Governo clinico e sicurezza del paziente

Governo Clinico

si intende

un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità

Governo clinico

Mira a migliorare qualità e sicurezza dei sistemi sanitari attraverso l'identificazione delle situazioni di rischio per i pazienti e successivamente la realizzazione di interventi atti a prevenire o controllare tali rischi

Processo sistematico (processo di qualità) di identificazione del rischio, valutazione, implementazione, monitoraggio e revisione continua per ridurre il rischio di danno ai pazienti (tema di sicurezza), allo staff e ai visitatori e il rischio di perdita dell'organizzazione stessa

NORMATIVA

2003

Commissione ministeriale primo documento "Risk management in sanità. Il problema degli errori"

2005

Inizio **Raccomandazioni ministeriali**

2006-08

Nel Piano Sanitario Nazionale si cita la gestione del rischio clinico e **la tutela della sicurezza del paziente** e come elementi fondamentali

2009

Istituzione del **SIMES** (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), un sistema informatico centralizzato che raccoglie

NORMATIVA

2012

2012

Legge n. 189 (c.d. "Balduzzi")

2013

Legge di stabilità

…. Prevede la gestione del risk management

2015

DM **70/2015**

"Standard Qualitativi e di Sicurezza delle Strutture Ospedaliere" "Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali

2016

Legge di stabilità

…. attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)"

2017

Legge 24/2017

("Gelli-Bianco")

GIORNATA NAZIONALE

Istituita la "*Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita*", sarà il 17 settembre di ogni anno

05 APR - Ieri sera, durante il Cdm,
proposta del Ministro della salute
Ministri e ha quindi accolto l'istan
Clinico dell'Area Assistenza ospe

World Health Organization

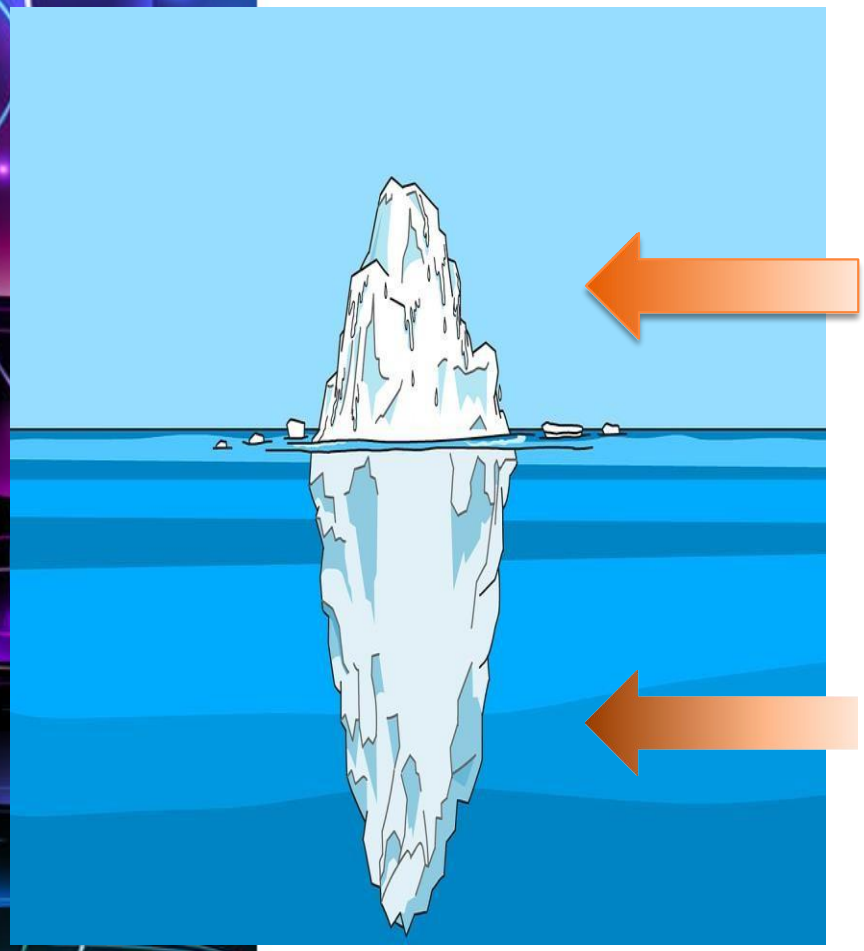
World Patient Safety Day 17 September 2021

Announcing World Patient Safety Day 2021

World Patient Safety Day was established in 2019 by the Seventy-second World Health Assembly through the adoption of resolution WHA72.6 – "Global action on patient safety". The Day is firmly grounded in the fundamental principle of medicine – first do no harm. World Patient Safety Day builds on a series of successful annual global ministerial summits on patient safety which began in London and Bonn in 2016 and 2017, respectively. The overall objectives of the Day are to enhance global understanding of patient safety, increase public engagement in health care safety, and promote global action to prevent and reduce avoidable harm in health care. Each year a theme is selected to shed light on a priority area critical to patient safety and ultimately the achievement of universal health coverage.

The theme selected for World Patient Safety Day 2021 is **"Safe maternal and newborn care"**, due to the significant burden of risks and harm women and newborns are exposed to when receiving unsafe care during childbirth. Despite the significant progress made in reducing maternal and neonatal mortality, the SDG 3 targets are still far from being achieved. The issue has been further compounded by the COVID-19 pandemic, which has led to the disruption of essential health services due to breaks in supply chains, women's inability to access care, and the shortage of skilled health professionals. Even before the pandemic, approximately 810 women and 6700 newborns died daily, with the causes occurring mainly around the time of childbirth. About 2 million babies were also stillborn every year, with over 40% occurring during labour. Most of these deaths and stillbirths are avoidable through the provision of safe and quality care by skilled health care professionals working in supportive environments. Since maternity care is also affected by issues of gender equity and violence, women's experiences during childbirth have the potential to either empower or to inflict damage and emotional trauma on them. Therefore, this year's campaign slogan – **"Act now for safe and respectful childbirth!"** – calls on all stakeholders to accelerate the actions necessary for ensuring safe and respectful childbirth. It is envisaged that the momentum generated by World Patient Safety Day 2021 will revamp stakeholders' efforts to achieve universal health coverage for all women and newborns and ultimately the maternal and newborn SDG 3 targets.

CULTURA
della sicurezza

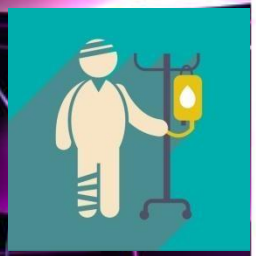


Clima relativo alla sicurezza:
i segni visibili delle attitudini e delle percezioni dei lavoratori in un dato momento di tempo.

Cultura della sicurezza:
combinazione di valori, convinzioni e stili che stanno sotto la superficie e definiscono lo scenario.
Non sono facilmente visibili senza immergersi sotto la superficie.

Cultura della sicurezza

Per il paziente



Questione **etica, deontologica**: “primo, non nuocere”

Per l’operatore

Lavorare in sicurezza
è
utile a tutti.

Si evita la *2nd victim*

Per la reputazione e i costi

Minori rischi =

maggior qualità =

migliori

performance

Gli eventi avversi costano: terapie, durata della degenza, risarcimenti, burnout degli operatori

Determinanti del governo clinico

- Formazione continua
- Gestione del rischio clinico
- Audit clinici
- Medicina basata sulle evidenze
- Linee guida e percorsi assistenziali
- Gestione reclami e contenzioso
- Comunicazione e documentazione
- Ricerca e sviluppo
- Esiti
- Collaborazione multidisciplinare
- Coinvolgimento dei pazienti
- Valutazione del personale

STRUMENTI
per la gestione del rischio clinico

Implementare e monitorare

- **Come voglio raggiungere le nuove aspettative (indicatori)**
- **In quali tempi?**
- **Chi è responsabile della messa in opera dei miglioramenti?**
- **In quali strutture inizio l'applicazione? Su tutte, su alcune strutture pilota?**

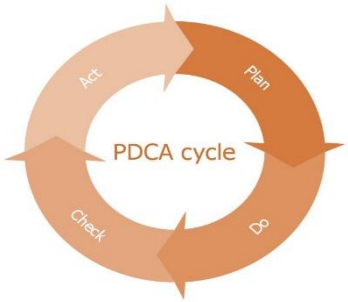
Le 4 fasi della Gestione del Rischio Clinico

1) **Individuazione** degli eventi
2) **Valutazione** dell'entità del rischio e analisi delle cause profonde sottostanti
3) **Pianificazione di azioni** volte al contenimento del rischio e alla riduzione della probabilità di ri-accadimento dell'evento
4) **Monitoraggio** della loro efficacia

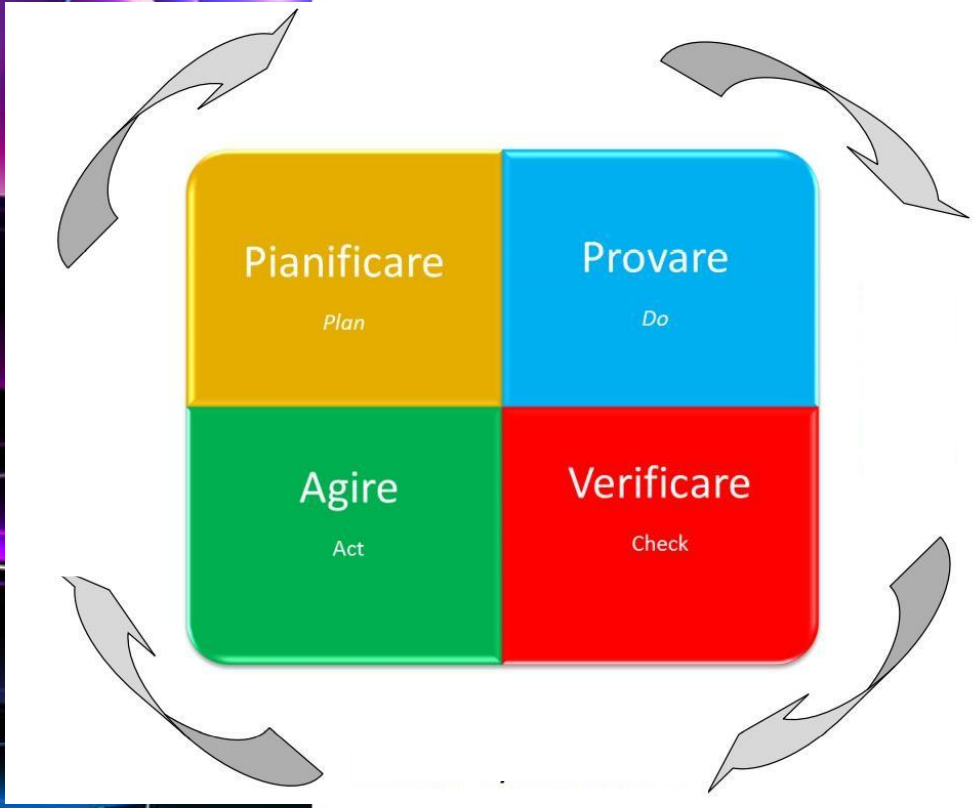
Quality in the new NHS"master
(1998 definito nel documento "A First Class Service)

Governo clinico viene definito:

- come il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono
- responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica "



MIGLIORAMENTO CONTINUO



Ciclo di Deming per il miglioramento continuo

- **Plan**: pianificare azioni
- **Do**: metterle in atto
- **Check**: valutarne l'impatto
- **Act:** rivedere sulla base dei risultati eventuali strategie correttive

GESTIONE
del rischio clinico

Identificazione del rischio

- **Incident Reporting**
- Brieafing sulla sicurezza
- Safety walk-round/ focus group
- Revisione cartelle cliniche
- Utilizzo dati amministrativi (SDO, cartelle cliniche)
- Reclami, contenziosi
- Osservazioni

Analisi del rischio

- Analisi data base
- FMEA-FMECA- HFMEA
- **Root Couse Analysis**
- Audit clinico
- Moratlity & Morbility Review

Trattamento del rischio

- **Linee Guida**
- **Raccomandazioni** ministeriali
- **Procedure r**egionali, aziendali

Rischio: cosa e'?

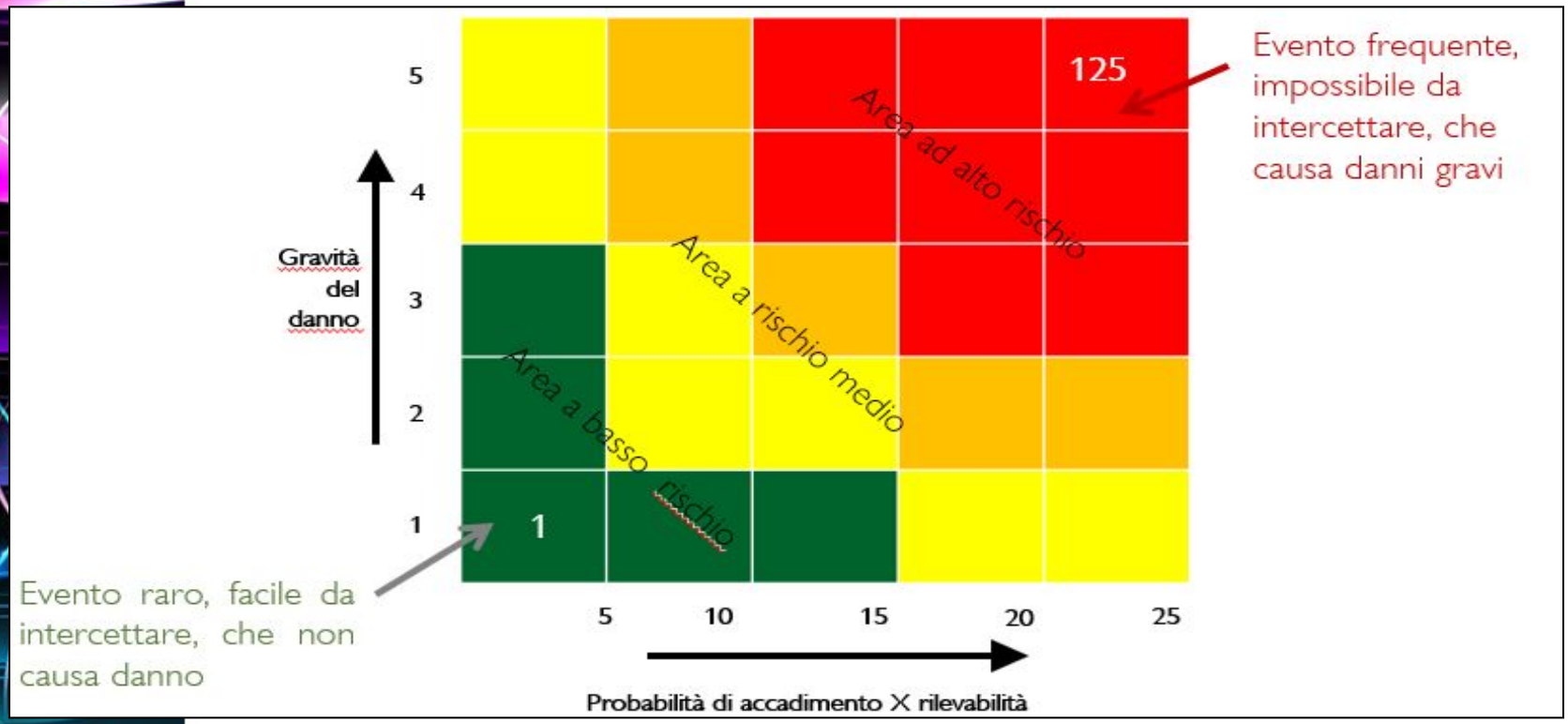
E' un concetto matematico che si riferisce alla **probabilità** che un evento (negativo) si realizzi in riferimento alla **gravità** dei suoi esiti

$$R = P \times G$$

Identificazione del rischio

STRUMENTI per la gestione del rischio clinico

Fornire un indice di priorità ai "failure mode"



Analisi del rischio

STRUMENTI
per la gestione del rischio clinico

Approccio reattivo

Parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell' evento.

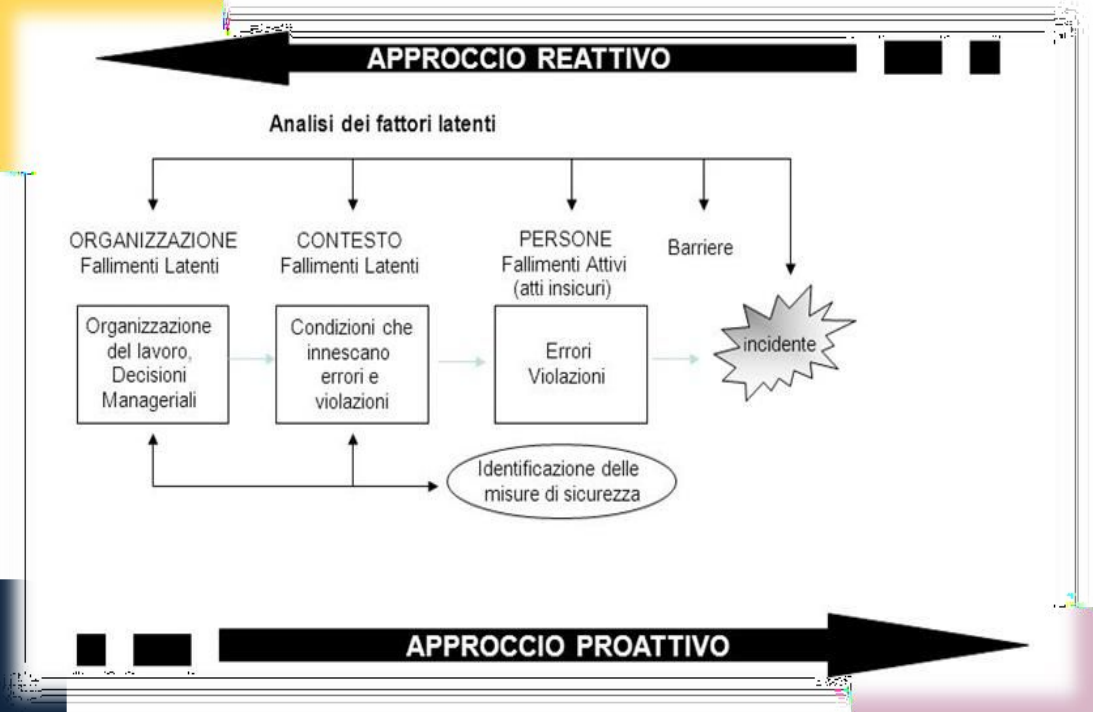
Approccio proattivo

- Parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità.
- Utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure/ processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo

Strumenti per la gestione del rischio clinico

Analizza gli eventi accaduti

RCA



Analisi del rischio

FMECA

Analizza il processo

L’approccio di sistema di Reason

Gli errori sono conseguenze dell’agire organizzato e non la causa del fallimento del sistema.

- ***I sistemi organizzati presentano:***

✔Condizioni latenti di insicurezza (latent failure) in cui si collocano le azioni umane

✔Azioni/Omissioni (active failure) l’incidente si realizza quando le azioni del singolo trovano pertugi nella sicurezza del sistema

DEFINIZIONI

EVENTO AVVERSO :

Un danno per il paziente causato dal trattamento sanitario piuttosto che dalla patologia sottostante.

EVENTO SENZA ESITO: Evento che è accaduto, ma senza conseguenze negative per il paziente

NEAR MISS (Quasi evento):

Evento avverso che stava per accadere durante il processo di cura ma che non si verifica per una fortunata fatalità nella catena degli eventi o perché intercettato in tempo

EVENTO SENTINELLA:

Evento avverso di particolare gravità che causa la morte o un grave danno fisico o psicologico al paziente

= RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

- Documenti ufficiali emanati dal Ministero della Salute italiano.
- Il loro scopo primario è quello di prevenire gli eventi avversi gravi ("eventi sentinella") e di promuovere la sicurezza dei pazienti all'interno dei sistemi sanitari
- Stabiliscono le buone pratiche clinico-assistenziali e sono un parametro fondamentale per la valutazione della condotta professionale e organizzativa.
- Vengono regolarmente monitorate e aggiornate (Ministero della Salute e AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali).

Eventi sentinella: lista aggiornata

NEW

1	Procedura chirurgica o interventistica in paziente sbagliato
2	Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3	Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5	Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kelly, Lewis
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7	Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8	Morte o grave danno in neonato sano a termine (> o = 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9	Morte o grave danno per caduta di paziente
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11	Violenza su paziente

Eventi sentinella: lista aggiornata

12	Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16	Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17	Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18	Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19	Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20	Morte o grave danno correlati a pratiche anestesiologiche
21	Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22	Errore in chemioterapia
23	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Analisi del rischio

Audit clinico

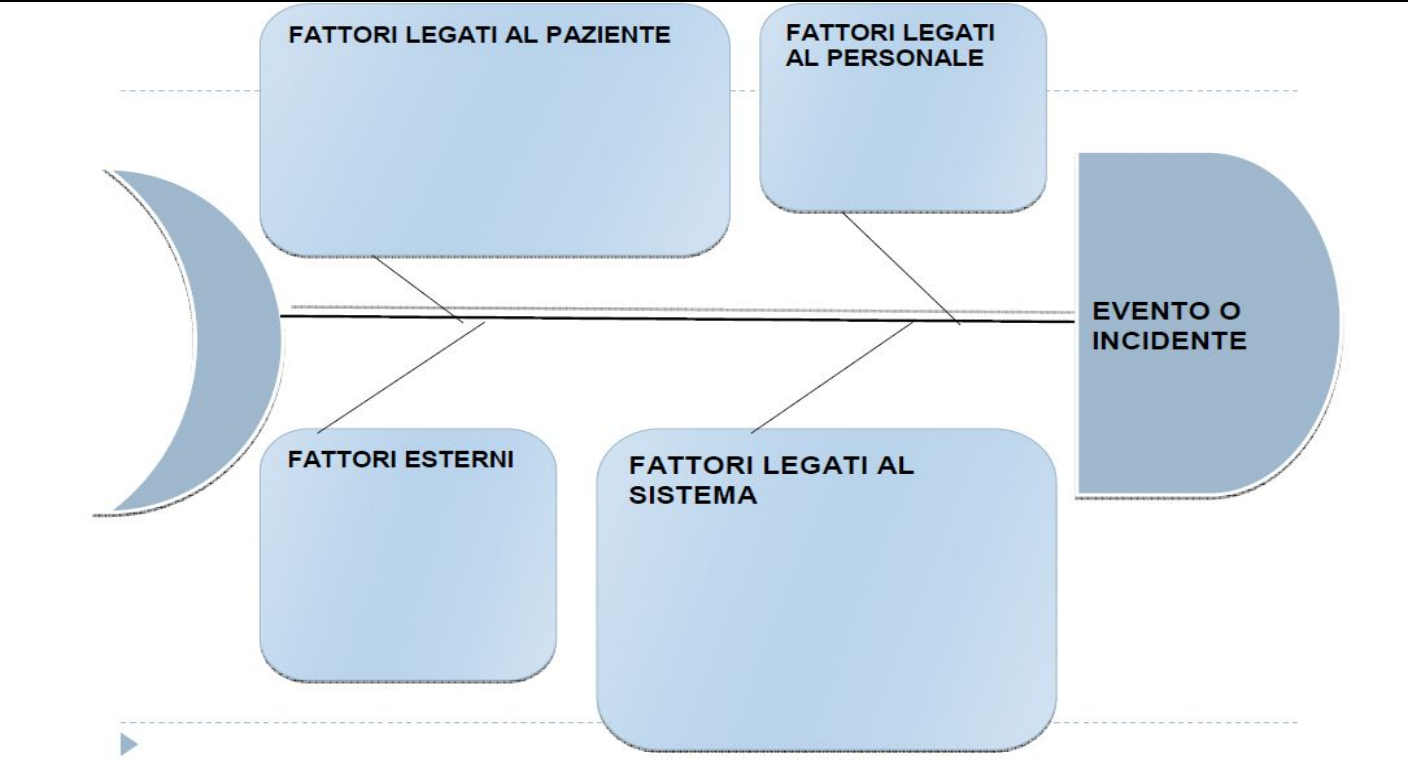
Scelta del problema

I criteri di scelta:

- ✔importanza del problema in termini di incidenza,
- ✔prevalenza,
- ✔costi o rischi per i pazienti;
- ✔margini di miglioramento della prestazione
- ✔monitorabile e misurabile

ANALISI

DIAGRAMMA A LISCA DI PESCE
(causa-effetto: cause «radice» più importanti)



Identificazione e Monitoraggio DELLE BARRIERE

Quali barriere/controlli erano presenti?	Le barriere/controlli hanno funzionato?	Perché non hanno funzionato e che impatto hanno causato?

SISTEMA

- **Nazionale**
  - Raccomandazioni
  - Linee Guida
  - Buone pratiche

- **Regionale**
  - Policy regionale (direzione centrale salute)
  - Linee di lavoro
  - Linee guida regionali /bundel
  - Verifiche (monitoraggi legati al sistema economico)

- **Locale**
  - Policy aziendale (livelli di responsabilità)
  - Protocolli /procedure
  - Report

RETE CURE SICURE FVG

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RETE CURE SICURE in FVG

- Con Delibera regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016, coordina e governa, in forma integrata, le attività connesse alla sicurezza delle cure.

- Delibera regionale n. 185 del 2 febbraio 2018
  - "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente" secondo le indicazioni presenti nella .

✔ illustra la struttura organizzativa

✔ gli obiettivi annuali,

✔ i programmi e i risultati raggiunti e mette a disposizione dei cittadini e degli operatori sanitari tutti i documenti e gli altri strumenti prodotti per sostenere la sicurezza e la qualità dell'assistenza.

RETE CURE SICURE FVG

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RETE CURE SICURE in FVG

NE FANNO PARTE:

-Tutti gli enti del SSR

-Case di Cura convenzionale

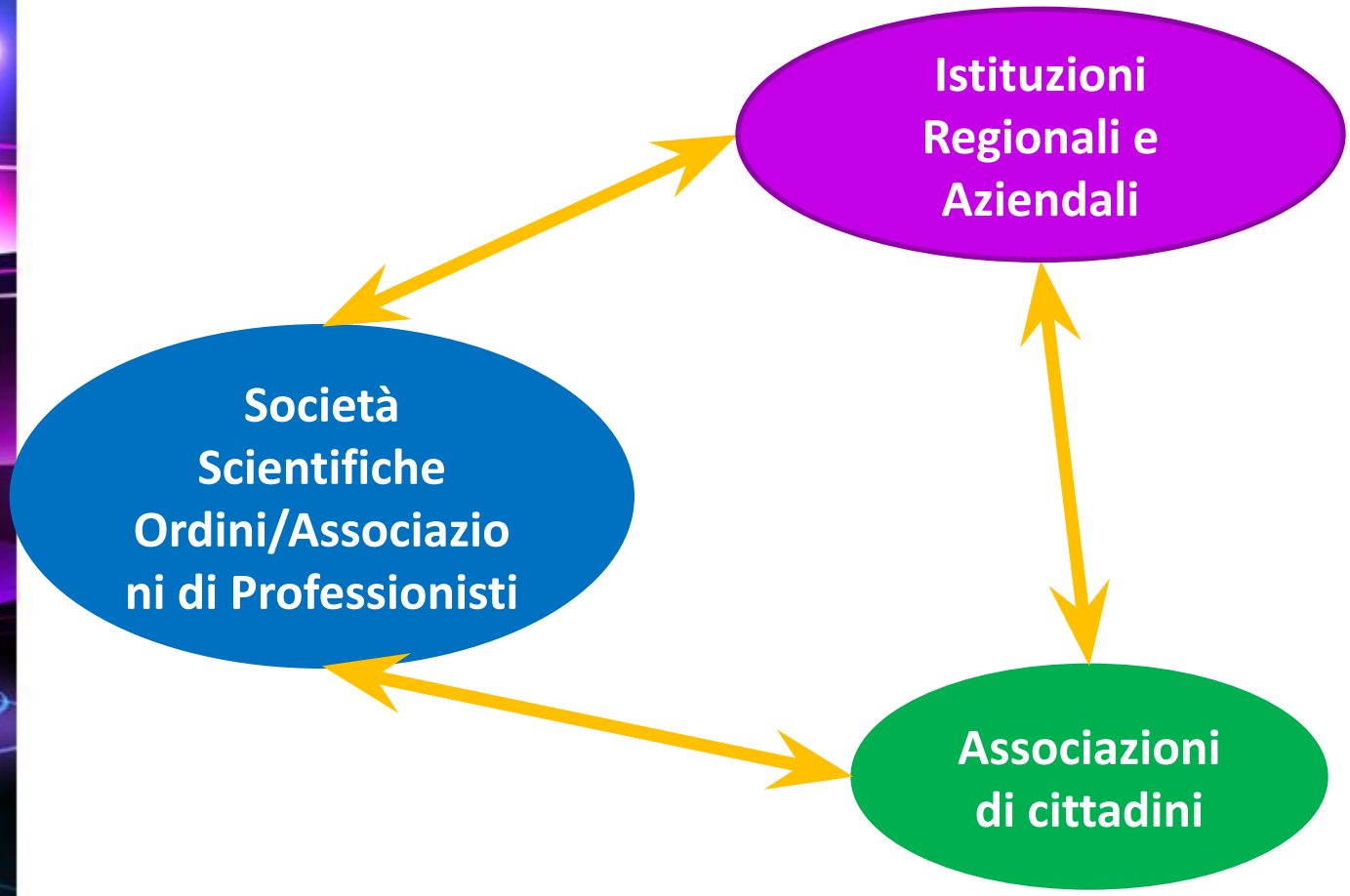
La Rete è costituita da:

- Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità - DCSPSD
- Azienda regionale di coordinamento per la salute - ARCS
- Risk manager aziendali (RM)
- Responsabili aziendali dei programmi regionali (RAP)
- Link professional aziendali
- Professionisti del SSR
- Cittadini

RETE CURE SICURE FVG

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Alleanza strategica



RETE CURE SICURE FVG

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

PROGRAMMI

- **Uso sicuro dei farmaci**
  - *La gestione della terapia farmacologica negli anziani (polifarmaco)*
  - *Farmaci FALA-LASA ad alta attenzione- non triturabili e camuffamento*
  - *I sistemi elastomerici in infusione*
  - *Sospette reazioni da farmaco*
- **Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza**
  - *Igiene delle mani*
  - *Sorveglianza infezioni correlate all'assistenza (ICA)*
  - *Uso prudente degli antibiotici (antimicrobial stewardship)*
- **Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali**
  - *Raccomandazioni ministeriali*
  - *Buone pratiche*
- **Coinvolgimento del cittadino (associazioni)**
- **Prevenzione degli atti di violenza sugli operatori**
- **La contenzione fisica in ambito assistenziale**

INDICATORI	specifiche
Documentazione clinica	Monitoraggio semestrale degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico
Informazione e consenso informato	Procedure consensi / privacy chirurgico, anestesiologico
Lesioni da pressione	Aggiornamento linee guida Indagine di prevalenza Verifica utilizzo presidi prevenzione Rilevazioni scala rischio, ingresso e post
Cadute accidentali	Identificazione del rischio, monitoraggio e prevenzione
Controllo del dolore	Valutazione all'ingresso, rivalutazione quotidiana e dopo episodi algici
Controllo delle infezioni	Adozione raccomandazioni regionali Progetto di formazione sul campo sull'isolamento Lavaggio mani: questionario autovalutazione OMS, osservazioni sul campo Microrganismi sentinella Partecipazione al progetto regionale "Stewardship nell'uso degli antibiotici" Partecipazione al progetto HALT2 Partecipazione alla PPS Infezioni del sito chirurgico, polmoniti nei ventilati, profilassi antibiotica perioperatoria
Sicurezza del farmaco	Presenza e completezza del **FOGLIO UNICO di TERAPIA** Adozione ed implementazione procedure aziendali: "Sicurezza della terapia farmacologica"- "Gestione dei farmaci stupefacenti" "Gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici" e "Stravaso dei farmaci antiblastici" Partecipazione allo studio regionale sulla **POLIFARMACOTERAPIA**

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

CLASSIFICAZIONE ESITO EVENTO

	CONSEGUENZE DELL'EVENTO	LIVELLO	ESITO PER IL PAZIENTE
Near miss	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdrucciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1	Nessuno
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2	
Evento effettivo	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3	Basso
	ESITO MINORE – osservazioni e monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori che non richiedono trattamento	Livello 4	
	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) trattamenti minori (es: Bendaggi, analgesici)	Livello 5	Moderato
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento Chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza.	Livello 6	
	ESITO SIGNIFICATIVO – Trasferimento in Terapia Intensiva/prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7	Severo
	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8	

Livello = 6 - 7 – 8: valutare se si tratta di evento sentinella !

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

CLASSIFICAZIONE INCIDENT REPORTING

TIPO DI EVENTO		
	☐ ORGANIZZATIVO	Errori dovuti all'organizzazione del lavoro, ai percorsi clinico assistenziali, ai trasferimenti o trasporti, diponibilità o accessibilità di apparecchiature o strumentazioni, accesso o tempistica delle cure.
	☐ TERAPIA	Errori intercorsi nelle fasi di gestione della terapia farmacologica; prescrizione, preparazione somministrazione, conservazione ed approvvigionamento del farmaco
	☐ ASSISTENZA	Errori che intercorrono in caso di ritardata/indeguata/omessa prestazione assistenziale, chirurgica,terapeutica e diagnostica
	☐ DIRITTI DEL PAZIENTE	Errori che intercorrono in caso di inosservanza o violazione di normen o procedure, comportamenti e azioni scorretti o inapropriati, comunicazione inefficace
	☐ INFRASTRUTTURE	Errori che intercorrono per malfunzionamenti o incompetenza d' uso di apparecchiature elettromedicali, impiantistica gas medicali e sistemi informatici
	☐ VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Eventi relativi ad aggressioni verbali o fisiche a danno degli operatori sanitari. Nel caso in cui l' evento determini la necessità di ricorrere alle cure del Pronto Soccorso o assenza del lavoro deve essere effettuata anche la segnalazione di infortunio / incidente. In caso di morte o grave danno segnalare l' evento anche come evento sentinella
	☐ ALTRO	Errori che non trovano corrispondenza nelle tipologie elencate.

QUALITA’

?

Definizione

"Il grado con cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare - *individuale e di popolazione* - la probabilità di ottenere gli esiti desiderati, in accordo con le migliori evidenze scientifiche e minimizzando i rischi."

(Definizione ispirata a quella dell'Institute of Medicine)

World Health Organization

Il livello di realizzazione degli obiettivi intrinseci dei rispettivi sistemi per il miglioramento della salute e la risposta alle legittime aspettative della popolazione.

è un concetto **multidimensionale**

Un po' di storia

Legge 833/78	• Istituzione del servizio sanitario nazionale come insieme di funzioni, servizi e attività che garantiscano la tutela della salute
D. Lgs. 502/1992	• Aziendalizzazione: da governo politico a tecnocratico • Regionalizzazione della sanità • Introduzione concetto di Livelli essenziali di assistenza LEA • Sistema di finanziamento basato su DRG e tariffe
D. Lgs. 229/1999	• Governo clinico: appropriatezza ed accreditamento • Sviluppo dei distretti sanitari
L. Costit. 18/2001	• Modifiche al titolo V: podestà legislativa regione su vari ambiti tra cui la tutela della salute
DPCM 29 2001	• Definizione dei primi LEA
DM 70 2015	• Regolamento sugli standard qualitativi strutturali tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera

Dimensioni della qualità

secondo Focarile 1998

- Accessibilità (equità)

Capacità di assicurare le cure appropriate a coloro che ne hanno la necessità

- Appropriatezza

  - Grado di utilità dell'assistenza rispetto al problema clinico e alle conoscenze (paziente giusto modalità giuste, momento giusto)

- Competenza

  - Livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie

- Continuità

  - Grado di integrazione nel tempo tra gli operatori e le strutture che erogano assistenza

- Efficienza
  - Capacità di raggiungere i risultati attesi con il minor impegno possibile di risorse e minor costo
- Sicurezza
  - Grado in cui l'assistenza erogata pone paziente e operatore al minor rischio
- Tempestività
  - Grado in cui l'intervento più efficace è offerto al paziente nel momento di massima utilità
- Umanizzazione
  - Livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali
- Qualità Percepita/Centratura sul Paziente
  - Livello di rispetto e risposta alle preferenze (soddisfazione)

ACCREDITAMENTO

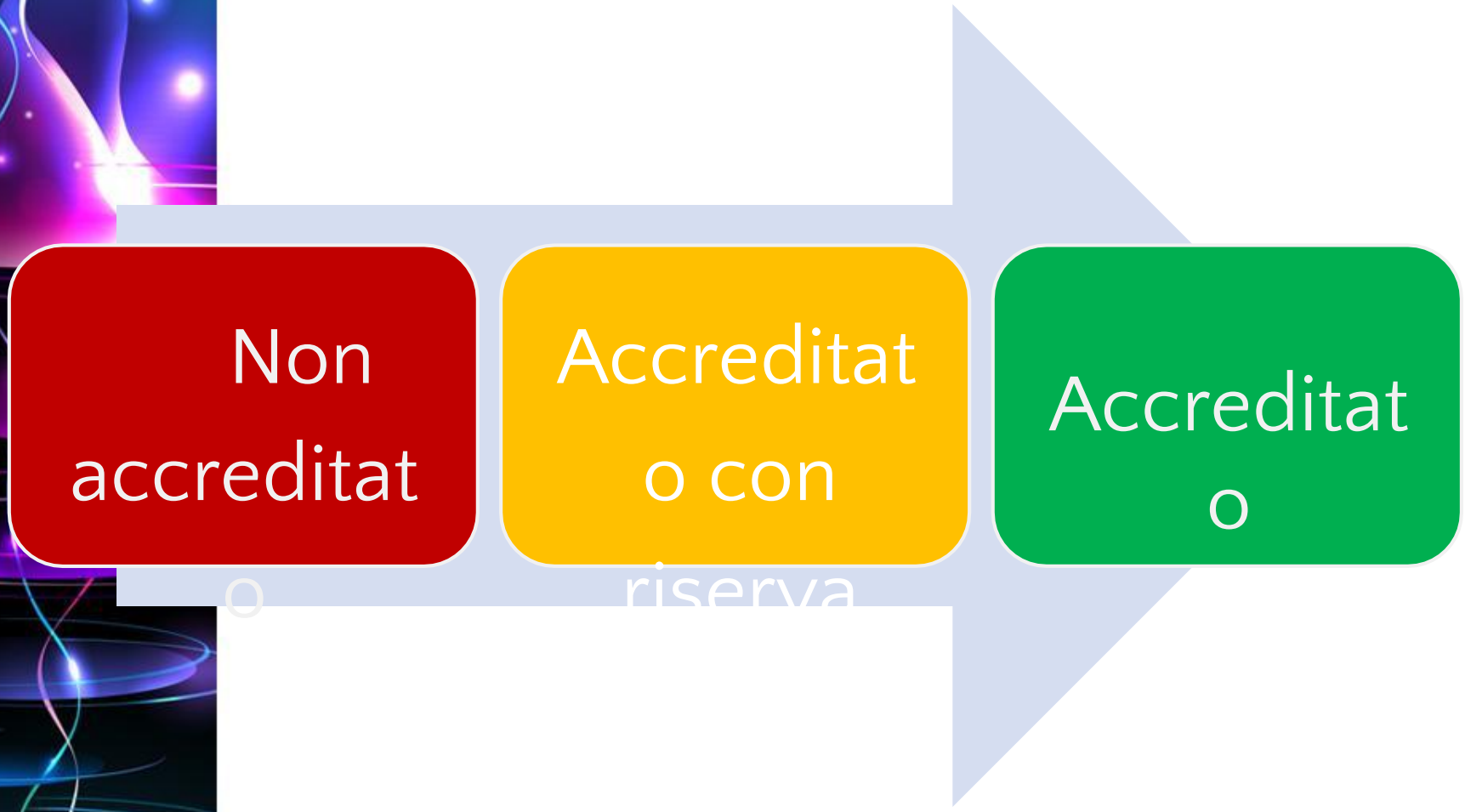
REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Accreditamento Istituzionale FVG

legenda
C requisito conforme
NC requisito non conforme
NA requisito non applicabile

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
REQUISITI STRUTTURALI					
RSA.1	Localizzazione in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.2	Le R.S.A. possono costituire presidi autonomi o essere ubicate all'interno di strutture sanitarie e socio sanitarie.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.3	La struttura è in possesso di agibilità.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.4	La struttura è in possesso di documentazione in materia di sicurezza elettrica ed impiantistica ai sensi della normativa vigente.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.5	La struttura è in possesso di documentazione relativa ai requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia di sicurezza antincendio.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.6	La struttura è in possesso dei requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.7	La struttura è in possesso di documentazione attestante il rispetto delle disposizioni previste dalle leggi vigenti in materia di igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.8	La struttura è in possesso di documentazione attestante la manutenzione degli edifici e degli impianti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
RSA.9	Lo smaltimento dei rifiuti è attuato nel rispetto della normativa vigente.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

Accreditamento



Per concludere

L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI ACCREDITAMENTO SI PUÒ RIPORTARE A 3 MOTIVAZIONI DI FONDO	
Interesse delle strutture sanitarie e dei professionisti ad essere oggetto di una valutazione oggettiva circa i **propri livelli qualitativi**	Accreditamento professionale
Orientamento 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	
Esigenza di sottoporre le strutture sanitarie, da parte dei soggetti pagatori, a verifiche di corrispondenza a determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione ai sistemi di pagamento.	**Accreditamento obbligatorio o istituzionale**

“L’energia in eccesso che scaturisce dall’iper reazione di fronte a una difficoltà è ciò che permette di innovare!”

NASSIM NICHOLAS TALEB