

Accreditamento volontario all'eccellenza: la proposta della Società Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria (VRQ) per il 2000.

Carlo Liva

Responsabile Accreditamento – Soc. It. per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (VRQ)

1. Premessa

L'accreditamento dei servizi sanitari é nato negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo, e si é successivamente diffuso in molti paesi, mantenendo nei diversi contesti elementi costanti e comuni. Tra le molte definizioni di accreditamento utilizzate, riportiamo nella tabella 1 alcune delle più significative, anche perché formulate da alcuni tra gli organismi più autorevoli sul tema.

JCI (Joint Commission International)

L'accreditamento è un processo nel quale una organizzazione esterna alle strutture sanitarie, usualmente non governativa, valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. L'accreditamento è solitamente volontario. Gli standard di accreditamento sono normalmente considerati ottimali e raggiungibili. L'accreditamento fornisce all'organizzazione una mandato visibile per migliorare la qualità delle cure fornite ed assicurare un ambiente di cura sicuro.

(International Accreditation Standards for Hospitals, Preview Edition, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 1999)

ExPeRT (External Peer Review Techniques)

Processo con il quale un soggetto abilitato valuta un individuo, una organizzazione, un programma od un gruppo, e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti quali standard o criteri.

(ExPeRT Bulletin 1996)

ISQua (International Society for Quality in Health Care)

L'accreditamento è il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standards prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario.

(Regole operative della federazione, 1998)

Tabella 1: Definizioni di accreditamento

Come illustrato nelle definizioni riportate, i programmi si basano su un processo di autovalutazione e di revisione tra pari focalizzati sul miglioramento continuo. Questi processi valutativi sono finalizzati ad indirizzare i processi, i risultati e le strutture al miglioramento continuo dei sistemi di erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'attivazione dei programmi di accreditamento si può riportare a tre motivazioni (11):

1. Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi.

2. Interesse delle associazioni professionali e delle Società Scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti come parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti.

3. Richiesta alle strutture sanitarie, da parte dei soggetti pagatori, di corrispondere a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione ai sistemi di pagamento.

Le prime due motivazioni restano alla base dei programmi di accreditamento professionale, mentre la terza costituisce il fattore determinante la diffusione dei programmi di accreditamento obbligatorio o istituzionale.

Negli ultimi anni il quadro a livello internazionale si è notevolmente modificato. In tutti i settori, i cittadini sono andati sviluppando una maggiore coscienza dei propri diritti, una crescente richiesta di informazioni e di possibilità di scelta. A fronte di questo profondo cambiamento culturale, i sistemi ed i tecnici dei diversi settori fanno fatica ad adeguarsi, e ciò vale per i più vari settori, dalla burocrazia ai trasporti, dalle telecomunicazioni alla scuola. Nel settore sanitario il processo è crescente ed i cittadini non accettando più un rapporto di tipo passivo con i sanitari, situazione ulteriormente complicata dal fatto che il cittadino comune fa fatica ad accettare l'incertezza e la variabilità che è sempre sottesa alla pratica medica, incertezza e variabilità che hanno permesso ai medici di comportarsi talvolta con margini di arbitraria discrezionalità senza garanzie ed attenzione ai reali interessi e valori dei singoli e delle collettività. La definizione stessa di utente (o come si preferisce ormai chiamarlo, "cliente") si è dilatata, non comprendendo più solo il paziente e la sua famiglia, ma la comunità ed il contesto culturale e sociale in cui l'organizzazione è collocata, e di cui deve essere parte integrante. Si è andato diffondendo, come elemento di confronto, il concetto di "stakeholders", che comprende tutti coloro che "hanno interesse" alle attività svolte e a che queste siano valutate positivamente da tutti i soggetti. Da quanto detto, nasce l'esigenza di nuovi modelli di riferimento, che non abbiano solo una valenza "interna", ovvero utilizzabile e riconosciuta solo dai tecnici, ma "interna ed esterna" o, se si preferisce, "trasversale", ovvero riconosciuta come valida ed appropriata sia dagli operatori che dai clienti, verificabile, comparabile, in grado di assicurare sui livelli qualitativi dell'organizzazione e del prodotto, ma anche sull'attenzione al cliente (in senso esteso) e sul miglioramento continuo.

Le fondamentali esperienze del mondo anglofono si sono storicamente focalizzate sui processi tecnici ed organizzativi, sul coinvolgimento dei professionisti, approfondendo poi aspetti come l'integrazione dei servizi e delle attività, in uno sforzo concentrico sui bisogni dell'utente. Più recentemente (specie da parte di australiani e statunitensi) si è cercato di identificare una serie di indicatori (di processo e di esito) che dovrebbero meglio informare sui livelli qualitativi degli esiti degli interventi delle organizzazioni, e che queste sono richieste di raccogliere per monitorare le proprie attività. Questa linea di sviluppo è particolarmente interessante e stimolante, ma i risultati prodotti dalle ricerche e dalle sperimentazioni sono ancora limitati.

Vi è anche uno sforzo per addivenire alla definizione di modelli e processi condivisi e validati a livello internazionale. A questo proposito sono in fase avanzata tre esperienze estremamente interessanti:

- il progetto ExPeRT, programma finanziato dalla Unione Europea conclusosi nel '99, che ha svolto una analisi ed una comparazione dei diversi modelli utilizzati nel mondo ma soprattutto in Europa, al fine di identificare i percorsi più condivisibili
- il programma ALPHA, promosso dalla ISQuA (International Society for Quality in Health Care), di valenza mondiale, i cui principali protagonisti sono ancora statunitensi, canadesi ed australiani, ma che vede coinvolti direttamente esperti di oltre 20 paesi; l'obiettivo è comparare le esperienze per ricercare uno strumento in grado di "accreditare gli accreditatori", ovvero definire una serie di criteri di accreditamento dei soggetti che gestiscono il processo di accreditamento
- la proposta della Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali, che, pur essendo coordinata dall'organismo americano, è stata prodotta da un gruppo di esperti di tutti i continenti, ed è disegnata per essere tendenzialmente applicabile in qualunque paese.

2. Il percorso della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza.

In questo contesto culturale, di ricerca e promozione, va collocata anche l'esperienza sull'accREDITAMENTO sviluppata nell'ambito della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza (VRQ). Fin dalle prime esperienze, il principio di riferimento é stato la promozione del miglioramento continuo, ovvero stimolare gli operatori all'analisi dei servizi ed al loro miglioramento.

Gli obiettivi dei programmi sono stati:

- stimolare il coinvolgimento dei professionisti in programmi di miglioramento;
- favorire la analisi delle organizzazioni e, ove necessario, la riprogettazione delle stesse;
- fornire consulenza, aiutare i professionisti e le organizzazioni sanitarie a migliorare la qualità delle cure per i pazienti;
- promuovere l'autovalutazione, come strumento di costante monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa; l'autovalutazione non é sostitutiva della valutazione esterna, ma integrativa, al fine di mantenere attiva l'attenzione sulla qualità comparando l'autovalutazione (che è continua) con la valutazione esterna (che è periodica);
- ottimizzare i risultati, ovvero produrre i migliori risultati possibili.

Per realizzare questi obiettivi, si é fatto uno sforzo particolare sugli strumenti di valutazione/comparazione, ovvero sui criteri di buona qualità, che devono avere alcune caratteristiche:

- misurabilità: possibilità di verificare se la condizione sia o meno presente, o addirittura una sua determinazione graduata, intesa come diversi livelli di adesione al criterio stesso;
- riproducibilità: identico giudizio espresso davanti alla stessa condizione da parte di osservatori diversi, o dallo stesso osservatore in momenti diversi;
- accettabilità: i soggetti coinvolti devono accettare che determinati fattori vengano sottoposti a valutazione;
- congruenza: correlati a fattori di qualità ed agli obiettivi del programma;
- specificità: permettono di misurare i fattori di qualità che interessano, e solo quelli; in altre parole, sono influenzati solo dagli elementi previsti, e non invece da altri estranei agli obiettivi dello studio.

I criteri non vogliono indicare la situazione attuale/statica, ma una linea di tendenza sulla quale coinvolgere il maggior numero possibile di soggetti, e le informazioni raccolte e le interpretazioni elaborate durante la visita sono trasmesse ai visitati per aiutarli a capire meglio la loro realtà aziendale. Da quando, all'inizio degli anni '90, furono pubblicati in Italia alcune analisi delle esperienze internazionali (12), e nel '92 si realizzò la prima esperienza di accREDITAMENTO (10), si sono fatti notevoli passi in avanti, in parte anche favoriti dalla introduzione dell'accREDITAMENTO obbligatorio con il Decreto Legislativo 502/92.

In questo modo, per vie e con motivazioni diverse, l'accREDITAMENTO entrava sulla scena italiana. I primi ad attivarsi furono i professionisti, con numerosi gruppi che realizzarono esperienze e tentativi di applicazione al loro specifico di questo modello. Tra le molte, ricordiamo, oltre alla già citata Società di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (6, 10), la Società Italiana di Endoscopia Digestiva (1), l'Associazione Medici Diabetologi (9), Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (8), la Società di Igiene (3), i Servizi di Salute Mentale (4), le Residenze Sanitarie Assistenziali (13), i Servizi Infermieristici Ospedalieri (5), la Società di Medicina dello Sport, un gruppo intersocietario per i Laboratori di Analisi, e altri gruppi di lavoro in numerosi settori, quali le Centrali Operative del 118, gli ambulatori odontoiatrici. Esperienze diverse, ma di grande interesse, sono state anche quelle dei laboratori analisi di Padova e Verona, che si sono fatti accREDITARE dal programma volontario all'eccellenza inglese del CPA (Clinical Pathologist Accreditation), ed infine quella condotta dall'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna, che ha sviluppato un progetto di sintesi tra le esperienze di accREDITAMENTO volontario del mondo anglofono ed il modello ISO 9000, ricavandone una chiave di

lettura originale molto strutturata, che diverrà il programma di accreditamento istituzionale di quella regione.

Nell'esperienza della SIVRQ, i primi elenchi di criteri sviluppati erano stati essenzialmente un lavoro di sintesi, tra i documenti stranieri e le specificità del contesto italiano. Tra il 1994 ed il 1995 venne approfondito il lavoro di ricerca e di elaborazione teorica, per definire un modello generale, utilizzando l'analisi sistemica come chiave di lettura dell'organizzazione sanitaria, alla luce di numerose esperienze anche italiane sul tema (2, 7, 14). La focalizzazione si era spostata maggiormente sugli aspetti organizzativi, specie quelli generali. Questa nuova impostazione è stata sperimentata per la prima volta con un gruppo di lavoro della Società di Igiene coordinato dal prof. Di Stanislao, per l'accreditamento dei Servizi di Prevenzione (3).

Nella definizione dei diversi documenti si è seguito un percorso che ha visto il confronto tra esperti di settore, con una discussione guidata da esperti di metodologia della qualità e dell'accreditamento. Gli specialisti hanno fornito le loro conoscenze per identificare gli elementi più critici per garantire la qualità dello specifico settore, ma la discussione era filtrata da esperti di metodologia per evitare eccessi tecnici e visioni troppo ristrette.

Le esperienze od i tentativi in questo campo sono stati vari, in alcuni casi, per altro limitati, si sono elaborati solo "esercizi di stile" o modelli teorici impraticabili, ma nella maggioranza dei casi le esperienze sono state quanto meno occasione di riflessione dei professionisti su quelle che sono le loro realtà operative, i fattori condizionanti i livelli qualitativi, le proposte per il miglioramento.

Oggi la SIVRQ ha ritenuto necessario fare un passo in avanti. Vi è la necessità di un modello omogeneo, in cui tutta l'organizzazione possa riconoscersi, anche al variare dei contesti specialistici. Si richiede quindi un modello "trasversale", funzionale a tutta l'organizzazione sanitaria, per meglio garantire i valori di efficacia, efficienza, trasparenza, responsabilizzazione, sicurezza, ma nello stesso tempo permetta agli operatori di trovare un linguaggio e metodologie condivise/condivisibili, comprensibili e praticabili.

Ancora una volta, si è fatto questo guardando innanzi tutto all'esperienza del Nord America e dell'Australia, ma confrontandosi anche con altre esperienze, come quelle inglesi e catalana.

Anche le esperienze fatte con diverse società scientifiche italiane sono state importantissime, per permetterci di capire quali erano i percorsi realmente praticabili, le cose che si potevano fare o le cose che non era ragionevole ipotizzare, in quanto o non erano state praticabili od il rapporto costo/benefici era poco conveniente.

I programmi di accreditamento obbligatorio regionale, pur se in maggioranza ancora sperimentali, sono stati occasioni di confronto diffuso in diversi contesti ed anche di sperimentazione di modelli diversi, talvolta con scoperta di difficoltà impreviste o sottovalutate. Particolare rilevanza hanno avuto nel richiamare l'attenzione degli organi istituzionali sui problemi qualitativi, sull'organizzazione efficace, la trasparenza, la affidabilità dei sistemi. Ciò ha trovato particolare evidenza nel recente decreto legislativo 229/99 ("Decreto ter di riordino del SSN") che ha approfondito la tematica dell'accreditamento, dando una serie di indicazioni, e soprattutto riconoscendone le capacità di promozione e garanzia della qualità, oltre che di qualificato strumento di selezione dei fornitori di prestazioni per criteri di qualità. Un punto particolare è quello ove si prevede la partecipazione delle strutture a programmi di accreditamento professionale tra pari (art. 8 quater, comma 4), aspetto interessante, che potrà trovare occasioni di sperimentazioni e di sviluppo, specie laddove gli organismi istituzionali non riuscissero a fornire le risposte adeguate.

Nella realizzazione di questa proposta, abbiamo anche guardato con particolare attenzione a quei modelli che si stanno diffondendo a livello internazionale, seppur ancora limitati in sanità, ovvero le ISO 9000, i premi qualità (Baldrige negli USA, European Quality Award in Europa). Nelle ISO è particolarmente significativa la necessità di chiarezza nella definizione dei processi e delle responsabilità, mentre si evidenziavano i limiti della concezione statica della qualità (che peraltro sembra sarà superata con il nuovo modello, chiamato "Vision 2000") oltre alla grande mole di documentazione necessaria. Nei modelli dei premi gli elementi più interessanti sono il coinvolgimento diffuso e la concezione della qualità come tensione continua di tutta l'organizzazione.

3. La proposta

Il modello che qui proponiamo va inserito nel quadro delle attività volontarie finalizzate al miglioramento ed alla promozione della qualità. Esso vuole porsi, come è detto nelle definizioni riportate all'inizio, quale strumento per "il processo di autovalutazione e di revisione esterna tra pari", come "mandato visibile per migliorare la qualità". Si configura quindi come strumento volontario di supporto alle organizzazioni ed agli operatori, per aiutarli a valutare, individuare opportunità di miglioramento, definire obiettivi e percorsi, misurare risultati. Il documento si articola in una parte comune e una serie di parti di settore. La parte comune è un insieme di criteri organizzativi "trasversali", ovvero che devono essere soddisfatti da qualunque soggetto (ospedale, poliambulatorio, ma anche singolo servizio/unità operativa) voglia fare il percorso di accreditamento volontario. Vi è poi un capitolo sui criteri generali di struttura ospedaliera, seguito da capitoli di settore (direzione medica ospedaliera, pronto soccorso); a questi confidiamo potranno seguirne molti altri, per le specifiche esigenze settoriali, anche se tendenzialmente è preferibile una maggiore trasversalità dei criteri, limitando le specificità agli aspetti essenziali. Il documento si conclude con un breve glossario di chiarimento su alcuni termini utilizzati.

La proposta può essere utilizzata come semplice di griglia di valutazione e progettazione per le proprie realtà, ma più opportunamente queste dovrebbero essere seguite da una valutazione esterna svolta da professionisti esperti ("revisione tra pari"), che siano in grado di formulare giudizi oggettivi ed eventuali osservazioni e consigli. A questi potranno seguire azioni di miglioramento e riprogettazione più oggettive ed appropriate. E' comunque necessario che la struttura si dia un'organizzazione adeguata, dove la qualità sia identificata come priorità strategica, costituisca la base per tutte le valutazioni ed i programmi, sia condivisa e diffusa. Ciò può essere ottenuto progressivamente, iniziando con obiettivi limitati, da estendere progressivamente su di una linea di priorità/fattibilità definita di volta in volta, ma avendo chiaro l'obiettivo finale complessivo, che è quello indicato dal documento nel suo insieme.

Riportiamo qui di seguito un possibile percorso organizzativo per l'implementazione di un programma di accreditamento, tratto da un nostro precedente lavoro (11):

1. Individuazione del responsabile del programma. Deve essere scelto tra le persone con maggiori capacità di organizzazione e gestione delle relazioni umane. Deve godere della stima degli operatori ed essere pienamente convinto della validità ed importanza del programma. Avrà una certa autonomia nella gestione del programma, pur tenendo costantemente aggiornati i dirigenti. Predisporrà la pianificazione generale ed attuativa, si occuperà di controllare durante tutto il percorso che gli incaricati svolgano le attività previste nei modi e nei tempi stabiliti.
2. La sensibilizzazione operatori costituisce un prerequisito essenziale per il successo del programma; potrà essere ottenuta con modalità e profondità diverse a seconda dei contesti e della complessità delle strutture; deve essere ben chiara ed esplicita l'importanza che la direzione (primario o direttore, a seconda del contesto coinvolto) assegna al programma, ed il suo costante coinvolgimento e supporto allo stesso; possono essere necessarie azioni formative più approfondite, mirate su specifici soggetti, quali i responsabili delle diverse linee di azione, o i responsabili di sezioni o moduli.
3. Analisi del manuale, con attenta lettura dei criteri al fine di chiarire il significato, le richieste di documentazione e di attività previste.
4. Segue l'analisi del servizio e la comparazione con i criteri; in questa fase si valutano le differenze tra la qualità attesa (indicata dai criteri) e la qualità attuale del servizio. Spesso in questa fase si rilevano due atteggiamenti estremi: a) "non ce la potremo mai fare", b) "queste cose le abbiamo già". Nessun servizio si trova in nessuna delle due condizioni, ma i responsabili devono avere presente la tendenza a questo tipo di autovalutazione, come pure tutte le varie forme di

resistenze interne, variamente motivate. L'analisi deve essere attenta, motivata e non superficiale, cercando di capire esattamente quali sono le richieste e quale è l'oggettiva situazione esistente nel servizio. Questa fase può impegnare un certo tempo, e richiedere uno sforzo non indifferente, ma è essenziale per le fasi successive.

5. Scelta delle priorità. Ogni servizio troverà un certo numero, più o meno grande, di inadeguatezze, e difficilmente potranno essere affrontate tutte contemporaneamente. E' preferibile scegliere delle priorità, che potrebbero essere aspetti più critici (rischi per gli operatori o per i pazienti), oppure problemi che richiederanno molto tempo. Qualche volta, specie dove vi sono poche esperienze nelle attività di miglioramento, può essere preferibile affrontare all'inizio temi "semplici", in quanto possono costituire una palestra di addestramento, oltre ad essere subito gratificanti per i partecipanti. Si dovrà anche tenere conto delle effettive risorse disponibili.

6. Pianificazione delle attività di miglioramento. Per ogni priorità scelta dovrà essere definito un programma di miglioramento/adeguamento, con un preciso responsabile, obiettivi da raggiungere, risorse disponibili, scadenze di controllo durante il percorso e di raggiungimento dell'obiettivo. E' opportuno che tutto ciò sia esplicitato e costantemente verificabile, ad esempio con affissione sulla bacheca del servizio, oltre che nelle riunioni periodiche.

7. Attuazioni programmi, in base a quanto stabilito, ma con costanti verifiche ed eventuali correzioni. L'attenzione deve essere sempre mantenuta alta, ed è importante che anche il responsabile del servizio manifesti la costanza del suo interesse ed impegno. Deve essere svolto un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento, preferibilmente con occasioni formali di resoconto dei rispettivi responsabili.

8. Verifica interna. Quando si ritiene di avere svolto adeguatamente i diversi programmi e raggiunto gli obiettivi prefissati, è utile fare un'azione di verifica complessiva del programma, svolgendo una vera e propria visita, a somiglianza di quella che sarà svolta dai visitatori esterni. Ciò dovrebbe essere fatto anche nei dettagli, come visione dei documenti previsti e visita alle diverse parti del servizio.

9. Quando il servizio si sente pronto, può richiedere la verifica esterna.

10. A conclusione della visita, è necessaria un'attenta analisi della valutazione esterna, sia della relazione conclusiva che dei risultati della compilazione del questionario. Ciò permetterà di comprendere meglio la propria posizione verso le richieste, ma anche di capire se e dove si sbagliato nel giudizio. Questa fase è particolarmente importante in quanto costituisce una ottima occasione di addestramento all'autovalutazione, grazie al confronto della propria valutazione con quella degli osservatori esterni, aiutando a ridurre soggettività ed unilateralità dei giudizi.

11. Inizia quindi la nuova pianificazione, in base alle carenze ancora presenti od ai nuovi obiettivi stabiliti.

12. Si attiva così un programma di miglioramento continuo, che è il reale obiettivo strategico dei programmi di accreditamento, non solo sui criteri previsti nei manuali, ma su tutti gli aspetti che possono influenzare la qualità nei servizi sanitari.

In questo momento le attività di accreditamento volontario sono gestite dalla SIVRQ, che con le proprie risorse fornisce supporto metodologico e, a richiesta, organizza le visite di valutazione. Confidiamo che prossimamente si renda possibile un'organizzazione più adeguata, quale la creazione di un organismo indipendente, espressione del mondo professionale, in grado di supportare più adeguatamente questi programmi.

Infine, vogliamo rimarcare che questo documento, pur frutto di un lungo lavoro di preparazione, non vuole essere conclusivo. Saremo grati a quanti vorranno fornire i loro suggerimenti, proposte, critiche od osservazioni. A livello di Società cercheremo di proseguire in questa attività di promozione e diffusione, considerando anche il programma per l'accreditamento come un divenire di continuo miglioramento.

Ringraziamenti

Il lavoro di preparazione di questa proposta è stato molto lungo e faticoso, ed ha richiesto confronti a tutto campo. Desidero ricordare tra i contributi più significativi in preparazione di quest'opera quello del prof. Pierluigi Morosini, instancabile esegeta dei meccanismi profondi dei processi per la qualità, e quello del prof. Franco Di Stanislao, amico e maestro.

Nella revisione complessiva del documento è stato essenziale un gruppo di lavoro della sezione veneta della Associazione Italiana Direttori Medici, dei cui componenti riporto con gratitudine i nomi in calce. Questi colleghi, grazie alla loro notevole competenza ed esperienza, all'abitudine alla attenzione ai particolari, alla quotidiana pratica gestionale di strutture complesse, hanno permesso di addivenire ad una versione avanzata del documento.

Dr. Francesco Bisetto	U.L.S.S. N. 15
Dr. Annamaria Brosolo	U.L.S.S. N. 8
Dr. Maria Grazia Carraro	U.L.S.S. N. 9
Dr. Giovanni Dal Pozzolo	U.L.S.S. N. 3
Dr. Renata De Candido	U.L.S.S. N. 6
Dr. Daniele Donato	Azienda Ospedaliera Di Padova
Dr. Rita Finotto	U.L.S.S. N. 10
Dr. Renato Schiavello	U.L.S.S. N. 20
Dr. Vittorio Selle	U.L.S.S. N. 19
Dr. Gian Luigi Tarondi	Azienda Ospedaliera Di Verona

Bibliografia:

1. - De Masi E., Liva C.: Criteri di Accreditemento dei Servizi di Endoscopia Digestiva. In "Atti Congresso Nazionale delle Malattie Digestive, Incontro Pre-Congressuale su VRQ e Linee Guida in Gastroenterologia", Firenze, pag 34-47, 1994.
2. - Di Stanislao F., Liva C.: L'Accreditemento dei Servizi: proposta di un modello. NAM, 1996,1.
3. - Di Stanislao F., Renga G. et al.: Manuale di Accreditemento del Dipartimento e dei Servizi di Prevenzione. Pubblicato da: Dipartimento di Igiene e Medicina di Comunità, Università di Torino, 1995.
4. - Erlicher A., Rossi G.: Manuale di accreditemento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale. Centro Scientifico Editore, Torino 1999.
5. - Liruti M. : L'accreditemento del Servizio Infermieristico: una proposta. Foglio Notizie IPASVI, n. 3, pp XXIII-XXIX, 1997.
6. - Liva C. : VRQ e Accreditemento. In "Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza, 118", Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.
7. - Liva C., Di Stanislao F.: L'Accreditemento dei Servizi Sanitari. NAM, 1996,1.
8. - Liva C., Crimi G., Basaglia N. et al.: L'accreditemento dei Servizi di Fisiatria. Giorn.Ital.Med.Riab., vol 9,1,pp 3-7, 1995.
9. - Liva C., Noacco C.: L'Accreditemento dei Servizi di Diabetologia. Il diabete, Vol 7, 1, marzo 1995, pag 34-38.
- 10.- Liva C., Tosolini G., Venturini P. et al.: L'accreditemento dei servizi sanitari: un'esperienza pilota in Friuli-Venezia Giulia. NAM, 1994, 1:33-39
11. – Liva C.: L'accreditemento volontario professionale: l'esperienza italiana. In "L'Accreditemento dei Servizi Sanitari in Italia", F. Di Stanislao, C. Liva, Centro Scientifico Editore, Torino 1998
- 12.- Morosini P.L.: Nuove tendenze dell'accreditemento alla luce del sistema di accreditemento australiano. QA, 1992; 2:13-22.
- 13.- Morosini P.L., Piergentili P.: Accreditemento volontario di eccellenza per le Strutture Residenziali per Anziani. Ed. Vega, S.Lucia di Piave1998.
- 14.- Perraro F., Di Stanislao F., Liva C.: L'accreditemento dei Servizi Sanitari: strumento per qualificare la qualità dell'assistenza. QA, 1996; 1:3-14