

DALL'ANALISI DELLE ESPERIENZE EUROPEE ED INTERNAZIONALI RELATIVE ALL'ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE (QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE), FORMULARE UNA SERIE DI INDICATORI APPLICABILI NELLA REALTÀ NAZIONALE

D.D.S.I. Annalisa Pennini

*"La Qualità... Sappiamo cos'è, eppure non lo sappiamo. Questo è contraddittorio. Alcune cose sono meglio di altre, cioè hanno più qualità. Ma quando provi a dire in che cosa consiste la qualità astraendo dalle cose che la posseggono, paff, le parole ti sfuggono. Ma se nessuno sa cos'è, ai fini pratici non esiste per niente. Invece esiste eccome. Su cos'altro sono basati i voti, se no? Perché mai la gente pagherebbe una fortuna per certe cose, e ne getterebbe altre nella spazzatura?
Ovviamente alcune sono meglio di altre... Ma in cosa consiste il 'meglio'?"*

(R.M. Pirsig, "Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta")

PREMESSA

Nella complessa realtà sanitaria italiana, si creano e si sviluppano nuovi scenari, tra vincoli ed opportunità. Tra questi nuovi orizzonti si fa strada anche l'accREDITamento, che è da considerare un fatto vivo, in crescita e come tale pretende che i professionisti si interrogino sugli strumenti che hanno a disposizione e su quelli da mettere in campo per affrontare una realtà mutevole, per stare al passo con i tempi.

Nella professione infermieristica si parla ormai da diversi anni di valutazione della qualità dell'assistenza e questo è già di per sé un buon indicatore di qualità perché significa che la comunità scientifica si interroga e dispone di un corpo di conoscenze che consente di mettere in discussione l'esistente e scegliere nuove alternative.

Nel "turbine" del quotidiano, nel "da fare" che ogni professionista incontra nelle realtà organizzative, può capitare di chiedersi se ha ancora un significato impegnarsi per lo sviluppo di

un'assistenza di qualità, specie quando si fanno pressanti le difficoltà legate alle turbolenze dei sistemi, ai cambiamenti repentini di rotta, alle conflittualità politiche e concettuali tra gli elementi del pianeta sanità.

La risposta può solo essere ricercata nei valori in cui ogni persona crede in quanto persona ed in quanto professionista che lavora con l'uomo e per l'uomo.

INTRODUZIONE

Parlare di accREDITamento è porre l'accento sulle opportunità che questo strumento di cambiamento offre alla professione infermieristica. Infatti potrebbe essere l'occasione per passare da "azioni di immagine" a dati sostanziali, in quanto è una modalità che può rafforzare l'autorità e la credibilità dei professionisti.

L'elaborato è sostanzialmente suddiviso in tre parti: si parte da una descrizione "teorica" dell'argomento, con riferimenti al contesto sanitario, ai sistemi di welfare state e alla realtà internazionale confrontata con quella

nazionale; si passa a definire all'interno di questi scenari il significato dei processi di accREDITamento distinguendolo tra "istituzionale" e "professionale"; infine si propongono degli indicatori suddivisi per aree con particolare riferimento alla professione infermieristica.

IL CONTESTO SANITARIO

Le modificazioni sociali e culturali

Le profonde modificazioni sociali e culturali che hanno caratterizzato negli ultimi anni i Paesi occidentali vanno ad incidere profondamente sui sistemi sanitari determinando:

- sviluppo di specializzazioni e subspecializzazioni delle discipline madri;
- variazioni epidemiologiche delle malattie prevalenti: da affezioni acute, uncausali, di natura prevalentemente infettiva a malattie croniche, ad eziologia multipla;
- cambiamenti nel campo d'azione

della Sanità: da ristretto al solo campo della malattia a valore positivo di benessere psicofisico e sociale;

- modificazioni dei rapporti sociali tra gli attori della sanità e utente: da rapporto diretto e quasi esclusivo con il medico a "atto complesso" sostenuto da più figure professionali;
- interposizione tra il professionista della salute ed il cittadino di sempre più numerose tecnologie e presidi biomedicali;
- creazione di una catena di competenze e professionalità, sino ad arrivare a quella che nella moderna terminologia viene definita "cliente-fornitore".
- aumento della partecipazione del cittadino alle azioni di cura, attraverso una consapevolezza diversa che amplia la singola capacità di giudizio e concorre alla formazione di collegialità di individui che agiscono in vari modi sul sistema istituzionale (Tribunale dei Diritti del Malato, Associazioni).

Ciò ha determinato un'evoluzione dei sistemi sanitari, che è caratterizzata in tutte le società post-industriali, indipendentemente dall'assetto istituzionale che hanno assunto, da due elementi fondamentali:

- una continua crescita dei costi, con scarse forme e possibilità di autoregolazione;
- una oggettiva difficoltà a misurare l'impatto che le spese sostenute per la sanità hanno rispetto alle modificazioni dello stato di salute dei cittadini.

La crisi del welfare state e le possibili soluzioni

Quella che può essere definita la crisi dei modelli di welfare state, si è collocata in uno scenario rappresentato da una trasformazione rapida non solo del quadro culturale, economico, giuridico, ma anche etico, politico, filosofico, che ha portato a rivedere i modelli e i meccanismi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Sono così emerse nuove concezioni di sistemi di welfare, che rivedono i tradizionali meccanismi ed introducono elementi di novità, come l'emergere di nuovi soggetti "non profit" e l'introduzione di processi di aziendalizzazione delle istituzioni sanitarie, che apre interessanti prospettive ed inseri-

sce nel sistema pubblico nuovi criteri di azione. I processi di riforma dei sistemi sanitari, infatti, si pongono sostanzialmente due obiettivi fondamentali, che potrebbero sembrare in antitesi fra loro ma che sarà necessario coniugare, creando i cosiddetti "mercati fortemente regolati" o di "public competition":

1. mantenere l'indirizzo pubblico del sistema;
2. introdurre elementi di competitività.

Il primo obiettivo ha ragione di esistere, in quanto il SSN tutela e garantisce un diritto fondamentale dell'uomo, cioè la salute; il secondo vuole essere una risposta ai bassi livelli di efficienza dei servizi pubblici.

Le strategie possibili per conciliare i due elementi sono riassumibili in:

- mobilitare il lato della domanda, mantenendo la gestione pubblica del lato della produzione dei servizi (come si è cercato di fare in Svezia);
- mobilitare il lato dell'offerta, mantenendo sotto il governo pubblico il lato della domanda (come è avvenuto in Gran Bretagna).

Pur nell'incerta situazione, legata alla turbolenza dell'ambiente politico-sociale e alla crescente complessità dei problemi, appare evidente che uno degli obiettivi più importanti da raggiungere con la nuova politica sanitaria sia la ricerca di un modello sanitario che garantisca un giusto equilibrio tra bisogni e risorse, dove una corretta individuazione dei bisogni di salute della popolazione coincida con una scelta appropriata delle tecnologie e delle prestazioni al fine di salvaguardare la qualità, la sicurezza e l'efficacia delle pratiche assistenziali.

In tutta Europa è aperto il dibattito su come affrontare una domanda crescente con risorse comunque non infinite. In Italia con il Decreto Legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", si è avviato il processo di revisione e completamento delle leggi di riordino del sistema sanitario iniziato dai Decreti Legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993. Si prospettano nuovamente grandi cambiamenti, che rincorreranno quelli in atto e non ancora ultimati, non ancora "metabolizzati" non solo dai cittadini ma anche dagli stessi operatori. Se già con i sopracitati Decreti si sentivano parole "nuove" per il contesto sanitario italiano, il

prospettato riordino metterà ancora più in luce la globale presa di coscienza della necessità di dover gestire la salute pubblica con risorse limitate, distinguendo i bisogni di salute ineludibili da quelli superflui e prevedere dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali all'insegna dell'efficacia, della sicurezza, della qualità.

E' intuibile che è proprio nel momento in cui si introducono meccanismi di competizione che diviene indispensabile dare avvio alle procedure di accreditamento. E' infatti in questo scenario che si inserisce la diffusione, seppur ancora contenuta, dei "sistemi qualità nelle strutture sanitarie.

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

Qualità nei servizi sanitari: tipicità e complessità del mercato sanitario

La principale caratteristica dei servizi, (e tra questi quelli sanitari) che rende indubbiamente complessa una loro valutazione finale da parte degli erogatori, è la loro immaterialità, che può essere vista da un punto di vista spaziale, ma anche temporale: un prodotto, a differenza di un servizio, può essere "fisicamente" conservato in magazzino e la sua utilizzazione rinviata o dilazionata nel tempo. Da questa caratteristica derivano alcune conseguenze importanti, quali ad esempio il fatto che la capacità del servizio di soddisfare le esigenze dei clienti sia valutabile soltanto al momento della sua erogazione nei confronti del cliente stesso, quando ormai non è più possibile intervenire per rimediare eventuali "difetti", senza che quest'ultimo venga in qualche modo coinvolto. Il momento del contatto con l'utenza diventa dunque, in pratica, il "momento della verità".

Ancora, si può rilevare che vi sono alcuni elementi che caratterizzano il mercato sanitario:

- la carenza di informazione e di trasparenza tra offerta e domanda, chiamata "asimmetria dell'informazione";
- l'importanza universalmente attribuita, a livello individuale e sociale, al bene oggetto di scambio, cioè la salute;
- l'assunzione parziale o totale delle spese da parte di un'entità percepita come "diversa" dal consumatore,

ad esempio le assicurazioni o l'ente pubblico;

- ogni utente è diverso dall'altro;
- la mancanza di abitudine all'interno dei sistemi sanitari alle regole dei mercati;
- le Aziende sanitarie sono fra le più complesse e le interrelazioni fra le Unità Operative sono frequenti e fondamentali per l'erogazione del servizio;
- la qualità del prodotto delle attività sanitarie (esito o outcome) allo stato attuale delle conoscenze non è quasi mai oggettivabile, in quanto gli indicatori di esito utilizzabili sistematicamente nella pratica clinica sono pochi.

Alla luce di ciò, emerge il fatto che misurare la qualità dei servizi sanitari non è affatto un compito semplice.

Può essere utile ricordare le elaborazioni teoriche di Shiba che utilizza la metafora del "Fish - Bowl - Principle" (il principio della vasca dei pesci). Secondo tale principio l'operatore sanitario non può giudicare l'assistenza, e quindi migliorarla, da fuori; deve calarsi in un'ottica del "dentrovasca", dal punto di vista del "pesce-paziente" e solo allora può apportare dei cambiamenti in direzione della qualità.

Le filosofie della "qualità"

Diversamente da quanto è avvenuto in altre realtà, nel nostro Paese le tematiche riguardanti la qualità ed il miglioramento della qualità, sono una acquisizione recente. Questo ritardo ha determinato fra l'altro una certa confusione fra i possibili approcci al problema, ad esempio, tra la filosofia della "qualità totale", proprio della componente manageriale, e l'approccio basato sulla "assicurazione di qualità", proprio della componente professionale.

Risulta quindi indispensabile fare chiarezza su alcuni punti. Le due fondamentali filosofie con le quali il problema della qualità viene affrontato sono quello della "**Qualità Totale**" o "**Total Quality Management - TQM**" e quello della "**Assicurazione di qualità**" o "**Quality Assurance - QA**".

Il primo si sviluppa in un contesto manageriale, il secondo è l'approccio tipico della componente professionale, che valuta gli interventi sanitari e successivamente revisiona

gli stessi, sottoponendoli poi ad una nuova valutazione, in un ciclo continuo. Poiché, però per entrambi gli approcci l'obiettivo principale è il miglioramento della qualità, si può affermare che non è auspicabile avvicinarsi al problema in modo unilaterale, ma in modo globale senza che fra essi sussistano differenze sostanziali. La particolarità che li diversifica è il diverso punto di vista, la diversa ottica da cui si vede il problema. Si può essere indotti a pensare che, poiché la QA si è sviluppata all'interno dei gruppi professionali nel contesto dei servizi sanitari, sia un approccio più che sufficiente a rispondere alle necessità; ma l'avvento dell'aziendalizzazione ha sempre più dato importanza alle problematiche manageriali, creando così i presupposti perché le due filosofie siano complementari e integrate.

Un po' di chiarezza sul termine "accreditamento"

Accreditare significa "dar credito, procurare stima, avvalorare".

L'accreditamento è una procedura per la valutazione e la promozione della qualità dei servizi sanitari ampiamente sperimentata nel mondo.

L'accreditamento, secondo la legislazione italiana, come meglio si vedrà più avanti dall'analisi della normativa, viene configurato come un'attività obbligatoria e strumento di regolazione dei soggetti erogatori, pubblici e privati che vogliono convenzionarsi con il SSN. Per ottenere lo status di "accreditato" è necessario accettare il sistema tariffario e adottare il sistema di verifica e revisione della qualità.

Nel settore sanitario in Italia c'è una certa dose di ambiguità sull'utilizzo dei termini, che si manifesta a vari livelli: c'è chi interpreta l'accreditamento come uno strumento di certificazione rivolto ad accertare il rispetto di requisiti strutturali e organizzativi; oppure viene visto come una "autorizzazione" che consente alle strutture sanitarie pubbliche e private di svolgere una determinata attività e di essere remunerata per questo. Dal punto di vista sindacale, l'accreditamento è considerato utile per i momenti di contrattazione per l'adeguamento delle piante organiche e delle strutture. Ancora, risulta essere, utilizzato come sinonimo di attività "ispettiva" o di "vigilanza".

Risulta quindi importante fare chiarezza su alcuni termini:

- **AUTORIZZAZIONE O CERTIFICAZIONE CLASSICA:** (per gli anglosassoni "license"), è una procedura con cui organismi governativi riconoscono a strutture o persone la rispondenza a requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti per legge, per garantire sicurezza e livelli uniformi di assistenza sanitaria. E' una valutazione obbligatoria, svolta di solito un'unica volta (ad es. all'atto di apertura di una struttura o di inizio di un'attività), senza poi verificare successivamente se le condizioni iniziali persistono nel tempo.
- **VIGILANZA:** è una procedura periodica con cui organismi governativi, certificano che la struttura ha mantenuto i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi con l'obiettivo di garantire la sicurezza ed i livelli uniformi di assistenza sanitaria. E' una procedura di solito effettuata da apposito servizio ispettivo con connotazioni fiscali e trova applicazione solamente in ambiti specifici, come quelli considerati ad alto rischio.
- **ISPEZIONE:** è una procedura che viene posta in essere dietro specifica richiesta o denuncia, al verificarsi di situazioni o eventi difformi rispetto alla normativa vigente. Quindi si attua dopo che l'errore o il danno si è già verificato, al fine di identificare i responsabili per sottoporli a sanzione. Risulta intuitibile, che per le caratteristiche evidenziate, risulta essere uno strumento inadatto per attivare processi di miglioramento continuo.
- **ACCREDITAMENTO:** è solitamente un'attività professionale volontaria, che si prefigge lo scopo di garantire che la qualità delle prestazioni sanitarie non scenda sotto ai livelli ritenuti accettabili e che sia sottoposta ad un processo continuo di miglioramento. La procedura di accreditamento viene solitamente gestita da Agenzie indipendenti no profit, manifestazione delle Professioni e delle Società Scientifiche. Il punto di partenza è l'identificazione dei criteri di buona qualità dei servizi sanitari da parte di esperti delle varie professioni, con il con-

tributo della letteratura specifica e dell'esperienza professionale. I criteri devono tenere conto della normativa vigente, ed alla loro elaborazione è opportuno che partecipino oltre ai rappresentanti delle professioni e delle istituzioni anche rappresentanti degli utenti. I criteri vengono raccolti nei Manuali per l'Accreditamento, revisionati periodicamente (di solito annualmente). Le strutture sanitarie che desiderano essere accreditate prendono accordi con l'Agenzia che invia il manuale e dopo un intervallo di tempo visita la struttura. La visita è effettuata da un gruppo di esperti che rappresentano le professioni, che verificano la rispondenza ai criteri, ma soprattutto svolgono un'azione di promozione della qualità. E' per questo motivo che la visita di accreditamento non è un momento di verifica formale, ma una azione di consulenza, di scambio di esperienze, competenze ed informazioni tra gli operatori, priva di caratteri sanzionatori. La validità dell'accREDITAMENTO è limitata, di norma non superiore ai tre anni.

- **CERTIFICAZIONE:** è una procedura mutuata dalle Aziende di produzione, ora applicata anche alle Aziende produttrici di servizi. E' una verifica che ha lo scopo di garantire il rispetto dei criteri nei confronti di terzi o del mercato. Viene svolta da Agenzie specializzate, su richiesta dell'interessato, utilizzando il metodo della verifica ispettiva. Ha caratteristiche di formalità e staticità in quanto la motivazione al miglioramento della qualità si esaurisce nel momento in cui si verifica la rispondenza alle prescrizioni contenute nelle norme.

Accreditamento istituzionale e accreditamento professionale

L'accREDITAMENTO è, come precedentemente citato, una procedura per la valutazione e la promozione della qualità dei servizi sanitari. Si distinguono nel mondo due grandi tipologie di accREDITAMENTO delle organizzazioni sanitarie:

- per pubblica regolamentazione (Spagna - Catalogna, Italia);
- professionale (USA, Canada, Australia).

L'accREDITAMENTO istituzionale o strutturale, che si identifica nella prima di-

stinzione, è uno strumento di regolazione del mercato. L'accREDITAMENTO istituzionale sarà obbligatorio in Italia e quindi spingerà le Aziende sanitarie verso forme di valutazione della qualità più orientate alle strutture, alle tecnologie, alla qualità di prestazioni erogate. Si potrebbe addirittura correre il rischio di far lievitare la spesa sanitaria, per correre verso l'adeguamento. E' un approccio orientato a logiche aziendali forti e di mercato, che assume come modello (anche se non utilizzato in modo rigido) quello delle norme ISO 9000. Inoltre, accomuna il modello della domanda di beni e servizi a quello della domanda sanitaria, che invece, come è dimostrato è insaturabile.

Questo tipo di accREDITAMENTO può essere considerato utile, in quanto permette di:

- garantire livelli standardizzati;
- fornire garanzia di buona organizzazione e sicurezza delle strutture;
- assicurare guida e sostegno per il miglioramento della qualità delle prestazioni;
- ottenere informazioni complessive sul sistema delle strutture sanitarie, al fine di avviare dei processi di benchmarking.

Un quesito che consente la distinzione fra accREDITAMENTO istituzionale e professionale è "accREDITARE sulla base di che cosa?". Infatti, se si accREDITA sulla base della "struttura" (secondo il modello di Donabedian) e solo in parte i processi e l'output, ci si orienta appunto verso quello istituzionale; se si predilige la valutazione degli outcome, degli esiti dell'assistenza erogata, si "marcia" diritti verso quello professionale. L'esito è riconducibile alla qualità e al grado di salute aggiunta alla popolazione.

L'accREDITAMENTO della struttura è compatibile con un sistema di verifica dall'esterno, cioè di certificazione dei servizi sanitari; mentre la misurazione dei processi e dei risultati presume un coinvolgimento talmente stretto e continuativo dei professionisti stessi da non poter essere delegata a organismi esterni di valutazione. A ciò si deve aggiungere la probabile e comprensibile resistenza dei professionisti a far valutare secondo un approccio ispettivo il proprio lavoro. Risulta quindi legittimo pensare che qualora l'obiettivo fosse davvero quello del miglioramento della qualità dell'assistenza, i sistemi di accREDITAMENTO dovrebbero privilegiare

le revisioni interne fra pari; mentre la certificazione (intesa in senso tradizionale) dovrebbe essere utilizzata per regolare il mercato e i rapporti che si instaurano tra erogatori di prestazioni e autorità sanitarie.

L'accREDITAMENTO professionale è stato proposto come "meccanismo tampone" dell'altro modello di accREDITAMENTO. E' un modello che è supportato da forti basi etiche e scientifiche.

L'accREDITAMENTO professionale è quindi un'attività professionale volontaria, basata sulla revisione fra pari (peer review), che garantisce alla popolazione che la qualità delle prestazioni sanitarie erogate non scenda sotto i livelli minimi, cioè secondo le aggiornate evidenze scientifiche (Evidence Based Medicine e Nursing); infatti i professionisti devono "dar credito" ad un nuovo modo di lavorare, orientato a rafforzare la loro autorità e credibilità.

Infine, è opportuno chiedersi quale sia il ruolo che l'accREDITAMENTO riveste in un sistema sanitario moderno. L'accREDITAMENTO risponde a due ordini di esigenze:

- esigenze di carattere "primario", legate alla tutela della salute e della sicurezza degli individui;
- esigenze di carattere "secondario", legate allo sviluppo del sistema economico ed al benessere della società.

L'accREDITAMENTO professionale o di eccellenza deve quindi essere visto come lo strumento che garantisce la qualità delle prestazioni sanitarie in termini di continuo miglioramento e di adeguatezza ai bisogni di salute.

ESPERIENZE DI ACCREDITAMENTO ALL'ESTERO E IN ITALIA

Attualmente esistono alcune linee di tendenza a cui i sistemi sanitari fanno riferimento per i procedimenti di accREDITAMENTO. Queste linee non sono certo scevre da ambiguità; come precisa Christophe Segouin, che ne descrive con precisione il funzionamento e le caratteristiche peculiari. Tra le ambiguità che da sempre caratterizzano i sistemi di qualità, in particolar modo se applicati al settore sanitario, si può ricordare quella relativa alle profonde diversità nel modo di intendere e procedere nei sistemi di accREDITAMENTO. Ad esempio negli USA si parla di accREDITAMENTO per intendere

la verifica della conformità a standard di qualità e sicurezza, mentre in Australia, Nuova Zelanda e Gran Bretagna l'accreditamento è funzionale alla promozione di procedimenti di miglioramento della qualità; in Catalogna (Spagna) e nei programmi federali americani di *Medicare* e *Medicaid* è l'autorizzazione dell'organismo finanziatore a produrre prestazioni alle condizioni stabilite contrattualmente.

Pertanto il quadro d'insieme risulta piuttosto complesso e articolato, anche se è possibile riassumere il tutto a due modelli di applicazione dello stesso, considerato il coinvolgimento di istituzioni e soggetti nell'attuazione dei programmi:

- *modello di regolazione*: agenzie governative sono responsabili della definizione di criteri e standard, della loro verifica; l'obiettivo da raggiungere è quello del rilascio di un'autorizzazione che consenta alle strutture di operare e ricevere i relativi finanziamenti;
- *modello di autoregolazione*: agenzie indipendenti, composte da professionisti del settore, definiscono criteri e standard delle strutture che aderiscono volontariamente a questo procedimento; l'obiettivo è il miglioramento della loro qualità interna.

Il modello di autoregolazione è quello che viene adottato nelle realtà che hanno maturato un'esperienza consolidata nei processi di accreditamento, infatti è attraverso questo tipo di sistema che si vuole garantire livelli di cura adeguati alle evidenze scientifiche esistenti.

Le origini

Il più antico sistema di accreditamento è sorto negli Stati Uniti agli inizi del Novecento; ma già alla fine secolo scorso vi furono dei precursori di tali ideologie.

L'infermiera inglese Florence Nightingale, durante la guerra di Crimea, verso il 1860, individuò un nuovo modo per osservare e raccogliere in modo uniforme dati su alcuni aspetti assistenziali, con il fine di valutare i risultati dei trattamenti eseguiti.

Il chirurgo americano Ernest Codman del Massachusetts General Hospital, nel 1911, valutò e pubblicò i risultati dei propri interventi chirurgici, ottenendo il licenziamento. Fu poi successivamente riabilitato e incaricato di

valutare l'operato di alcuni ospedali. Codman convocava i suoi pazienti a distanza di un anno dalla prestazione oggetto di valutazione, per verificare i risultati, capire gli errori e quindi poter in futuro migliorare le prestazioni.

L'accreditamento negli USA

Nasce nel 1918 negli USA, per l'interesse dell'American College of Surgeon, il primo sistema di accreditamento, con lo scopo di promuovere una più elevata qualità dell'assistenza. Le preoccupazioni circa la disomogeneità nelle cure chirurgiche tra le varie aree del Paese, stimolò il College ad elaborare un programma chiamato "standardisation", che si proponeva di "standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina".

Da questa dichiarazione emerge in modo esplicito che l'accreditamento nasce dalla volontà dei professionisti, di esercitare un controllo non punitivo sull'operato delle organizzazioni sanitarie.

Il programma di "standardisation" andò ampliandosi sino a coinvolgere i settori della medicina, del nursing, e dell'amministrazione; portò all'istituzione, nei primi anni Cinquanta, della *Joint Commission on Hospital Accreditation (JCHA)*, organismo volontario non governativo senza fini di lucro con la funzione di costruire ed aggiornare gli standard e gestire le procedure per l'accreditamento. Successivamente, la JCHA divenne *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHCO)*, per l'estensione delle attività di accreditamento ad altri servizi sanitari non ospedalieri, come Nursing Homes, Health Centers, ecc.

Questo sistema si espande e si consolida rapidamente, tant'è che 40 anni dopo la sua nascita l'84% degli ospedali americani risulta applicare la procedura.

Pur in assenza di caratteri di obbligatorietà l'accreditamento negli USA è

richiesto in modo diffuso dalla maggioranza degli ospedali soprattutto per motivi di prestigio. Fanno eccezione gli ospedali che rientrano nei sistemi assicurativi *MediCare* e *MediAid*, per i quali l'accreditamento è lo strumento per ricevere i finanziamenti dal governo.

Nel 1985 vi furono dei significativi cambiamenti nei programmi di accreditamento: vennero introdotte le "dieci tappe verso la qualità", che hanno proposto il metodo della Quality Assurance (QA-VRQ) come uno degli elementi portanti del sistema. Con l'Agenda for Change è stata avviata una campagna per l'introduzione della filosofia del Total Quality Management (TQM), che hanno portato a rivedere gli stessi principi della QA - VRQ nel senso più globale del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).

Nel Manuale per l'accreditamento del 1995 è stato posto un accento particolare a due elementi: gli esiti dell'assistenza in quanto considerati i processi più significativi ed il processo di autovalutazione che deve integrare il processo di accreditamento. Il Manuale, (che è stato preso come esempio dagli altri Paesi che hanno avviato sistemi di accreditamento), è strutturato in tre sezioni, suddivise in capitoli che corrispondono a funzioni o strutture specifiche dell'ospedale. Ogni funzione o struttura è a sua volta suddivisa in processi che vengono ulteriormente scomposti e visualizzati in flow chart; per ogni elemento del processo è individuato uno standard di riferimento e un punteggio (da 1 a 5). Nel Manuale vi sono riportati 580 standard, sulla base dei quali vengono espressi le valutazioni che si vanno a collocare nei sette livelli di accreditamento (da un riconoscimento di merito particolare a un non accreditamento). E' valido per un triennio e poi rinnovabile, ed è un elemento di garanzia per le compagnie di assicurazione ed un sistema di controllo per i governi federali americani.

L'accreditamento in Canada

I primi programmi di accreditamento canadesi erano comuni a quelli statunitensi e dipendevano dalla Joint

Commission on Accreditation of Hospital (JCAH). Nel 1958, il Canada costituisce una propria Commissione, il *Canadian Council on Accreditation of Hospital* (ora *Canadian Council of Health Services Accreditation - CCHSA*), su iniziativa delle associazioni professionali mediche e dell'*Hospitals' Association*, e riceve l'autorizzazione all'accREDITAMENTO delle organizzazioni ospedaliere. Attualmente la CCHSA gestisce un programma di accREDITAMENTO volontario a cui partecipa circa il 90% degli ospedali canadesi.

Le principali differenze, strutturali e funzionali, rispetto ai programmi degli USA sono riassumibili in:

- rendere meno burocratico l'iter della documentazione;
- dare maggiore importanza e rappresentatività alla professione infermieristica all'interno del Comitato direttivo;
- utilizzare come "surveyors" (valutatori/ispettori) un medico, un infermiere, un amministrativo ricercando tra professionisti esperti, adeguatamente addestrati ed in servizio attivo.

Nel '95 la CCHSA ha seguito un'importante evoluzione: prima l'accREDITAMENTO si basava praticamente sulla descrizione delle procedure che i singoli servizi adottavano, ora si basa sull'analisi e sulla standardizzazione di un percorso teorico, seguito da un cliente/paziente, per garantire risposta adeguata ai suoi bisogni. Quindi si sposta l'attenzione sugli aspetti multidisciplinari e sulla continuità nei percorsi (il primo documento analizzato dai visitatori è la cartella clinica).

Anche in Canada lo strumento utilizzato è il Manuale, che contiene dei criteri raggruppati per tipo di processo analizzato: preparazione, pianificazione ed erogazione dell'assistenza, implementazione del sistema di valutazione, dimissione e follow up. La struttura effettua una prima analisi sulla base del Manuale e la invia al CCHSA che organizza le visite e successivamente invierà un rapporto dettagliato sulla conformità o non conformità rispetto agli standard. Una particolarità del sistema di accREDITAMENTO canadese è il fatto che l'esito della procedura può essere favorevole o sfavorevole, non esistono livelli intermedi come in USA (è il cosiddetto "agrément binaire": sì o no). L'esito è fissato sulla base di tre elementi che

vengono considerati congiuntamente: livello di conformità alle norme, attività di miglioramento continuo della qualità avviate, la gestione dei rischi. Nella provincia del Québec è in atto un'esperienza di accREDITAMENTO particolare: a differenza di tutti gli altri Paesi sono gli ordini professionali dei medici, raggruppati in un'organizzazione, il Collegio dei medici del Québec che forniscono le informazioni al Comitato di accREDITAMENTO del Québec che è l'organo ufficialmente preposto per dare avvio alla procedura.

L'accREDITAMENTO in Australia

In Australia le attività di accREDITAMENTO sono svolte dall'*Australian Council on Healthcare Standard (ACHS)*, che dal 1974 opera su iniziativa dell'*Australian Medical Association* e dell'*Australian Hospital Association*.

È un sistema volontario, che viene richiesto per vantaggi di ordine economico e di immagine. Le visite eseguite da personale qualificato ed esperto (medico, infermiere, amministrativo), non sono utilizzate per applicare sanzioni o altri sistemi punitivi.

Nel sistema australiano vengono privilegiate l'intensa attività di formazione (specialmente nei settori del management e della VRQ), la semplicità dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO che vengono generalizzati a diversi servizi, lo sviluppo di un sistema di indicatori di processo e di esito.

L'accREDITAMENTO in Gran Bretagna

I temi dell'accREDITAMENTO hanno un'introduzione abbastanza recente in Gran Bretagna, anche se si inseriscono in una realtà sanitaria che ha al suo attivo sperimentate esperienze di qualità. Prima della riforma sanitaria (del *National Health Service*) era attivo un sistema di autorizzazione all'esercizio e di ispezione delle strutture private e delle nursing home gestito dalle autorità sanitarie.

In Gran Bretagna esiste un sistema di accREDITAMENTO riconosciuto, l'*Hospital Accreditation Program*, che si occupa di ospedali di piccole dimensioni e di comunità.

Vi è un'esperienza interessante, gestita da organismo indipendente, quella del *King Edward's Hospital Fund* di Londra, associazione privata senza scopo di lucro che ha dato vita ad un

sistema di accREDITAMENTO ispirandosi a modelli di altri Paesi, come il Canada e l'Australia. Nel 1989, si dà inizio a questa sperimentazione di "audit organizzativo", con l'obiettivo di promuovere un processo di autovalutazione all'interno dei servizi, piuttosto che quello di fornire uno "status" di accREDITAMENTO. L'adesione è volontaria, dal 1997 circa il 35% degli ospedali ne hanno fatto richiesta. Attualmente la struttura sanitaria richiede l'accREDITAMENTO e avvia un gruppo di lavoro interno per la preparazione a ricevere le visite e una prima autovalutazione; segue l'opera di cambiamento organizzativo o professionale e la visita che è strutturata in colloqui con gli organi di staff della direzione e con alcuni dirigenti sanitari e la visione diretta dei servizi. La procedura ha termine con un rapporto da inviare al Comitato del King's Fund, che decide quale dei cinque livelli di accREDITAMENTO riconoscere. La struttura può contestare la decisione e stabilire con il Comitato una procedura per giungere ad una valutazione definitiva di accREDITAMENTO che comunque ha validità tre anni.

Inoltre, esiste un'agenzia indipendente nata dalle Società Scientifiche dei servizi di laboratorio, che hanno dato via ad un programma di accREDITAMENTO per i laboratori, il *Clinical Pathology Accreditation*.

L'accREDITAMENTO nei Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi, il primo sistema di accREDITAMENTO nasce nel 1979, per opera del *CBO*, un consorzio formato da associazioni professionali e ospedaliere, da rappresentanti di assicurazioni pubbliche e private e da rappresentanti del governo. L'obiettivo dichiarato non è propriamente quello di accREDITARE le organizzazioni sanitarie, ma di promuovere iniziative di Quality Assurance e di fornire aiuto ai servizi nell'applicazione di tali procedure.

L'accREDITAMENTO in Spagna (Catalogna)

La Catalogna è Regione autonoma della Spagna, ed in quanto ente autonomo si rende responsabile delle prestazioni e dei servizi sanitari offerti al cittadino, anche se sempre nel rispetto delle linee guida generali date dallo Stato.

Dal 1981 la Catalogna adotta un programma di accreditamento gestito dallo Stato, il cui obiettivo è confrontare le conformità delle strutture pubbliche agli standard e favorire l'avvio di una procedura di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Questo tipo di accreditamento è volontario solo in teoria, in quanto è un requisito irrinunciabile per poter erogare prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Catalano di Sanità. E' per questo motivo che praticamente tutti gli ospedali catalani pubblici e privati sono accreditati.

La procedura è simile a quella già descritta per gli altri sistemi: gli ospedali contattano il Servizio di accreditamento, ricevendo il Manuale. Al suo interno vi sono specificati i requisiti, in forma di questionario e le raccomandazioni circa la visita ai servizi. L'organo che ufficialmente decide per concedere l'accredimento è il Comitato di accreditamento, che è un organo tecnico interno al dipartimento di salute. Nel documento finale verranno specificati i punti di miglioramento ed il tempo necessario; il procedimento è comunque "binaire": o si è accreditati o non lo si è; ha validità triennale.

L'accredimento in Francia

La Francia ha un sistema di accreditamento simile a quello italiano e catalano, promosso e gestito da enti governativi. Con un provvedimento legislativo nell'aprile del 1996 il governo francese ha chiarito i principi su cui si basa il sistema e i tempi di adeguamento: entro l'aprile del 2001 tutte le strutture sanitarie dovranno essere accreditate (in realtà non sono esplicite le conseguenze per chi non riuscisse ad adeguarsi entro i termini previsti). L'organismo che gestisce i procedimenti è l'*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - ANAES* - che ha lo scopo di dare avvio alla valutazione delle cure nelle strutture sanitarie pubbliche e private e di attuare tutte le procedure previste dal Manuale: formazione di personale esperto, assistenza alle strutture per l'elaborazione del rapporto di accreditamento.

Il sistema di accreditamento francese non è ancora totalmente operativo e il procedimento descritto si riferisce alle azioni da intraprendere a regime.

Il procedimento è simile a quello già descritto, se non per alcune peculiarità nella parte iniziale e finale: anche se

l'iniziativa è lasciata agli ospedali che formulano la domanda all'ANAES, in caso di inadempienza questa iniziativa è presa dall'Agence Régionale de l'Hospitalisation - ARH; al termine avviene la stesura del rapporto che non risulta essere una dichiarazione di esito vera e propria, ma una relazione in cui vengono descritte tutte le raccomandazioni necessarie.

Il Manuale di accreditamento analizzerà i seguenti settori: la pratica clinica, le referenze mediche e professionali, l'organizzazione interna della struttura, l'igiene ospedaliera, la soddisfazione del paziente, la qualità dell'alimentazione e quella del settore amministrativo.

Risulta interessante l'iniziativa dell'Assistance publique - Hospitaux de Paris, un centro ospedaliero regionale universitario dell'Ile-de-France, che ha sviluppato un proprio sistema di qualità per inserirsi al meglio nel processo di accreditamento obbligatorio. L'iniziativa è basata sul fatto che per avviare un processo così complesso e articolato come quello dell'accredimento è necessario gettare prima le basi di un sistema di qualità, cioè avviare un processo interno di miglioramento, sensibilizzazione, informazione e formazione a tutti i livelli organizzativi.

Le esperienze italiane

L'attenzione della comunità scientifica italiana al tema dell'accredimento si è concretizzata a partire dalla fine degli anni '80 sullo stimolo proveniente dalla Società Italiana di VRQ (Verifica e Revisione di Qualità), sull'impulso dato da singoli esperti-cultori della materia e naturalmente dall'introduzione della normativa di riordino del SSN.

Varie sono state le iniziative di Società Scientifiche, che hanno visto nell'accredimento la possibilità di avere uno strumento di lettura, interpretazione, miglioramento della qualità dei servizi. Specifiche iniziative sono state avviate inizialmente sulla base dei Manuali di accreditamento dei Paesi anglosassoni (USA, Australia, Canada).

La strategia di mutuare conoscenze ed esperienze dai sistemi stranieri, al di là dei principi fondamentali che sono condivisibili, presenta ovviamente delle diversità, che non permettono di ripercorrere completamente le strade

già intraprese in altre realtà:

- le differenze che i sistemi sanitari stranieri hanno rispetto a quello italiano, visto il diverso substrato culturale, sociale, economico, politico;
- il livello di complessità che i sistemi di accreditamento di quei Paesi presentano, visto che sono sorti diversi anni prima che non nella realtà italiana;
- l'attenzione ai problemi della qualità dei servizi e quindi dell'accredimento è in Italia, interesse recente.

Questi elementi diversificano il modello di accreditamento italiano, che si prospetta debba possedere alcune caratteristiche di base:

- *essenzialità*: partire da schemi che considerino gli elementi fondamentali, solo in un secondo momento, quando il tema qualità sarà interiorizzato, si potranno implementare modelli più complessi e completi;
- *semplicità*: costruire schemi di facile comprensione ed applicazione;
- *realismo*: considerare gli elementi già presenti nel sistema o facilmente creabili in tempi brevi;
- *flessibilità*: individuazione di uno schema che faccia riferimento al modello comune, sul quale "plasmare" schemi di accreditamento specifici in riferimento alle discipline implicate.

Alcune iniziative hanno caratterizzato lo scenario italiano, tra cui è opportuno ricordare quella della Regione Friuli Venezia Giulia, che nel 1992 ha costituito il primo gruppo di lavoro con lo scopo di sperimentare la fattibilità e l'utilità dell'applicazione del metodo dell'accredimento, partendo dai Servizi di Pronto Soccorso. Altri contributi vengono, oltre che dai servizi di Pronto Soccorso, anche dai servizi di endoscopia digestiva, di diabetologia, di medicina riabilitativa, di prevenzione, di salute mentale.

L'accredimento viene così a definirsi nel quadro normativo italiano come uno strumento di regolazione del mercato dell'accesso al SSN dei soggetti erogatori, (è fra le regole degli scambi insieme all'accettazione del sistema tariffario e l'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità) insieme agli altri due strumenti citati: il sistema tariffario e il sistema di verifica e revisione della qualità. Risulta quindi esse-

re un'attività obbligatoria, prevista dalla legislazione nazionale, che provvede a fornire le indicazioni generali, affinché vi sia la corrispondenza dell'offerta sanitaria ai livelli uniformi di assistenza stabiliti e messa in atto dalle Regioni attraverso l'atto di concessione dell'accreditamento ed a rinnovarlo periodicamente.

Tale filosofia è piuttosto diversa dal concetto di accreditamento che si è sviluppato negli altri Paesi, con sistemi di accreditamento cosiddetti "maturi", nei quali un'attività di questo tipo è "autorizzazione ad esercitare". Dalla normativa vigente emerge che il sistema vuole regolare l'accesso al SSN prevedendo un doppio livello di intervento: il primo disciplina che per l'esercizio dell'attività sanitaria vi sia l'adeguamento ai requisiti minimi previsti dal Ministero (Autorizzazione); il secondo riguarda l'esercizio delle attività all'interno del SSN per il quale è previsto l'accreditamento da parte delle Regioni.

L'evoluzione che il sistema di accreditamento potrà avere nella realtà sanitaria italiana è ipotizzabile debba essere orientata a fronteggiare il rischio di burocratizzazione e di eccessiva attenzione agli elementi strutturali (vista la sua natura obbligatoria), per sensibilizzarsi ai suggerimenti delle organizzazioni professionali sanitarie e quindi porre le basi per un'ottica sempre meno istituzionale e sempre più professionale.

La Qualità e l'Accreditamento nella professione infermieristica come scelte professionali

"Per 'Qualità Professionale' si può intendere la capacità dei professionisti sanitari sia di scegliere e praticare gli interventi corrispondenti allo stato di avanzamento delle conoscenze tecnico-scientifiche, sia far sì che gli utenti sperimentino esiti di salute accettabili alla luce delle conoscenze tecnico-scientifiche (o qualità di processo). Fa parte della qualità professionale anche la capacità di interagire con il cliente/utente in modo da favorire il raggiungimento dell'unico esito enfatizzato dalla qualità totale, cioè la soddisfazione del cliente, ovvero la qualità percepita".

Quindi la qualità professionale è una scelta del professionista di garantire ai suoi clienti/utenti che le prestazioni da

lui erogate siano effettivamente costo-efficaci alla luce delle evidenze scientifiche.

Secondo Parasuraman è possibile individuare dieci fattori che determinano la qualità del servizio; ben sette di questi sono riconducibili ad aspetti fondamentali per la professione infermieristica:

1. COMUNICAZIONE:

- spiegare il servizio
- rassicurare il cliente

2. COMPETENZA:

- conoscenza e abilità del personale di front-line

3. CORTESIA:

- gentilezza, rispetto, considerazione e amabilità

4. CREDIBILITÀ:

- caratteristiche personali del personale a contatto con il cliente

5. CAPACITÀ DI RISPOSTA:

- volontà e prontezza del personale

6. ATTIVITÀ TANGIBILI:

- aspetto del personale

7. CAPIRE/CONOSCERE IL CLIENTE:

- imparare quali sono le esigenze specifiche del cliente
- prestare attenzione individualizzata

La professione infermieristica ha interesse, diritto e dovere a ricercare la Qualità nei servizi che offre; fondamentalmente per quattro motivi:

1. ETICI.

Ogni persona ha diritto di fruire del miglior stato di salute possibile. Tale principio di alto valore sociale sottintende la disponibilità di una assistenza del maggior livello possibile ed implica un impegno etico per il professionista infermiere che deve garantire assistenza di qualità.

2. ECONOMICI.

Si tende sempre più al contenimento della spesa e ciò richiede maggiormente che le risorse professionali disponibili siano "utilizzate" al meglio a fronte anche di standard elevati di qualità tecnico scientifica.

3. CULTURALI.

La cultura di una organizzazione può essere definita come un'insieme di credenze, di norme, di valori che formano la base del comportamento umano collettivo. Quindi, le credenze, le norme, i valori costituiscono le "idee dominanti", i principi guida, l'ideologia che influenza i comportamenti; e se la "qualità" diviene l'idea dominante, l'ideologia del servizio può essere trasmessa a tutti i membri dell'organizzazione.

4. PROFESSIONALI.

Perseguire la qualità per il cliente significa anche perseguire la qualità della professione stessa e quindi affermare la sua istanza etica, il valore della "risorsa umana", della sua intelligenza, creatività, capacità di migliorare. La comunità scientifica può raggiungere la "qualità" attraverso il coinvolgimento, la partecipazione e l'integrazione, mobilitando le energie verso una politica dei "piccoli passi" che porti tutto il gruppo professionale ad erogare una assistenza della miglior qualità possibile. Inoltre, per quanto concerne l'ambito professionale, può essere l'occasione per perfezionare lo specifico professionale, spostarsi dalla responsabilità di un atto alla responsabilità sul processo decisionale che è alla base dell'assistenza. Infatti, il rischio è quello che "se non sarà la professione stessa a decidere cosa e come valutare, lo faranno altri con modelli di riferimento appartenenti ad altre discipline".

All'interno della comunità scientifica infermieristica l'accreditamento non ha ancora acquisito quella valenza di attività di valutazione professionale sistematica e periodica, mirante a garantire che la qualità dell'assistenza sia adeguata ai bisogni e tendente al continuo miglioramento. Perché l'accreditamento non diventi una mera procedura amministrativa in cui si ricerchi pedissequamente l'aderenza a requisiti, occorre che la comunità scientifica rifletta e metta in atto strategie "politiche" e professionali che gli consentano di avere un ruolo centrale ed attivo.

L'accreditamento è una delle opportunità che vengono offerte al gruppo professionale, per far sì che si assottiglino sempre più le distanze fra operatori dei servizi sanitari ed utenti e che si superino definitivamente gli atteggiamenti di tipo reattivo: attendere che si verifichi un evento negativo per poi correre ai ripari come meglio si può, invece che implementare un sistema attivo che prevenga gli errori, in quanto è più economico prevenire che correggere a posteriori.

Indicatori

Un indicatore è "un'informazione selezionata utile a leggere e a interpretare la realtà"; anche l'etimologia del termine: INDEX, cioè "ciò che indica", "ciò che mostra" ci porta a de-

scrivere un indicatore come se fosse un cartello stradale. Infatti proprio come un cartello stradale, indica località o punto d'arrivo e il chilometraggio, cioè un'entità numerica.

Gli indicatori proposti risultano suddivisi per aree con particolare riferimento a problematicità emergenti per la pratica infermieristica. L'obiettivo è quello di misurare e analizzare alcuni settori della pratica assistenziale, prendendo come riferimento il ricovero ospedaliero, alcuni "eventi sentinella" rapportati ai principali bisogni dell'utenza per procedere nel percorso del miglioramento della qualità assistenziale.

1. AREA ASSISTENZIALE CLINICA

Mobilizzazione:

N° lesioni da decubito (generale, insorte in Ospedale, insorte nell'Unità Operativa)

N° di pazienti con mezzi di contenzione

N° pazienti con sindrome da allettamento secondaria a ricovero

Eliminazione:

N° di pazienti incontinenti secondari a ricovero

N° pazienti portatori di catetere vescicale

N° pazienti portatori di pannoloni o urocondom

N° infezioni urinarie in portatori di catetere vescicale

Alimentazione:

N° pasti personalizzati

N° pasti non consumati

Sicurezza:

N° delle cadute

N° errori di trascrizione della terapia

N° pazienti con mezzi di contenzione

N° errori di somministrazione della terapia

N° cartelle o schede infermieristiche con dati omessi o errati

N° di badanti o altra assistenza mercenaria non autorizzata

N° infezioni della ferita chirurgica

N° infezioni del catetere venoso

Riposo-sonno:

N° pazienti con uso di sedativi in modo continuato

Comunicazione:

N° pazienti che riceve informazioni

sull'unità operativa (orari, personale, luoghi e spazi)

N° pazienti che riceve informazioni sul percorso di cura e sul piano assistenziale

2. AREA ORGANIZZATIVA

Autogestione

N° disagi nella turnazione del personale

N° assenze improvvise

N° ordini di servizio

Sicurezza

N° apparecchiature funzionanti

N° farmaci - presidi scaduti

3. AREA DELLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE (ESTERNO-INTERNO)

N° pazienti soddisfatti dell'assistenza ricevuta

N° segnalazioni di disservizi

N° operatori soddisfatti dell'attività svolta

N° giornate di assenza (a vario titolo) degli operatori

N° richieste di mobilità o diversa assegnazione degli operatori

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- M. Zanetti e Coll., "Il medico e il management - Guida ragionata alle funzioni gestionali", Accademia Nazionale di Medicina, Forum Service Editore, Genova, 1996.

- A. Jacquerye, "Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica", USES, Firenze, 1987.

- M. Fiamminghi, V. Serra, S. Catani, "Accreditamento istituzionale ed accreditamento professionale: un'esperienza regionale", in *Infermiere Dirigente*, copia anastatica s.i.

- S. Beccastrini, A. Gardini, S. Tonelli, "Linee e componenti per un Sistema Qualità nelle aziende sanitarie", in *QA*, n. 2, giugno 1997.

- E. Reerink, "Lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria in Europa", in *QA*, n. 2, giugno 1997.

- AA.VV. "Il Pruo è un metodo di studio dell'efficienza ospedaliera?", in *QA*, n. 2, giugno 1997.

- C. Guerrieri, "Qualità delle risorse, qualità del servizio", in *Infermiere Dirigente*, n. 1/96.

- AA.VV., "Manuale di Accreditamento del Dipartimento e dei Servizi di Pre-

venzione", Torino, ottobre 1995.

- Agenzia Sanitaria Regionale - Regione Emilia Romagna, "Definizioni e note per un glossario della Qualità - Versione n. 4", Bologna, marzo 1998.

- AA.VV., "Il progetto per l'accreditamento di eccellenza dei servizi di Pronto Soccorso dei D.E.A. di Piemonte e Valle d'Aosta", in *QA*, n. 2, giugno 1997.

- Rapporto di un gruppo di studio dell'OMS, "L'assistenza infermieristica oltre l'anno 2000", in *Infermiere Informazione*, n. 5, 1994.

- Relazioni del Convegno Nazionale "Qualità e Accreditamento: presente e futuro delle organizzazioni sanitarie", Bologna, 26-27 marzo 1998.

- W.M. Cecchini, "I principali riferimenti normativi", in *A.Q. News*, n. 1, 1997.

- P. Del Bufalo, "Prestazioni su misura", in *L'infermiere*, n. 3, maggio-giugno 1997.

- G. Tognoni, "Qualità: i tanti destini di una parola", in *Rivista dell'infermiere*, n. 3, 1995.

- A cura della Redazione, "Dalla Carta dei Servizi alla Carta dei Servizi Pubblici Sanitari", in *Rivista dell'infermiere*, n. 3, 1995.

- N. Falcitelli, "La strategia istituzionale", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- G. Cilione, "Il quadro normativo di riferimento", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- G. Giuliano, "Le strutture organizzative del Servizio Sanitario Nazionale", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- A. Donabedian, "La (quality assurance) nella Sanità", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- G. Domenighetti, "Le caratteristiche del mercato sanitario", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- F. Ferraro, "Dalla VRQ al sistema qualità", in *Salute e Territorio*, n. 99, 1996.

- G. Spennato, "La qualità dell'assistenza infermieristica", in *Atti Convegno CNAIOSS*, 1995.

- P. Sisti, "Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica: principi e obiettivi", in *Atti Convegno CNAIOSS*, 1995.

- G. Bollini, "Norme e criteri di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica", in *Atti Convegno CNAIOSS*, 1995.

- S. Andrenula, "Determinazione dei carichi di lavoro attraverso la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica", in Atti Convegno CNAIOSS, 1995.
- AA.VV., "L'esperienza del 'Gruppo Qualità in una USL dell'Emilia Romagna", in Automici Locali e Servizi Sociali, n. 2, 1993.
- A cura della redazione, "Accreditamento. Appunti per un progetto", in Rivista dell'infermiere, n. 2, 1996.
- Atti del XXI Congresso Nazionale A.N.I.N. - NEU, "Qualità, accreditamento e professione infermieristica", Bologna, 16-17 maggio 1997.
- G. Bertin, P. Selle, "La valutazione e il controllo di qualità nei servizi per anziani", in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 4, 1996.
- M.A. Ricciardelli, "Riordino del Servizio Sanitario Nazionale", in Il globulo rosso, n. 2, maggio-giugno 1998.
- R. Quatralo, "La riforma del welfare: l'esperienza svedese", in Il globulo rosso, n. 2, maggio-giugno 1998.
- L. Bonechi, P. De Risi, "Qualità &... Sanità - La qualità nell'ospedale-azienda", Supplemento a De Qualitate, Allegato al n. 1, gennaio 1998, Nuovo Studio Tecna, Roma.
- Carta dei Servizi dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, giugno 1998.
- Carta dei Servizi dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, 1ª Edizione, luglio 1997.
- A cura della redazione, "La valutazione della qualità dell'assistenza", in "Rivista dell'infermiere", n. 1, 1990.
- F.D. Stanislao, C. Liva, "L'accREDITamento dei servizi: proposta di un modello", in NAM., vol. 12.1.1996.
- F.D. Stanislao, C. Liva, "L'accREDITamento dei servizi sanitari - Lo strumento per la promozione della qualità", in NAM., vol. 1.12.1996.
- F. Ferraro, "AccREDITamento: due supervisori dell'Australian Council of Health Care Standards" simulano una visita all'Ospedale di Udine", in QA, Volume 7, n. 1, marzo 1996.
- F. Ferraro, "L'accREDITamento dei Servizi Sanitari - Strumento per qualificare la qualità dell'assistenza", in QA, Volume 7, n. 1, marzo 1996.
- C. Hanau, F. Prandi, "La Carta dei servizi", in Salute e Territorio, n. 98, 1996.
- M. Farina, "Le norme ISO 9000: origini ed evoluzioni, campi d'applicazione e diffusione", "La Certificazione", "AccREDITamento Sanitario e Certificazione", in AQ News, n. 2, ottobre 1996.
- D. Oliva, M.C. Setti Bassanini, "Strumenti e procedure di accREDITamento a livello internazionale", in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 3, 1996.
- A cura della Redazione, "Indicatori di qualità per l'assistenza", in Rivista dell'infermiere, n. 3, 1996.
- S. Squaglia, "I Circoli della qualità", in Scenario, n. 3, 1996.
- Azienda Ospedaliera di Ferrara, "Sistema qualità aziendale - Esperienze pilota nella strategia di miglioramento e sviluppo", Quaderno n. 1, 1997.
- Azienda Ospedaliera di Bologna, a cura del Gruppo Operativo Qualità, "Il lavoro di gruppo e le tecniche per la soluzione dei problemi", settembre 1996.
- P.L. Morosini, "Indicatori di qualità", in Epidemiologia e Prevenzione", n. 19-20, 1983.
- A cura della Redazione, "AccREDITamento, accordo sull'impianto del provvedimento", in Agenzia Sanitaria Italiana, n. 48, 1996.
- Agenzia Sanitaria Regionale, "Il miglioramento continuo nelle Aziende Sanitarie: strumenti ed esperienze - Progetto CQI 1996/1998", marzo 1998.
- F. Colonna, "ISO 9000 e profitto", in De Qualitate, gennaio 1998.
- R. Cavallini, A. Franchini, U. Wienand, "Tra gestione della Qualità e indirizzi di riordino dei servizi sanitari - Esiste un rapporto?", in De Qualitate, gennaio 1998.
- M. Filippini Saleri, "Il rapporto operatore-cliente", in De Qualitate, gennaio 1998.
- D. Gabellini, "Qualità in Sanità", in De Qualitate, gennaio 1998.
- G. Ceriani, "Valutazione della qualità e certificazione", in De Qualitate, gennaio 1998.
- A. Cazzola, L. Londrillo, "Indagini Customer Satisfaction", in De Qualitate, gennaio 1998.
- Atti del Convegno di Assistenza Infermieristica "I Servizi Infermieristici verso la qualità", Castello di Bentivoglio (Bo), 24 settembre 1994.
- Azienda Ospedaliera di Bologna, a cura del Gruppo Operativo Qualità, "Corso di sensibilizzazione sul sistema qualità aziendale - 1996/2000", giugno 1996.
- H.R. Palmer, "La valutazione degli interventi sanitari", in Ricerca e Pratica, n. 21, giugno 1988.
- A cura della Redazione, "Organizzare la qualità", in QA, Volume 7, n. 3, settembre 1996.
- P.L. Morosini, F. Ferraro, "Sviluppo e organizzazione del miglioramento continuo di qualità professionale (della Verifica e Revisione di Qualità) nelle Aziende Sanitarie", in QA, Volume 7, n. 3, settembre 1996.
- R. Finos, C. Zavaroni, "La progettazione di un servizio finalizzato all'aiuto delle persone e della risposta assistenziale ai bisogni dell'utente", in QA, volume 7, n. 3, settembre 1996.
- Atti del 4º Convegno di Assistenza Infermieristica "Essere Infermieri nella cultura della qualità", Bologna, 4/5 aprile 1997.
- R. Grenier, J. Drapeau, J. Desautels, "Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica", Edizioni Sorbona, Milano, 1992.
- O. Bassetti, "Lo Specifico Infermieristico", Rosini Editrice, Firenze, 1993.
- Azienda USL Città di Bologna, "Miglioramento e sviluppo della qualità nell'Azienda Sanitaria - Strumenti, tecniche, metodi", PQ1.
- AA.VV. La formazione permanente, in D'Avella Suor Odilia (a cura di): "Il processo formativo della professione infermieristica. Analisi e progetti", Federazione Nazionale dei Collegi per Infermieri Professionali; Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia, Roma, 1991.
- Robert M. Pirsig, "Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta", Adelphi Edizioni, Milano, 1981.
- Segouin C., "La via francese alla razionalizzazione della prescrizione medica: le References medicales opposables", in L'arco di Giano", n. 11, 1996.
- <http://www.sincert.com/chi-siamo.html>.
- <http://www.sincert.com/ultima.html>.
- <http://www.sincert.com/accreditamento.html>.
- <http://www.tqm.it/so-qt.htm>.
- <http://www.tqm.it/links.htm>.
- <http://www.qec.it/Qualità/rifutilentiacc.html>.