dei sindaci della Zona di Pisa e approvata all'interno del Piano di zona 2001, aveva lo scopo di elaborare delle linee guida condivise e praticabili per l'accREDITAMENTO delle strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private<sup>1</sup> nelle aree anziani e disabili della Zona di Pisa, differenziando i requisiti tecnici relativi alla qualità organizzativa di struttura e di processo da quelli metodologici e professionali necessari per garantire una gestione personalizzata ed efficace degli interventi. La cultura e i principi che hanno governato la sperimentazione sono la promozione della migliore qualità di vita della persona e l'esigibilità di diritti, quali l'eguaglianza, la libertà, la continuità nell'erogazione del servizio, l'informazione, la partecipazione attiva nella definizione del processo d'aiuto, la *privacy*.

Strumenti operativi per l'accREDITAMENTO

Le linee guida sociosanitarie relative al processo d'aiuto, sono state predisposte avendo presente le evidenze scientifiche disponibili e quanto disposto dall'Atto d'indirizzo sull'integrazione del febbraio 2001. In particolare, sono evidenziati ruoli e funzioni delle Unità multiprofessionali nell'elaborazione di progetti personalizzati, che permettono la valutazione di esito promuovendo la partecipazione del cittadino/utente, della sua famiglia e di tutti i soggetti che si assumono responsabilità rispetto ai bisogni presi in considerazione.

Da queste considerazioni si è sviluppata, da parte della Fondazione Casa Cardinale Maffi, l'esigenza di approfondire l'analisi e la revisione della propria documentazione sulla presa in carico integrata e la pianificazione individualizzata nelle RSA. La documentazione oggetto della revisione è quella professionale, prodotta dal singolo operatore o dall'équipe di lavoro, nel momento in cui affronta un problema e sviluppa un'azione di servizio. Con la documentazione, l'operatore definisce i criteri per riconoscere e giudicare i risultati del proprio lavoro, accrescendo in questo modo una forma diretta di responsabilità nei confronti di informazioni e conoscenze che descrivono l'analisi della domanda,

AccREDITAMENTO e documentazione professionale

---

1. Hanno preso parte alla sperimentazione 30 operatori in rappresentanza dei servizi e delle strutture del territorio, sia pubblici che privati. In particolare, oltre che operatori dell'AsL 5 e dei Comuni della Zona Pisana, operatori della Cooperativa Sociale Insieme, della Cooperativa Paim, della Cooperativa Agape, dell'Anmic, della Croce Rossa Italiana, della Cooperativa Sociale Elleuno, della RSA Opera Maffi di Mezzana, dell'Istituto Padre Agostino di Marina di Pisa, della RSA I Poggetti di Fauglia, dell'IPAB Remaggi di Navacchio, della Villa Santa Caterina di Calambrone, dell'Istituto Camprostrini Casa di Riposo S. Silvatici di Vicopisano.

---

---

la formulazione di ipotesi di lavoro e del successivo piano di intervento. Una buona documentazione professionale inoltre

- facilita il controllo interno all'attività professionale;
- rende inoltre possibile la partecipazione delle persone assistite al processo valutativo, nella misura in cui esse sono coinvolte nella produzione di informazioni sul processo di aiuto e nella valutazione di quelli che esse riconoscono come mutamenti, e quindi risultati.

La produzione di documentazione deve essere pensata soprattutto a supporto di processi comunicativi e valutativi, in cui diversi soggetti (professionali e comunitari) si incontrano, condividono informazioni, esprimono giudizi e valutazioni sul problema.

In questo modo, la documentazione diventa uno strumento di sintesi e di raccolta di diversi punti di vista, delle risorse professionali, degli interventi a favore delle persone assistite, degli sviluppi dell'intervento, delle azioni degli utenti per affrontare lo stato di bisogno

La documentazione professionale diviene allora una condizione indispensabile per attestare, governare e valutare i processi di aiuto e costituisce un fattore di continuità tecnica e metodologica sul lavoro svolto tenendo conto del *turn-over* degli operatori o del passaggio di competenze tra i diversi enti. Se correttamente utilizzata e correntemente consultata, favorisce il riconoscimento dei cambiamenti e degli adattamenti, dando così la consapevolezza dell'evoluzione e la sicurezza che il progetto non rimanga solo patrimonio dell'operatore.

Quanto esposto in questo volume testimonia, dunque, in modo palese gli effetti positivi che possono avere percorsi di sperimentazione e di formazione degli operatori per l'accreditamento, qualora questi siano condotti in modo da promuoverne il coinvolgimento attivo, svilupparne le competenze, favorire la consapevolezza della possibilità di realizzare percorsi di miglioramento della qualità, facilitare lo scambio di esperienze e di confronto reciproco.

Anche per queste ragioni, non si può confondere in alcun modo il percorso di accreditamento con la certificazione di qualità secondo le norme Iso, che moltissimi soggetti privati e del privato sociale si sono affrettati ad acquisire, ritenendo di poter essere agevolati nel successivo percorso dell'accREDITAMENTO. In realtà, così come ormai affermato da molti esperti di qualità, "quando applicata nell'ambito sanitario la certificazione di qualità può avere qualche importanza nella descrizione dei processi organizzativi e nelle azioni da intraprendere per garantire la soddisfazione dei clienti, ma non è dimostrato dalla letteratura di organizzazione sanitaria che il conseguimento della certificazione determini dei vantaggi per i pazienti serviti dall'organizzazione stessa", anzi, "a volte le pratiche certificative hanno segnato un aumento di burocratizzazione dell'attività sanitaria, con la necessità di descrivere in dettaglio le procedure tecniche e quelle amministrative che vengono utilizzate nelle organizzazioni, spesso senza metterle in discussione rispetto alla loro utilità, ade-

**Accreditamento  
e certificazione  
di qualità**

guatezza, appropriatezza, efficacia, efficienza" (Beccastrini S., Gardini A., Tonelli S., 2001).

Se queste considerazioni sono del tutto condivisibile parlando di sanità, ancor più raccolgono significato nell'ambito dei servizi sociali, sociosanitari o educativi, nei quali la relazione d'aiuto, il rapporto operatore/persona assistita, rappresenta il fattore fondamentale nel determinare la qualità del servizio. Si tratta innanzitutto di partire dal punto di vista di colui che chiamiamo "utente", dal suo modo, senz'altro unico e irripetibile, di essere partecipe dell'intervento e dalla relazione, anch'essa unica e irripetibile, che si instaura tra l'operatore e la persona assistita: non può esistere, nell'ambito dei servizi alla persona, un servizio di qualità a prescindere dalle relazioni che si instaurano tra le persone che sono i soggetti attivi dei servizi: gli operatori e gli utenti.

Il rischio di spersonalizzazione del rapporto, di eccessivo distacco nella relazione con la persona in difficoltà, di *routinarietà* del proprio agire lavorativo, rappresentano i maggiori rischi della relazione di aiuto, specie nelle cosiddette "istituzioni totali" quali le RSA.

Rischi che un'eccessiva, talora quasi maniacale, accentuazione dell'importanza delle procedure e della documentazione di tutti gli aspetti organizzativi acquiscono, provvedendo ad allontanare l'operatore dalla relazione di aiuto, per trincerarsi dietro una montagna di pratiche, utili più a sottrarsi da rapporti che possono divenire logoranti che non a migliorare la qualità del servizio offerto.

L'attenzione è dunque quella di produrre una documentazione del lavoro per progetti che, consentendo la verifica, la valutazione e la condivisione degli interventi e dei risultati raggiunti, sia anche agevole e aiuti l'operatore a migliorare la qualità degli interventi, senza allontanarlo dalla relazione di aiuto.