

Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale dell'assistenza domiciliare sociosanitaria

Model proposal for the institutional health and social accreditation in home care

Anna Paola Agnoletto*, Anna Catelani°, Cristina De Sarno*, Bruna Odasmini*, Simone Pauletto, Paola Stenico**, Corrado Tosetto°, Luciano Pletti §, Silvio Brusaferrò **

*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

°Azienda pubblica per i servizi alla persona D. Moro di Codroipo

-Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 7 "Pedemontana" Veneto

**Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

°°Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli"

§Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina"

*#Dipartimento di medicina (DAME) Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Udine

Parole chiave: accreditamento, assistenza domiciliare sociosanitaria, ADI, valutazione, qualità

RIASSUNTO

Introduzione: il percorso di accreditamento delle strutture e dei servizi territoriali è fondamentale per il miglioramento e la crescita verso la qualità e la sicurezza, soprattutto per contesti fino ad ora meno soggetti alla regolamentazione delle attività. Nel caso dell'assistenza domiciliare Integrata (ADI) la principale difficoltà nasce dalla sua specificità, quella di basarsi tipicamente sul fondamentale concorso di risorse informali, professionalmente supportate dalle organizzazioni sanitarie e sociali che contribuiscono, con le loro specifiche attività, a permettere alla persona fragile di continuare a vivere a casa. Sull'applicazione di uno strumento di accreditamento dei servizi domiciliari si è concentrata la ricerca di un gruppo multidisciplinare del Triveneto, che ha ridefinito la concezione di assistenza in questo specifico setting come risultato dell'interconnessione di risorse sanitarie, sociali e comunitarie.

Obiettivi: definire uno strumento di accreditamento dell'ADI che faccia crescere la cultura del miglioramento secondo una visione e una pratica comune per i diversi soggetti coinvolti, motivandone l'adesione ai principi di qualità e sicurezza necessari all'accREDITAMENTO.

Metodi: è stato adottato l'impianto metodologico della "Proposta di modello per l'accREDITAMENTO

Autore per corrispondenza: annapaola.agnoletto@aas4.sanita.fvg.it

istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera” di Agenas (2015) pur carente nella valutazione dell’apporto dei servizi sociali e dei soggetti informali. In particolare, il gruppo ha utilizzato il ciclo di Deming (PDCA) e ha ipotizzato l’introduzione progressiva di criteri qualitativi anche in settori dove usualmente non sono impiegate tali metodologie, rafforzando il concetto del miglioramento continuo della qualità.

Risultati: lo strumento di valutazione sviluppato, composto da sei aree tematiche, dopo la fase di autovalutazione, rappresenterà l’avvio di un percorso propedeutico all’accreditamento istituzionale comune per i tutti i soggetti dedicati alla domiciliarità.

Keywords: accreditation, health and social care, integrated home care, assessment, quality

SUMMARY

Background: the accreditation process for the local structures and services is fundamental way to improving and raising of the commitment towards quality and safety, especially in settings that, until now, have been less engaged in quality control activity. Regards Integrated home care (IHC), the main difficulty is due to its peculiarity, i.e. it is mainly carried out by informal resources, which are professionally supported by health and social organizations that, with their specific activity, allow the patient to stay at home. On the accreditation tool implementation has focused the multidisciplinary team from Triveneto (Italy) research, redefining the care concept in this specific setting as an interconnection between health, social and community resources.

Objectives: to define a HC accreditation tool that can be applied both in social and health organizations. This tool should let the improvement culture grows thanks to an integration of the three subjects through their interest and engagement towards safety and quality requirements, which are necessary for accreditation.

Methods: starting by the analysis of the “model proposal for the institutional accreditation of extra-hospital local care structures” by Agenas (2015), even if lacking in the evaluation of social elements and involved informal subjects, the researchers’ team has adopted the Agenas methodological structure, particularly the Deming cycle (PDCA) on which it is been based, and the team has considered his gradual with implementation of quality criteria even in settings where those methods are not usually employed, thus reinforcing the concept of continuous quality improvement.

Results: the developed evaluation tool, which is made up by 6 thematic areas, will represent the beginning of a path. This path will be preparatory to the institutional accreditation for all the subjects involved in home care.

Introduzione

L’autonomia delle persone fragili e del corrispondente sistema familiare-assistenziale, il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociali nel proprio contesto rappresentano valori da perseguire per una migliore qualità di vita della comunità. In quest’ottica l’assistenza domiciliare, intesa come l’insieme delle attività sanitarie e sociali realizzate nel contesto di vita delle persone, si configura come elemento strategico su cui diverse organizzazioni sono chiamate ad investire attenzioni e risorse a fronte del progressivo aumento della non autosufficienza, cronicità e disabilità nella popolazione (1).

L’accreditamento delle strutture e dei servizi extra ospedalieri è un importante processo di miglioramento che può garantire qualità e sicurezza in particolare a contesti fino ad

oggi poco strutturati e predisposti alla regolamentazione delle attività (2-3). Nel caso dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) la principale difficoltà è legata proprio alla sua specificità, quella di essere realizzata tipicamente con il fondamentale concorso di risorse informali (familiari, assistenti privati, vicinato, volontariato), professionalmente supportate dalle organizzazioni sanitarie e sociali che contribuiscono, con le loro specifiche attività, a permettere alla persona in condizioni di fragilità di continuare a vivere a casa propria (4-6).

L'accreditamento rappresenta uno strumento che consente di migliorare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza degli interventi (7-8). Fino ad oggi, i percorsi di accreditamento hanno trovato maggior sviluppo in ambito ospedaliero, sia relativamente all'accreditamento istituzionale che a quello di eccellenza (9-10).

Inoltre, i diversi modelli organizzativi con i quali nelle regioni l'accreditamento è stato implementato, hanno fatto emergere notevoli differenze e, pur in presenza di una ricca e diversificata normativa, non prevedono il coinvolgimento di tutti gli attori che intervengono, in particolare nel setting domiciliare (11-13). In talune realtà territoriali sono stati intrapresi percorsi di accreditamento limitatamente però all'ambito sanitario, ad eccezione di sporadiche esperienze condotte dai servizi sociali.

Nel processo delle cure domiciliari assumono un ruolo centrale anche tutti gli altri soggetti della comunità che, con finalità diverse, intervengono a domicilio.

In quest'ottica i percorsi di accreditamento territoriale risultano particolarmente complessi dovendo coinvolgere e integrare sia attori istituzionali, già di per sé molto diversi, ma anche risorse informali ed enti "terzi" che a vario titolo intervengono nell'assistenza (14-16).

Assume un ruolo centrale il cambiamento di mentalità che programmi di accreditamento, siano essi istituzionali che di eccellenza, generano nelle persone che agiscono la domiciliarità. Promuovere una logica di autovalutazione o di valutazione condotta da terzi, consente all'organizzazione di mettersi in discussione analizzando i singoli processi e producendo competenze e attenzioni che determinano un percorso di miglioramento e di sicurezza per tutti i portatori di interessi, assistiti ed assistenti (17-19).

Per valutare l'applicabilità di uno strumento di accreditamento nell'ambito della domiciliarità un gruppo di lavoro multidisciplinare del Triveneto, composto da professionisti con esperienza nel tema, ha analizzato la normativa e la letteratura su integrazione sociosanitaria, domiciliarità e assistenza domiciliare giungendo ad una concezione di assistenza nello specifico setting come interconnessione delle risorse proprie dell'ambito sanitario, sociale e comunitario (20-23).

L'assistenza domiciliare (ADI) si realizza grazie ad un complesso di risorse formali e informali, che intervengono al domicilio delle persone in condizioni di fragilità, permettendo loro di continuare a vivere a casa (24-26). Partendo da questa prospettiva critica, è stata analizzata la "Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle

strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera” di Agenas del 2015 che è parsa inadeguata ai setting domiciliari per l’insufficiente valutazione degli elementi del sociale e dei soggetti informali che vi sono implicati (27-30).

Obiettivi

L’obiettivo del lavoro è quello di definire uno strumento di accreditamento dell’Assistenza Domiciliare che favorisca una concreta integrazione dei soggetti coinvolti mediante l’allineamento dei sistemi organizzativi e operativi che li sostengono, attraverso l’interesse e l’impegno degli stessi ad aderire ai requisiti di sicurezza e qualità necessari per accreditarsi. L’elemento fortemente innovativo è rappresentato dalla strutturazione di uno strumento trasversale applicabile in tutte le organizzazioni che operano nello specifico setting che presuppone la volontà di sviluppare una cultura di integrazione forte e di miglioramento della qualità.

È stato adottato l’impianto metodologico del documento di Agenas che trova nel ciclo di Deming particolare valore per un’effettiva implementazione progressiva di criteri qualitativi, anche in ambiti in cui ancora non sono state sperimentate tali metodologie; viene così facilitata l’attivazione del miglioramento continuo per l’accreditamento di tutte le componenti coinvolte nell’ADI.

Materiali e metodi

Dopo la costituzione del gruppo di lavoro, le principali fasi del progetto possono essere così sinteticamente rappresentate:

- revisione del manuale Agenas, della letteratura e della normativa di riferimento;
- condivisione di un linguaggio comune;
- identificazione delle sei aree rappresentative dell’assistenza domiciliare e strutturazione dello strumento di valutazione;
- studio pre-pilota, rielaborazione dello strumento e validazione;
- studio pilota nelle tre regioni.

La modalità operativa condotta dal gruppo per la definizione dello strumento si è basata sul metodo decisionale del brainstorming. Si è proceduto alla lettura del manuale Agenas 2015 e all’approfondimento bibliografico su specifici argomenti. L’attenzione si è focalizzata sul grado di applicabilità dello strumento sia ai servizi sanitari territoriali sia a quelli sociali nell’ambito dell’assistenza domiciliare.

Rispetto alla scelta praticata dalle Regioni e da Agenas per la costruzione del manuale, il gruppo di lavoro ha deciso di mantenere l’approccio generale delle evidenze dei singoli requisiti secondo il ciclo di Deming (P.D.C.A.) considerando che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento.

Diversamente invece, rispetto alla proposta di Agenas, la valutazione dei singoli requisiti e delle evidenze che li compongono è stata declinata con tre possibilità di risposta: conforme (C), non conforme (NC) e non applicabile (NA).

Tale scala di valutazione presuppone una limitata capacità dello strumento di leggere i livelli intermedi di attuazione, in quanto utilizza il modello “pass-fail” dell'accreditamento istituzionale, che appare più appropriato ad una situazione poco standardizzabile ed in evoluzione come stimolo alla crescita.

Gli autovalutatori o i valutatori infatti, sono incentivati a formulare osservazioni relative ad eventuali non conformità definendo il piano di adeguamento con le azioni correttive e le scadenze previste.

In una prima fase lo strumento approntato dal gruppo di lavoro è stato somministrato a un pool di professionisti operanti nei contesti sociali e sanitari territoriali, allo scopo di testare la chiarezza dei singoli item, l'applicabilità e la sostenibilità del percorso di valutazione negli specifici contesti lavorativi, e ad evidenziare eventuali carenze, sia relative alle sei aree sia ai requisiti che le caratterizzano. Ciò ha portato all'evidenza di alcuni punti critici rispetto alle sei aree e ai correlati requisiti. Le osservazioni, discusse nell'ambito del gruppo di lavoro, hanno consentito l'integrazione e modifica dello strumento ove necessario.

La struttura dello strumento riadattato prevede sei aree tematiche, rappresentative della complessità dell'ADI, con il relativo CORE che descrive in sintesi il significato che la singola area vuole esplorare.

Le sei aree sono di seguito elencate:

- “governance e organizzazione” che mette a fuoco la struttura gestionale e direzionale;
- “sicurezza e rischio clinico” che definisce strumenti e metodologie garanti di un'assistenza domiciliare sicura;
- “profilo di ruolo, conoscenze e competenze” che descrive i requisiti minimi professionali e formativi delle figure che intervengono a domicilio;
- “comunicazione e informazione” che riguarda l'efficacia dello scambio di informazioni tra le organizzazioni e i cittadini;
- “strumenti di integrazione nei processi assistenziali”, che individua gli strumenti operativi necessari alla valutazione e presa in carico integrata del bisogno;
- “miglioramento e innovazione”, che rappresenta la capacità dell'organizzazione di evolvere e di ridefinire i propri percorsi a fronte dei diversi bisogni della popolazione.

(vedi Fig.1)

Complessivamente lo strumento è costituito da 26 requisiti con l'esplicitazione dello specifico obiettivo e del razionale, nonché delle evidenze per la soddisfazione di ogni requisito secondo il ciclo PDCA.

Sono schematizzati i criteri di valutazione delle evidenze (conforme, non conforme, non

Area 1 - GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE	
1.1	Pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto
1.2	Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali
1.3	Definizione delle responsabilità
1.4	Valutazione della qualità dei servizi
1.5	Prevenzione dei disservizi e gestione delle segnalazioni
Area 2 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	
2.1	Idoneità all'uso delle strutture e sicurezza nell'accesso a domicilio
2.2	Gestione e manutenzione delle attrezzature
2.3	Gestione dei farmaci e degli elementi nutritivi a domicilio
2.4	Valutazione e gestione dei rischi nei processi assistenziali
2.5	Sistema di segnalazione/gestione degli eventi indesiderati
Area 3 – PROFILO DI RUOLO, CONOSCENZE E COMPETENZE	
3.1	Profili di ruoli e di posizione
3.2	Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica
3.3	Inserimento e addestramento di nuovo personale
3.4	Competenze educative
Area 4 – COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	
4.1	Gestione delle informazioni
4.2	Comunicazione per la continuità assistenziale
4.3	Comunicazione interna e tra gli attori del sistema integrato
4.4	Informazione e comunicazione con i cittadini
4.5	Partecipazione delle persone e dei familiari/caregiver al progetto assistenziale
Area 5 – STRUMENTI DI INTEGRAZIONE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI	
5.1	Accesso al sistema integrato dei servizi socio sanitari e assistenziali
5.2	Valutazione multidimensionale del bisogno
5.3	Progetto Assistenziale Individualizzato
5.4	Percorsi assistenziali integrati
Area 6 – MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE	
6.1	Progetti di miglioramento
6.2	Valutazione e implementazione dell'innovazione tecnologica
6.3	Innovazione tecnico – professionale organizzativa

Fig 1-Lo strumento di valutazione

applicabile). Nell'ambito del percorso di accreditamento istituzionale si è concordato di considerare come "Essenziali" (E), cioè irrinunciabili, le fasi "plan e do" per ogni requisito, presupponendo che le successive fasi siano in esito di un processo di maturazione e sviluppo da implementare progressivamente nell'ambito di un percorso continuo di miglioramento (vedi Fig. 2).

Area 3: PROFILO DI RUOLO, CONOSCENZE E COMPETENZE					
L'organizzazione deve curare che l'operatore possieda, acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività					
REQUISITO 3.4		Competenze educative			
Obiettivo: sviluppare competenze educative del personale ai fini di favorire capacità di cura e autocura dei cittadini e dei caregiver.					
Razionale: lo sviluppo di competenze di cura e di autocura della comunità è uno dei cardini per il benessere dei singoli membri della collettività stessa. Attività rivolte al potenziamento di queste capacità sono parte delle funzioni <i>core</i> degli operatori. È necessario che l'organizzazione preveda quindi specifici programmi formativi con la finalità di sviluppare e potenziare le conoscenze e competenze della cittadinanza, dei caregiver e del singolo assistito che assume un ruolo centrale nel processo decisionale e nelle fasi assistenziali.					
Evidenze per la verifica del requisito			Situazione attuale		
Plan	L'organizzazione ha definito programmi formativi specifici per operatori per favorire la capacità degli stessi di promuovere percorsi di educazione terapeutica e di sviluppo dell' <i>empowerment</i> nei cittadini finalizzato al <i>self care</i> .	E	C	NC	NA
Do	Vi è evidenza dell'attivazione di percorsi formativi che prevedono l'acquisizione di metodologie di educazione terapeutica da parte degli operatori.	E	C	NC	NA
Check	Sono monitorate le conoscenze e competenze acquisite dagli operatori nei percorsi di educazione terapeutica.		C	NC	NA
Act	L'organizzazione sulla base dell'analisi dei dati valuta l'efficacia dei programmi di formazione e programma eventuali azioni di miglioramento.		C	NC	NA

Fig. 2 - Esempio di requisito dello strumento di valutazione

Considerazioni e conclusioni

Gli elementi dello strumento sono stati definiti considerando prioritariamente le caratteristiche proprie dall'assistenza domiciliare, ossia la centralità della persona e di chi l'assiste, da potenziare attraverso il costante riferimento alla dimensione educativa degli interventi. L'*empowerment* diventa elemento strategico della sicurezza e qualità dell'assistenza domiciliare come frutto dell'integrazione di attività svolte con il contributo dalle risorse formali ed informali coinvolte (31).

L'accreditamento istituzionale, pur non essendo strumento sufficiente di per sé a promuovere un miglioramento continuo dei servizi offerti, può configurarsi come il primo passo per definire i criteri minimi da soddisfare per un servizio di assistenza domiciliare di qualità (32-33). In particolare l'integrazione dell'applicazione del ciclo di Deming trasforma un percorso che tendenzialmente si configura come statico, in un

processo dinamico e circolare tendente pertanto al miglioramento continuo.

Lo strumento di valutazione proposto può rappresentare in questo senso l'avvio di un percorso di accreditamento di livello istituzionale per quei servizi dedicati alla domiciliarità, sociali e sanitari, che non hanno ancora intrapreso in modo strutturato alcun processo di accreditamento (34-35). Lo stesso, dopo una fase di prima applicazione e nell'ottica di un miglioramento continuo dei servizi dedicati alla territorialità, potrà anche essere sviluppato ed implementato per essere reso più conforme e specifico.

L'esperienza effettuata dal gruppo si è rivelata particolarmente impegnativa in quanto ha preliminarmente richiesto una condivisione oltre che di linguaggio, di contenuti e valori risultando una occasione unica di confronto di professionalità, vissuti lavorativi ed esperienze diverse estremamente arricchenti per tutti i membri del gruppo.

Lo strumento, ai fini della validazione, verrà ulteriormente sottoposto ad analisi con il metodo del consenso (cosiddetto "consensus-based tool") attraverso la tecnica Delphi, modello revisionale sistematico e interattivo basato su input indipendenti di un panel di esperti selezionati che forniscono, attraverso vari round, opinioni su una specifica tematica fino al raggiungimento della versione o dell'opinione di convergenza e condivisa. Lo strumento una volta validato verrà applicato in via sperimentale in alcuni distretti e servizi sociali appartenenti almeno alle tre regioni individuate per lo studio pilota.

Negli intenti degli autori la compilazione e l'autovalutazione dei requisiti sarà curata dai direttori dei distretti e dai responsabili dei servizi sociali dei comuni individuati, che a loro volta potranno essere coadiuvati rispettivamente da professionisti con funzioni di coordinamento e gestione all'interno delle singole organizzazioni (36).

Per ogni requisito pertanto sono previsti due punteggi distinti: uno riferito al requisito misurato dal Servizio sociale e uno alla valutazione dello stesso nell'ottica sanitaria. La lettura complessiva dei due risultati ottenuti rappresenta il valore di autovalutazione della qualità globale dei servizi, ed è finalizzata ad enfatizzare il concetto di integrazione dei servizi sociali e sanitari e ad analizzare in maniera unitaria la qualità dei servizi soprattutto nell'ottica del cittadino e di quanto complessivamente gli viene offerto.

La valorizzazione dei risultati parziali dei singoli requisiti indagati nell'ambito sanitario e in quello sociale permette ai servizi una lettura delle eventuali criticità e consente ai responsabili delle diverse organizzazioni di focalizzare con immediatezza le aree carenti e maggiormente suscettibili di miglioramento sulla base del ciclo di Deming. Ai fini di una più immediata lettura potrà essere considerata la modalità di rappresentazione del grafico Kiviat o a radar per le 6 aree con evidenza degli specifici requisiti.

Conclusa la fase di sperimentazione sarà possibile una revisione dello strumento per il suo progressivo miglioramento.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”.
- D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 in materia di “Modifica al D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- L.28 dicembre 1995, n. 549 in materia di “Misure di razionalizzazione della spesa pubblica”.
- D.P.R.14 gennaio 1997, in materia di “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- D.lgs.31 marzo 1998, n. 112 in materia di “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59”.
- D.lgs.19 giugno 1999, n. 229 in materia di “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419”.
- D.lgs.18 agosto 2000, n. 267 in materia di “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”.
- L. 8 novembre 2000, n. 328 in materia di “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”.
- D.P.C.M.14 febbraio 2001 recante: “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.
- D.P.C.M. 30 marzo 2001 recante: “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona”.
- D.P.R. 3 maggio 2001 in materia di “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”.
- D.M. 21 maggio 2001, n. 308, Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della L. 8 novembre 2000, n. 328”.
- L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3 recante “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- Direttiva 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, “relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi”.
- D.lgs.12 aprile 2006, n. 163 in materia di “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”.
- L. 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge finanziaria 2007).
- Direttiva Europea 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, “concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza transfrontaliera”.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Piano Nazionale della Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
2. Raccomandazioni ministeriali (numeri: 7,8,12,13,17)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

3. Setti Bassanini MC. Accredimento e sviluppo della qualità dei servizi. Prospettive sociali e sanitarie 2000; (20-22): 27.
4. O.M.S. ICF: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Organizzazione Mondiale della Sanità. Trento: Erickson; 2002.
5. Apicella A, Banchieri G, Di Stanislao F, Goldoni L. (a cura di) Raccomandazione SIQuAS 2012. La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario. <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/integrazione-socio-sanitaria>.
6. Accreditation Canada International. Pratiche organizzative obbligatorie. Manuale 2016. Programma Qmentum International; versione 3, 2015
7. Catalano N, Pasquarella A (a cura di). L'accreditamento. Agenzia per i servizi sanitari regionali, Roma 2000.
8. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health Literacy: Taking action to improve safety and quality. Commonwealth of Australia 2014.
<https://www.safetyandquality.gov.au/publications/health-literacy-taking-action-to-improve-safety-and-quality/>, 2014.
9. Accreditation Canada International. Pratiche organizzative obbligatorie. Manuale 2016. Programma Qmentum International; versione 3, 2015.
10. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale. Monitor 2002 (2): 12-26.
11. Ghetti V, Stea S. L'uso strategico dell'accreditamento: una comparazione tra regioni. Prospettive Sociali e Sanitarie 2010 (16-17): 14-19.
12. Pesaresi F. L'istituto dell'accreditamento: quadro comparativo regionale. Prospettive Sociali e Sanitarie 2010 (16-17): 14-19.
13. Novelli D. L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio sanitari: le esperienze nelle regioni Sardegna e Veneto. Venezia: Edizioni Genisidesign.com; 2008.
14. Regione Emilia Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Integrazione Socio Sanitaria e politiche per la non autosufficienza. Progetto di affiancamento e accompagnamento dei servizi per anziani e disabili verso l'accreditamento verso l'accreditamento definitivo. 2011. https://salute.regione.emiliaromagna.it/documentazione/rapporti/progetto_rer_accompagnamento_servizi.pdf
15. Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna, 2000, Pes, Misure, Soglie nei processi di accreditamento. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento n.5,
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/collane-cessate/sussidi>
16. ARSS del Veneto. Definizione di un programma di accreditamento di eccellenza del Servizio Socio Sanitario Regionale. 2007; 5.
17. Comunità Montana di Valle Camonica – Ufficio di Piano. Accredimento dei servizi socio assistenziali. Elementi di definizione e requisiti. Piano di Zona, 2009/2011 http://www.cmvallecamonica.bs.it/Allegati/all_47371_Documento%20Accreditamento%20dei%20Servizi%20Socio%20Assistenziali-elementi%20di%20definizione%20e%20requisiti.pdf.
18. Assessorato ai Servizi Sociali Regione Veneto. La strada del Sociale nel Veneto. Venezia; 2013.
19. Battistella A, Previdi C. Accesso al Welfare e accreditamento. Prospettive Sociali e sanitarie. 2006; (20): 8-12.
20. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model; An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003; 7(1): 73-82.
21. Battistella A. Accredimento Istituzionale: una sfida difficile. Milano: IRS. Prospettive Sociali e Sanitarie 2001; 21.

22. Caponnetto S. L'accreditamento istituzionale: modello per la qualità o controllo formale. Università Cà Foscari, Venezia, Tesi di Laurea; 2014.
 23. Folgheraiter F, Donati P. Community care, Teoria e pratica del lavoro sociale di rete. Trento Centro Studi Erikson; 1991.
 24. WHO. Home-based long-term care. Report of a WHO study group. Technical Report Series; 898. Geneva: World Health Organization. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, 2000
 25. WHO. Community Home-Based Care In Resource-Limited Settings. A Framework For Action. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/isbn9241562137.pdf . 2002
 26. WHO. Key Policy Issues in Long-Term Care. World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: World Health Organization. whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562250.pdf. 2003
 27. Agenas. Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera giugno 2015
 28. Tilli C. Valutazione di qualità e servizio sociale un connubio possibile? Rassegna di Servizio Sociale, 2003; 3.
 29. Zennarolla A. Costruire qualità sociale – Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi Scienze Sociali, Solidarietà, Formazione. Milano: Franco Angeli; 2007.
 30. Elia P. Valutare la qualità dell'intervento sociale. Torino: Conedis; 2000.
 31. Fosti G, Tognetti S. Qualità e orientamento al cliente nei servizi di assistenza domiciliare per anziani. Milano: Franco Angeli; 2002.
 32. Brusaferrò S, Cambieri A, Cantaro S.P, La Pietra L, Marcolongo A, Mura I, Pascu D, Privitera G, Romano G, Tricarico P. La gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: standard minimi per le organizzazioni sanitarie italiane Roma: Iniziative Sanitarie; 2013.
 33. Ranci Ortigosa E. La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Milano: Politiche Sociali Franco Angeli; 2000.
 34. Ministero della Salute. La qualità del Servizio Sanitario Nazionale. In "Le risposte attuali del Servizio sanitario Nazionale". <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaCapitoloRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=qualita&lingua=italiano>, 2011.
 35. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali Area degli interventi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, Servizio Sistema Integrato degli interventi e dei servizi sociali. Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona. 2012.
 36. Garena G, Gerbo A.M. Qualità e Accredimento dei Servizi Sociali Elementi per la costruzione di un Manuale di autovalutazione. Rimini: Maggioli Editore; 2010.
- Ultimo accesso ai siti e link: 30 marzo 2019

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno