

Il processo di accreditamento e le logiche della qualità nel metodo joint commission international

G. Arcari*

La Joint Commission

La Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organization (JCAHO) è nata negli Stati Uniti d'America nel 1951 con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria negli ospedali statunitensi.

L'idea di creare un organismo, o più semplicemente un sistema, che avesse come obiettivo la ricerca della qualità dell'assistenza sanitaria, è comunque ben più antica. Infatti, già nei primi anni del 1900 negli Stati Uniti, ad opera dell'American College of Surgeon, vennero stilati i primi cinque standard di qualità per strutture ospedaliere:

1. ogni paziente deve avere una cartella clinica;
2. tutti i medici devono essere laureati;
3. ogni struttura deve possedere un servizio di laboratorio e radiologia;
4. il corpo medico deve costituire un insieme di professionisti organizzato;
5. la direzione deve organizzare riunioni periodiche per trattare temi rilevanti.

Dal 1900 ad oggi molta strada è stata fatta nella ricerca della qualità in campo sanitario, e la JCAHO si è affermata come l'organizzazione più importante nel settore qualità e accreditamento.

Ad oggi ha accreditato circa 20.000 organizzazioni sanitarie e ampliato il suo raggio d'azione estendendo le attività d'accreditamento anche a strutture extra-ospedaliere, quali Laboratori Analisi, Strutture Psichiatriche, Reti di Trasporti Medicalizzati, Strutture per Anziani e Strutture Riabilitative.

Partendo dal riconoscimento tributogli a livello nazionale, la JCAHO ha attivato dal 1999 un programma d'accreditamento internazionale tramite la sua divisione Joint Commission International (JCI) che si è specializzata in programmi internazionali di sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria, fornendo servizi connessi con il processo d'accreditamento.

Ad oggi, il programma internazionale ha portato all'accreditamento di 35 strutture ospedaliere in Germania, Italia, Turchia, Austria, Danimarca, Spagna, Irlanda, Brasile, Arabia Saudita,

Emirati Arabi, Tailandia.

La JCI è presieduta da un "board tecnico" composto di 16 membri (medici, infermieri, altri operatori sanitari, amministrativi, rappresentanti di enti sanitari pubblici e comunità locali) in rappresentanza delle diverse aree geografiche mondiali. Il compito di questo comitato è quello di tenere costantemente aggiornati i contenuti tecnici dei programmi d'accreditamento internazionale.

La qualità secondo l'approccio Joint Commission International

Perseguire la qualità nell'assistenza rappresenta la mission della Joint Commission ed il fondamentale

*Dirigente di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private dal 1990 al 2001.

Consulente Pro.ge.a Milano dal 2001.

Consulente Joint Commission International Chicago dal 2001.

Formatore presso Scuole Sanitarie, Scuola Direzione Aziendale (SDA-Bocconi), Associazioni Professionali dal 1991.

Master in Management Sanitario IREF, Milano 1996.

obiettivo della sua metodologia di accreditamento.

La Qualità, nell'approccio Joint Commission, si realizza attraverso programmi di Continuous Quality Improvement gestiti in forma sistematica e con una visione che tenga sempre conto della complessità aziendale e di tutte le sue componenti culturali e professionali. Non è immaginabile alcun percorso di miglioramento della qualità senza il coinvolgimento congiunto dei responsabili clinici, infermieristici e gestionali di un'azienda.

Ad esempio, la realizzazione di un piano per la sicurezza della struttura che risulti in linea con quest'impostazione non potrà che prevedere il diretto coinvolgimento di settori sanitari quali laboratorio e radiologia (anche se nella nostra legislazione esistono vincoli normativi specifici per ciascuno di questi settori).

L'approccio globale alla gestione e al miglioramento della qualità prevede le seguenti cinque fasi:

- Pianificazione strategica della qualità e della sicurezza aziendale;
- Progettazione di processi clinici e manageriali;
- Monitoraggio del livello di funzionamento dei processi attraverso la raccolta di indicatori;
- Analisi dei dati;
- Implementazione e sostegno dei cambiamenti che generano miglioramento.

Ciascuna delle fasi sopra descritte prevede il coinvolgimento di diversi settori aziendali:

- la pianificazione spetta al management aziendale,
- la progettazione deve essere guidata da esperti di settore,
- il monitoraggio può avvenire solo attraverso "raccoltori" opportunamente istruiti,
- l'analisi non può che essere condotta da "lettori" esperti,
- lo sviluppo di programmi di miglioramento ritorna ai progettisti del sistema che ne riferiscono al management aziendale.

Le diverse attività sopra descritte e il loro ripetersi costantemente nel tempo danno luogo al circolo continuo della qualità.

Ma quali debbono essere le aree entro cui concentrare gli sforzi per il miglioramento?

JCI consiglia di tenere sempre sotto controllo le aree ad alto rischio per il paziente o per gli operatori, i settori ad elevata produzione e le attività che hanno generato problemi nel recente passato. Per questo motivo le strutture devono raccogliere indicatori in 18 diverse aree cliniche e gestionali.

Oltre a questa impostazione tipica e necessaria nel processo JCI, l'azienda potrà individuare ulteriori settori clinici e/o gestionali che necessitano di osservazione. Nel corso del tempo, poi, queste "aree opzionali" potranno subire modificazioni relativamente agli oggetti e alle modalità di raccolta dei dati, ma anche riguardo la valutazione delle informazioni necessarie alla misurazione della qualità, così come potranno essere selezionate aree d'indagine diverse da quelle originarie. Ciò che rimane costante è la tensione alla progettazione delle azioni di miglioramento e la lettura dei risultati che queste azioni producono.

Queste fasi, secondo l'approccio Joint Commission, rappresentano il quadro sistematico delle attività che un'azienda dovrebbe intraprendere per fornire un'assistenza sanitaria di qualità in un ambiente sicuro e ben gestito, e rappresentano un capitolo specifico del manuale qualità che tra breve si illustrerà.

L'accreditamento internazionale Joint Commission International

Il processo di accreditamento misura il grado di aderenza di una struttura a un set di standard di qualità internazionali raccolti in un Manuale che viene periodicamente aggiornato e rivisto dal Board JCI.

Il manuale Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals è quindi la base del sistema di accreditamento internazionale.

Gli standard internazionali Joint Commission sono divisi in due grandi aree tematiche, a loro volta suddivise in singoli capitoli di standard:

1. AREA Standard Paziente

- CAP Accesso e continuità cura (ACC)
- CAP Diritti paziente famiglia (PFR)
- CAP Valutazione (assessment) paziente (AOP)
- CAP Cura paziente (COP)
- CAP Educazione paziente e famiglia (PFE)

2. AREA Standard Organizzazione

- CAP Gestione della qualità e sicurezza del paziente (QPS)
- CAP Prevenzione e controllo infezioni (PCI)
- CAP Governo, leadership e direzione (GLD)
- CAP Sicurezza e gestione struttura (FMS)
- CAP Formazione qualificazione personale (SQE)
- CAP Gestione informazioni (MOI).

Il numero totale degli standard JCI è di 368.

Esistono due tipologie di standard: gli standard "bold" (cioè in grassetto) e gli standard "not bold" (cioè non in grassetto). La distinzione si basa sulla diversa importanza attribuita allo standard ai fini dell'accreditamento. Infatti le aziende accreditate devono dimostrare un'elevata compliance con tutti gli standard **bold**, e un'accettabile compliance con tutti gli standard non bold. Gli standard **bold** sono 197, i non bold sono 171.

Uno standard viene considerato **bold** quando soddisfa una delle tre seguenti condizioni:

- a) Tutela dei diritti fondamentali del paziente e dei familiari,
- b) Sicurezza della struttura per pazienti, visitatori e staff,
- c) Riduzione del rischio insito nel processo assistenziale.

Ciascuno standard internazionale Joint Commission presenta la seguente struttura:

- numero
- descrizione
- intento
- elementi misurabili.

Il numero è il progressivo che identifica lo standard.

La descrizione dello standard definisce il livello di qualità attesa che, se raggiunta, permette l'erogazione di assistenza di qualità. È opportuno no-

tare come lo standard non indichi una misura (un numero), ma solo una sorta di “assioma” della qualità. Se una determinata attività ospedaliera è eseguita come descritto dallo standard si può considerare di buona qualità.

L'intento è una spiegazione del razionale di quello specifico standard. Spiega quindi per quale motivo esiste lo standard, ne descrive le componenti e ne spiega le relazioni.

Gli elementi misurabili sono delle sottostrutture che compongono lo standard, rendono esplicito ciò che viene valutato per definire la compliance o meno allo standard. Gli elementi misurabili potranno richiedere documenti scritti, procedure assistenziali, formazione del personale, raccolta di indicatori e misure, processi gestionali. Gli elementi misurabili sono circa 1.700, ciascun elemento misurabile è oggetto di verifica nel corso del processo di certificazione.

Un esempio:

Standard

ACC.1.1 L'azienda sanitaria ha un processo di accettazione e ricovero.

Intento di ACC.1.1

Il processo di accettazione è standardizzato per mezzo di politiche e procedure scritte. Il personale responsabile del processo di accettazione conosce e applica le procedure standardizzate. Le politiche e le procedure indirizzano il processo di accettazione diretta tramite il pronto soccorso e il processo di presa in carico del paziente a scopo di osservazione. Le politiche definiscono anche le modalità di gestione del paziente nel caso in cui le strutture di ricovero siano limitate o non vi siano posti letto disponibili per il ricovero.

Elementi Misurabili di ACC.1.1

1. Politiche e procedure sono utilizzate al fine di standardizzare il processo di accettazione e ricovero.
2. Il personale conosce e segue le suddette politiche e procedure.
3. Le politiche e le procedure definiscono le modalità per il ricovero urgente.
4. Le politiche e le procedure defini-

scono le modalità di ricovero in osservazione del paziente.

5. Le politiche e le procedure definiscono le modalità di gestione del paziente nel caso di non disponibilità di posti letto presso il reparto o l'unità di destinazione o presso altri reparti di degenza all'interno dell'ospedale.

Il percorso per giungere all'accreditamento e il "surveyors team"

Il metodo di accreditamento JCI parte dal principio che la qualità debba essere uniformemente diffusa in tutta la struttura. Non è pensabile un'applicazione “a macchia di leopardo” dei criteri del miglioramento continuo della qualità.

Pertanto, il percorso JCI porta a un risultato che coinvolge tutta l'organizzazione e mai una singola parte di essa; è infatti escluso dalle regole generali l'accreditamento parziale di una struttura.

Un ospedale che intenda accreditarsi secondo il metodo JCI, lo potrà fare solo se tutta la struttura (reparti, servizi, ambulatori, uffici) si sottoporrà all'indagine dei surveyors. Questa regola vale tanto per l'accreditamento internazionale che per quello statunitense (negli USA infatti quando si parla di laboratori accreditati JC ci si riferisce a strutture sanitarie che si occupano solo di analisi di laboratorio, mai a settori di una struttura ospedaliera).

Un'altra regola fondamentale del processo di survey JCI è la massima disponibilità richiesta alle strutture durante la verifica ispettiva. L'agenda dei lavori è nota agli operatori interessati e viene definita con la direzione della struttura, la quale però deve rendersi disponibile ad accogliere i verificatori a qualsiasi ora del giorno anche senza preavviso.

Durante una survey negli USA, il team che la conduceva decise, alla fine della seconda giornata di lavoro, di ritornare la notte per una verifica a sorpresa nell'emergency room che non era sembrata all'altezza degli

standard durante l'attività ispettiva svolta durante il giorno.

L'attività di accreditamento (survey) viene svolta da un team composto da un medico, un infermiere e un amministrativo che, attraverso visite alla struttura e ai reparti, interviste a pazienti e personale, analisi di documenti aziendali, definisce il livello di aderenza di quella struttura agli standard internazionali JCI.

Le attività che il team svolge durante una visita ispettiva sono eseguite sia congiuntamente (ad esempio: intervista alla direzione, presentazione del sistema qualità aziendale) che separatamente (ad esempio: visite ai reparti, interviste all'ufficio personale, visita alla struttura), anche se ciascuno dei verificatori può indagare indifferentemente ciascuna delle aree presidiate dagli standard. Così, può accadere di rispondere a domande sulla compilazione della cartella clinica al verificatore amministrativo, ma allo stesso modo può accadere di rispondere al medico o all'infermiere su questioni riguardanti la sicurezza della struttura da parte del medico.

Uno degli aspetti peculiari di un team JCI è rappresentato dalla totale intercambiabilità dei suoi componenti.

Una visita ispettiva ha una durata variabile a seconda delle dimensioni della struttura da sottoporre a valutazione, solitamente si va da un minimo di tre a un massimo di sei/sette giornate.

L'esito dell'ispezione dipende dal grado di compliance con gli standard, il risultato finale viene validato dagli uffici centrali JCI di Chicago e quindi inviato alle strutture.

L'esito può essere:

- accreditamento totale (con valore triennale);
- non accreditamento;
- accreditamento con riserva (impone un ritorno a distanza di tempo variabile a seconda del grado di scostamento rilevato).

Come dicevamo, il team di verificatori è composto da un medico, un infermiere e un amministrativo. L'accesso a questo tipo di attività è riservato a professionisti che abbiano maturato in campo sanitario significative espe-



rienze professionali in ruoli clinici, assistenziali e gestionali. Per garantire professionalità e uniformità di giudizio i verificatori JCI seguono un percorso di formazione interdisciplinare piuttosto impegnativo, che prevede sessioni d'addestramento teorico e fasi di lavoro sul campo (inizialmente con compiti di osservazione di team esperti e successivamente come osservati da parte di surveyors "anziani").

I progetti avviati: l'esperienza in Regione Lombardia

Attraverso la collaborazione con Pro.ge.a. Srl di Milano, partner italiano di Joint Commission, un primo progetto di sperimentazione della metodologia JCI è stato condotto dalla Regione Lombardia nel periodo maggio 2001-ottobre 2002.

Il progetto non era direttamente finalizzato all'accreditamento delle strutture, ma alla sperimentazione del sistema degli standard di accreditamento JCI in 6 strutture ospedaliere pubbliche e 4 strutture ospedaliere private.

Dalla valutazione delle strutture lombarde secondo gli Standard JCI è emersa l'ottima "adattabilità" del sistema di standard e requisiti JCI al contesto delle strutture analizzate e l'ottima accoglienza delle strutture e del loro personale rispetto al sistema di valutazione proposto (che adottando un approccio e un linguaggio prettamente sanitari viene più facilmente compreso e condiviso dagli operatori italiani).

Il team JCI, presso le 10 strutture coinvolte nel progetto, ha condotto visite ispettive, tenuto incontri di lavoro a gruppi di miglioramento, svolto sessioni di formazione. Dall'analisi degli scostamenti rispetto agli standard JCI (stimabili in un 40-45% sul numero totale degli standard JCI) e delle risorse necessarie ai fini del raggiungimento pieno degli standard JCI è emersa una sostanziale necessità di sforzi di natura organizzativa e, solo in minima parte, di sforzi di natura finanziaria per il raggiungimento dell'accreditamento JCI.

La buona riuscita della sperimenta-

zione ha spinto 5 ospedali a richiedere la visita ispettiva vera e propria. Le strutture coinvolte nella fase "ispettiva" sono state le seguenti:

1. Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI);
2. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano;
3. Istituto Europeo di Oncologia Milano;
4. Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia;
5. Ospedale di Circolo di Saronno.

Le ispezioni sono state effettuate da un team JCI nel mese di dicembre. I risultati ufficiali parlano di accreditamento pieno per le prime quattro strutture e di accreditamento condizionato a un feed back documentale da effettuarsi tra 6 mesi circa per la quinta struttura.

Questo risultato dimostra da un lato la buona qualità dell'organizzazione delle strutture sanitarie italiane, e dall'altro l'adattabilità del sistema degli standard JCI.

Le prospettive future

Pensare oggi a un confronto nazionale, ma anche europeo, tra strutture sanitarie non appare più un'ipotesi improponibile. L'ampia diffusione e la facilità di trasferimento delle informazioni, potranno agevolare percorsi comuni di ricerca e sviluppo nel settore della qualità dell'organizzazione sanitaria. È chiaro che obiettivi di questo genere presuppongono l'esistenza di sistemi di valori e confronto condivisi, sulla base dei quali operare per il raggiungimento di livelli assistenziali di qualità.

Come operatori sanitari dovremmo sentire il forte richiamo a valori e criteri comuni per la ricerca e la misurazione della qualità, evitando così di restringere in modo iperspecialistico il campo di applicazione delle logiche e degli strumenti; solo così potremmo da un lato evitare l'autoreferenzialità e dall'altro rendere noto e comprensibile all'esterno, e in particolar modo ai pazienti, il sistema di valori al quale tendiamo.

