

METODI PROATTIVI E REATTIVI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Strumenti di identificazione del rischio	Strumenti di analisi del rischio
Incident reporting	Root Cause Analysis
Briefing sulla sicurezza	FMEA/FMECA
Safety walk round	Audit clinico
Focus group	Morbidity & Mortality Review
Revisione delle cartelle cliniche	
Screening dati amministrativi	
Osservazione	

INCIDENT REPORTING

È una modalità strutturata per la **raccolta di informazioni spontanee** relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi.

Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.



SAFETY WALK ROUND

Questo metodo consiste in visite e «interviste» che i referenti della sicurezza, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza.

Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni.

Identifica:

- ▶ vulnerabilità organizzativo gestionali;
- ▶ rischi strutturali;
- ▶ comportamenti degli operatori.



BRIEFING SULLA SICUREZZA

Breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella unità operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.

La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

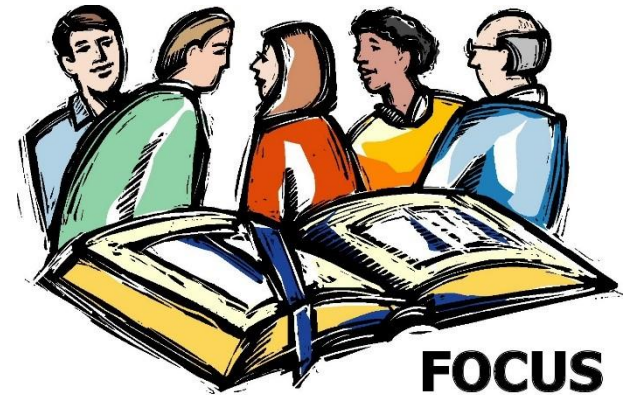


FOCUS GROUP

Metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso.

Quindi, possono essere effettuati sia con:

- ▶ singole figure professionali;
- ▶ l'èquipe;
- ▶ i pazienti;
- ▶ i familiari e altri stakeholder.



**FOCUS
GROUPS**

REVISIONE CARTELLE

Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.



SCREENING DATI AMMINISTRATIVI

Questo metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari (es. SDO, contenzioso, reclami).

Le banche dati possono essere interrogate in modo retroattivo o in tempo reale, in questo modo si identifica la presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come “segnalatori”.



OSSERVAZIONE

Si avvale di un osservatore esterno ed esperto, chiamato a rilevare, anche con l'ausilio di griglie, la discordanza tra il processo assistenziale messo in atto e gli standard attesi. Il metodo viene usato prevalentemente per rilevare errori in terapia.



APPROCCIO REATTIVO

L'analisi 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.



ROOT CAUSE ANALYSIS (RCA)

Mira a individuare le cause profonde, su cui agire per il miglioramento.

Le attività previste nella prima fase propedeutica sono:

- ▶ istituzione di un gruppo di lavoro;
- ▶ Pianificazione degli incontri;
- ▶ Scelta del luogo e modalità comportamentali.

Le attività previste nella fase di analisi sono:

- ▶ Raccolta delle informazioni e definizione della sequenza temporale;
- ▶ identificazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde;
- ▶ Azioni di miglioramento;
- ▶ rapporto finale.

RUOLI / RESPONSABILITÀ	COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO				
	Facilitatore	Coordinatore / leader	Operatori coinvolti nell'evento	Altro personale ed Esperti con specifiche competenze settoriali	Direzione
Conoscenza della metodologia RCA	Esperto in RCA	Conoscenza di base del metodo	Non necessario	Non necessario	Non necessario
Conoscenza del settore sottoposto a RCA	Non Necessario	Si	Si	Si	Non Necessario
Coinvolgimento diretto nell'evento avverso	No	Non necessario	Si	No	No
Potere decisionale sulle soluzioni da intraprendere	No	Parziale	No	No	Si
Adesione ai principi di confidenzialità	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario	Requisito richiesto e necessario

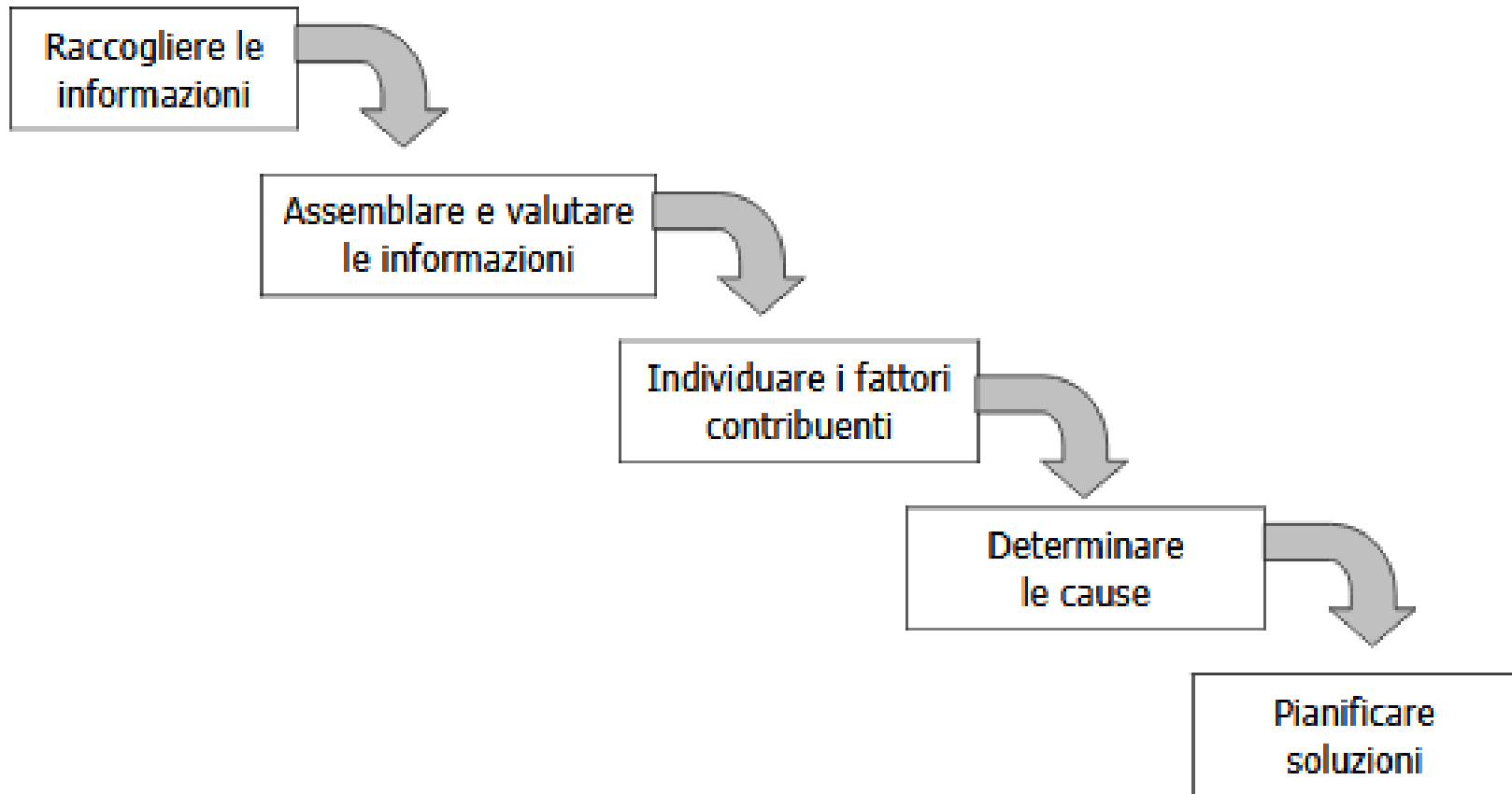


Diagramma di Ishikawa

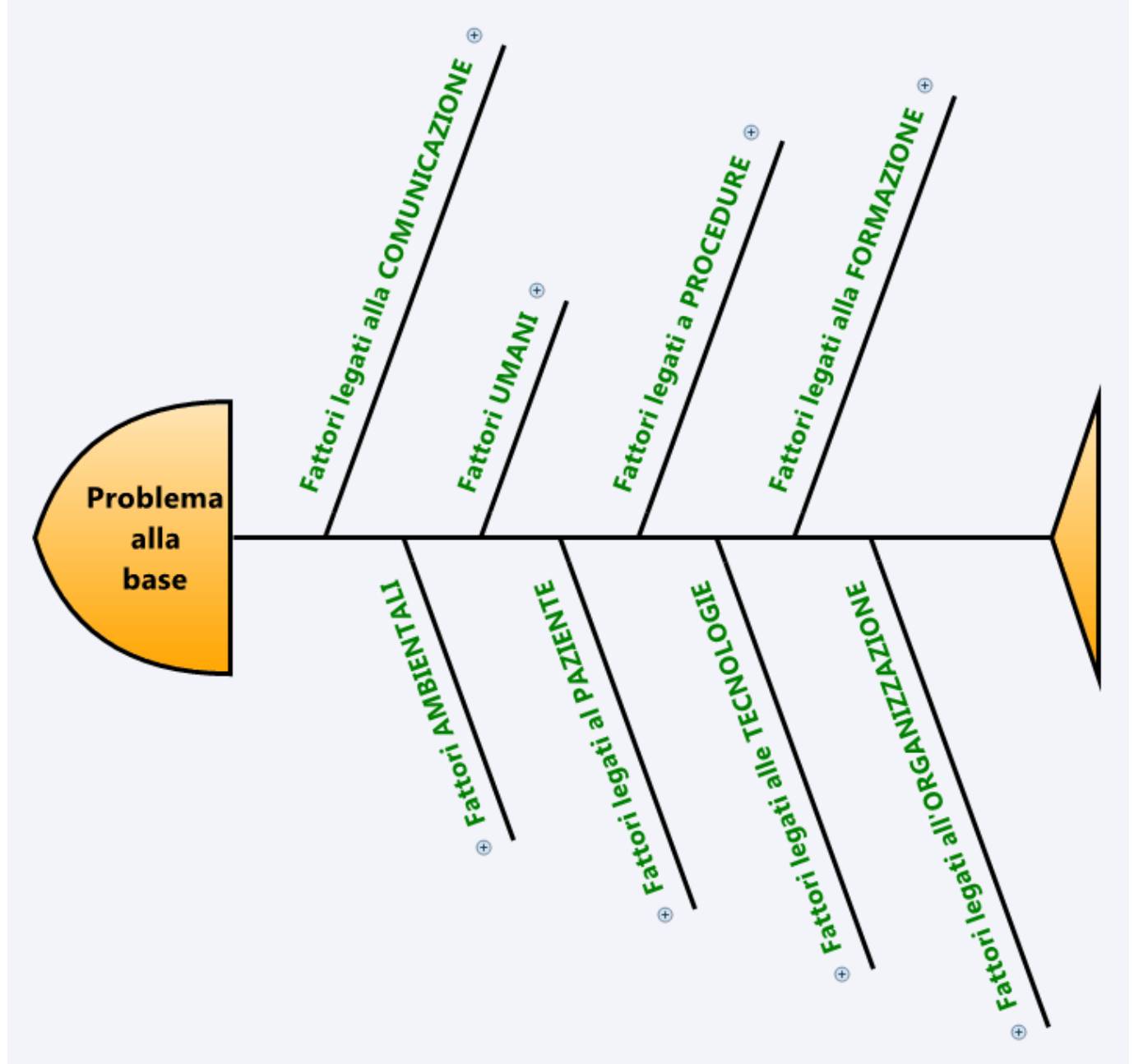
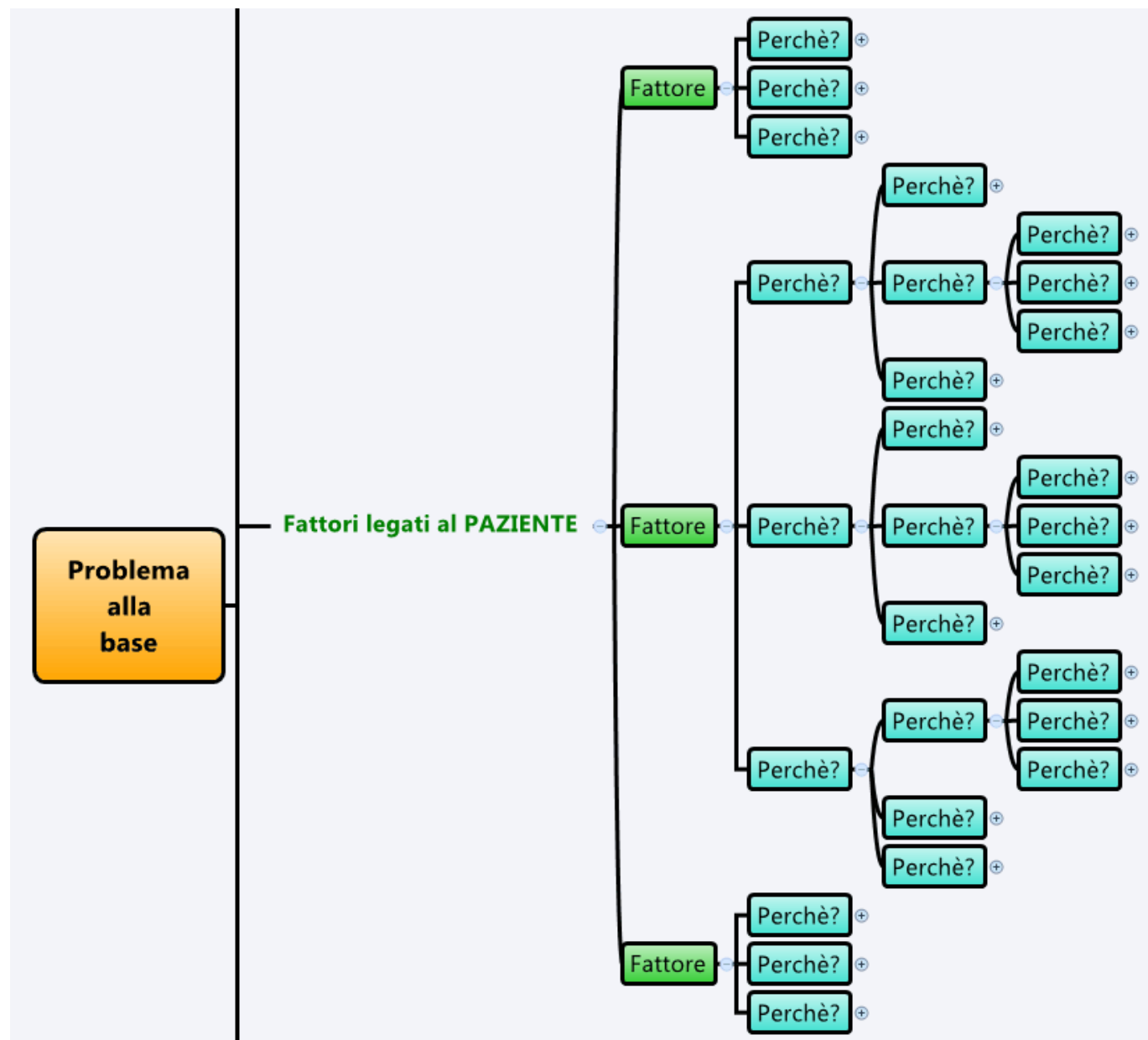
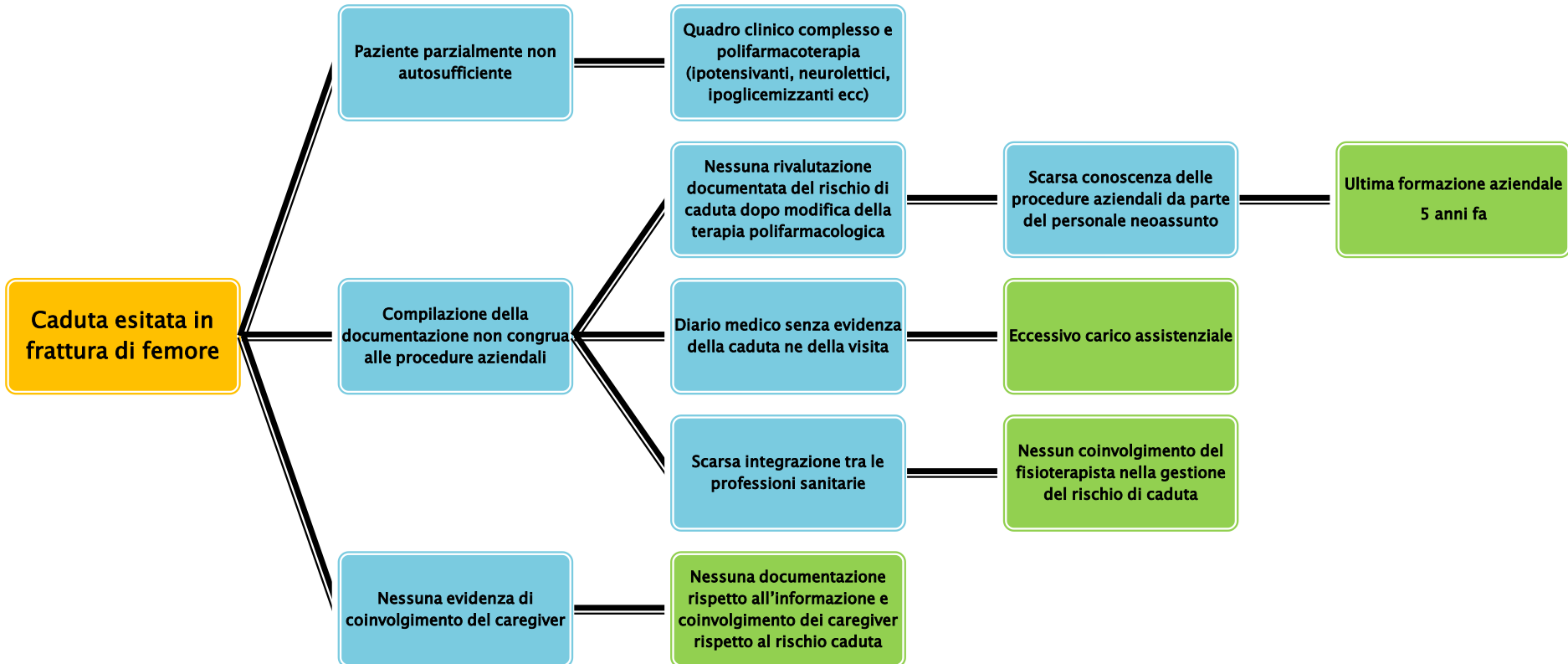


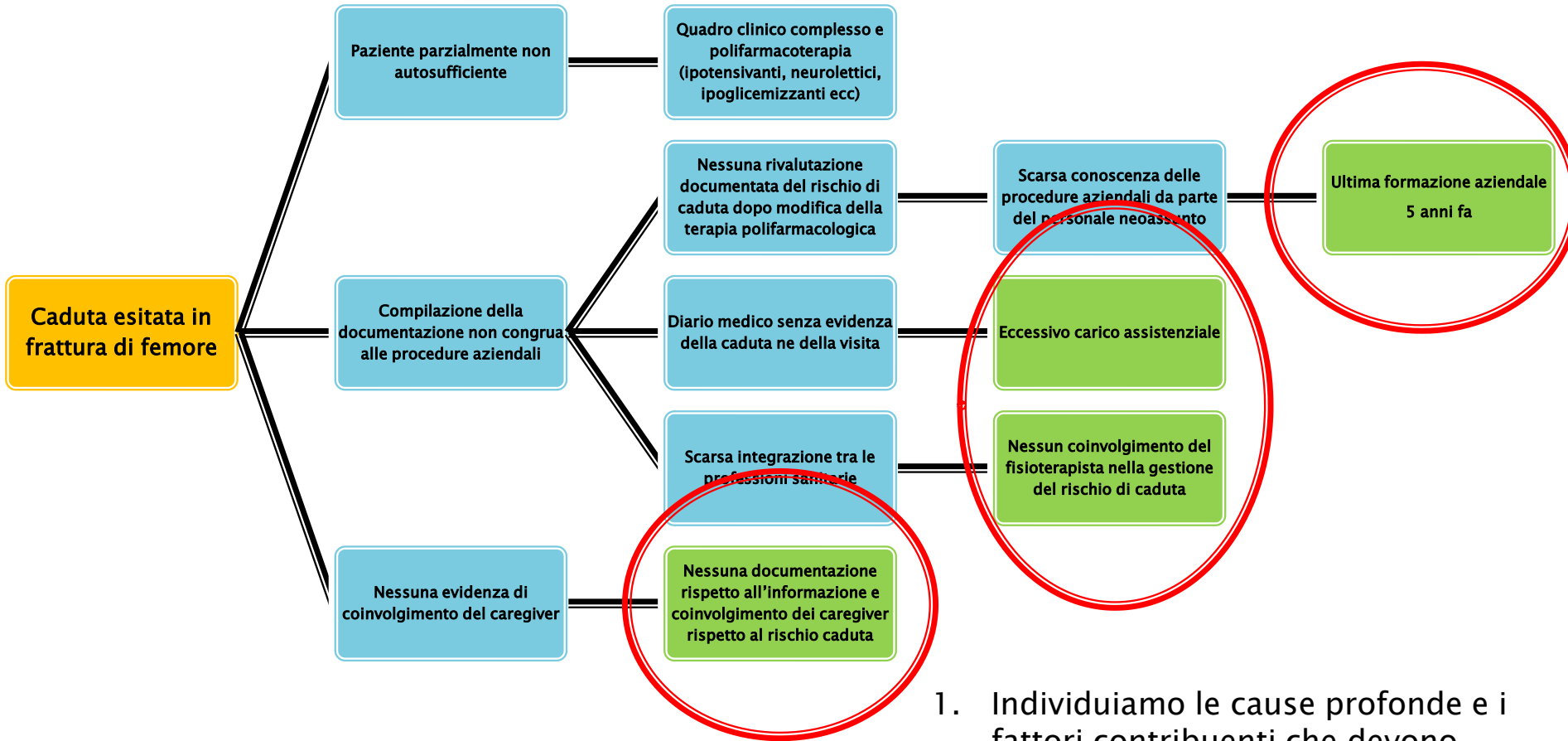
Diagramma ad albero



Tecnica dei 5 perché

Scopo principale di questa tecnica è quello di chiedersi ripetutamente “perché” sui vari fattori contribuenti/cause che vengono identificate, allo scopo di approfondire il problema ed individuare le cause radice.





1. Individuiamo le cause profonde e i fattori contribuenti che devono essere specifiche e risolvibili
2. Passiamo a implementare azioni dopo confronto con gli operatori esperti in quel settore

AUDIT CLINICO

- ▶ Stabilire le evidence based practice disponibili rispetto ad un ambito di cura (diagnostico, terapeutico o assistenziale)
- ▶ Misurare l'aderenza dei percorsi assistenziali predefiniti rispetto alle sopra indicate evidenze
- ▶ Aggiornare (se necessario) o creare (se assenti) percorsi assistenziali rispettosi delle suddette raccomandazioni
- ▶ Predisporre il monitoraggio per sostenere il miglioramento.



PREPARAZIONE AUDIT	ATTUAZIONE AUDIT CLINICO	ATTUAZIONE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	RIVALUTAZIONE
Scelta tema	Definizione obiettivi	Definizione piano d'azione	Re-audit
Costituzione gruppo di lavoro	Valutazione "documenti esistenti"	Guida e supporto al cambiamento	Sostenere il cambiamento
Definizione criteri di comunicazione	Selezione criteri, standard, indicatori		
	Raccolta dati		
	Analisi e valutazione dati		
	Condivisione dei risultati		
	Comunicazione dei risultati		

Morbidity & Mortality Review

- ▶ Conferenza strutturata al fine di individuare gli errori medici in modo da imparare da questi per migliorare la qualità dell'assistenza prestata.
- ▶ Gli scopi dell'M&M sono: incrementare il sapere e ridurre gli errori.



- ▶ La conferenza deve facilitare la discussione.
- ▶ Il tipo di errore presentato deve consentire a tutti di incrementare la loro preparazione.
- ▶ Non devono essere scelti casi con errori grossolani.
- ▶ Tutti devono aver chiaro **come sono selezionati i casi.**
- ▶ La scelta di casi recenti sottolinea l'importanza della individuazione degli errori.
- ▶ La conferenza deve avere un moderatore che facilita la discussione.

I criteri di selezione del caso:

1. Risultato indesiderato: decessi, complicanze, trasferimenti non previsti in cure intensive, reinterventi, riammissioni, errori diagnostici confermati dall'autopsia, diagnosi mancate. Inoltre, volendo estendere l'operatività delle conferenze, potrebbero essere inclusi nelle riunioni i **near miss** (ad esempio interventi sul lato sbagliato di cui ci si accorga poco prima dell'incisione)

2. Presunta evitabilità: errore evitabile, ad esempio l'effetto collaterale di un farmaco ad un paziente, il quale aveva informato i clinici di essere intollerante proprio a quel medicinale

3. Potenziale di apprendimento: se l'evento è stato particolarmente ricco di elementi "formativi"

~~Reactive~~

Proactive

APPROCCIO PROATTIVO

L'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità.

Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo.



FMEA E FMECA

Tecnica proattiva che scompone il processo in macrofasi, individuando tutti i possibili errori e i loro effetti.

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

- È un'analisi di tipo **qualitativo** intesa a definire quello che potrebbe succedere (il modo di guasto/errore) se si verificasse un difetto, una omissione, un errore.

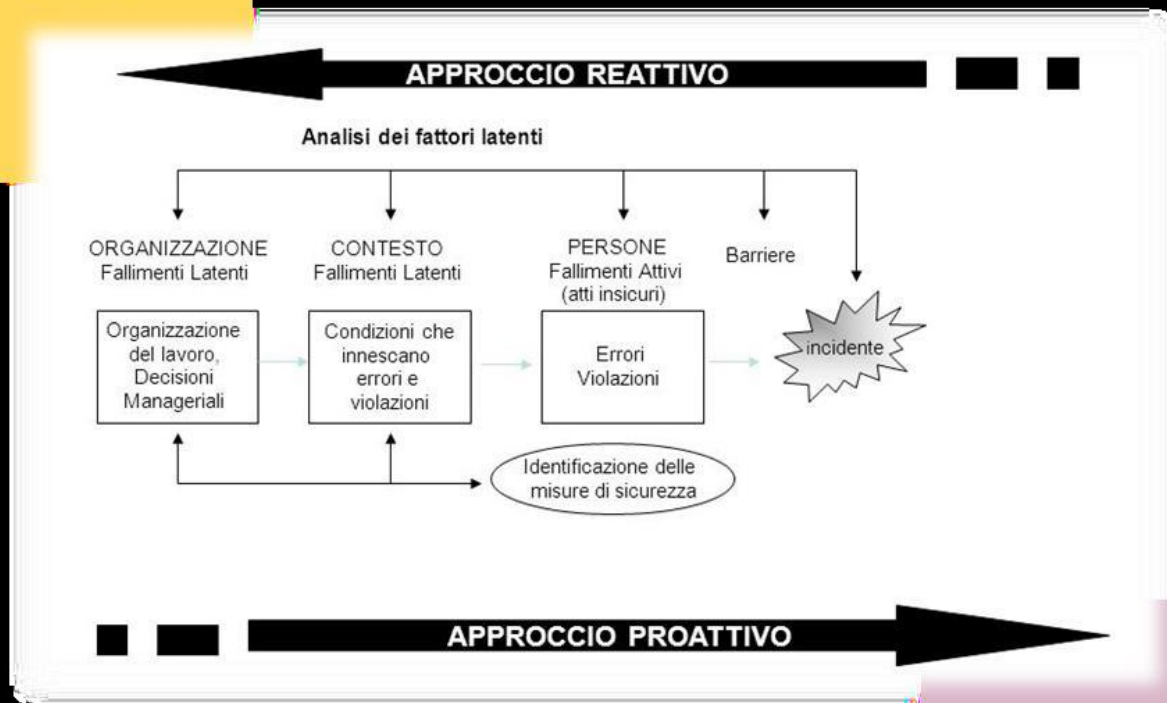
FMECA – Failure Mode and Effect Criticality Analysis

- Aggiunge un percorso di tipo **quantitativo** per stimare il livello di criticità degli inconvenienti individuati mediante l'attribuzione di un "indice di priorità del rischio"

Permette di identificare e prevenire problemi riguardanti i processi o gli esiti, prima della loro comparsa!!!

Analizza gli eventi
accaduti

RCA



FMECA

Analizza il processo

PARTE PRIMA -
RISCHIO CLINICO

*Metodi proattivi e reattivi per la
valutazione del rischio*

FASI DELLA FMECA

1. Selezionare un processo e formare il gruppo di lavoro
2. Disegnare il processo
3. Identificare i possibili errori e le loro cause
4. Valutare l'indice
5. Fornire un indice di priorità ai «failure mode»
6. Ordinare i failure mode per questo indice
7. Ipotizzare azioni di miglioramento
8. Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate
9. Implementare e monitorare

1. Selezionare un processo ad alto rischio e formare un team Multidisciplinare che coinvolga tutti coloro che possono essere interessati dal processo
2. Disegnare il processo
3. Identificare i possibili errori e le loro cause

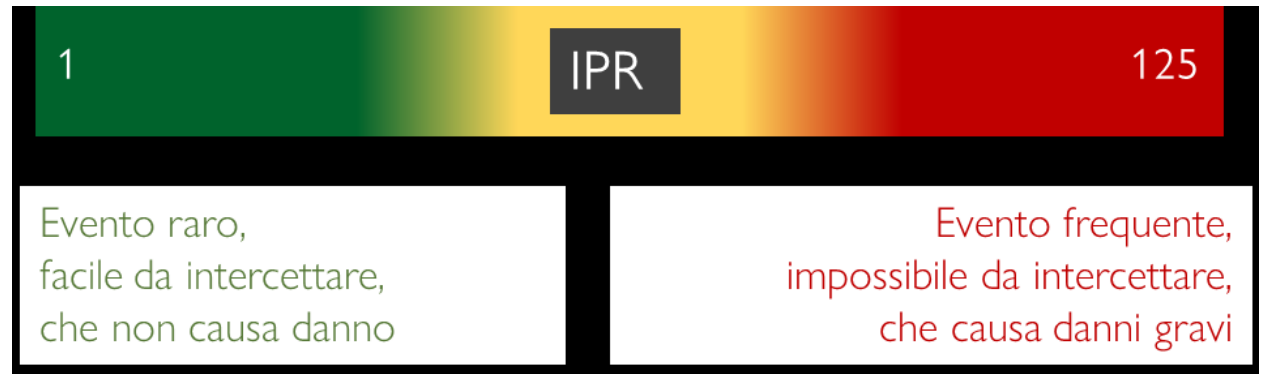
FASE	CHI E' COINVOLTO	ATTIVITÀ	POSSIBILI ACCADIMENTI (POTENTIAL FAILURE MODES)	CAUSE	MISURE DI CONTROLLO	STATO ATTUALE				AZIONI CORRETTIVE	REVISIONE CRITICITÀ			
						G	P	R	IPR		G	P	R	IPR

4. Valutare l'indice

5. Fornire un indice di priorità ai «failure mode»

Per ogni possibile evento avverso, assegnare dei valori numerici (da 1 a 5) alle variabili Gravità, Probabilità, Rilevabilità.

IPR (Indice di Priorità del Rischio) = Gravità x Probabilità x Rilevabilità



IPR tra 1 e 125

GRAVITÀ		
Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	NESSUN DANNO	Un fatto accaduto, che non ha causato nessun significativo impatto o danno sul paziente, sul sistema o sugli operatori e che non ha richiesto alcun trattamento.
2	DANNO LIEVE	L'evento ha causato un danno temporaneo al paziente e ha reso necessari interventi o trattamenti supplementari o un prolungamento della degenza al di sopra del valore medio del DRG specifico.
3	DANNO MEDIO	L'evento ha causato un danno temporaneo al paziente (invalidità temporanea) ed ha reso necessari un inizio o un prolungamento della degenza.
4	DANNO GRAVE	L'evento ha causato un danno permanente al paziente (invalidità permanente) oppure ha generato un evento prossimo alla morte.
5	MORTE	Decesso del paziente/del feto

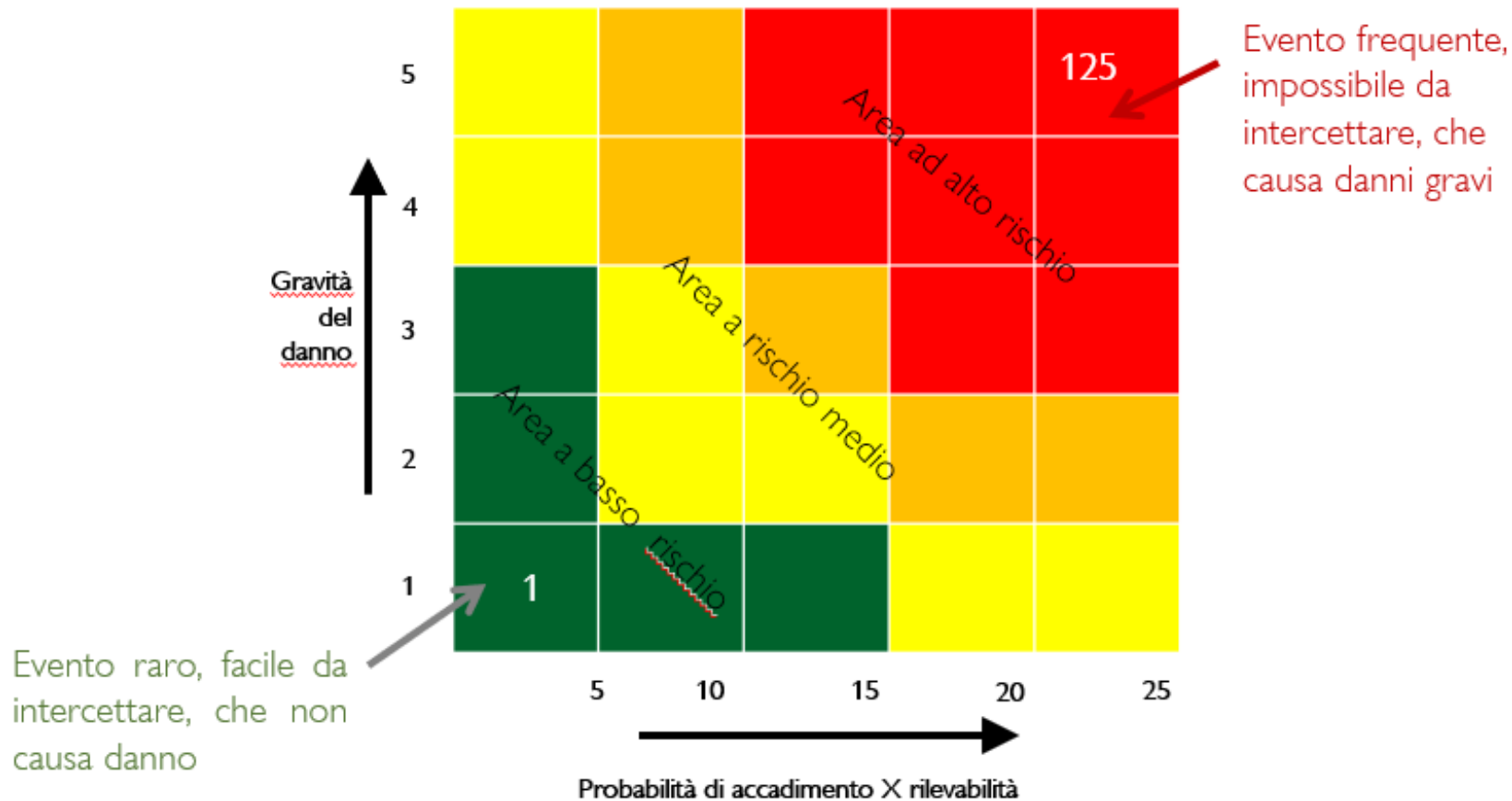
PROBABILITÀ DI RIPETERE

Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
1	REMOTA (non esistono eventi noti)	Si può verificare nello 0.01% dei casi (es. 1 caso su 2.000)
2	BASSA (possibile ma non esistono dati noti)	Si può verificare nello 0.02% dei casi (es. 1 caso su 1.000)
3	MODERATA (documentata ma infrequente)	Si può verificare nello 0.5% dei casi (es. 1 caso su 40)
4	ALTA (documentata e frequente)	Si può verificare nell'1% dei casi (es. 1 caso su 20)
5	MOLTO ALTA (documentata quasi certa)	Si può verificare nello 5% dei casi (es. 1 caso su 5)

RILEVABILITÀ

Punteggio	Descrizione	Note di valutazione
5	REMOTA (rilevazione praticamente impossibile)	Si rileva 0 volte su 10 che l'evento accada (non esiste alcuna modalità per intercettare l'evento prima che accada).
4	BASSA (probabilità bassa di rilevazione dell'errore)	Si rileva 2 volte su 10 che l'evento accada (a volte esiste qualche sistema spesso dipendente dall'autocontrollo, per rilevare l'evento prima che accada).
3	MEDIA (probabilità moderata di rilevabilità dell'errore)	Si rileva 5 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di autocontrollo o uno strumento che probabilmente intercetta l'evento prima che accada).
2	ALTA (errore probabilmente rilevato)	Si rileva 7 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di controllo indipendente o uno strumento che molto spesso intercetta l'evento prima che accada).
1	ALTISSIMA (errore quasi sempre rilevato)	Si rileva 9 volte su 10 che l'evento accada (esiste un metodo di controllo indipendente o uno strumento che rileva sempre l'accadimento prima che accada)

6. Ordinare i failure mode per questo indice



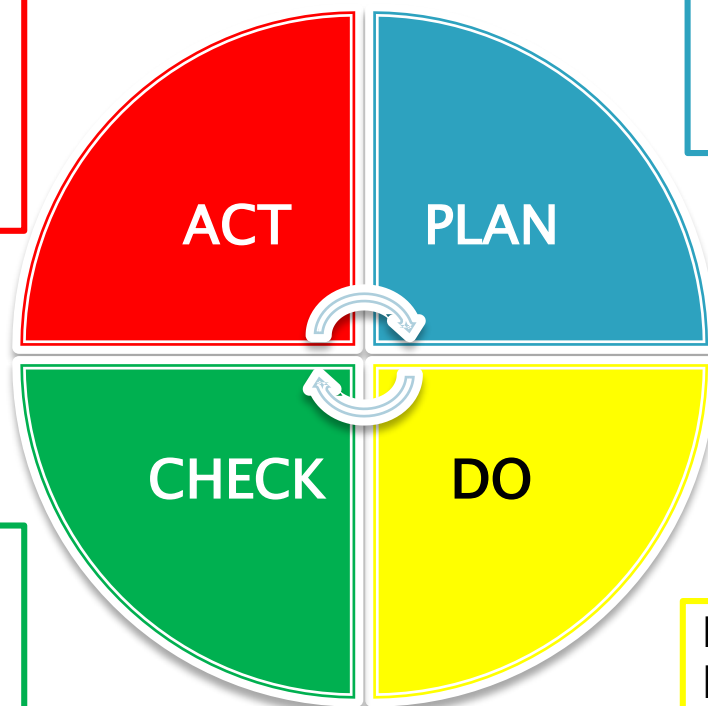
7. Ipotizzare azioni di miglioramento

8. Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate

9. Implementare e monitorare

- Se il cambiamento non ha funzionato, ripetete il ciclo con un piano diverso.
- Se il risultato è stato positivo, incorporare ciò che si è appreso.

- Ipotizzare e pianificare le azioni di miglioramento
- Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate



Monitorare i risultati del processo e delle azioni di miglioramento

Implementare i processi con le azioni di miglioramento

MODALITÀ CORRETTIVE DELL'ERRORE DI SISTEMA

La Gestione del rischio clinico (il clinical risk management) è dunque il complesso di iniziative di natura clinica ed amministrativa adottate, a vari livelli (aziendale, regionale, nazionale), per ridurre tale rischio in favore non solo dei pazienti, ma anche dello staff e dei visitatori e – più in generale – per ridurre le perdite dell'organizzazione stessa.

La Gestione del rischio clinico richiede forzatamente un approccio multidisciplinare ed ha una finalità sostanzialmente preventiva, non certo sanzionatoria o repressiva, nell'ottica di garantire cure sicure e prestazioni qualitativamente soddisfacenti. D'altra parte, la filosofia alla base della cultura della Gestione del rischio clinico si fonda sull'assunto "To err is human", titolo del rapporto reso nel 1999 dall'Institute of Medicine, proprio in tema di sicurezza delle cure. -> NO BLAME!

Incentrato sul comportamento umano come fonte di errore, che mira a potenziare le attività di FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

Incentrato sulle condizioni in cui si verifica l'errore, considerato come un fallimento non del singolo operatore, ma dell'intero sistema. REVISIONE PERCORSI, PROCEDURE E ASSETTO TECNOLOGICO E STRUTTURALE

Strumenti di identificazione del rischio

• Incident reporting -> Raccolta di informazioni spontanee.

- **Briefing sulla sicurezza** -> Breve confronto, una discussione colloquiale, ma

Strumenti di analisi del rischio

- **Root Cause Analysis** -> Mira a individuare le cause profonde, su cui agire per il miglioramento.
- **FMEA/FMECA** -> Tecnica proattiva che scompone il processo in macrofasi, individuando tutti i possibili errori e i loro effetti.
- **Audit clinico** -> Il mezzo più adeguato ad adattare le linee guida alla pratica clinica.
- **Morbidity & Mortality Review** -> Conferenza strutturata al fine di individuare gli errori in modo da imparare da questi.

sicurezza nelle strutture.



- **THE TAKE-HOME MESSAGE** Focus group -> Esperienze e dalle percezioni delle persone

Approccio al rischio

- Reattivo -> RCA, Audit, M&M
- Proattivo -> FMEA/FMECA

IPR (Indice di Priorità del Rischio)

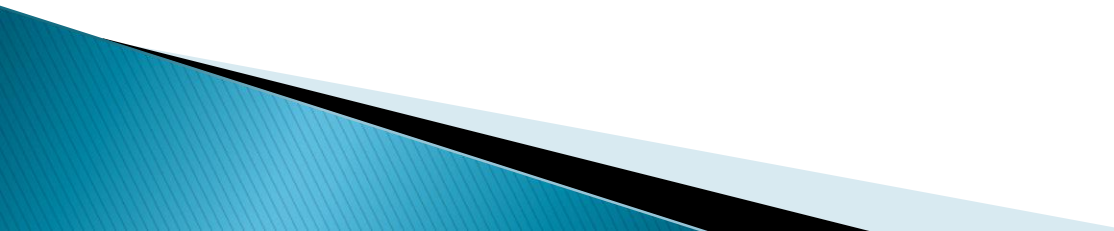
- IPR (Indice di Priorità del Rischio) = Gravità x Probabilità x Rilevabilità
- Ogni variabile viene misurata con un punteggio da 1 a 5.
- Suddivide gli eventi in un range che va da «evento raro, facile da intercettare e che non causa danno» a «evento frequente, impossibile da intercettare che causa danni gravi».



THE

TAKE-HOME MESSAGE

PARTE PRIMA – RISCHIO CLINICO

- ▶ La definizione di errore;
 - ▶ Graduazione e classificazione dell'errore;
 - ▶ La definizione di Rischio Clinico;
 - ▶ I principi legislativi alla base del Rischio Clinico;
 - ▶ La prevenzione degli errori;
 - ▶ Metodi di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss;
 - ▶ Metodi proattivi e reattivi per la valutazione del rischio;
 - ▶ Modalità correttive dell'errore di sistema;
 - ▶ **Definizione di evento sentinella e in cosa si differenzia dagli altri eventi;**
 - ▶ **La dimensione del problema;**
 - ▶ **Tipologie di eventi sentinella;**
 - ▶ **Monitoraggio degli eventi sentinella;**
 - ▶ **Rischi specifici in fisioterapia;**
 - ▶ Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;
 - ▶ Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.
- 

DEFINIZIONE DI EVENTO SENTINELLA E IN COSA SI DIFFERENZIA DAGLI ALTRI EVENTI

Evento avverso di **particolare gravità**, indicativo di un **serio malfunzionamento del sistema**, che può comportare **MORTE O GRAVE DANNO** al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Evento	<i>Versus</i>	Evento sentinella
Segnalazione volontaria		Segnalazione obbligatoria
Codificati per gravità		Ha una classificazione specifica
Gravità variabile		Sempre gravissimo
Le azioni sono variabili		Prevede sempre un'indagine ed un intervento serio

LA DIMENSIONE DEL PROBLEMA



REPORT EVENTI SENTINELLA ANNO 2024

Il presente Report si riferisce a tutti gli eventi registrati sul SIMES con data di accadimento compresa tra il 1.1.2024 e il 31.12.2024.

Nell'anno 2024 sono pervenute su SIMES 1126 segnalazioni di eventi sentinella in totale, di queste 986 risultano validate dal Ministero della salute; nello specifico, 233 segnalazioni risultano complete solo di Scheda A e 753 risultano complete di Scheda A e Scheda B.

La tabella riporta di seguito il dettaglio dello stato di validazione delle schede A e B effettuate nel corso dell'anno 2024 che conferma un trend di crescita nelle segnalazioni, rispetto ai 947 eventi dell'anno precedente.

N. TOTALE Eventi Sentinella	1126
N. TOTALE Schede A Validate dal MdS	233
N. TOTALE ES (Schede A+ Schede B) Validate dal MdS	753
N. TOTALE Eventi Sentinella validati	986

Le segnalazioni pervenute nel corso del 2024 sono state complessivamente 602 (315 incident reporting + 287 violenze a danno degli operatori), ossia il 14,4 in meno rispetto a quelle pervenute nel 2023 (689); escludendo quelle non pertinenti, sono state messe in atto 713 azioni correttive.

Si rimanda ai report trimestrali per i dettagli delle segnalazioni.

In base alla classificazione adottata a livello regionale, le segnalazioni hanno riguardato le seguenti aree tematiche:

	AREA GIULIANA	AREA ISONTINA	TOTALE
ORGANIZZATIVO Errori dovuti all'organizzazione del lavoro, ai percorsi clinico assistenziali, ai trasferimenti o trasporti, disponibilità o accessibilità di apparecchiature o strumentazioni, accesso o tempistica delle cure.	71	49	120
TERAPIA Errori intercorsi nelle fasi di gestione della terapia farmacologica; prescrizione, preparazione somministrazione, conservazione ed approvvigionamento del farmaco	50	20	70
ASSISTENZA Errori che intercorrono in caso di ritardata/inadeguata/omessa prestazione assistenziale, chirurgica, terapeutica e diagnostica	32	23	55
DIRITTI DEL PAZIENTE Errori che intercorrono in caso di inosservanza o violazione di norme o procedure, comportamenti e azioni scorretti o inappropriati, comunicazione inefficace	33	2	35
INFRASTRUTTURE Errori che intercorrono per malfunzionamenti o incompetenza d'uso di apparecchiature elettromedicali, impiantistica gas medicali e sistemi informatici	17	6	23
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.	199*	52*	251*
ALTRO Errori che non trovano corrispondenza nelle tipologie elencate	4	8	12

Sono stati segnalati al Ministero della salute 3 eventi sentinella, delle seguenti tipologie:

- strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
- morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
- morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica

TIPOLOGIE DI EVENTI SENTINELLA



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE A FAVORE DEL SSN

EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO 3 - QUALITÀ, RISCHIO CLINICO E PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella

Luglio 2024

La presente versione, aggiornata e condivisa con la Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute – Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (Sub Area Rischio Clinico) e l'UOS Qualità, sicurezza e buone pratiche - Agenas ai sensi dell'art. 2 commi 5 e 6 del DM 11 dicembre 2009 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, sostituisce la precedente.

TIPOLOGIE DI EVENTI SENTINELLA

- ▶ Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
- ▶ Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- ▶ Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
- ▶ Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- ▶ Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis
- ▶ Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- ▶ Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
- ▶ Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
- ▶ **Morte o grave danno per caduta di paziente**
- ▶ Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- ▶ Violenza su paziente
- ▶ Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore

TIPOLOGIE DI EVENTI SENTINELLA

- ▶ Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- ▶ Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
- ▶ Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
- ▶ **Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere**
- ▶ **Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali**
- ▶ Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
- ▶ Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti.
- ▶ Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
- ▶ Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
- ▶ Errore in chemioterapia
- ▶ Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

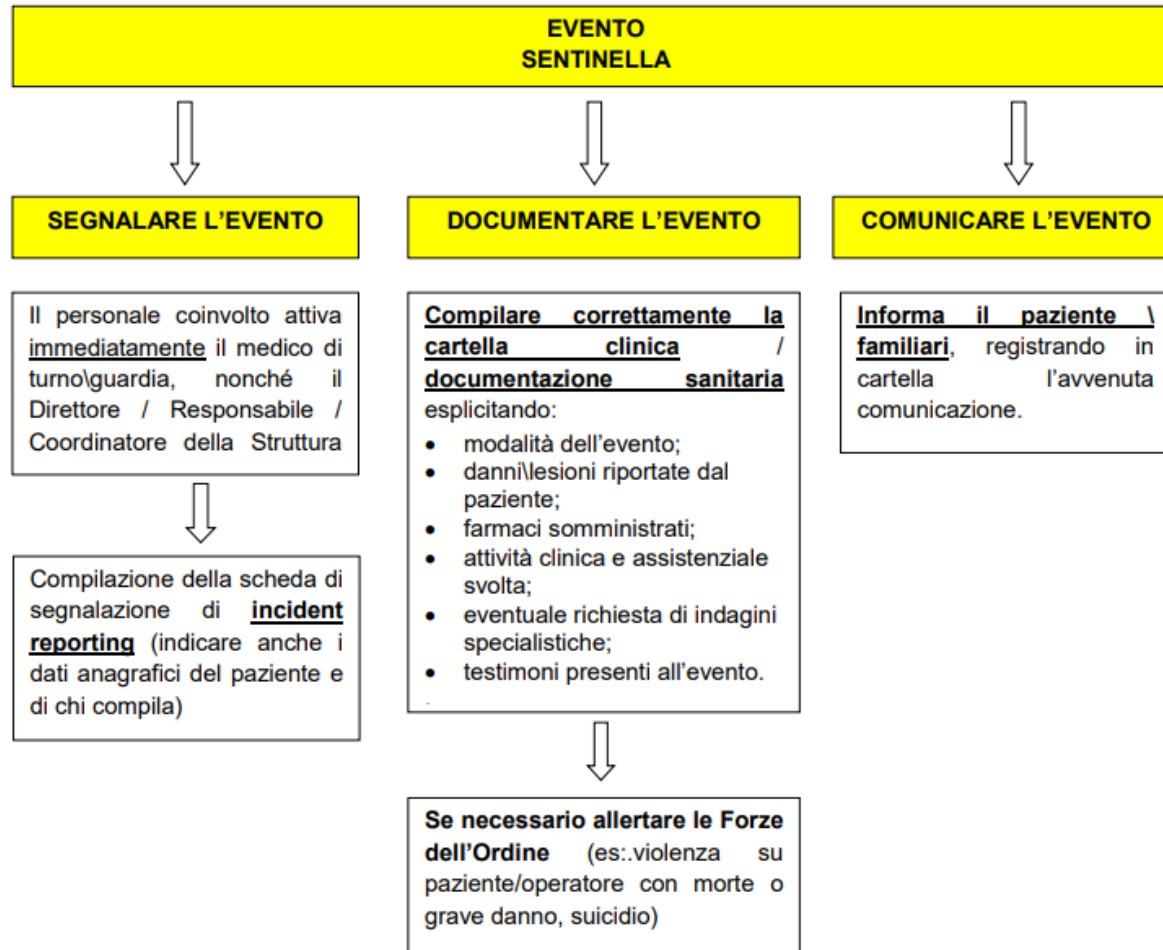
REPORT EVENTI SENTINELLA ANNO 2024

TIPO EVENTO SENTINELLA	N. Eventi Sentinella	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	403	40,87
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	110	11,16
MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA VIOLENZA VERSO O NEI CONFRONTI DI OPERATORE	99	10,04
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	95	9,63
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	42	4,26
MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE (≥ 37 SETTIMANE) NON CORRELATA A MALATTIE CONGENITE	41	4,16
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	33	3,35
MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	21	2,13
PERDITA/SMARRIMENTO DI CAMPIONI ANATOMICI/ISTOLOGICI/BIOLOGICI O DETERIORAMENTO CHE NE CAUSA L'IMPOSSIBILITA' DI PROCESSAZIONE	18	1,83
MORTE O GRAVE DANNO CORRELATO ADE ERRORE E/O RITARDO DI DIAGNOSI MEDICA	16	1,62



<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/report-protocollo-di-monitoraggio-degli-eventi-sentinella-2024/>

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA



IL RISK MANAGER
(in collaborazione con il gruppo aziendale rischio clinico)

Informa tempestivamente dell'accaduto:

- la Direzione strategica
- l'Ufficio legale

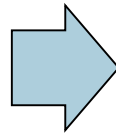
Acquisite le informazioni necessarie, se l'evento ha le caratteristiche dell'evento sentinella effettua la **segnalazione al Ministero della Salute**

Procede **all'analisi dell'evento** mediante **Root Cause Analysis o audit strutturato**

Illustra il **percorso di sostegno agli operatori sanitari coinvolti** (supporto psicologico, legale, medico-legale)

IL CASO

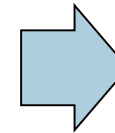
Nel «reparto A» è stata somministrata una sacca di emazie concentrate ad un paziente.



Appena messa la sacca di emazie è arrivato un accoglimento del Pronto Soccorso.

L'infermiera ha interrotto l'attività per supportare i colleghi e, dopo qualche minuto colta da un dubbio, è andata a controllare nuovamente la sacca di emazie.

Dopo aver rilevato l'errore (la sacca doveva essere somministrata al pz del letto accanto) ha immediatamente sospeso la sacca, e avvisato il medico.



Il gruppo sanguigno di entrambi i pazienti risultava essere 0+.





RUOLO	STRUTTURA DI APPARTENENZA
Risk Manager	SSD Rischio Clinico Qualità e Accreditamento
Infermiera	SSD Rischio Clinico Qualità e Accreditamento
Dirigente Medico	SC Medicina Trasfusionale
Direttore	Reparto A
Coordinatore Infermieristico	Reparto A
Dirigente Medico	Reparto A
Infermiera	Reparto A

CAUSE E FATTORI UMANI

Mancata aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali (**Identificazione paziente**) ed alla procedura di doppio controllo al letto del paziente prevista per la somministrazione di sangue ed emoderivati.

Venir meno di barriere/sistemi per la sicurezza o strumenti con funzione di protezione per il paziente, compilazione non corretta della **checklist trasfusionale** (era presente un solo operatore)

Mancata identificazione di **situazioni a rischio** durante le quali l'operatore non può essere disturbato.

CAUSE E FATTORI ORGANIZZATIVI/AMBIENTALI

Momento caotico dovuto all'accoglimento di un paziente

Grande turnover del personale senza adeguata formazione

Evento sentinella

- Evento avverso di particolare gravità, indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare MORTE O GRAVE DANNO al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Caratteristiche di un evento sentinella

- Molto **GRAVE** fino alla morte del paziente;
- **SEGNALAZIONE OBBLIGATORIA**;
- Classificazione specifica in 23 categorie;
- Prevede sempre un'indagine (RCA o Audit) ed un intervento serio, nonché la possibilità di prevedere un supporto psicologico agli operatori coinvolti.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

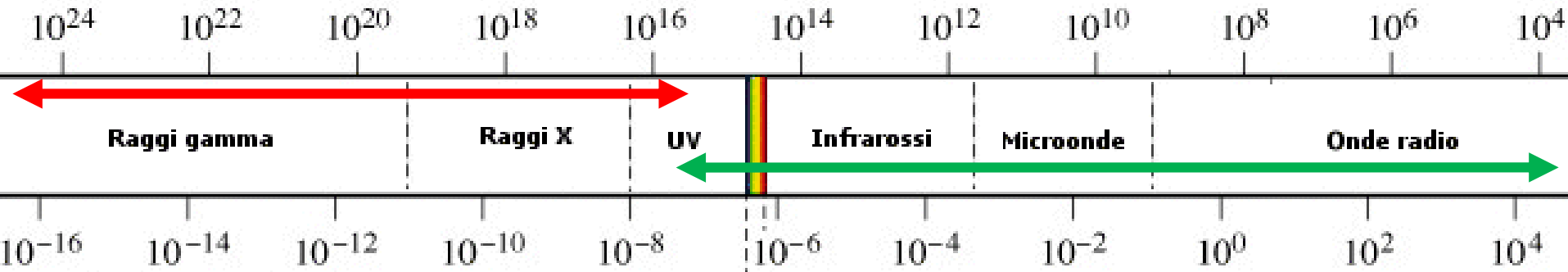
Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

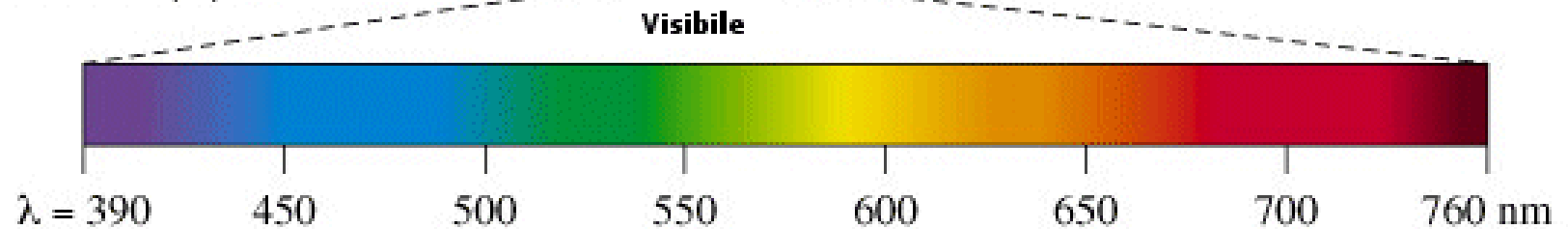
Laserterapia

Il termine L.A.S.E.R. è l'acronimo di Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (Amplificazione della Luce mediante Emissione Stimolata di Radiazione).

Frequenza (Hz)

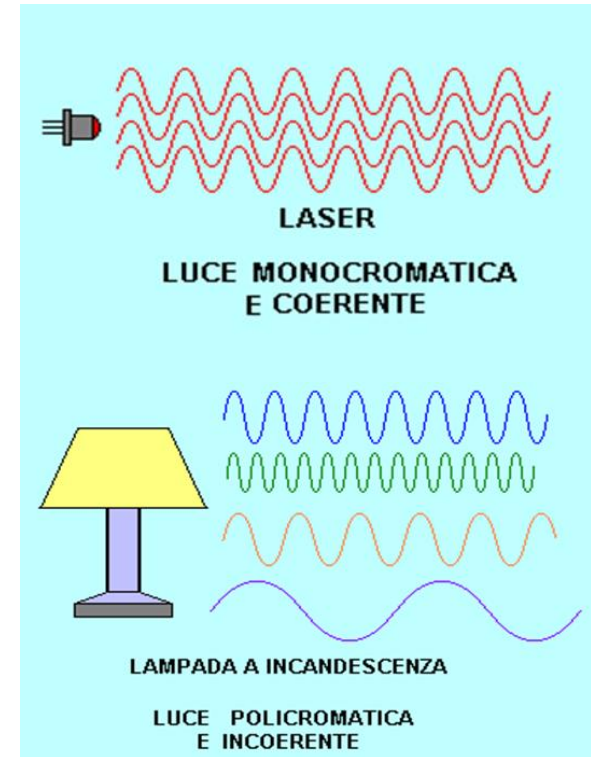


Lunghezza d'onda (m)



Laserterapia

SORGENTE DI RADIAZIONE OTTICA	CARATTERISTICHE
Coerenti (LASER)	Unidirezionali e monocromatici Elevatissima collimazione, brillantezza e coerenza spaziotemporale: ciò comporta la possibilità di emettere energie estremamente elevate
Non coerenti	Molte lunghezze d'onda e in tutte le direzioni



Laserterapia

- ▶ Le evidenze scientifiche, ad oggi, non evidenziano rischi correlati all'esposizione cronica a luce LASER, ma un **rischio per esposizione acuta**
- ▶ Possono produrre effetti deterministici come:
 - Danni di origine fotochimica (danni retinici, cataratta, danni cutanei – photoaging, formazione di lesioni pretumorali o carcinomi);
 - Danni di origine termica.

Laserterapia

Trattamento fisioterapico non invasivo che utilizza fasci di luce per stimolare i tessuti biologici, accelerando la guarigione e riducendo il dolore.

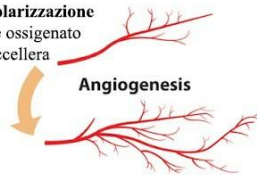
Il raggio laser penetra la cute innescando una risposta biochimica a livello cellulare (biostimolazione).

Le tipologie sono:

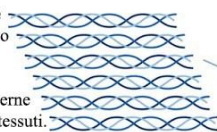
- ▶ **LLLT (Low Level Laser Therapy):** Laser a bassa intensità, spesso definiti "a freddo", usati per stimolare la guarigione senza generare calore significativo.
- ▶ **HILT (High Intensity Laser Therapy):** Laser ad alta potenza che permettono di erogare molta energia in breve tempo, raggiungendo tessuti più profondi.
- ▶ **Laser a diodo:** spesso utilizzati per la terapia del dolore e la guarigione dei tessuti.
- ▶ **Laser CO2 e Nd:YAG:** utilizzati in dermatologia e chirurgia per trattamenti specifici.

EFFETTI CLINICI DELLA LASER TERAPIA

Angiogenesi e Neovascolarizzazione
Un incremento di sangue ossigenato nei tessuti danneggiati accelera la guarigione dei tessuti.



Produzione di Collagene
L'appropriato allineamento e rimodellamento del collagene riduce la formazione di cicatrici interne e migliora l'elasticità dei tessuti.



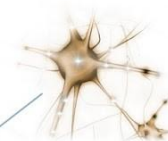
Rigenerazione del Muscolo
La riparazione delle fibre muscolari danneggiate e l'attivazione delle cellule miogeniche satellite inducono alla rigenerazione del tessuto del muscolo.



Inflammatione ed Edema
L'incremento dei mediatori dell'infiammazione come macrofagi, neutrofilii e linfociti accelera e risolve il processo di infiammazione.



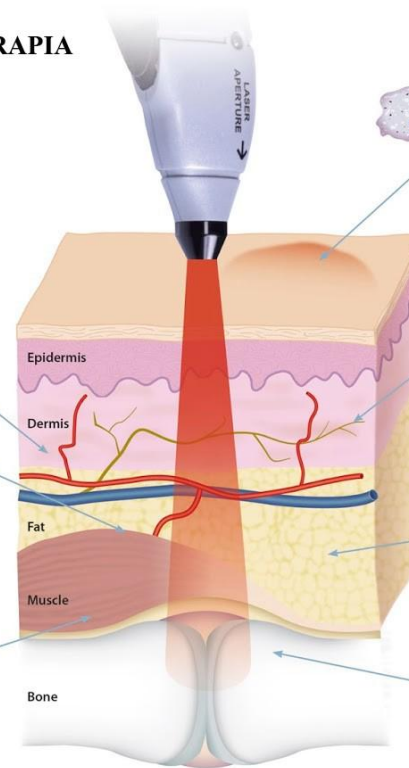
Rigenerazione del Nervo
La proliferazione dei fattori di crescita promuove la germinazione neuronale e la formazione di mielina per l'ideale recupero del nervo.



Produzione di Cartilagine
L'incremento nei condrociti e la produzione di collagene permette il miglioramento della deposizione di cartilagine e dell'attività dell'articolazione.



Formatura dell'Osso
La proliferazione degli osteociti e il rimodellamento della matrice cellulare dell'osso determinano la riparazione accelerata dell'osso.



Laserterapia

È generalmente sconsigliata in caso di:

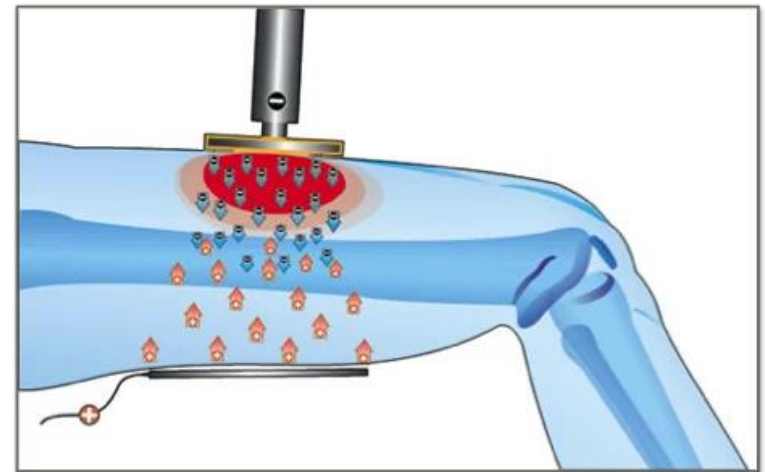
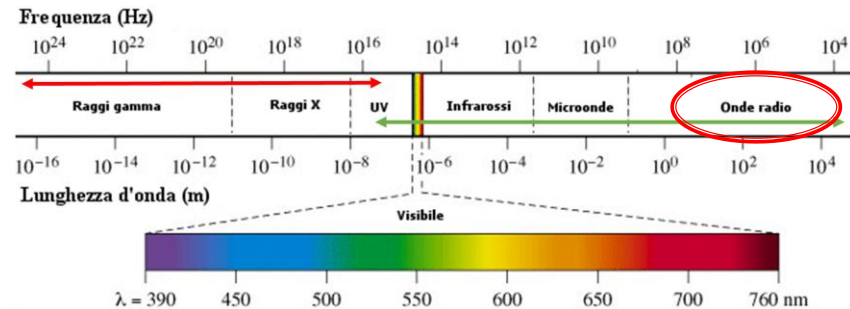
- ▶ **Gravidanza** (particolarmente nel primo trimestre).
- ▶ **Tumori maligni.**
- ▶ **Infezioni cutanee o patologie dermatologiche** nell'area da trattare.
- ▶ **Patologie oculari** (mai dirigere il raggio verso gli occhi).

Tecarterapia (Trasferimento Energetico Capacitivo e Resistivo)

Trattamento elettromedicale che utilizza la radiofrequenza per generare calore endogeno (interno) nei tessuti biologici, attivando i processi riparativi e antinfiammatori dell'organismo.

Due modalità:

- ▶ Modalità Capacitiva: indicata per tessuti molli (muscoli, sistema vascolare e linfatico).
- ▶ Modalità Resistiva: ideale per tessuti con maggiore resistenza come ossa, articolazioni, cartilagini e tendini fibrotici.



Tecarterapia (Trasferimento Energetico Capacitivo e Resistivo)

Terapia sicura e non invasiva ma....

Controindicazioni Assolute:	Controindicazioni Relative:
Stato di gravidanza	Presenza di protesi, corpi metallici o dispenser elettronici di farmaci (eccessivo surriscaldamento o malfunzionamenti)
Patologie oncologiche	Alterazione della sensibilità
Portatori di pacemaker (malfunzionamento se sprovvisti di protezione alle radiofrequenze)	Epilessia
	Infezioni
	Patologie dermatologiche
	Lesioni cutanee e ustioni
	Gravi malattie sistemiche
	Terapia anticoagulante

Terapia a ultrasuoni

Utilizza onde sonore ad alta frequenza (da 1 a 3 MHz) per generare effetti termici e meccanici nei tessuti profondi.

Le onde sonore penetrano nel corpo causando vibrazioni cellulari che producono un micromassaggio e un aumento della temperatura locale.



Terapia a ultrasuoni

La terapia non può essere effettuata in presenza di:

- ▶ Pacemaker o altri dispositivi elettronici impiantati.
- ▶ Gravidanza.
- ▶ Neoplasie.
- ▶ Epilessia e zone vicine al cuore o al midollo osseo.

TENS (Stimolazione Elettrica Nervosa Transcutanea)

Utilizza lievi impulsi elettrici a basso voltaggio per gestire il dolore senza l'uso di farmaci.

Il dispositivo invia impulsi attraverso elettrodi adesivi applicati sulla pelle. Agisce su due livelli:

- ▶ Teoria del Gate Control: Blocca i segnali di dolore prima che raggiungano il cervello stimolando le fibre nervose di grosso diametro.
- ▶ Rilascio di Endorfine: Stimola il corpo a produrre i propri "antidolorifici naturali".



TENS (Stimolazione Elettrica Nervosa Transcutanea)

La TENS non deve essere utilizzata da:

- ▶ Portatori di pacemaker o altri impianti elettronici.
- ▶ Persone affette da epilessia.
- ▶ Donne in gravidanza (eccetto indicazione medica per il travaglio).
- ▶ Soggetti con gravi aritmie cardiache o su ferite aperte.

Terapia con onde d'urto (ESWT)

Metodica non invasiva che utilizza impulsi acustici ad alta energia per stimolare i processi naturali di riparazione biologica.

Esistono due tecnologie principali, distinte per profondità e precisione:

- ▶ **Onde Focali (ESWT):** Convogliano l'energia su un punto preciso e profondo. Sono indicate per calcificazioni, pseudoartrosi (ritardi di consolidamento osseo) e problemi in tessuti profondi.
- ▶ **Onde Radiali (RSWT):** L'energia si irradia dalla superficie verso l'interno in modo divergente. Sono usate per trattare aree più estese e superficiali come tendiniti, contratture muscolari e fasciti.



Terapia con onde d'urto (ESWT)

Generalmente sicure se eseguite correttamente, presentano delle controindicazioni assolute in cui la manovra può essere pericolosa:

- ▶ Patologie ossee: Osteoporosi severa, tumori ossei o fratture recenti.
- ▶ Problemi vascolari o neurologici: Aneurismi, instabilità cervicale, ictus, compressioni midollari o radicolopatie gravi, fratture vertebrali, sindrome della cauda equina.
- ▶ Infiammazioni acute: Artrite reumatoide in fase attiva, infezioni, uso prolungato di cortisone.
- ▶ Gravidanza.
- ▶ Neoplasie.

Terapia con onde d'urto (ESWT)

Sebbene sicura, la terapia è sconsigliata in caso di:

- ▶ Gravidanza o neoplasie nella zona da trattare.
- ▶ Disturbi della coagulazione o uso di anticoagulanti orali.
- ▶ Pacemaker o cartilagini di accrescimento nei bambini.
- ▶ Iniezioni di cortisone effettuate meno di 6 settimane prima.
- ▶ Infezioni o abrasioni nel sito di trattamento.

RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

Manipolazioni vertebrali

Tecniche manuali caratterizzate da un movimento rapido, deciso e di piccola ampiezza (tecnicamente chiamato trust o impulso HVLA – High Velocity Low Amplitude) applicato a un'articolazione.

In Italia, le manipolazioni possono essere praticate da:

- ▶ Medici con specifica formazione specialistica.
- ▶ Fisioterapisti che hanno conseguito master o specializzazioni in terapia manuale.



RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

RISCHI SPECIFICI FISIOTERAPIA

Elettromedicali

- Terapia laser
- Tecarterapia
- Terapia a ultrasuoni
- Tens
- Terapia a onde d'urto

Manipolazioni vertebrali

Fisioterapia invasiva

- Elettrolisi Percutanea Intratissutale
- Dry needling
- Neuromodulazione Percutanea

Elettrolisi Percutanea (EPTE o EPI)

Invasiva e consiste nell'inserimento di un ago da agopuntura direttamente nel tessuto danneggiato (tendine, muscolo o legamento). Attraverso l'ago viene trasmessa una corrente galvanica continua che provoca una reazione chimica localizzata (elettrolisi).



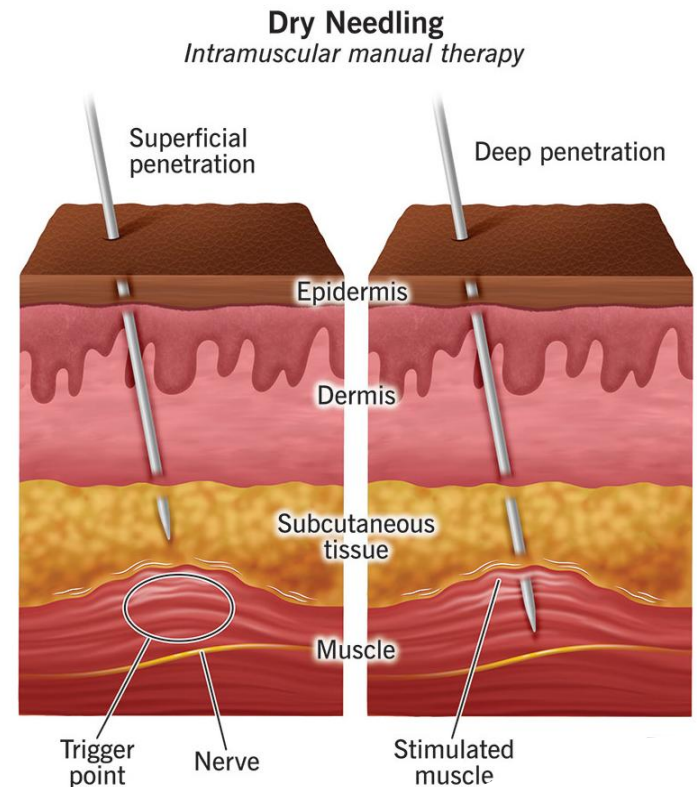
CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE	CONTROINDICAZIONI RELATIVE
Stato di gravidanza	Disturbi della coagulazione o terapia con anticoagulanti (rischio di ematomi)
Patologie oncologiche	Patologie cardiache non compensate
Portatori di pacemaker	Belonefobia
Infezioni attive	Malattie cutanee: come psoriasi a placche o ferite non rimarginate nell'area di intervento.
Protesi metalliche	

Dry needling

Utilizza aghi sottili e sterili per trattare il dolore muscoloscheletrico agendo direttamente sui trigger point, ovvero nodi muscolari contratti e dolenti.

Controindicazioni: Non è raccomandato per chi soffre di disturbi della coagulazione, infezioni in corso, fobia degli aghi o durante il primo trimestre di gravidanza.

Rischi rari: Infezioni (se non si usa materiale sterile) o danni agli organi (es. pneumotorace) se praticato in zone sensibili da mani inesperte.



Neuromodulazione Percutanea (NMP)

Utilizza aghi sottili (simili a quelli dell'agopuntura) inseriti sotto guida ecografica per stimolare i nervi periferici tramite impulsi elettrici a bassa intensità.

- ▶ PENS (Percutaneous Electrical Nerve Stimulation): Specifica per il trattamento del dolore cronico resistente ai farmaci.
- ▶ NMP Ecoguidata (NMP_e): Lo standard attuale in fisioterapia per la massima sicurezza e precisione.



Neuromodulazione Percutanea (NMP)

Controindicazioni Assolute	Controindicazioni Relative
Stato di gravidanza	Allergie ai metalli
Infezioni o lesioni cutanee	Epilessia
Dispositivi elettronici impiantati: Portatori di pacemaker, defibrillatori cardiaci (ICD), pompe per infusione di farmaci o neurostimolatori	Belonefobia
Infezioni attive	Neoplasie
Disturbi della coagulazione	Deficit cognitivi o sensoriali (Se il paziente non è in grado di fornire un feedback)

Quindi quali sono i rischi?

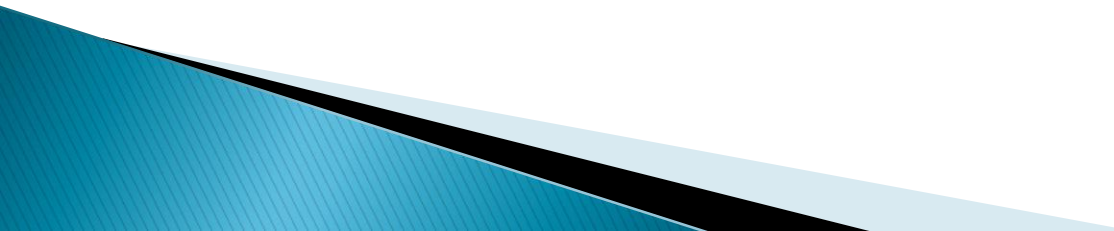
1. Scarsa formazione sull'utilizzo delle tecniche e sulla comprensione dei rischi associati ai dispositivi (danni fotochimici, riscaldamento, interferenze con altri dispositivi ecc) e alle tecniche (ad esempio manipolazioni vertebrali);
2. Anamnesi dei pazienti incomplete o superficiali;
3. Errore nel riconoscimento del paziente o somministrazione di terapia errata.

Proviamo?



Fare o non fare. Non c'è provare.

PARTE PRIMA – RISCHIO CLINICO

- ▶ La definizione di errore;
 - ▶ Graduazione e classificazione dell'errore;
 - ▶ La definizione di Rischio Clinico;
 - ▶ I principi legislativi alla base del Rischio Clinico;
 - ▶ La prevenzione degli errori;
 - ▶ Metodi di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss;
 - ▶ Metodi proattivi e reattivi per la valutazione del rischio;
 - ▶ Modalità correttive dell'errore di sistema;
 - ▶ Definizione di evento sentinella e in cosa si differenzia dagli altri eventi;
 - ▶ La dimensione del problema;
 - ▶ Tipologie di eventi sentinella;
 - ▶ Monitoraggio degli eventi sentinella;
 - ▶ Rischi specifici in fisioterapia;
 - ▶ **Principi giuridici: responsabilità e garanzie per gli operatori sanitari;**
 - ▶ **Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale.**
- 

PRINCIPI GIURIDICI: RESPONSABILITÀ E GARANZIE PER GLI OPERATORI SANITARI

- ▶ È l'art. 32 della nostra Costituzione che sancisce la tutela alla salute pubblica come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, secondo i principi di rispetto della persona umana.
- ▶ Con la L. 833/1978 è stato istituito il Servizio Sanitario nazionale (SSN), basato proprio sui principi di universalità della tutela sanitaria per cui si istituiva il diritto soggettivo alla tutela della salute e di globalità delle prestazioni nei confronti dei cittadini destinatari delle prestazioni mediche.
- ▶ d.lgs. n. 502/1992 che ha canonizzato i principi di economicità, efficacia ed efficienza dell'attività sanitaria La razionalizzazione del sistema sanitario si ha, poi, con il d.lgs. n. 229/1999 c.d. Bindi o riforma ter che ha confermato i livelli essenziali di assistenza e introdotto nuove regole per accreditamento ed erogazione dei servizi, confermando l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie.
- ▶ Successivamente con la L. 24/2017, la c.d. Legge Gelli – Bianco è stato sancito il principio di sicurezza delle cure, il ruolo del risk management e il diritto alla salute come interesse diretto e indiretto. È stata proprio quest'ultima citata a introdurre la responsabilità medica con l'obiettivo di superare le incongruenze e le incertezze generate dal precedente Decreto Balduzzi.



L. 24/2017, la c.d. Legge Gelli – Bianco

Art. 5 – Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle **LINEE GUIDA PUBBLICATE** ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie..... In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle **BUONE PRATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI**.

3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano...L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG...





MENU



Istituto Superiore di Sanità

Anno

2023

Uso delle terapie fisiche strumentali nella gestione della persona con dolore muscoloscheletrico

03/11/2025

Produttore SIMFER-Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (capofila) SOGGETTI COLLABORATORI: SIR-Società Italiana di Reumatologia; FNOFI-Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti; GISEG-Gruppo Italiano Salute e Genere; APMARR-Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare; Cittadinanzattiva; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS Abstract Le final...

Continua

Le cure complementari nei pazienti adulti in ambito palliativo

03/11/2025

Produttore OPI-Ordine delle Professioni Infermieristiche (capofila) SOGGETTI COLLABORATORI: SICP-Società Italiana di Cure Palliative; AIOM-Associazione Italiana di Oncologia Medica; SIPO-Società Italiana di Psico-Oncologia; ANIN-Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze Abstract Negli ultimi decenni, si è assistito ad un costante aumento del ricorso alle Cure Complementari a livello globale. In Europa, oltre 100 mi...

Continua

Trattamento della balbuzie in età evolutiva

03/11/2025

Produttore FLI-Federazione Logopedisti Italiani Abstract La balbuzie è un disturbo della comunicazione, caratterizzata da una ripetizione involontaria e prolungamento di suoni e sillabe. Possono anche verificarsi pause o blocchi che interrompono il ritmo dell'eloquio. Può essere inoltre caratterizzata da comportamenti non verbali che nascono per reazione alle ripetizioni e/o blocchi. La balbuzie insorge solitamente prima dei...

Continua

<https://www.iss.it/snlg-copertina>

PARTE PRIMA -
RISCHIO CLINICO

*Principi giuridici: responsabilità e
garanzie per gli operatori sanitari*

L. 24/2017, la c.d. Legge Gelli – Bianco

Art. 6 - Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente: «Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 (omicidio colposo) e 590 (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di **IMPERIZIA**, la **PUNIBILITA' E' ESCLUSA** quando sono **rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida** come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, **in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali**, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».



Art. 589. (Omicidio colposo) – Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni.

Art. 590. (Lesioni personali colpose) – Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309... .. Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni.

L. 24/2017, la c.d. Legge Gelli – Bianco

Art. 7 - Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. **La struttura sanitaria o sociosanitaria** pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché' non dipendenti della struttura stessa, **risponde**, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, **delle loro condotte dolose o colpose**.

3. **L'esercente la professione sanitaria** di cui ai commi 1 e 2 **risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile**, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. **Il giudice**, nella determinazione del risarcimento del danno, **tiene conto della condotta dell'esercente** la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.



Art. 9 - Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata **solo in caso di dolo o colpa grave**.

5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica..... non può superare una somma pari al valore maggiore della **retribuzione lorda** o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, **moltiplicato per il triplo**. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

DOLO

- avere **coscienza** dell'evento e del risultato;
- **volere** l'evento.

COLPA

- l'evento provocato **non è voluto**;
- è stato prodotto con la **violazione di regole cautelari**, scritte (leggi o altri provvedimenti) o non scritte (regole sociali, di prudenza, diligenza, perizia);
- l'evento provocato è esattamente quello **che le regole cautelari mirano ad evitare**.

PRETERINTENZIONE

- **vuole**, con le caratteristiche proprie del dolo, commettere un certo fatto;
- **senza un'intenzione specifica** e quindi con uno stato d'animo che si avvicina a quello della colpa, cagiona altre e **più gravi conseguenze**.

Colpa
lieve

Colpa
grave

- le specifiche condizioni del soggetto agente;
- il suo grado di specializzazione;
- la situazione ambientale, di particolare difficoltà, in cui il professionista si è trovato a operare;
- l'accuratezza nell'effettuazione del gesto medico;
- le eventuali ragioni d'urgenza;
- l'oscurità del quadro patologico;
- la difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche;
- il grado di atipicità o novità della situazione data

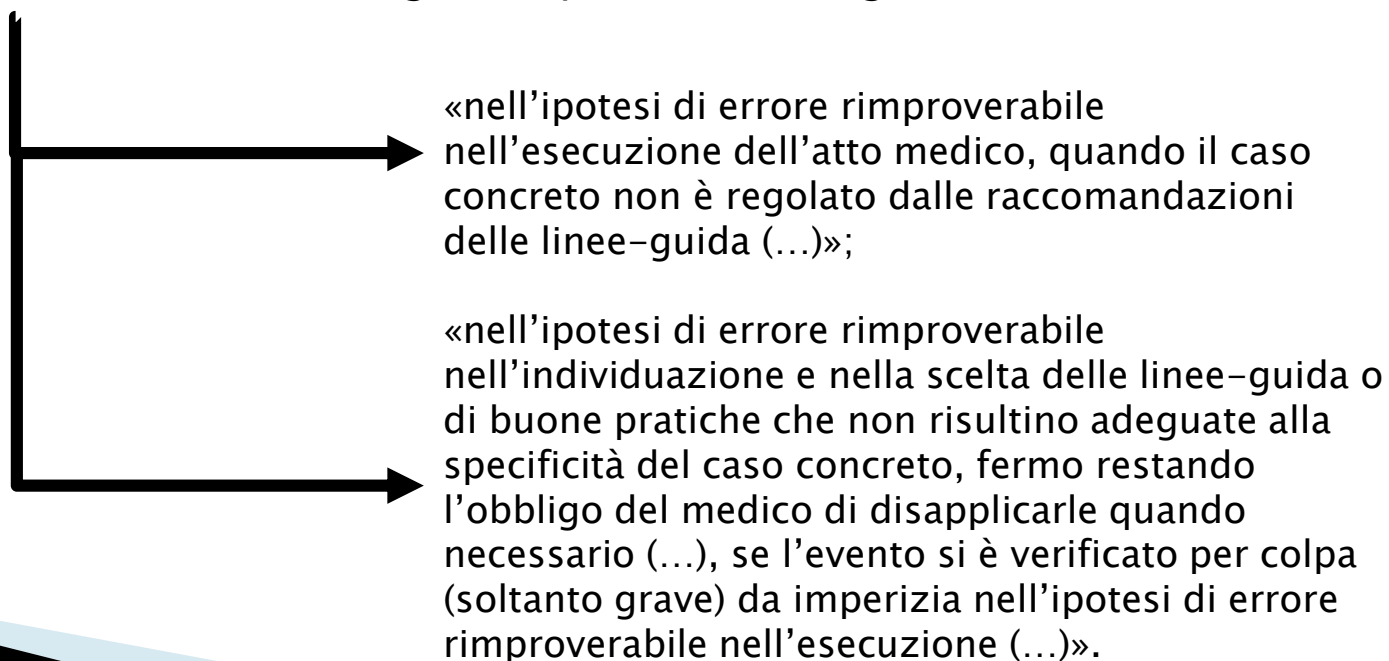
Quando dalla propria condotta colposa deriva una lesione personale o la morte della persona assistita, il sanitario è chiamato a rispondere del suo comportamento professionale sulla base del concetto di **colpa** come definito dall'art. 43 del codice penale secondo cui deve ritenersi colposo (o contro l'intenzione) un evento che, anche se previsto, non è voluto dall'agente ma che si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia oppure per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

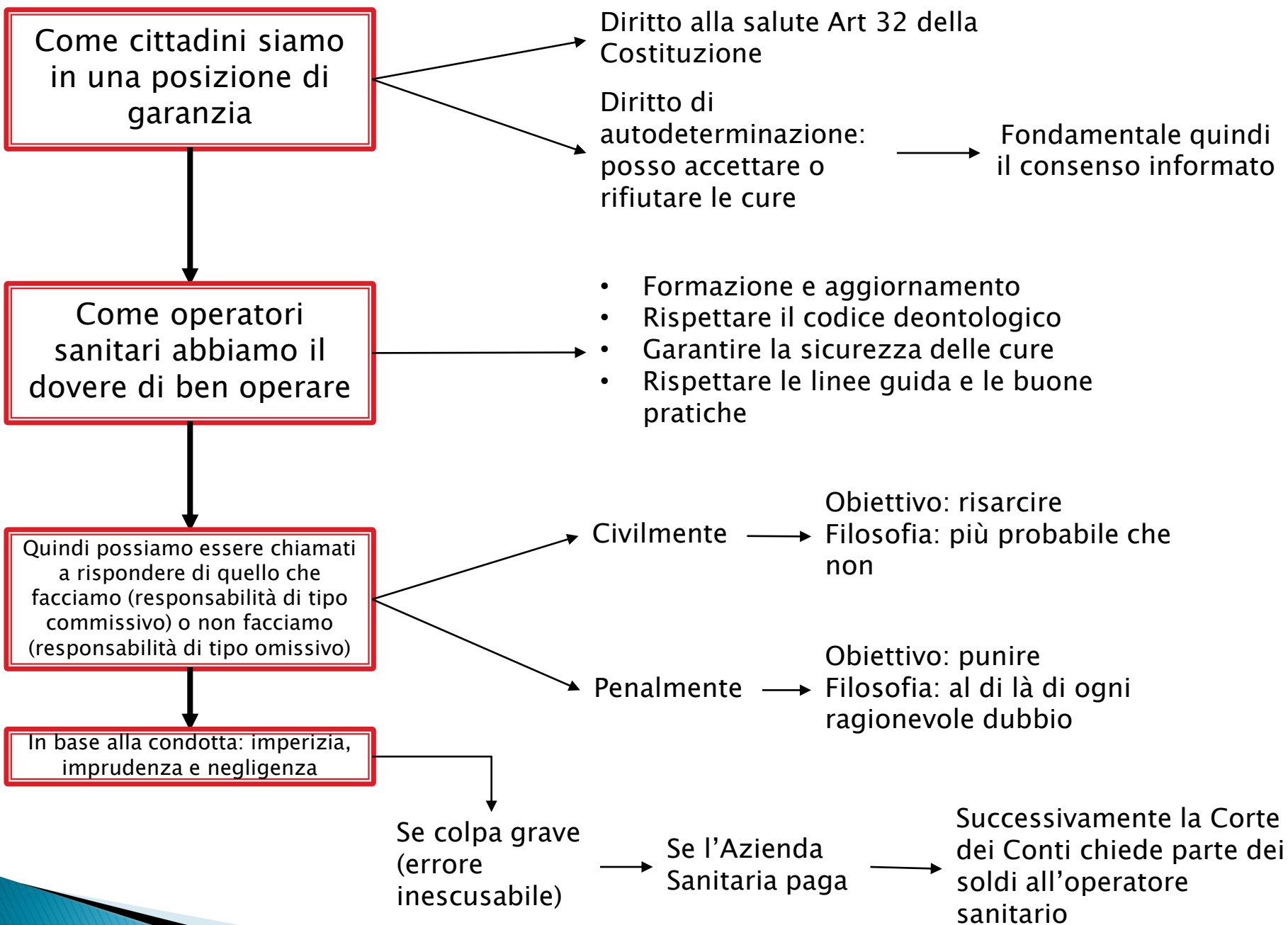
La colpa è quindi generica se sussiste:

- la **negligenza**, ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione;
- l'**imprudenza**, che può riferirsi alla condotta avventata o temeraria dell'operatore sanitario che, pur consapevole dei rischi per il paziente, decide comunque di procedere con una determinata pratica;
- l'**imperizia** cioè la scarsa preparazione professionale per incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica.

La colpa viene punita nel caso di:

- ▶ **negligenza**: quando l'operatore sanitario agisce con superficialità;
- ▶ **imprudenza**: quando l'operatore sanitario agisce con avventatezza;
- ▶ **imperizia**: solo nel caso in cui non vengano rispettate le linee guida.





SISTEMI DI QUALITÀ IN AMBITO SANITARIO E MODELLI DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE



AUTORIZZAZIONE

- L'autorizzazione è il mezzo attraverso il quale si concede alle strutture preposte all'attività sanitaria la possibilità di esercitare liberamente la propria attività, dopo aver dimostrato di essere conformi ad una serie di requisiti (Dpr del 14/01/97).
- **OBBLIGATORIA PER TUTTE** le strutture sanitarie pubbliche e private che intendono esercitare attività sanitarie, da rilasciarsi previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti a livello nazionale con un atto di indirizzo e coordinamento.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- Introdotto a partire con le leggi di riforma del SSN del 1992.
- Garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso, oltre nazionali e regionali, anche degli ulteriori requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale.
- È il provvedimento con il quale viene riconosciuto, alle strutture sanitarie **già in possesso di un'autorizzazione**, lo status di **potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**.

ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

- Procedimento nel quale un soggetto, di solito non governativo, staccato e distinto dalla struttura richiedente, valuta un'organizzazione sanitaria secondo determinati standard individuati come fondamentali per il miglioramento della qualità.
- Di tipo **volontario**, che ha lo scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa.

AUTORIZZAZIONE

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché' di soggetti accreditati.

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni, dell'accREDITAMENTO istituzionale, nonché' alla stipulazione degli accordi contrattuali.

L'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

A che strutture?

Costruzione di nuove strutture

All'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione

All'ampliamento o alla trasformazione nonché' al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate

A che attività?

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti

Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio

Strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno

Studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché' per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi

È il Dipartimento di Prevenzione di ASUGI che rilascia l'autorizzazione!

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

OBBLIGHI	PRINCIPI
Definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività.	Garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica
Valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale.	Garantire dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;
L'accreditamento istituzionale è <u>RILASCIATO DALLA REGIONE</u> alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti!	Garantire adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato
	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
	Accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione
	Esterneizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente -> esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura

PARTE PRIMA

RISCHIO CLINICO

Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale

CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER LE STRUTTURE RIABILITATIVE

Codice	Descrizione
AURIAB.01	La dotazione di personale dell'area della riabilitazione deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.
AURIAB.02 AURIAB.03 AURIAB.04 AURIAB.05 AURIAB.06	La dotazione minima di ambienti per l'attività di medicina fisica e riabilitazione deve essere coerente con la pianificazione delle attività e in particolare: <ul style="list-style-type: none">- aree attrezzate (palestre), ognuna delle quali di almeno 45 m²: tali aree sono destinate all'esercizio terapeutico contemporaneo di massimo 6 pazienti; per ogni paziente contemporaneo in più la superficie della palestra dovrà presentare un incremento di almeno 5 m². In prossimità sono disponibili spogliatoi e servizi igienici;- aree attrezzate per attività individuali;- box di almeno 6 m², per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari; indicativamente il 50% dei box, e comunque almeno uno, deve essere di dimensioni tali da consentire l'accesso ad un paziente in carrozzina, i box non necessitano di area separata per spogliarsi;- ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-terapeutiche cliniche attinenti alle patologie trattate;- area attrezzata per il trattamento dei disturbi cognitivo-simbolici.
AURIAB.07 AURIAB.08 AURIAB.09 AURIAB.10 AURIAB.11 AURIAB.12	Sono presenti: <ul style="list-style-type: none">- lettino ad altezza regolabile e larghezza minima non inferiore a 85 cm;- carrozzina disponibile a necessità;- sollevatore;- diafanoscopio;- sfigmomanometro;- goniometro e metro a nastro.

Codice	Descrizione
AURIAB.13	Devono inoltre essere disponibili presidi medico-chirurgici a seconda delle attività espletate.
AURIAB.14	La dotazione strumentale è inoltre correlata qualitativamente e quantitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività erogate; sono presenti attrezzature, dispositivi, presidi e risorse per la valutazione del paziente e lo svolgimento delle diverse tipologie di attività erogate da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali.
AURIAB.15	Il responsabile della riabilitazione è un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine.
AURIAB.16	E' presente un'équipe multiprofessionale coordinata da un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine, e composta almeno da personale dell'area della riabilitazione, da personale infermieristico e operatori sociosanitari.
AURIAB.17	Deve essere disponibile personale di assistenza sociale e dell'area psicologica.
AURIAB.18	La presa in carico di ogni singolo paziente deve essere effettuata all'interno di un progetto riabilitativo di cui è responsabile un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o disciplina equipollente e/o affine. Il progetto riabilitativo prevede la realizzazione di specifici programmi terapeutici ed il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni della disabilità, anche eventualmente in raccordo con l'équipe multidisciplinare per l'handicap e/o l'UVD.
AURIAB.19	La struttura deve essere aperta di norma per 7/8 ore giornaliere e per almeno 5 giorni alla settimana.
AURIAB.20	Un medico è presente al momento dell'esecuzione di terapie che comportino rischi potenziali per gli utenti.

Struttura
pubblica

Procedimento congiunto
di autorizzazione e
accreditamento. Decreto
della DCS

Struttura
privata

Autorizzazione rilasciata
dalla competente azienda
sanitaria (Dip. di
Prevenzione)



Accreditamento rilasciato
dalla Direzione Centrale
Salute (Se vuole fare
prestazioni a nome del
SSR)

ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

L'accREDITAMENTO all'eccellenza è un **PERCORSO VOLONTARIO** nel quale un Ente esterno valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.



ACCREDITATION
CANADA




Joint Commission
International



Organization Accredited
by Joint Commission International

IMPROVING THE QUALITY AND SAFETY OF
HEALTHCARE FOR EVERY PATIENT ACROSS THE GLOBE

Istituzionale	<i>Versus</i>	All'eccellenza
Obbligatoria per fornire servizi per conto del SSR		Volontario
Ente istituzionale (la Regione)		Enti non governativi, società scientifiche
Necessario per poter erogare servizi SSR		Prestigio e miglioramento
Garanzia di soglie minime di qualità		Percorso di miglioramento continuo
Si basa su normativa		Si basa su EBM e buone pratiche

*Simulazione della visita di accreditamento

Valutazione in loco per preparare alla valutazione per l'accREDITAMENTO, familiarizzare con la Metodologia dei Tracer e avvalersi di dati trasmessi dai valutatori esperti.

Strumenti

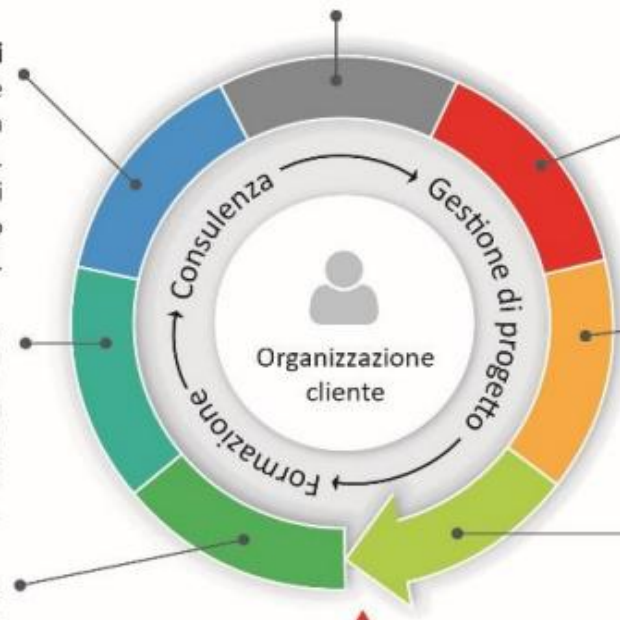
Valutazioni volte a coinvolgere il personale e radunare aspetti critici (percezioni, osservazioni, ecc.) sulla sicurezza dei pazienti e sulla cultura della sicurezza. Offrono una valida prospettiva sul rendimento di un'organizzazione, misurando il livello di conseguimento dei rispettivi traguardi/obiettivi.

*Autovalutazioni

Tramite l'utilizzo di una piattaforma web si coinvolge il personale di ogni livello nel processo di miglioramento qualitativo, aiutando nella comprensione degli standard e raccogliendo dati per dare priorità e pianificare gli sforzi finalizzati al miglioramento qualitativo.

*Formazione

Sessioni in loco per garantire al personale e ai responsabili una conoscenza approfondita del processo di accREDITAMENTO.



Valutazione per l'accREDITAMENTO in loco

Seguita dal Rapporto e Conferimento dell'AccREDITAMENTO.

Esame dei progressi

Se necessario, Accreditation Canada esamina le prove delle azioni intraprese per il Conferimento dell'AccREDITAMENTO senza alcuna condizione.

Mantenimento dello status di accREDITAMENTO

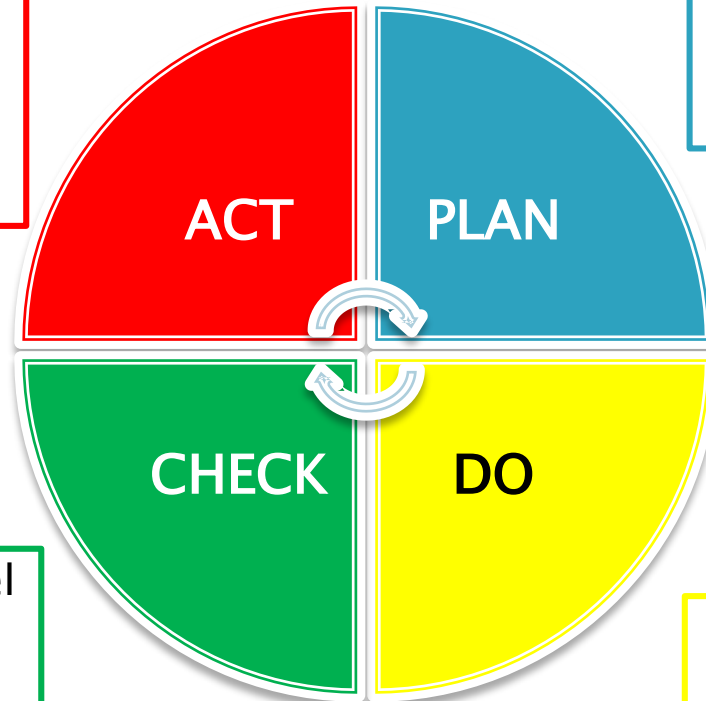
Un'organizzazione può mantenere il suo status di accREDITAMENTO per tre anni con la contemporanea implementazione delle raccomandazioni emerse dal Rapporto della Valutazione.

Viene previsto l'accesso al portale web dell'organizzazione, agli standard applicabili e allo strumento sulla sicurezza del paziente di AHRQ.

*Valutazione sulla preparazione all'AccREDITAMENTO

Valutazione in loco in rapporto ad elementi fondamentali del programma utili a valutare il rendimento di un'organizzazione all'inizio del ciclo di accREDITAMENTO.

- Se il cambiamento non ha funzionato, ripetete il ciclo con un piano diverso.
- Se il risultato è stato positivo, incorporare ciò che si è appreso.



- Ipotizzare e pianificare le azioni di miglioramento
- Ridefinizione dell'indice sulla base delle azioni ipotizzate

Monitorare i risultati del processo e delle azioni di miglioramento

Implementare i processi con le azioni di miglioramento



**NON
ACCREDITATO**



**ACCREDITATO
CON RISERVA**



ACCREDITATO





DIAMANTE

PLATINO

ORO

Non accreditato



ACCREDITATION
CANADA

Servizi di riabilitazione

Per le Visite di Accreditamento che Iniziano Dopo:
01 luglio 2019

Versione 4

Codice	Descrizione
1.0	Si offre accessibilità assistenziale tempestiva e coordinata a pazienti e familiari, gruppi e organizzazioni invianti attuali o potenziali.
2.0	Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali.
3.0	I piani terapeutici vengono sviluppati in collaborazione con pazienti e familiari sulla base di valutazioni complessive.
4.0	I piani terapeutici vengono implementati in collaborazione con pazienti e familiari.
5.0	Pazienti e familiari partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione verso un altro servizio o contesto.

Codice	Descrizione	Specifica
1.0	Si offre accessibilità assistenziale tempestiva e coordinata a pazienti e familiari, gruppi e organizzazioni invianti attuali o potenziali	Accesso a pazienti e famiglie ai servizi essenziali 24/7
		Tempestività
		Rivalutazione dei pazienti in lista d'attesa
		Se impossibilità di soddisfare le esigenze, re indirizzamento tempestivo
2.0	Pazienti e familiari collaborano alle prestazioni assistenziali	Rapporto aperto, trasparente e rispettoso con ciascun paziente
		Coinvolgimento attivo nella cura
		Condivisione informazioni complete e accurate con paziente e familiari
		Verifica che paziente e familiari abbiano compreso le Informazioni (anche tramite servizi di interpretariato e traduzione) e abbia sottoscritto un consenso informato

Codice	Descrizione	Specifica
3.0	I piani terapeutici vengono sviluppati in collaborazione con pazienti e familiari sulla base di valutazioni complessive	La salute fisica e psicosociale di ogni paziente viene valutata e documentata adottando un approccio olistico congiuntamente ad esso e ai suoi familiari a pazienti e famiglie ai servizi essenziali 24/7
		Obiettivi e risultati attesi vengono individuati congiuntamente al paziente e ai familiari
		Durante il processo di valutazione si ricorre ad appositi strumenti standardizzati (es. prevenzione cadute e lesioni da decubito)
		Esami di laboratorio e diagnostici assieme al consulto di esperti sono disponibili in maniera tempestiva
4.0	I piani terapeutici vengono implementati in collaborazione con pazienti e familiari	Si segue il piano terapeutico personalizzato del paziente
		Si utilizzano almeno due identificativi personali specifici per assicurarsi che i pazienti ricevano l'assistenza o l'intervento adeguato previsto
		Tutte le prestazioni e le rivalutazioni del paziente sono documentate nella relativa cartella clinica
		I protocolli terapeutici vengono sistematicamente rispettati
		Il piano assistenziale comprende strategie atte a gestire il dolore e altri sintomi
		Accesso a servizi terapeutici di supporto psicosociale e/o emotivo e/o spirituale

**PARTE PRIMA
RISCHIO CLINICO**

Sistemi di qualità in ambito sanitario e modelli di accreditamento istituzionale

Codice	Descrizione	Specifica
5.0	Pazienti e familiari partecipano alla pianificazione e preparazione della transizione verso un altro servizio o contesto	Pazienti e familiari sono coinvolti in maniera attiva nella pianificazione e preparazione della transizione terapeutica
		Verifica se il paziente è pronto alla transizione da un punto di vista fisico e psicosociale
		Offerti i mezzi per autogestirsi tramite formazione, strumenti e risorse appositi
		Servizi appropriati per eventuali visite di controllo sul paziente congiuntamente ad esso e ai familiari
		Si valuta l'efficacia delle transizioni terapeutiche e i dati ricavati sono utilizzati per migliorarne la pianificazione con il contributo apportato in merito da pazienti e familiari

DOLO

- avere **coscienza** dell'evento e del risultato;
- **volere** l'evento.

COLPA

- l'evento provocato **non è voluto**;
- è stato prodotto con la **violazione di regole cautelari**, scritte (leggi o altri provvedimenti) o non scritte (regole sociali, di prudenza, diligenza, perizia);
- l'evento provocato è esattamente quello **che le regole cautelari mirano ad evitare**.

PRETERINTENZIONE

- **vuole**, con le caratteristiche proprie del dolo, commettere un certo fatto;
- **senza un'intenzione specifica** e quindi con uno stato d'animo che si avvicina a quello della colpa, cagiona altre e **più gravi conseguenze**.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

NEGLIGENZA

- ossia superficialità, trascuratezza, disattenzione.

IMPRUDENZA

- condotta avventata o temeraria dell'operatore sanitario che, pur consapevole dei rischi per il paziente, decide comunque di procedere con una determinata pratica.

IMPERIZIA

- scarsa preparazione professionale per incapacità proprie, insufficienti conoscenze tecniche o inesperienza specifica;
- La colpa è punibile solo se non vengono rispettate le linee guida o quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida.



THE

TAKE-HOME MESSAGE

AUTORIZZAZIONE

- L'autorizzazione è il mezzo attraverso il quale si concede alle strutture preposte all'attività sanitaria la possibilità di esercitare liberamente la propria attività, dopo aver dimostrato di essere conformi ad una serie di requisiti (Dpr del 14/01/97).
- **OBBLIGATORIA PER TUTTE** le strutture sanitarie pubbliche e private che intendono esercitare attività sanitarie, da rilasciarsi previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti a livello nazionale con un atto di indirizzo e coordinamento.
- Viene rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

- Introdotto a partire con le leggi di riforma del SSN del 1992.
- Garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso, oltre nazionali e regionali, anche degli ulteriori requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale.
- È il provvedimento con il quale viene riconosciuto (da parte della Regione), alle strutture sanitarie **già in possesso di un'autorizzazione**, lo status di **potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**.

ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA

- **PERCORSO VOLONTARIO** nel quale un Ente esterno valuta un'organizzazione sanitaria per determinare se corrisponda ad un insieme di standard finalizzati a mantenere e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.



THE

TAKE-HOME MESSAGE