

L'accreditamento del Dipartimento di Salute Mentale. Criteri di classificazione e di valutazione

Mental Health Department accreditation. Classification and assessment criteria

GADDOMARIA GRASSI

Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, Reggio Emilia

SUMMARY. Aims - To compare different accreditation categories in Italy and to suggest some criteria to assess them. **Methods** - The A. compare specific characteristics of different model of normative and professional accreditation and suggest some criteria to distinguish different type of accreditation programme and to assess quality and usefulness of an accreditation programme. **Results and Conclusions** - Different types of accreditation are attributed to some basic criteria: voluntary/by law, high/low standard, assessment object. Criteria to assess the usefulness are: check list accuracy, support to quality improvement, documental burden, services impact.

Declaration of Interest: none.

KEY WORDS: normative accreditation, professional accreditation, certification, quality system, assessment criteria, Mental Health Department.

Received 31.10.2003 – Final revision received 15.03.2004 – Accepted on 16.03.2004.

INTRODUZIONE

In termini generali accreditare significa valutare dall'esterno se un'istituzione o un programma soddisfano requisiti predeterminati (Beccastrini *et al.*, 2001). Questa definizione di accreditamento è sufficientemente ampia da comprendere anche forme di valutazione esterna definite più specificamente come Certificazione (con le norme ISO 9000: 2000) oppure Premio Qualità (con il modello EFQM). Calando invece la definizione in ambito sanitario, si può dire che l'accreditamento consiste in un'attività di valutazione professionale sistematica e periodica, mirante a garantire che la qualità dell'assistenza sia adeguata ai bisogni e tendente al continuo miglioramento (Perraro *et al.*, 1996).

Esistono numerosi modelli e diversi contesti di accreditamento e questo termine è in linea di massima accompagnato da aggettivi che lo completano; spesso coppie di "accreditamenti" sono associate in contrapposizione binaria. Si tratta, tuttavia, di un campo non ancora sufficientemente dissodato da consentire letture inequivoche e vi è grande bisogno di chiarezza semantica; tanto è vero che istituzioni, associazioni e professionisti, nel momento in cui si confrontano con i temi della qualità in ambito sanitario, sentono spesso la necessità di avvertire il lettore del significato delle parole che vanno a leggere e di elaborare dizionari e glossari (Quality Assurance, 1992; Bollettino Regione Emilia-Romagna, 2000; Morosini & Perraro, 2000; Beccastrini *et al.*, 2001).

Lo scopo di questo articolo consiste, in primo luogo, nel confrontare le diverse tipologie di accreditamento presenti nel panorama italiano, per poi individuare i criteri con cui valutare i diversi programmi. Per una disamina dei modelli e delle esperienze in campo internazionale, si rimanda alle numerose rassegne pubblicate (Scrivens, 1997; Di Stanislao *et al.*, 1998; Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 2002; Cinotti, 2002).

Address for correspondence: Dr. G. Grassi, Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, Via Amendola 2, 42100 Reggio Emilia.
Fax: +39-0522-335145
E-mail: gaddomaria.grassi@ausl.re.it

I CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO

Volontarietà, rapporto valutatore/valutato, livello degli standard, oggetto della valutazione

Consideriamo, con riferimento alla realtà italiana, alcune classificazioni di accreditamento e le contrapposizioni più di frequente proposte in letteratura.

La contrapposizione più usuale è certamente "istituzionale-professionale": il termine "istituzionale" definisce, sostanzialmente, il contesto in cui prende forma il processo di accreditamento. Nel nostro paese si riferisce al quadro disegnato nel DL 502/92, poi recepito da leggi regionali, e al "modello" per l'autorizzazione contenuto nel DPR 14.03.97, che conferisce, tra l'altro, alle regioni il compito di accreditare i servizi sanitari pubblici e privati.

Il termine "professionale" sottolinea la maggiore vicinanza con i professionisti; vicinanza di cui si trova evidenza nei percorsi di elaborazione dei requisiti e nelle modalità di valutazione, oltre che nella specificità dei contenuti. Il termine "professionale" comprende e riassume caratteristiche riferite a diversi ambiti, quali la modalità di adesione all'iniziativa, il rapporto valutatore-valutato, il contenuto e il livello degli standard; per questo motivo viene spesso considerato sinonimo di "accreditamento all'eccellenza" (perché ci si attende che gli standard siano di livello elevato), volontario (in realtà, se questo è sicuramente vero in Italia, in alcuni paesi, pur non obbligatorio in senso stretto, rappresenta una precondizione necessaria per svolgere l'attività lavorativa), tra pari (in realtà ne possono essere promotrici Associazioni o Società Scientifiche).

Un'altra contrapposizione, importata sostanzialmente dai paesi anglosassoni, distingue accreditamento "istituzionale" e accreditamento "all'eccellenza" (Liva, 1998). Questa distinzione contrappone all'accreditamento istituzionale l'eccellenza di requisiti e standard, proposti in genere da associazioni professionali. In questa classificazione si confrontano un criterio relativo al contesto (e quindi al ruolo e alla funzione del valutatore) ed un criterio relativo al livello degli standard, portando automaticamente all'associazione fra contesto istituzionale e livelli di qualità minimi.

Se facciamo riferimento alla realtà sanitaria italiana d'altra parte, il termine "d'eccellenza" può essere preferibile a quello "professionale", in quei casi in cui non sono gruppi di professionisti, ma è la stessa autorità regionale che si fa promotrice di progetti di accreditamento che hanno le caratteristiche della volontarietà e dell'elevato livello degli standard, come nel caso della Regione Lom-

bardia, utilizzando il modello della *Joint Commission International* (Ramponi, 2002) o della Regione Veneto con il modello canadese del CCHSA (Del Favero, 2002) o della Provincia Autonoma di Trento con il modello dell'EFQM (Favaretti, 2002).

Altri autori contrappongono all'accreditamento "all'eccellenza" quello "autorizzativo", intendendo quest'ultimo come sinonimo di "istituzionale". Il termine accreditamento autorizzativo può, tuttavia, creare qualche confusione con il concetto di autorizzazione, condizione preliminare in ambito istituzionale alla concessione dell'accreditamento (Perraro *et al.*, 1996; Bonaldi, 1999).

Un'altra contrapposizione simile utilizza, con riferimento alla Salute Mentale, il termine "avanzato" contrapposto a quello "istituzionale", sottolineandone il carattere formativo e di stimolo al miglioramento (Morosini *et al.*, 2000).

Morosini & Perraro (2000) contrappongono il termine "istituzionale" e quello "volontario", adottando come criterio il rapporto fra valutatore e valutato, cioè il contesto della valutazione. Distinguono poi l'accreditamento volontario effettuato da parte di grosse agenzie indipendenti (come in molte esperienze straniere) e l'accreditamento volontario promosso da gruppi di professionisti e da Società Scientifiche (sinonimo di accreditamento "tra pari" e "all'eccellenza").

Erlicher & Rossi (1994) propongono una suddivisione tripartita: sistemi di valutazione autoreferenziali, sistemi di accreditamento tra pari, sistemi di accreditamento con agenzia esterna (utilizzando come criterio la qualità del rapporto valutatore-valutato). Fra le forme di accreditamento con agenzia esterna distinguono i casi in cui l'accreditamento si svolge con il consenso da parte del servizio e senza il consenso da parte del servizio (dando risalto alle valenze formative del percorso di accreditamento).

Nel glossario della Regione Emilia-Romagna (Bollettino Regione Emilia-Romagna, 2000) sono scelti come criterio i contesti a cui si può riferire il processo di accreditamento e vengono individuati, per quanto riguarda l'Italia (e applicabili alla Salute Mentale), tre contesti: istituzionale, professionale e degli enti di certificazione.

Cinotti & Magi (2003), recuperando uno schema di Shaw, suddividono i sistemi di accreditamento autoregolamentati e per pubblica regolamentazione (o istituzionali); ribadiscono che un accreditamento per pubblica regolamentazione può contenere forti valenze professionali, così come un "accreditamento professionale" può contenere di organizzative. Ciò che distingue i due approcci sono piuttosto gli scopi: sviluppo professionale nell'approccio autoregolamentato, garanzie fornite a committenti e utenti in quello per pubblica regolamentazione.

Anche Bosio (1999) recupera le potenzialità dell'accreditamento "istituzionale" nell'ambito professionale: riprende lo schema proposto da Liva, ma associa all'accreditamento "istituzionale" e all'accreditamento "all'eccellenza" anche l'accreditamento "istituzionale di qualità", proprio per riaffermare le potenzialità e la dignità dei percorsi istituzionali di accreditamento nel perseguire l'obiettivo del miglioramento della qualità.

Rossi (2003) accetta la distinzione fra "professionale" e "istituzionale" e, per quanto riguarda quest'ultimo, distingue tre tipi: l'accreditamento autorizzativo con funzione fondamentale di selezione dei fornitori; l'accreditamento orientato al governo clinico; l'accreditamento olistico, che accoglie i cittadini-pazienti-consumatori come titolari del potere di legittimazione sociale dei servizi e riconosce loro, di conseguenza, un ruolo attivo nella definizione degli obiettivi di salute e della valutazione dei risultati.

Un'ulteriore classificazione salita alla ribalta con l'esplosione delle tematiche relative all'Educazione Medica Continua (ECM), riguarda l'oggetto della valutazione: si deve, quindi, distinguere l'accreditamento della struttura sanitaria e l'accreditamento del singolo professionista, secondo quanto indicato dal DL 229/99. Non approfondiremo la discussione, limitandoci a sottolineare che la titolarità e la responsabilità dell'accreditamento del professionista sono in bilico, nell'attuale fase di implementazione del Sistema ECM, fra autorità statali e regionali, fra Ordini Professionali, Aziende Sanitarie e Ospedaliere e responsabilità dei singoli professionisti.

Viste in rapida sintesi le numerose classificazioni possibili, possiamo concludere che esse fanno riferimento sostanzialmente a 4 criteri di base: la volontarietà (accreditamento volontario o obbligatorio); il rapporto valutatore/valutato (autocertificazione, accreditamento tra pari, istituzionale e di parte terza, ad esempio Agenzia autonoma o Associazione Scientifica); il livello degli standard (accreditamento all'eccellenza o requisiti minimi); l'oggetto della valutazione (accreditamento della struttura o del professionista).

Come evidenziato nelle definizioni precedenti, gli aggettivi con cui si completa il termine accreditamento fanno generalmente riferimento contemporaneamente a diversi di questi criteri. Recuperando i due aggettivi di gran lunga più utilizzati, possiamo dire che l'accreditamento istituzionale è un accreditamento di struttura, si caratterizza per la modalità di adesione (obbligatoria) e per il rapporto valutatore-valutato (di parte seconda, cioè da parte di chi commissiona e finanzia l'attività); i livelli degli standard non sono necessariamente bassi, ma devono individuare una qualità compatibile con le

risorse e le potenzialità di tutti i servizi. L'accreditamento professionale, che pure è accreditamento della struttura e non del professionista, si caratterizza per la volontarietà, le caratteristiche del valutatore (professionisti nell'ambito di un rapporto fra pari o rappresentanti di un'Associazione o Società Scientifica), i livelli degli standard, che devono essere indicativi dell'eccellenza.

GLI STRUMENTI

ISO, EFQM, Liste di verifica regionali e professionali

Un'altra, non meno importante, distinzione riguarda i diversi strumenti (le liste di verifica) utilizzati per valutare e accreditare; la lista di verifica deve essere coerente con le caratteristiche dell'oggetto da valutare, con gli obiettivi della valutazione e, in sostanza, con il tipo di accreditamento per cui è utilizzata. Un'analisi approfondita delle liste di verifica esula dagli scopi di questo articolo; ci si limiterà ad osservare che le liste di verifica, proprio in quanto strumenti tarati sugli obiettivi delle differenti forme di accreditamento, sono legittimamente (e anche notevolmente) diverse.

Possono essere impiegati strumenti di origine extrasanitaria (quali le norme ISO o la lista EFQM), liste di verifica nate in ambito sanitario oppure specificamente elaborate per il Dipartimento di Salute Mentale. In altri casi poi, si tratta dell'adattamento di liste già esistenti, da parte di istituzioni regionali o di professionisti, con lo scopo di rendere più sensibile lo strumento.

Le liste nate in ambito extrasanitario (ISO, EFQM) godono verosimilmente di una forte coerenza di sistema, ma richiederanno un certo lavoro di traduzione per essere applicate allo specifico campo di applicazione; le norme ISO 9000: 1994 erano fortemente orientate alla conformità organizzativa, con minore attenzione agli esiti, e questa caratteristica è stata ridimensionata nelle norme ISO 9000: 2000, che pongono l'approccio per processi (e la valutazione dei risultati da parte della Direzione) a fondamento del ciclo di verifica; i criteri utilizzati nel modello EFQM danno maggiore enfasi ai risultati.

Le *check list* regionali possono essere più attente agli aspetti strutturali, con il rischio di appiattirsi su posizioni di tipo autorizzativo oppure possono esplorare l'ambito organizzativo e anche tecnico-professionale; possono contenere elementi di base il cui possesso garantisce l'accesso al finanziamento da parte del SSN (il cosiddetto modello lombardo) oppure anche contenuti finalizzati al governo clinico (il cosiddetto modello emiliano).

Le liste elaborate da Società Scientifiche o “fra pari” portano il contributo diretto di molti professionisti e, pertanto, offrono ampie garanzie di saper esplorare aspetti specifici della vita organizzativa e professionale delle strutture valutate; potranno, a causa del necessario lavoro di rimaneggiamento e di mediazione che precede l’elaborazione della lista, essere dotate di minore coerenza di sistema rispetto ai modelli “universali”.

LE ASPETTATIVE

Conformità con le normative, accesso a finanziamenti, confronto professionale, cambiamento culturale, costruzione di assetti organizzativi orientati alla qualità, visibilità

Per valutare l’efficacia e l’utilità di un percorso di accreditamento è necessario avere ben chiaro quali erano le aspettative, prima di intraprendere il percorso di adeguamento ai requisiti. Genericamente si potrebbe dire, e forse viene ripetuto fin troppo, che lo scopo ultimo è rappresentato dalla garanzia e dal miglioramento della qualità: garantire determinati livelli di qualità delle prestazioni sanitarie e far sì che questo induca direttamente o indirettamente processi virtuosi di miglioramento.

In realtà, all’interno di questo orientamento di fondo, regioni, aziende e strutture organizzative possono avere obiettivi ed aspettative anche parecchio differenziate, nel momento in cui si avvicinano ad un programma di accreditamento.

La prima aspettativa dell’autorità regionale è quella che lo strumento accreditamento permetta di garantire il cittadino circa la qualità delle prestazioni erogate. Questo si traduce anche nell’opportunità, per chi fornisce prestazioni sanitarie, soggetto pubblico o privato che sia, di accedere al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale, previa definizione dei contratti di fornitura che tengano presente anche la più ampia programmazione ed il fabbisogno locale. Tuttavia, questa garanzia può essere rappresentata in modi differenti nelle diverse realtà regionali: per quanto riguarda l’offerta privata, ad esempio, può tradursi nella definizione di requisiti di base per delimitare il campo delle offerte a cui si rivolgerà poi nella sua libera scelta il cittadino oppure definire i livelli di qualità delle prestazioni acquistabili per conto del cittadino (Battistella, 2003). Ne consegue che anche la scelta regionale, che indirizza la definizione dei requisiti (e degli standard), è legittimamente diversa proprio perché diverse sono le finalità.

Ancora più differenziate sono le motivazioni con cui le aziende e le articolazioni organizzative che le compongono affrontano i temi della qualità e dell’accreditamento. Stante l’obbligo di legge di adeguarsi ai requisiti di accreditamento (e quindi una motivazione forte di tipo istituzionale), l’Azienda Sanitaria e le sue articolazioni possono adeguarsi al mandato in modo burocratico oppure essere motivate a servirsi di questo percorso come opportunità reale per favorire un cambiamento culturale e organizzativo. Si può, cioè, scorrere pedissequamente le liste di verifica con una logica di adeguamento analitico ad un numero x di requisiti, col risultato di ottenere una somma di microadattamenti alla norma, oppure cercare una logica di sistema che faciliti la costruzione di un assetto diverso, più orientato a principi di efficacia, di efficienza e di soddisfazione. Dato che qualunque processo di cambiamento comporta un costo in termini di tempo, è del tutto evidente che, se ci si propone di fornire un riferimento metodologico per cambiamenti culturali e organizzativi, vale la pena di investire tempo e risorse, anche perché è probabile che questi vengano recuperati con la razionalizzazione che consegue ai nuovi assetti organizzativi. Se, invece, l’accreditamento è inteso come il mero soddisfacimento di obblighi burocratici, la lista di verifica migliore è quella che richiede il minor consumo di tempo e di energie.

Ancora, l’obiettivo prioritario può essere quello del confronto professionale, specie nelle esperienze che partono dai professionisti e dalle loro associazioni. Lo strumento può anche perdere qualcosa in termini di coerenza di sistema, ma è indispensabile che abbia grande sensibilità nel discriminare buona e cattiva qualità. La lente migliore è quella con la maggiore capacità di risoluzione, quella capace di entrare fra le pieghe di strutture complesse come i Dipartimenti di Salute Mentale e di prestazioni di per sé difficilmente descrivibili come quelle psichiatriche.

Fra gli obiettivi meno dichiarati, la volontà, peraltro legittima, di un servizio o di una azienda sanitaria di ottenere visibilità: nell’ipotesi che ottenere un “bollino” che attesti la qualità del proprio lavoro (o più correttamente della propria organizzazione di lavoro) metta in luce meriti nascosti e dia visibilità, sia che ci si muova in una logica di mercato che all’interno del servizio pubblico. In questo caso, le forme riconosciute in modo più formale e universale di agenzie esterne possono essere più appetibili, soprattutto per le macro-organizzazioni.

COME VALUTARE UN PROGRAMMA DI ACCREDITAMENTO?

Sensibilità dello strumento, capacità di generare processi di miglioramento, carico documentale, impatto sui servizi

L'offerta di percorsi di accreditamento e certificazione è, dunque, piuttosto ampia e si pone il problema di quale indirizzo privilegiare nel percorso virtuoso del miglioramento continuo. Come valutare un programma di accreditamento e, nei limiti di decisionalità che la legge lascia alle aziende sanitarie e ai dipartimenti, come orientarsi a fronte di un'offerta così diversificata?

Consideriamo alcuni elementi utili nella valutazione di un programma di accreditamento/certificazione.

Sensibilità dello strumento di valutazione

Gli strumenti di valutazione possono discriminare, in modo più o meno accurato, la buona e la cattiva qualità; esistono griglie a grana più fine di altre, per riprendere il termine impiegato da Cinotti & Magi (2003).

Recuperando la classica tripartizione in struttura, processo ed esito con riferimento alla Salute Mentale, possiamo affermare che, in realtà, tutti i modelli di accreditamento sono abbastanza efficaci nel descrivere la qualità strutturale, molto meno efficaci nel descrivere i processi di cura e poco o nulla capaci di descriverne gli esiti. Quest'ultima affermazione si giustifica col fatto che valutare l'esito del lavoro psichiatrico richiede metodologie piuttosto sofisticate (Ruggeri & Dall'Agnola, 2000) e scarsamente applicabili in sede di accreditamento (semmai ciò che può, e deve, essere oggetto di valutazione è la dotazione di sistemi di rilevazione e monitoraggio dei risultati).

La variabilità dei programmi e la loro accuratezza specifica ruotano, dunque, soprattutto attorno alla capacità di descrivere e valutare l'organizzazione del servizio (l'aspetto più qualificante della cosiddetta valutazione "di struttura") ed i processi di cura.

Per quel che riguarda la valutazione della qualità organizzativa, si tratta di elementi generalmente sufficientemente oggettivabili, tant'è vero che anche i programmi di accreditamento professionale contengono molti elementi di tipo organizzativo. L'esame della documentazione e l'osservazione diretta sono testimoni abbastanza fedeli dell'assetto organizzativo dei servizi. Si può dire che, in ambito organizzativo, vengono meno le specificità e le difficoltà tutte particolari della valutazione in psichiatria e la visita di accreditamento può for-

nire buone indicazioni circa l'organizzazione di un Dipartimento di Salute Mentale.

Molto più complesso è, invece, il discorso per quanto riguarda la capacità di un sistema di valutazione di discriminare buona e cattiva qualità dei processi di cura. Le dizioni della Certificazione ISO, come è noto, sono così lontane dalla cultura e dalla pratica sanitaria da fare susultare e indietreggiare al primo impatto gli operatori della salute mentale, e della sanità più in generale. Gli strumenti e la terminologia utilizzati per descrivere il ciclo produttivo in ambito manifatturiero sembrano poco adatti a descrivere processi di cura, di assistenza e di riabilitazione. Il che significa che occorrerà un importante lavoro di traduzione e di contestualizzazione, con il rischio di riproporre margini importanti di soggettività e di autoreferenzialità, proprio in quei sistemi che per definizione dovrebbero essere più rigorosi. Quando, invece, si parte dalla pratica professionale e, cioè, quando sono i professionisti stessi che definiscono i criteri di valutazione e fissano gli standard, questo rischio è minore. Tuttavia, la difficoltà di oggettivare la buona pratica si traduce spesso in requisiti che fanno riferimento alla documentazione e all'evidenza dell'esistenza di procedure e protocolli operativi. È importante avere ben presente ciò che ci si può realisticamente aspettare da una procedura e, soprattutto, che un conto è elaborare documenti organizzativi e clinici, un altro è applicarli. Una qualità documentale che non garantisce circa il reale utilizzo delle procedure è scarsamente significativa della qualità dei processi. La "qualità sperimentale" e la "qualità nella pratica", per riprendere analogicamente i concetti relativi all'efficacia, non necessariamente si sovrappongono. Non di rado poi nelle *check list* il riferimento non è tanto all'esistenza di procedure condivise quanto all'esistenza di buone pratiche, la cui dimostrazione rappresenta, a sua volta, il tallone d'Achille della valutazione.

La conclusione più realistica è che, come classicamente affermato, solo una parte della qualità è dimostrabile e che, di questa, solo una parte lo è durante una visita di valutazione. Prenderne atto aiuta a non enfatizzare la dimensione valutativa dei processi di accreditamento, la cui sovrastima è la frequente premessa per il ritorno ad una sorta di autoreferenzialità disillusa.

Capacità di generare processi di miglioramento

Come s'è detto, la capacità di discriminare buona e cattiva qualità rappresenta l'attributo più importante di un programma di accreditamento che ha come obiettivo il confronto e la valutazione. In riferimento, cioè, alla funzione statica, valutativa dell'accREDITAMENTO stesso. C'è,

tuttavia, anche un'altra fondamentale funzione di tipo dinamico, universalmente attribuita ai processi di accreditamento e certificazione, vale a dire la capacità di generare processi di miglioramento.

Le due funzioni non sempre sono sufficientemente distinte e vengono spesso considerate automatica conseguenza una dell'altra, nell'ipotesi che il confronto con l'eccellenza di per sé abbia funzioni propulsive per il cambiamento organizzativo ed il miglioramento delle *performances*. Purtroppo, non è così. In quanto tale il confronto può generare molte spinte in diverse direzioni (compresi l'irrigidimento difensivo, il sarcasmo e altre risposte ben note nei gruppi di lavoro) e non necessariamente verso l'emulazione. E, quand'anche dal confronto si generano stimoli positivi e spinte all'innovazione, è indispensabile, ma non scontato, che queste siano poi adeguatamente sostenute. Non basta, quindi, la semplice constatazione di difettosità a sostenere processi di miglioramento, ma occorre che il percorso di accreditamento fornisca contestualmente agli strumenti di valutazione anche metodi e strumenti per il cambiamento.

Il percorso d'accreditamento, quali che siano la tipologia, il contesto ed il livello di raffinatezza dello strumento impiegato, non deve, quindi, rappresentare semplicemente l'adeguamento punto per punto ai tanti requisiti della lista di verifica (e neanche l'occasione per cambiamenti organizzativi isolati e puntiformi), ma rappresentare un'opportunità per la costruzione di un Sistema Qualità: "l'insieme delle risorse, la struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure messe in atto per la realizzazione delle attività inerenti alla valutazione, al mantenimento e alla promozione della qualità" (Morosini & Peraro, 2000). D'altra parte, già i Requisiti Generali di accreditamento elencati nel DPR 14.01.97 sottendono chiaramente l'obiettivo di implementare gradualmente un Sistema Qualità nelle aziende sanitarie e ospedaliere (Peraro, 1999). Questo indirizzo di massima è poi fatto proprio, in misura maggiore o minore, a livello regionale e se ne trova conferma nelle liste di verifica.

Tuttavia, sono spesso segnalate le difficoltà inerenti l'implementazione di un Sistema Qualità a partire dalle liste di accreditamento; ad esempio, Erlicher & Guidi (2002), per quanto riguarda l'accreditamento professionale in Salute Mentale, segnalano il rischio di mancanza di continuità dei processi di miglioramento; Capelli (2002), riflettendo sull'esperienza di certificazione dell'Ospedale Malpighi di Bologna, riporta buona capacità descrittiva non seguita da analoga capacità di migliorare ciò che si è analizzato. Inoltre, come segnalato in una *review* sulle valutazioni di esito dell'implementazione dei Sistemi Qualità nei servizi infermieristici domiciliari, si

può affermare che la difficoltà di disegnare studi controllati randomizzati fa sì che sia difficile stabilire correlazioni certe fra l'implementazione dei Sistemi Qualità ed i miglioramenti descritti nelle diverse esperienze (Wagner *et al.*, 2001).

Ciononostante, la capacità di generare cambiamenti organizzativi e di spingere i servizi verso il miglioramento delle pratiche deve essere considerata un obiettivo indispensabile di ogni programma di accreditamento. Diversamente il gioco, costoso in termini di risorse, non vale la candela.

Carico documentale

Secondo la logica stringente dell'accreditamento, ha valore solo ciò che si riesce a dimostrare; la preparazione e lo svolgimento delle visite di autovalutazione e di verifica indirizzano tutti gli operatori in questa direzione. Gli operatori imparano a lasciare traccia di ciò che fanno (e di come lo fanno); questo, in servizi complessi in cui si integra il lavoro di molti attori, rappresenta un aspetto positivo. Senza uno sforzo costante di documentare il proprio lavoro non solo non saranno possibili le periodiche verifiche, ma la pratica lavorativa stessa si appoggerà su una soggettività mnemonica che può portare, ad esempio, a non ricordare gli obiettivi o i tempi che ci si era prefissati oppure a ridefinirli sulla base degli esiti.

Esiste, tuttavia, il rischio di appesantire il carico documentale: dato che ciò che non lascia traccia è come se non fosse accaduto, ogni azione si deve completare con la sua dimostrazione, ogni atto ha in appendice lo strumento che lo conferma (dai verbali, agli indicatori, alle liste di distribuzione). E, dato che le risorse dei servizi di Salute Mentale non sono infinite, il rischio, concretissimo, è che il tempo della documentazione sia sottratto all'attività di servizio, il che difficilmente porterà a quel miglioramento che ci si era proposti.

Si può concludere che un valido sistema di gestione della documentazione (cioè documenti riconoscibili, rintracciabili e aggiornati) può e deve costituire un reale ausilio al lavoro quotidiano. Al contrario, se la documentazione è ridondante o scarsamente rintracciabile rappresenta un aggravio burocratico e, anziché far guadagnare tempo, ne farà perdere.

Impatto sui servizi, consenso e partecipazione

Coerentemente con l'affermazione che uno degli obiettivi di un percorso di accreditamento è lo sviluppo di una cultura della valutazione e del miglioramento, uno degli aspetti salienti è rappresentato dalla capacità di

penetrazione e dall'impatto nei confronti del servizio. Si sa che esistono esperienze di accreditamento o certificazione perfette formalmente e che hanno raggiunto i riconoscimenti desiderati, ma che hanno toccato solo marginalmente gli operatori, la loro cultura, il loro lavoro.

Se valutare non significa automaticamente costruire un sistema che faciliti e orienti i processi di miglioramento, così costruire un sistema organizzativo efficiente non significa necessariamente favorire cambiamenti culturali all'interno del servizio. E l'esperienza insegna che, se i risultati e la pur reale eccellenza organizzativa non sono maturati come patrimonio di un numero importante di operatori, sono destinati a disperdersi e a rinnovare le antinomie teoria-pratica, gestionale-tecnico (Grassi & Costi, 2003).

Accreditarsi, dunque, significa sottoporsi alla valutazione esterna, costruire mappe e metodologie organizzative, ma deve anche rappresentare una costante spinta all'autovalutazione, alla tensione al cambiamento organizzativo ed al miglioramento dei risultati. Il coinvolgimento degli operatori è considerato per questo motivo componente fondamentale di ogni programma di accreditamento (Montaguti, 2002).

I diversi modelli e strumenti si prestano, sia pure in modo differente, ad essere utilizzati per favorire il superamento dell'autoreferenzialità e lo sviluppo della cultura della qualità. Ogni modello ed ogni esperienza, sia istituzionale che professionale, può portare a questo risultato oppure fermarsi a livello di qualità documentale e restare materia per esperti di qualità, con scarso o nullo impatto sulla pratica dei servizi.

L'accreditamento professionale, quando è tra pari, comporta necessariamente un forte coinvolgimento dei professionisti nelle diverse tappe della costruzione del manuale, come pure un significativo impegno dei professionisti nelle visite di verifica. Fra gli atteggiamenti di resistenza al processo di cambiamento Cinque & Bacigalupi (2003), sulla scorta dell'esperienza di accreditamento professionale nel DSM, ne individuano alcuni ricorrenti: diffidenza e sospetto, minacciosità, svalutazione, provocazione, adesione passiva. Sul piano dei contenuti il programma di accreditamento può essere avvertito come troppo centrato sulla struttura e sui processi piuttosto che su appropriatezza ed esiti (Shaw & Collins, 1995). Laddove la lista dei requisiti è predeterminata, come nell'accreditamento istituzionale (o, a maggior ragione, nelle esperienze di certificazione), è necessario un forte impegno degli operatori per la comprensione e la contestualizzazione dei requisiti e, a maggior ragione, per la costruzione di un Sistema Qualità che trovi riscontri e lasci il segno quotidianamente nella prassi lavorativa.

Critiche ricorrenti degli operatori impegnati in un percorso di accreditamento o di certificazione sono rappresentate dallo sbilanciamento su questioni organizzative a discapito della dimensione clinico professionale (Capelli, 2002; Bruneau & Lachenaye-Llanas, 2002), dalla scarsità di ricadute e di cambiamenti sostanziali in rapporto alle risorse utilizzate (Fairbrother & Gleeson, 2000; Walshe *et al.*, 2001).

CONCLUSIONI

L'interesse nei confronti di metodologie ed iniziative di garanzia e miglioramento della qualità è fortemente aumentato negli ultimi anni. All'esplosione di queste tematiche è seguito un proliferare disordinato di proposte e di modelli senza che la mediazione degli esperti riesca spesso ad essere di aiuto alla comprensione: prova ne siano le tante definizioni e classificazioni di accreditamento e la forte diversificazione dei programmi di accreditamento proposti alle strutture sanitarie. Di conseguenza, è giustificato un certo disorientamento da parte di chi lavora nei servizi sanitari pubblici. Anche per questo motivo l'atteggiamento degli operatori, anche di chi ha responsabilità cliniche e gestionali, è spesso improntato ad adesione acritica o a pregiudiziale scetticismo.

Si ritiene, invece, importante che un Dipartimento di Salute Mentale che si avvicina a percorsi di accreditamento rifletta circa le motivazioni che lo spingono a richiedere una validazione esterna della qualità organizzativa del proprio servizio. Definito ciò che ci si aspetta da un programma di accreditamento, occorre avere presenti alcuni fondamentali criteri in base ai quali valutare i diversi modelli. Si propongono, come criteri fondamentali di valutazione di un programma di accreditamento, la sensibilità della lista come strumento di valutazione, la capacità del percorso di accreditamento di generare processi di miglioramento, il carico documentale e, più in generale, il consumo di risorse, infine, l'impatto sui servizi.

Ringraziamenti. Voglio ringraziare Renata Cinotti che ha letto criticamente questo lavoro fornendomi preziosi suggerimenti.

RIASSUNTO. Scopo - Confrontare le differenti categorie di accreditamento presenti in Italia. Proporre alcuni criteri di valutazione di un programma di accreditamento. **Metodi** - Sono confrontate le definizioni proposte dalla più recente letteratura ita-

liana e le caratteristiche distintive di diversi modelli e tipologie di accreditamento istituzionale e professionale. Sono proposti alcuni criteri utilizzabili per differenziare le diverse tipologie di accreditamento ed i criteri di valutazione di un programma di accreditamento. **Risultati e Conclusioni** - Le diverse forme di accreditamento sono specificate da aggettivi che si possono ricondurre ad alcuni criteri di base: la volontarietà, il rapporto valutatore/valutato, il livello degli standard, l'oggetto della valutazione. Sono considerati criteri prioritari per valutare un programma di accreditamento: la sensibilità della lista di verifica, la capacità di generare processi di miglioramento, il carico documentale, l'impatto sui servizi.

PAROLE CHIAVE: accreditamento istituzionale, accreditamento professionale, certificazione, sistema qualità, criteri di valutazione, Dipartimento di Salute Mentale.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2002). Il quadro internazionale. *Monitor* 2, 12-26.
- Battistella A. (2003). L'accreditamento nei servizi sanitari e sociali. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 127, 5-10.
- Beccastrini S., Gardini A. & Tonelli S. (2001). *Piccolo Dizionario della Qualità*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Bollettino Regione Emilia-Romagna 2-5-2000 (2000). Il Governo clinico n.77, 116-150.
- Bonaldi A. (1999). Dall'ufficio al sistema qualità aziendale. *Quality Assurance* 10, 193-199.
- Bosio R. (1999). *Accreditamento e Servizi di Salute Mentale. Appunti per una Discussione*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Bruneau C. & Lachenaye-Llanas C. (2002). The French accreditation system. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*, Suppl. n. 3, vol. 13, Quality Assurance, pp. 187-188.
- Capelli M. (2002) La certificazione ISO 9001 come strumento per il cambiamento delle organizzazioni sanitarie. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*, Suppl. n. 3, vol. 13, Quality Assurance, pp.141-154.
- Cinotti R. (2002). Modelli di accreditamento a confronto. In *L'Accreditamento delle Strutture Sanitarie*. (ed. U. Montaguti), pp. 89-100. Forum Service Editore: Genova.
- Cinotti R. & Magi B. (2003). Accreditamento: riflessioni generali e specificità regionali. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 127, 59-68.
- Cinque B. & Bacigalupi M. (2003). La "difficoltà di facilitare" nel processo di accreditamento all'eccellenza del DSM. In *Qualità e Salute Mentale. L'accreditamento Professionale*. Supplemento n. 1/2003 Rivista Sperimentale di Freniatria, pp 53-56.
- Del Favero A.L. (2002). Il Miglioramento Continuo della Qualità in sanità nella Regione Veneto e il progetto regionale sperimentale per l'accreditamento di eccellenza nell'ULSS n.1 di Belluno. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*. Suppl. 3, vol. 13 Quality Assurance, pp. 217-225.
- Di Stanislao F., Panella M. & Siliquini R. (1998). I modelli di accreditamento: esperienze internazionali. In *Accreditamento dei Servizi Sanitari in Italia*. (ed. F. Di Stanislao e C. Liva), pp.1-32. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Erlicher A. & Guidi A. (2002). Accreditamento professionale "tra pari" in salute mentale. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*. Suppl. n.3, vol. 13 Quality Assurance, p. 187.
- Erlicher A. & Rossi G. (1994) Accreditamento e certificazione dei servizi sanitari. In *Curare la Qualità* (ed. A. Bonaldi), pp. 245-283. Guerini: Milano.
- Faibrother G. & Gleeson M. (2000). EquiP accreditation: feedback from a Sidney teaching hospital. *Australian Health Revue* 23, 153-162.
- Favaretti C. (2002). Il sistema di gestione per la qualità dell'azienda provinciale per i servizi sanitari nella logica dell'EFQM. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*. Suppl. n.3, vol. 13 Quality Assurance, pp. 194-195.
- Grassi G. & Costi D. (2003). L'Accreditamento Istituzionale. L'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 127, 147-160.
- Liva C. (1998). L'accreditamento volontario professionale: l'esperienza italiana. In *Accreditamento dei Servizi Sanitari in Italia* (ed. F. Di Stanislao e C. Liva), pp.33-59. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Montaguti U. (2002). L'accreditamento e il ruolo dei professionisti sanitari. In *L'Accreditamento delle Strutture Sanitarie* (ed. U. Montaguti), pp. 109-138. Forum Service Editore: Genova.
- Morosini P. & Perraro F. (2000). *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Morosini P., Casacchia M. & Roncone R. (2000). *Qualità dei Servizi di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Perraro F. (1999). Il miglioramento continuo della qualità in una sanità che cambia. Dall'accreditamento al sistema qualità. *Quality Assurance* 10, 129-130.
- Perraro F., Di Stanislao F. & Liva C. (1996). L'accreditamento dei servizi sanitari. Strumento per qualificare la qualità dell'assistenza. *Quality Assurance* 7, 3-14.
- Quality Assurance (1992). Glossario. *Quality Assurance* 3, 37-39.
- Ramponi C. (2002). Accreditamento volontario e programma Joint Commission International. In *Giornate della Qualità nella Sanità Pubblica*. Suppl. n.3, vol. 13 Quality Assurance, pp. 190-194.
- Rossi G. (2003). Critica della ragione accreditante. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 127, 11-38.
- Ruggeri M. & Dall'Agnola R. (2000). *Come Valutare l'Esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Scrivens E. (1997). *Accreditamento dei Servizi Sanitari: Esperienze Internazionali a Confronto*. CIS: Torino.
- Shaw C. D. & Collins C.D. (1995). Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. *British Medical Journal* 310, 781-784.
- Wagner C., van der Wal G., Groenewegen P.P. & de Bakker D.H. (2001). The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Quality Management in Health Care* 12, 211-217.
- Walshe K., Wallace L., Freeman T., Latham L. & Spurgeon P. (2001). The external review of quality study. *International Journal of Quality in Health Care* 13, 367- 374.