

MODELLO ITALIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ MIGERIS™ 3.0

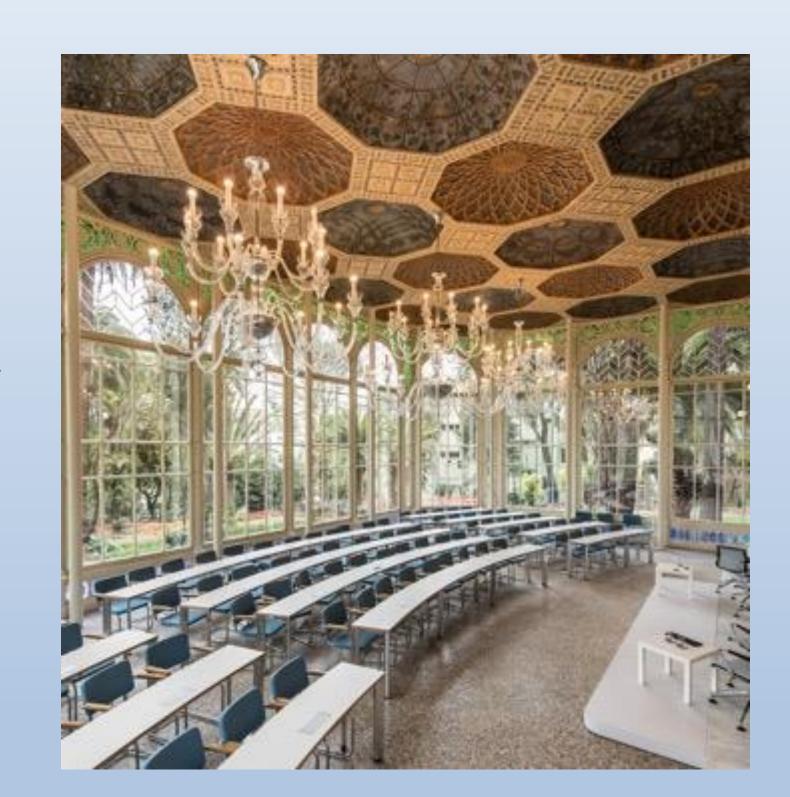


«Conoscere per gestire II rischio in sanità: modello Italiano di Luiss Business School»

Prof. Stefano Maria Mezzopera

Adjunct professor e direttore dei corsi in gestione del rischio in sanità di Luiss Business School

Coordinatore esecutivo del comitato tecnico scientifico del Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità



Roma 18 giugno 2022

La nostra occupazione



















LE RADICI



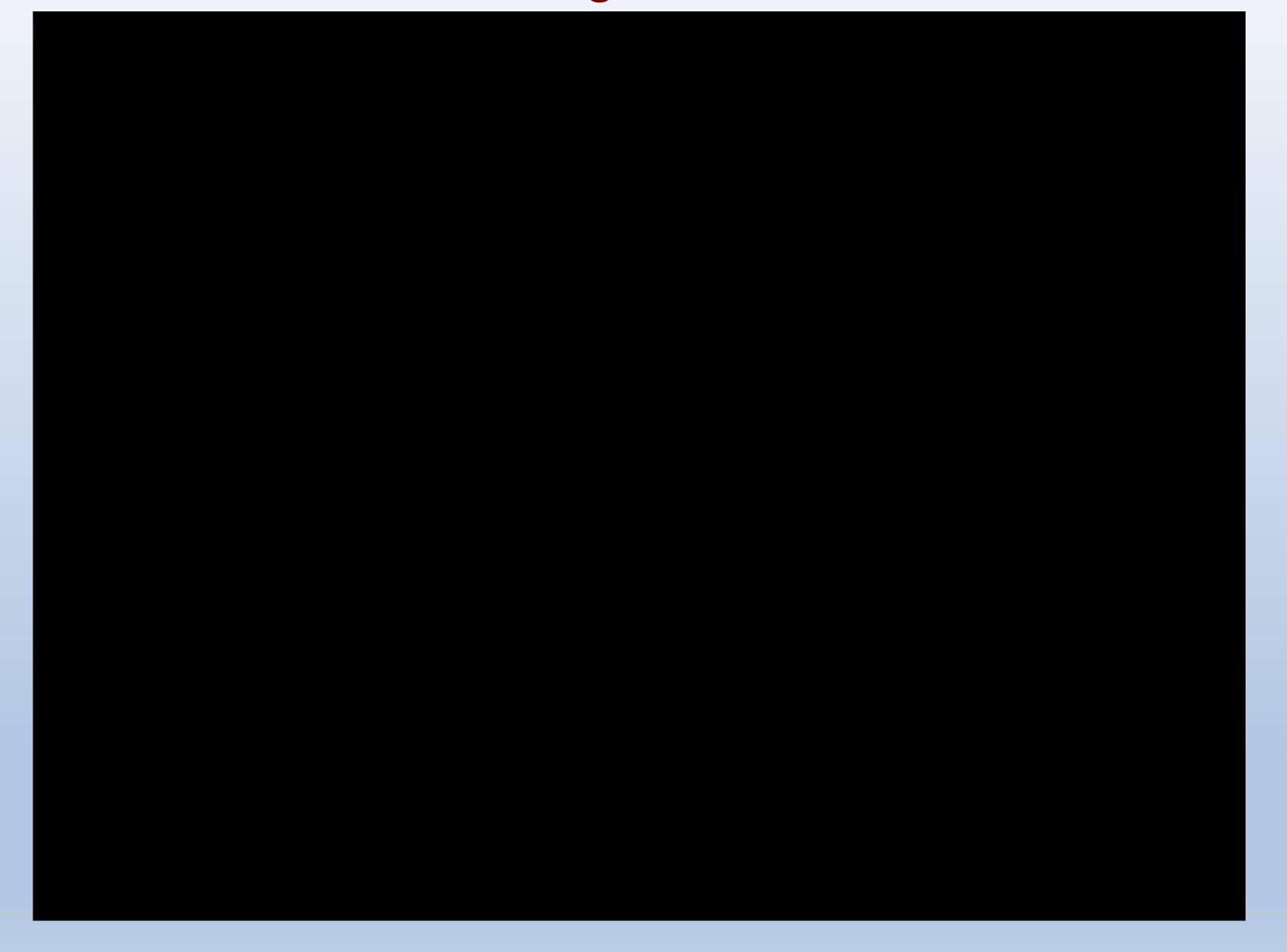
Anno 2000: fonte ANIA settore sanità

Rapporto tra premi pagati e sinistri liquidati e riservati:

1 a 3

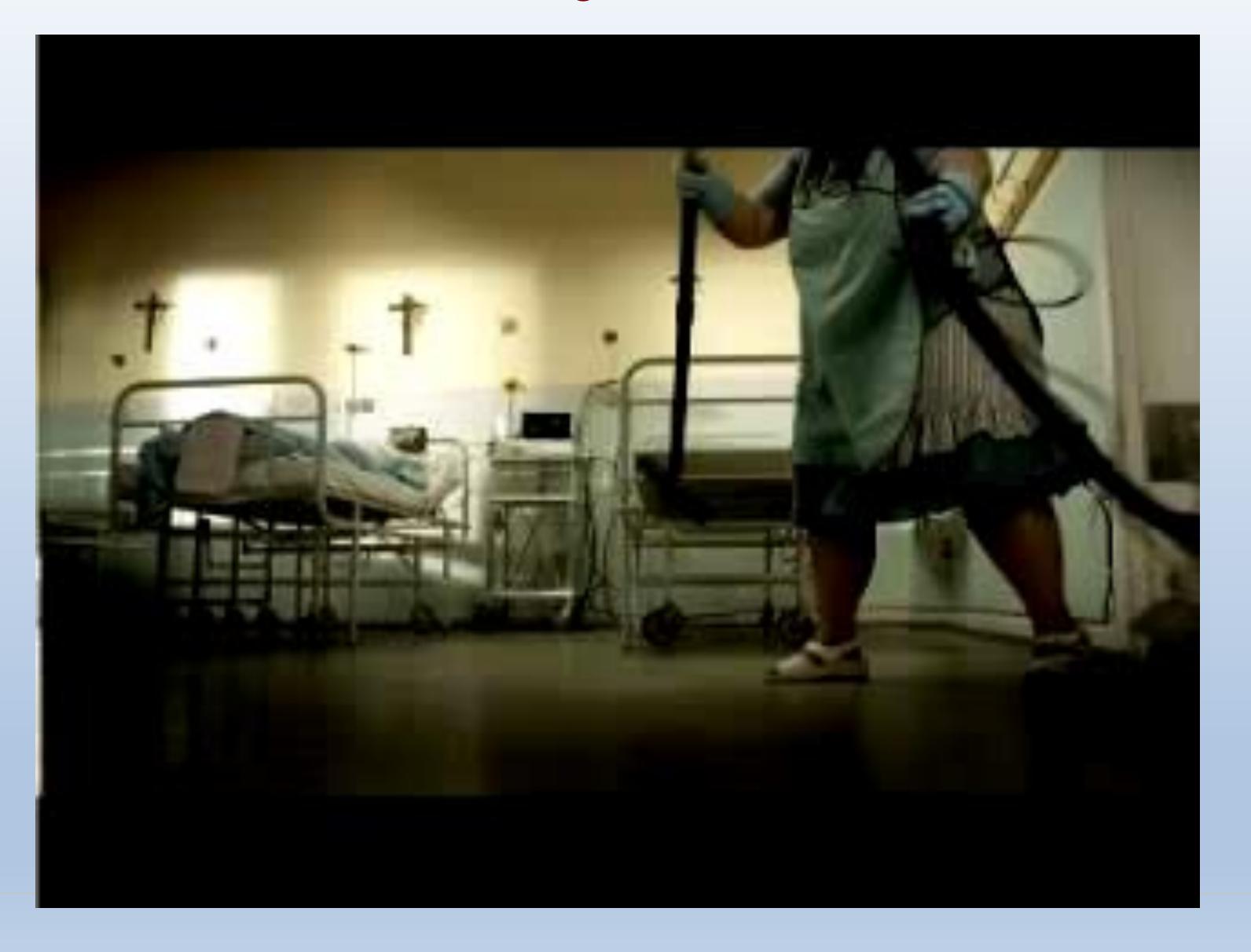
Lo stato dell'organizzazione della sanità





Lo stato dell'organizzazione della sanità







Quindi i modelli per la gestione del rischio in sanità in uso in Italia di gestione del rischio in sanità sono?





I primi movimenti





Istituito nel 2003, con delibera di Giunta regionale n. 1179 del 10 novembre, riconosciuto **organismo del governo clinico** dalla legge regionale 40 del 2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale", il GRC si avvale di professionisti di differenti aree disciplinari e di un comitato scientifico.

I primi movimenti



La Joint Commission, che dal 2000 (in realtà la prima attività strutturata è ascrivibile al 2005) ha applicato in Lombardia il modello di controllo con cui ha accreditato, a livello minimo, l'80% delle strutture americane. Sono stati stabiliti gli standard qualitativi per tutti i livelli dell'attività sanitaria, dalla gestione del paziente ai trasferimenti, dalle emergenze e urgenze alla chirurgia. Inoltre sono state individuate delle linee guida, cioè degli strumenti informativi e organizzativi, che aiutano a definire la qualità ideale del servizio e indicano i criteri di verifica dell'effettivo raggiungimento.



I primi movimenti



Marzo 2004: Ministero della Salute

Commissione tecnica rischio clinico (D.M 5 marzo 2003)

"Risk management in sanità. Il problema degli errori"

Errori = problema?

Italia e America: due sistemi diversi



Settembre 2019 Bloomberg

L'agenzia di rating internazionale continua a "premiare" il nostro servizio sanitario, aggiornando il suo Global Health

Index	
1	Hong Kong
2	Singapore
3	Spagna
4	Italia
5	Corea del sud
6	Israele
35	Regno Unito
54	USA a pari merito con Azerbaijan,





Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona

assistita, nonchè in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Articolo 1

1.La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.





Articolo 1

2.La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.





Articolo 1

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



AAtrt322. La Repubblica tutela la alatete comme foir dan entate fondainitude de litiritivida biredinite messentiels collettivida, te vità, gagantisise come gratuite agli imbigenti.





Articolo 16

1 All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente:

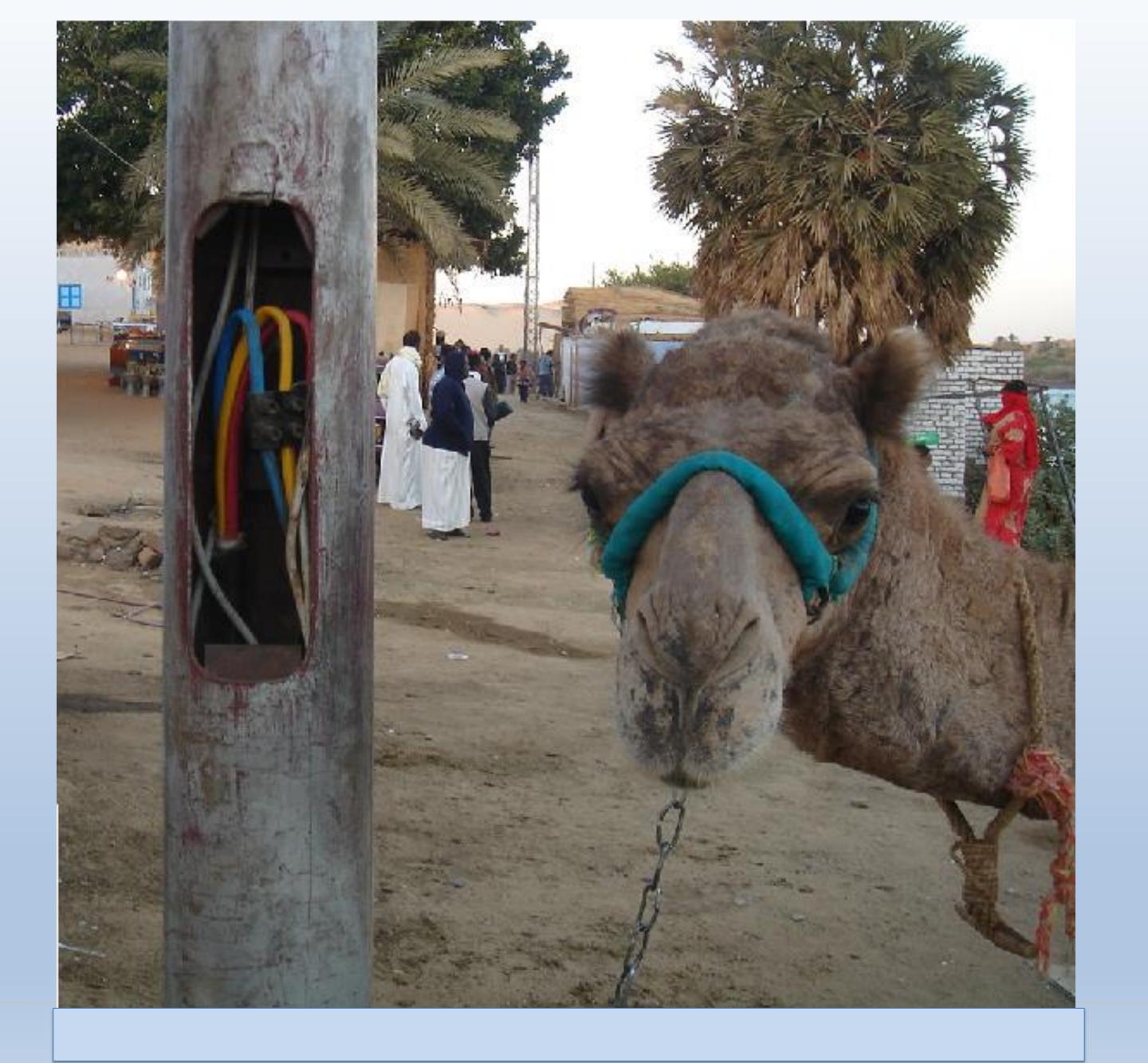
«I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.»



E quindi, quale era il livello di gestione del rischio in sanità negli anni 2000?















Come possiamo definire il «rischio»?

Come possiamo definire il «rischio»?



Etimologia

In spagnolo: riesgo

In portoghese: risco

In svedese: skàr

Per tutti: scoglio

Tutti derivanti dal latino resecare: tagliare



Come possiamo definire il «rischio»?



Che cosa è il rischio, quindi?

La possibilità che lo scoglio tagliasse la nave in navigazione

Schettino







Come possiamo definire il «rischio»?



Possibilità misurabile (quindi Probabilità) che un processo, durante lo svolgimento o al suo termine, non vada così come progettato



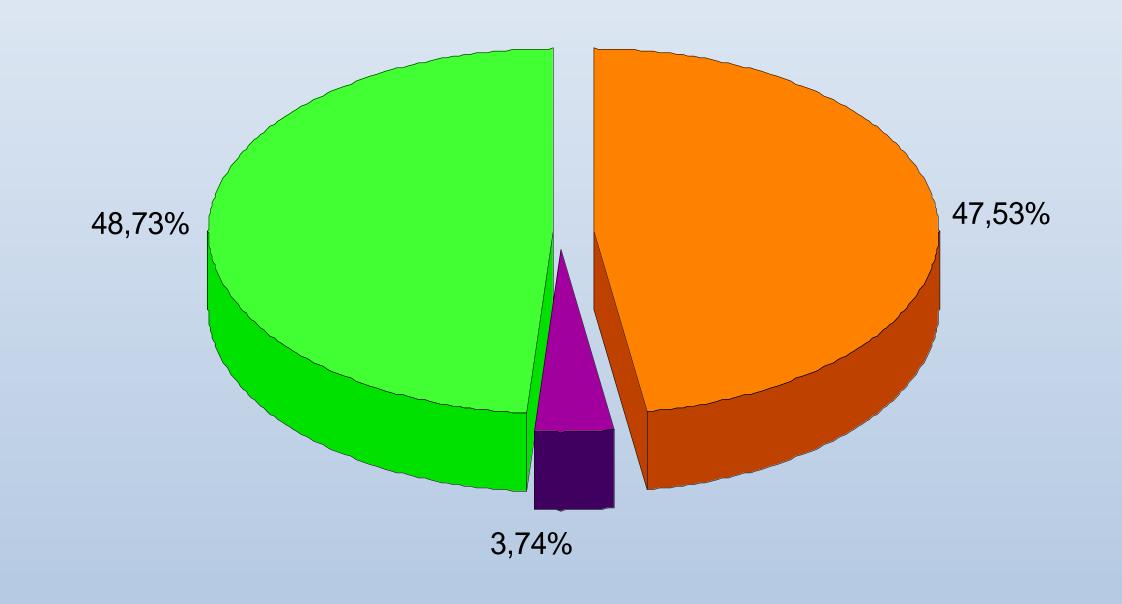


Quanti processi percentualmente in sanità sono progettati?

Ecco un analisi di 150.000 risposte a domande fatte a direttori e coordinatori ospedalieri

In Parte





No

Si





Il vero problema è l'errore?

"La frase più pericolosa in assoluto è: abbiamo sempre fatto così"

Grace Hopper

Definita da molti una pioniera della programmazione informatica, ottenne il Ph.D. in matematica nel 1934 a Yale, progettò l'UNIVAC I, ovvero quello che sarebbe stato il primo modello di computer commerciale.



Che fare?

Conosco

Gestisco

Controllo



Conosco anno 2003

L'eccesso di aspettative...





L'eccesso di aspettative...



Libraticro al seno si guarisce 8 volte su 10

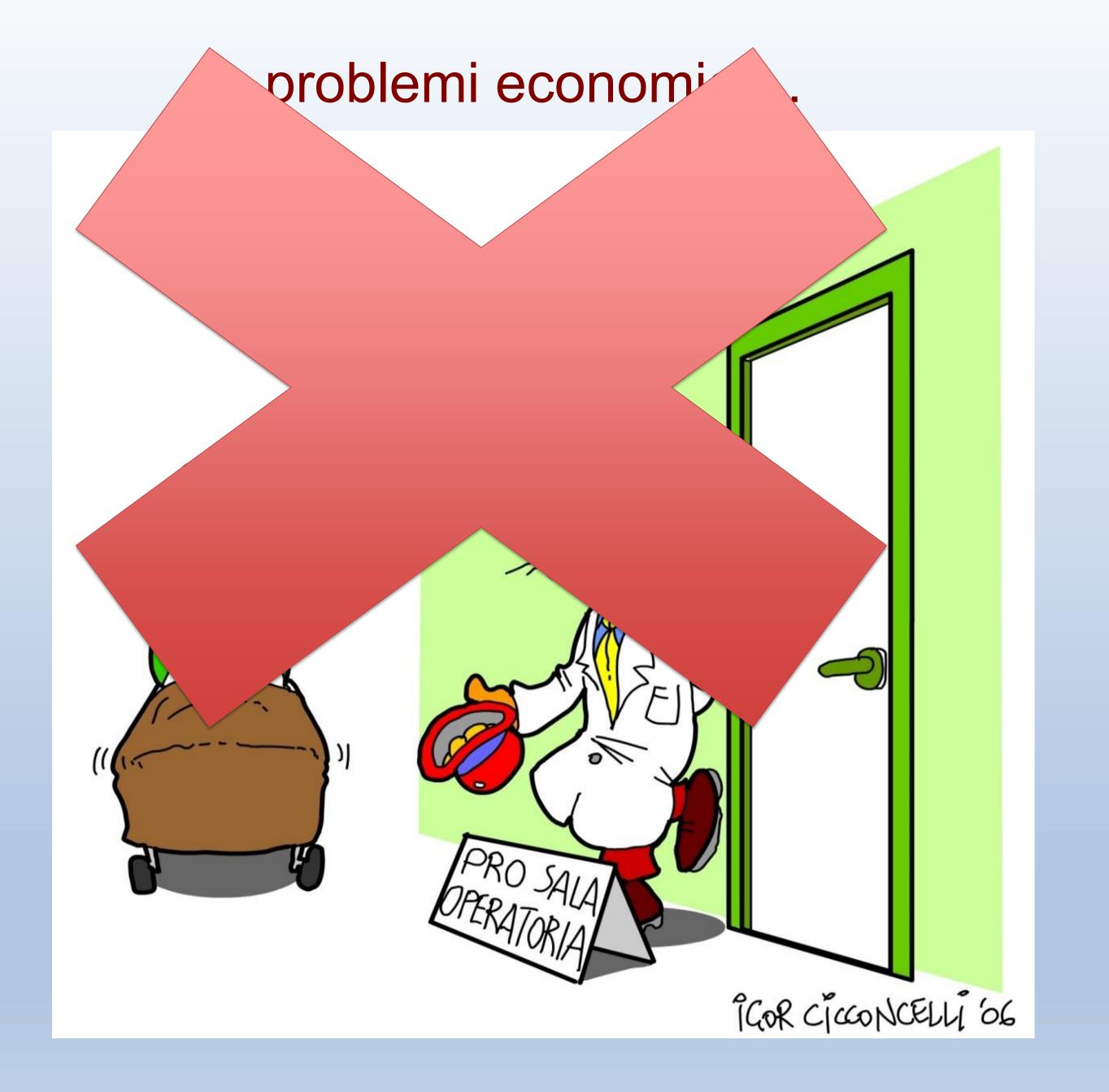
Si alza la percentuale di sopravvivenza, ma cresce anche la paura di recidive La prima causa di morte nei paesi occidentali nelle donne fra i 35 e i 44 anni fa ancora molta paura. Sempre più spesso dal cancro al seno si guarisce, almeno nell'80 per cento dei casi riscontrati, ma dal punto di vista psicologico la malattia ha ancora effetti devastanti sulla donna.

Un'indagine promossa dall'Associazione Ricerca ed Educazione in Oncologia (Areo) ha preso in esame 150 pazienti a 5 e 10 anni dalla diagnosi di cancro, intervistando le donne e indagando sugli effetti psicologici della patologia e della sua cura. Dai risultati emerge che quasi due terzi delle donne vivono nel terrore di una ricaduta, il che paradossalmente ne rallenta il recupero psicofisico. Il 30 per cento dichiara poi di sentirsi meno femminile a causa della malattia e il 20 per cento di aver riscontrato cambiamenti nei rapporti sociali e familiari consueti.

problemi economici...









carenze strutturali...







carenze strutturali...





4/5/2014

I malanni del San Martino: emergenze e carenze strutturali paralizzano l'ospedale

Il problema è anche strutturale, ma non solo, e per i 5132 dipendenti tra medici, infermieri e tecnici, far valere la propria professionalità è diventata una prova di resistenza.

I problemi strutturali fanno la loro parte.

I vecchi edifici arrivano al punto di non ritorno uno dopo l'altro: la clinica chirurgica è chiusa, la clinica neurologica ha appena ricevuto una visita dei Nas, che hanno sollecitato lo sgombero dei pazienti per il rischio infezioni, in Urologia piove dal tetto in una delle tre sale operatorie.

Effetto: la medicina difensiva...







Effetto: la ricerca del colpevole...



la Repubblica

07 Gennaio 2005

Carmagnola, la rabbia del padre del piccolo ucciso. L'infermiera sospesa dall'ospedale

"Fiala scambiata, chi ha sbagliato paghi"

CARMAGNOLA—L'errore c'è stato. Banale e definitivo come uno scambio di etichette su due fiale identiche. Potassio cloruro al posto di soluzione fisiologica. Un farmaco per le aritmie al posto di acqua. Così è morto la che aveva

Effetto: la ricerca del colpevole...



il Giornale

del 06 Febbraio 2005

Scambio di fiale, ucciso in ospedale

Todi, un'infermiera somministra la sostanza sbagliata. Un altro paziente in gravi condizioni

In ospedale a Todi - la città più vivibile al mondo secondo lo studio di un sociologo statunitense fatto di qualche anno fa - per un accertamento routinario è spirato, dopo che un'infermiera invece di un clistere al sorbitolo gli ha somministrato, per fatale errore, della formaldeide, sostanza corrosiva utilizzata come disinfettante.

nare. Una prima spiegazione comunque, la fornisce lo stesso direttore generale: «Potrebbe esserci stata una catena di errori. Dal magazzino centralizzato sarebbero usciti flaconi che non sarebbero dovuti
partire con i farmaci. All'ospedale di Todi non sono stati
poi compiuti i controlli che
avrebbero dovuto essere fatti,
in quanto al posto dei farmaci
richiesti era arrivato qualcosa
d'altro e infine al momento
della somministrazione non
si è verificato il contenuto del
flacone. Una casualità incredibile».

L'infermiera che ha sbagliato a prendere il flacone e che ha fatto il clistere killer ai due anziani è stata assegnata a incarichi non assistenziali. Di-

Malpractice o...





...organizzazione!?







Agenas nel 2015 pubblica il costo di un sinistro medio: 50.357,27 euro

Il ministero della salute nel 2013 indica che l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.135 **istituti di cura**, di cui il 49,43% pubblici ed il rimanente 50,57% privati accreditati.

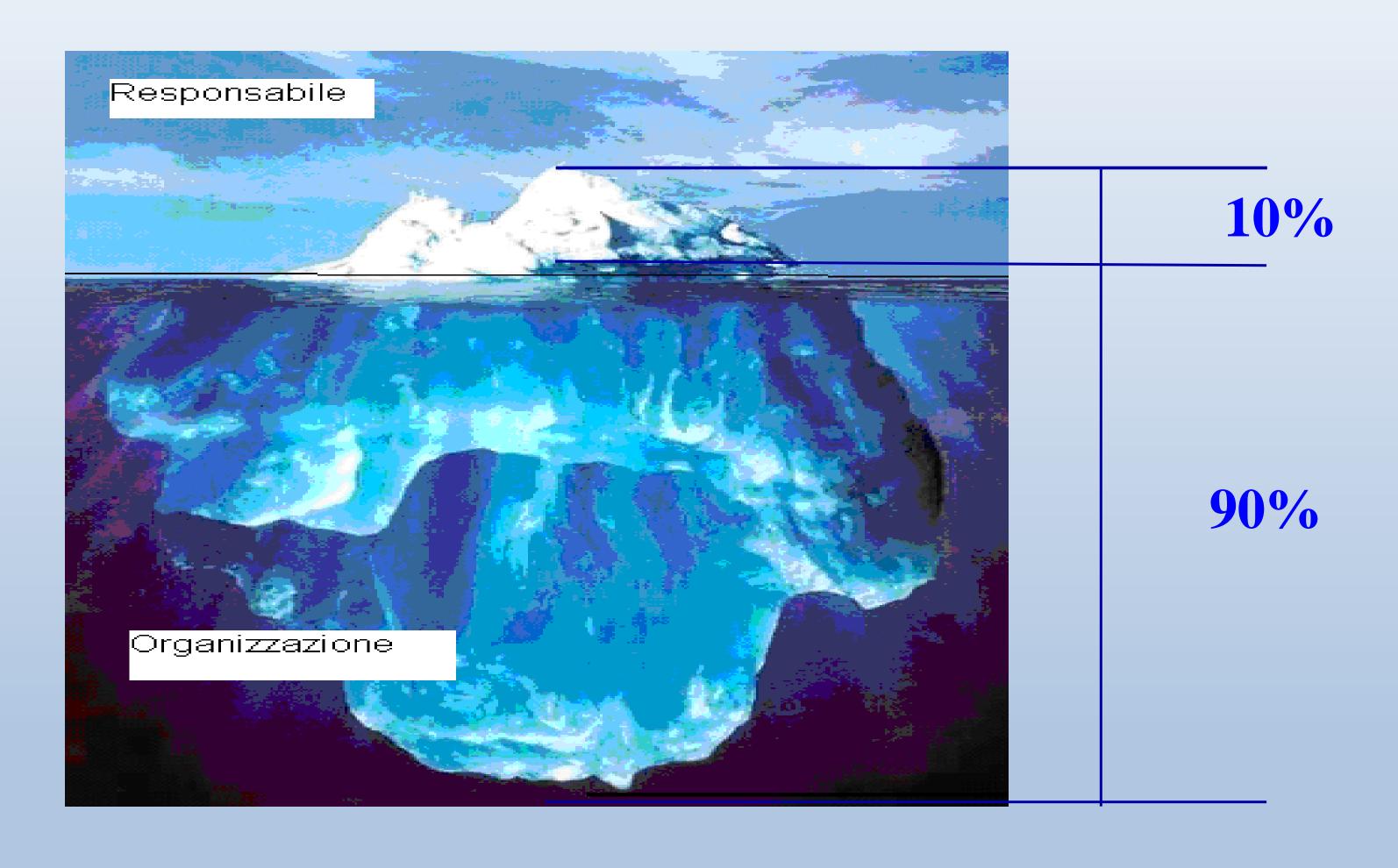
Sono dati pubblicati nel 2016.



sinistri in Italia		importo totale
sinistro medio	50.357,27	50.357,27
n° ospedali	1.135,00	57.155.501,45
media sx per singolo ospedale	10	571.555.014,50
media sx per singolo ospedale	25	1.428.887.536,25
media sx per singolo ospedale	120	6.858.660.174,00

Rispetto ad un evento avverso



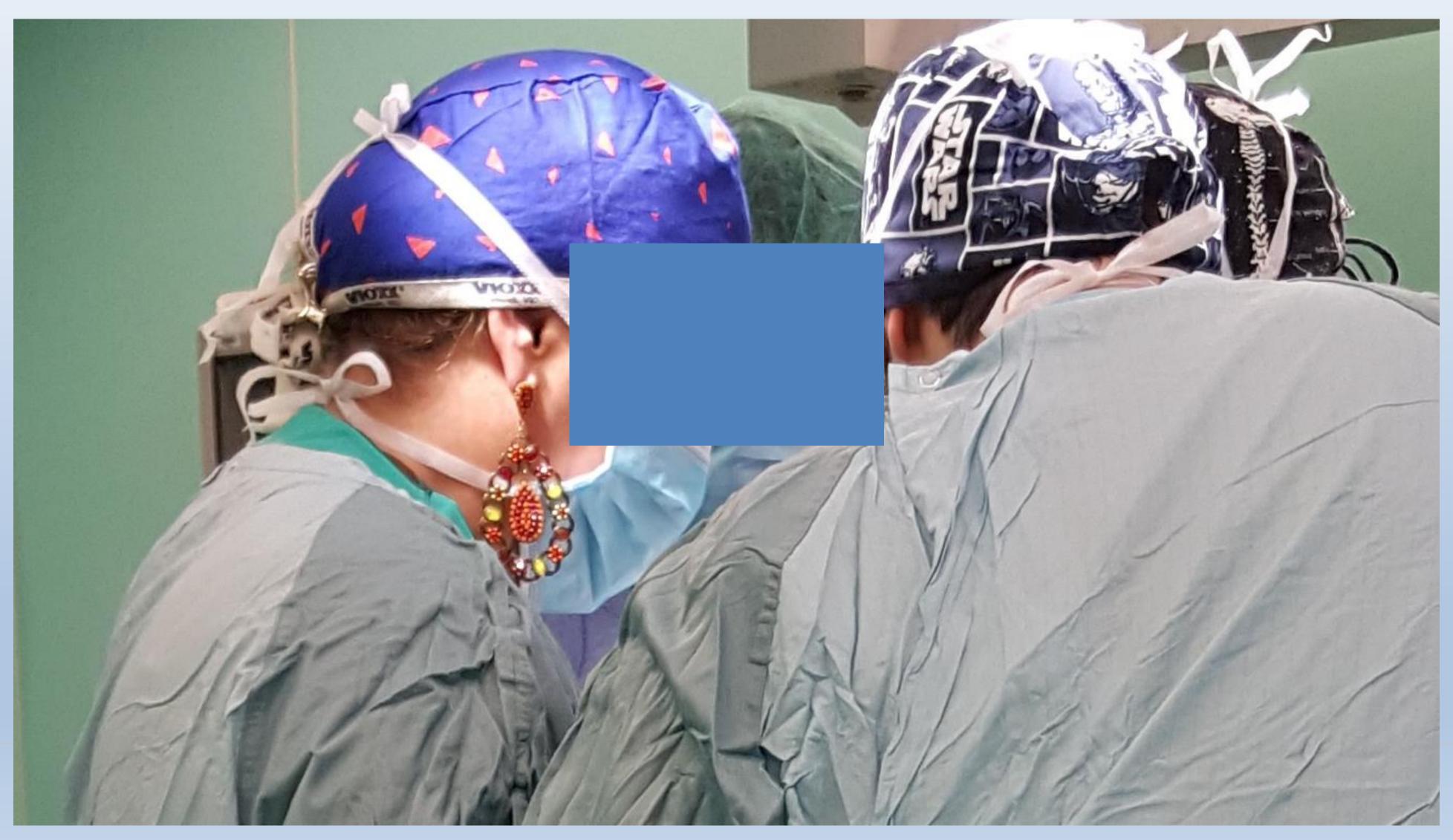






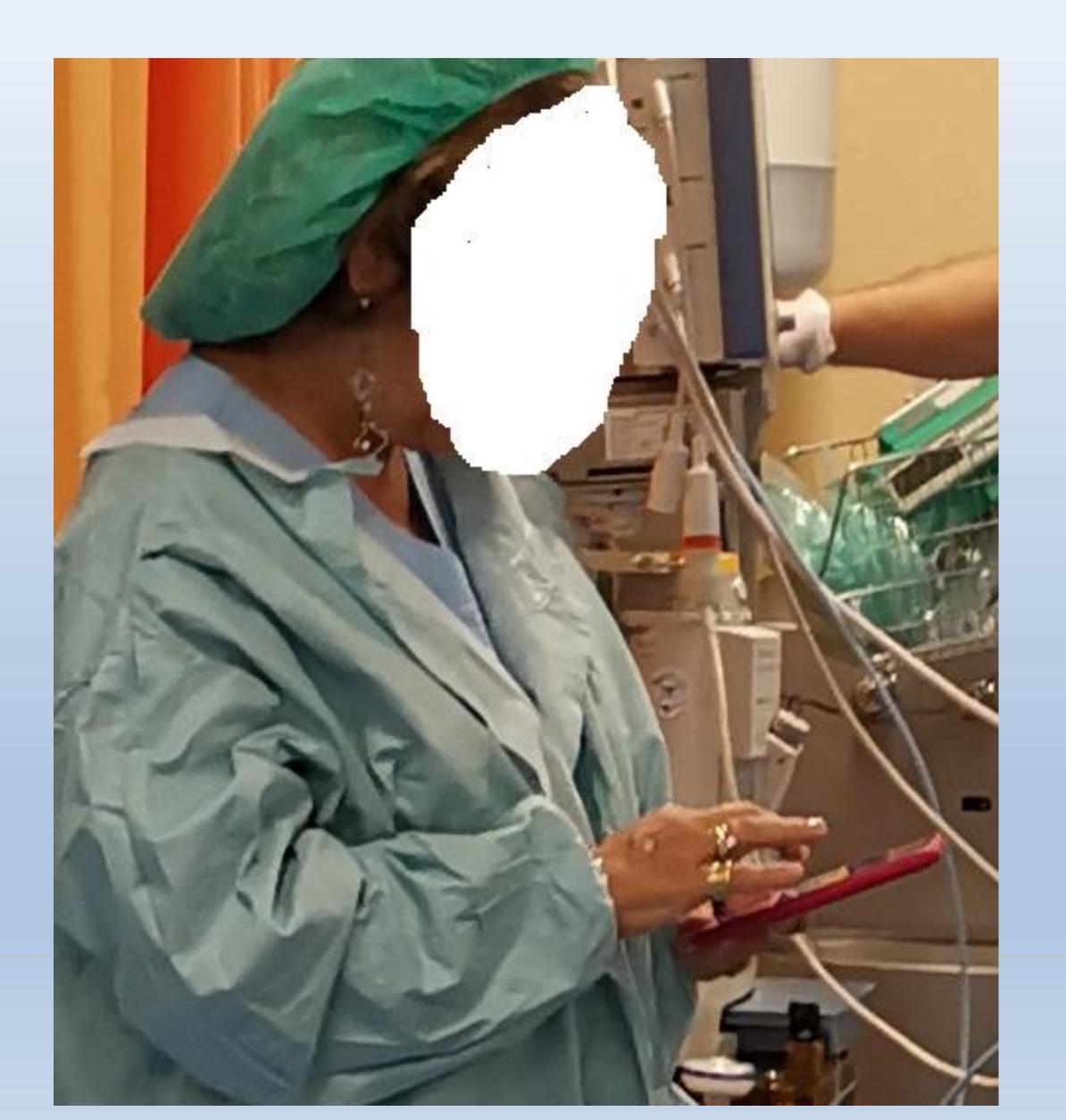
Cause od effetti?





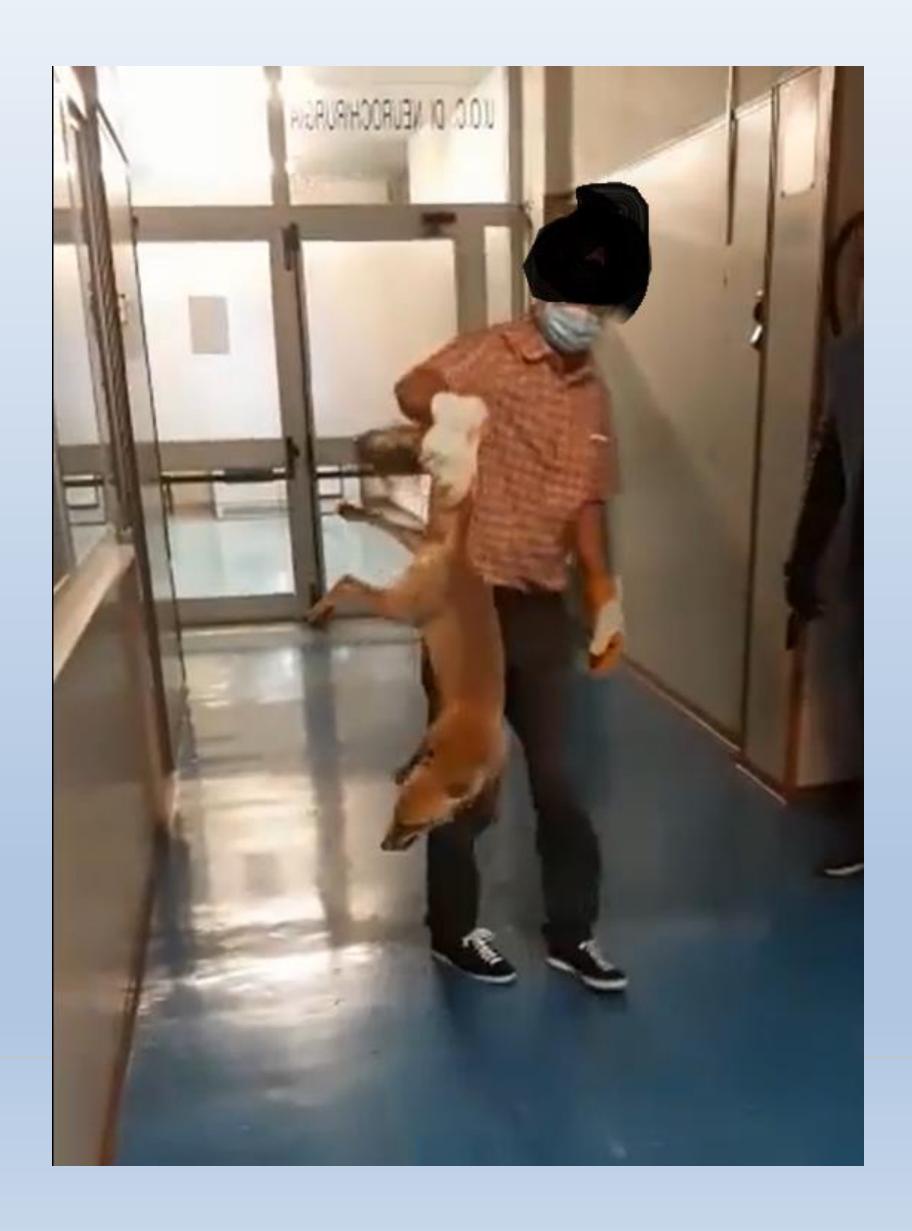
Cause od effetti?





Cause od effetti?









Errore organizzativo

Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare, fino a quando arriva uno sprovveduto che non lo sa e la inventa

A. Einstein





Il modello sperimentale per le regioni e le aziende



Il modello sistemico sperimentale



L'idea di una collaborazione con Agenas

Riferimento metodologico

Esperienza unica con le Regioni



Il modello sistemico sperimentale



Il lavoro parte da tre irrinunciabili capisaldi, che sono alla base di tutte le azioni avviate per l'elaborazione e la sperimentazione del modello:

- conosco
- gestisco
- controllo

Il modello sistemico sperimentale



Il **modello**, che si è venuto via via disegnando, a partire dalla sperimentazione nei plessi ospedalieri della Regione Molise, ha le seguenti **caratteristiche**:

- 1. Recepisce le indicazioni scientifiche nazionali ed europee.
- 2. Deve essere replicabile in ogni realtà ospedaliera italiana.
- 3. Deve essere adattabile alle singole realtà ospedaliere.
- 4. Ha un carattere implementare e graduale.
- 5. Deve essere realizzato da operatori interni.
- 6. Deve essere controllabile da operatori terzi.

Il modello sistemico: i livelli



Requisiti trasversali

Requisiti verticali



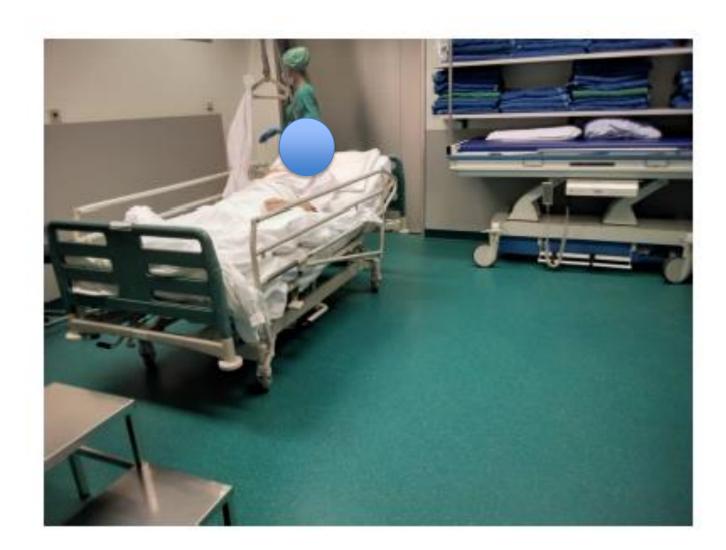
Ma che cosa è oggi la fotografia del rischio ?

66 matrici diverse
Check per ogni specifica UU.OO.
260 item per ogni singola UU.OO. Servizio
Per ogni non conformità alla check una fotografia



Ma che cosa è oggi la fotografia del rischio

1.1.12 Blocco Operatorio V3022 Impossibilità fisica di ingresso della barella della U.O. nel blocco operatorio



(N/A, No, In Parte, Sì): No





Ma che cosa è oggi la fotografia del rischio

7

1.1. Submission del 10:59

Note: Utilizzano mezzi di contenzione alla necessità, senza l'utilizzo della camicia di forza che è assente, associati a specifico trattamento farmacologico. Gli accessi sono tutti chiusi a chiave con un notevole numero di chiavi in possesso dei singoli operatori (sistemi elettronici?). I limiti strutturali non consentono un adeguato controllo del paziente e le camere di ricovero sono divise per genere. Gli ambienti non sono accoglienti, con poca illuminazione naturale e con il colore che Kandinskij associava alla malinconia: l'azzurro. È predisposta una ristrutturazione del reparto.

Giudizio submission:





I risultati:

Anno 2007 ... i primi tentativi



AZIENDE/TERRITORIO

--28 ORR Sanità

26 giu.-2 lug. 2007



LOMBARDIA/ L'adesione ai criteri per l'accreditamento aiuta a gestire gli errori

Sistemi qualità contro i rischi

La quantificazione delle malpractice non può basarsi sulle denunce

L'ospedale di Desenzano conquista la certificazione per il risk management

LOMBARDIA/ 2

stigiose società di classifica- soprattutto, cinque «punti clinica del paziente (chi prezione al mondo.

«La nostra azienda - spie- pronto soccorso, sale opera- nistra ecc.). Ma anche altri zopera, l'ingegnere del riga il direttore generale, torie, attività anestesiologi- aspetti come l'accesso nei schio che ha seguito da vici-9 azienda ospedaliera Mauro Borelli -, ha lavora- che e sale parto. Una verifi- locali (quali operatori sono no tutto il processo di certifidi Desenzano del Gar- to oltre un anno per ottenere ca che si è snodata in tre autorizzati, le modalità di ac- cazione - visto che almeno da conquista il bollino di quest'importantissima certi- macro-aree: una parte gene- cesso ecc.) e la loro manu- l'80% dei casi di errore riqualità sul risk manage- ficazione che, in poche paro- rale che consiste in sostanza tenzione. Infine, i cosiddetti guarda proprio problemi di ment. È, infatti, la prima le comprovi non solo la si- nella fase documentale e requisiti «verticali» che, in organizzazione». struttura sanitaria in Europa curezza degli ospiti e degli procedurale della presenza pratica, hanno riguardato le a conquistare la certificazio- operatori, ma assicuri loro dell'ospite nella struttura; i Unità operative e, soprattut- l'azienda ospedaliera di Dene sulla gestione del rischio anche la riservatezza e la requisiti «orizzontali» che to, le cinque aree critiche senzano del Garda per il da parte della «Rina Spa» di certezza informativa duran- hanno verificato completez- citate nelle quali sono state risk-management porta la Genova: la società per azio- te la permanenza nella strut- za e correttezza di tutti i passate al setaccio e monito- firma di Federsanità-Anci ni creata dal Registro italia- tura». La certificazione ha passaggi che riguardano la rate tutte le attività assisten- che ha fatto proprio l'apno navale nel 1861 e oggi interessato tutte le Unità predisposizione del consen- ziali e non solo che vengono proccio studiato da alcuni una delle più antiche e pre- operative dei tre presidi e, so informato, della cartella erogate.

Un esame severo «ma crusensibili»: rianimazione, scrive la cura, chi la sommi- ciale - spiega Stefano Mez-

Il modello utilizzato dalesperti del rischio.

Mar.B.



La gestione del rischio nelle strutture sanitarie: un modello per le regioni e le aziende sanitarie

> Auditorium Ministero della Salute, Roma13 marzo 2014



Un modello possibile?





Giovedì 06 Novembre 2014

I problemi dei servizi

«Moscati» più sicuro, ecco il marchio di qualità

Riconoscimento Bureau Veritas all'ospedale. Rosato: grande traguardo nonostante i blocchi

Rosa De Angelis

L'azienda Ospedaliera Moscati di Avellino è stata certificata per il primo livello del modello sistemico italiano per la gestione del rischio







7EME ÉDITION JIQHS = Journées Internationales de la QUALITÉ HOSPITALIÈRE ET EN SANTÉ les 7 et 8 Décembre 2015 Les nouveaux territoires à Paris - La Villette de la Qualité et de la Sécurité en Santé Cité des Sciences et de l'Industrie

Presentazione del modello italiano ai paesi francofoni ed alla spagna









Gara Assicurativa gennaio 2016

20 % in meno di costo



Lunedi 19 settembre 2016

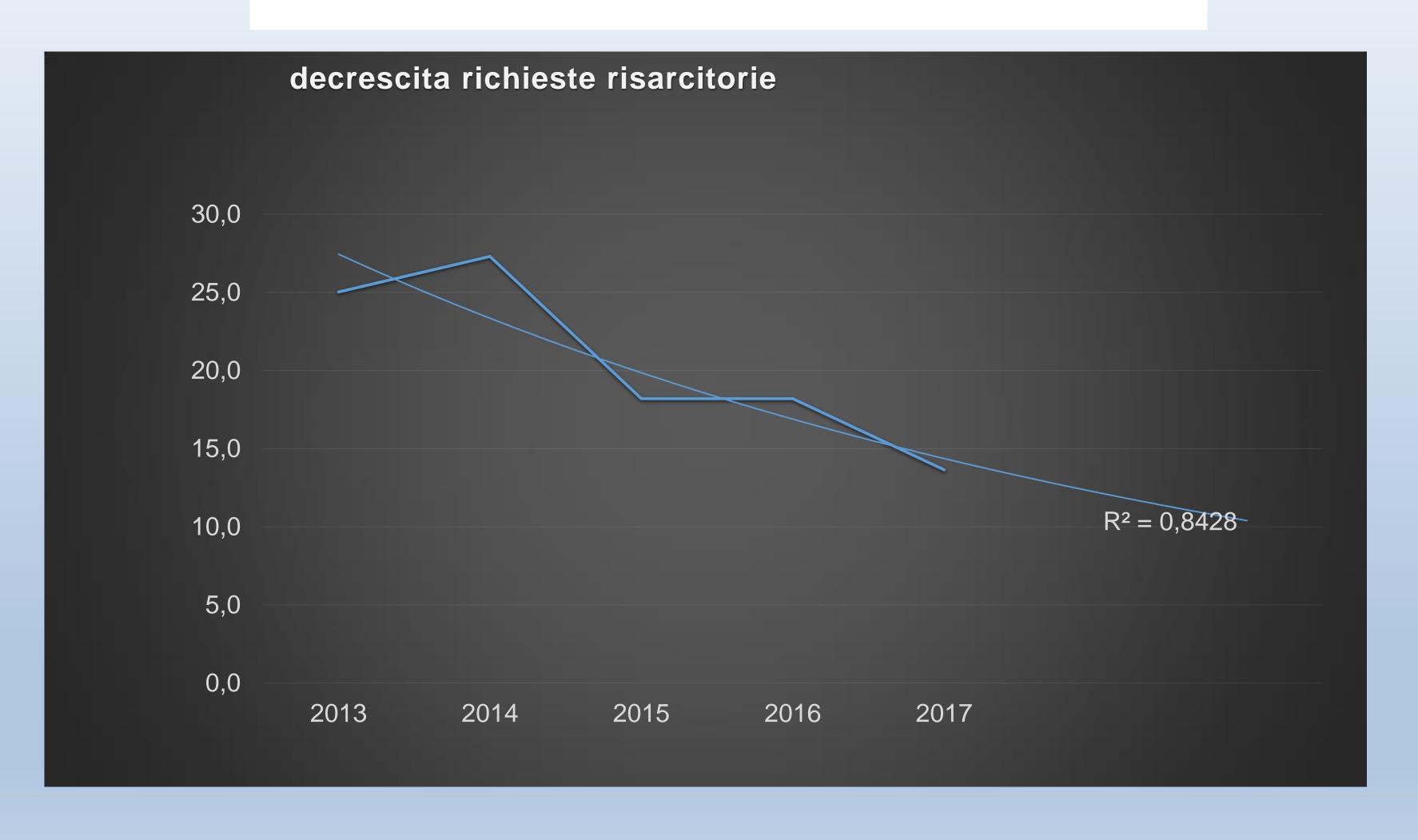
Audit di verifica per la certificazione del II livello



Superato con due non conformità lievi !!!



















Policlinico Tor Vergata

analisi sinistri per anno accadimento reale

- 50%







27 aprile 2018 Visita ispettiva di Cepas per la conformità al modello sistemico per la gestione del rischio in sanità

Superata con 6 non conformità lievi



Certificato rilasciato

a Fondazione
PTV

POLICLINICO TOR VERGATA



Sede legale e aperativa Via Oxford, 81 – 00133 Roma

per il servizio di:

Diagnosi e cura in regime ordinario, ambulatoriale e in urgenza

riferimenti: Modello sistemico FEDERSANITA' per la gestione del rischio in ambito sanitario - **Primo livello** e allo Schema di Certificazione CEPAS SCS03 in rev. corrente

> Data di prima emissione 15/05/2018 Data prossima scadenza 14/05/2019

V presente pertificato è valido solo se l'Organizzazione risulta isoritta nel relativo. Registro CEPAS vigente (disponibile su <u>prese, pepas it</u>).

La certificazione è valido 5 anni ed è soggetto a convalida annuale, secondo gli schemi definiti.

V presente pertificato è stato emissio in formo elettronico, è esclusivo proprietà di CEPAS sel ed è legato alle condicioni contrattualmente stabilite.

Rosa Anna Favorito

Certificato n.º 001



CEPAS sri - Via Mario Biandvini, 13/15-00142 Roma - tei, 065915373 - Email: comunicationi@cepas bureawer.tas.com







Luiss

Business School







E poi?









Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità

Elaborato dalla LUISS Business School



Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità MIGeRiS™ Ver 2.0 Luglio 2020





Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità MIGeRiS™







Un modello che ci ha visto lavorare con:

- o 153ospedali
- o 39 gruppi di facilitatori formati
- oltre 42.000 pagine di fotografia del rischio





Questa nuova edizione del modello ancora una volta si spinge sempre di più verso la ricerca delle cause e sempre meno verso quella delle colpe.

Imponendo al gestore del rischio che è uno "scettico illuminato che ha dubbi quando gli altri hanno certezze e che solleva i sassi con la curiosità di un bambino e l'uomo come fine e mai come mezzo" nuovi impegni e nuovi strumenti al fine di tutelare i nostri pazienti ,la qualità delle cure ed il rischio, garantendo le migliori prestazioni delle organizzazioni sanitarie.

Andrea Minarini, Stefano M. Mezzopera





La

Contro escizione, alla data di pubblicazione di questa edizione, è econosio eso mitati



Alessandra	Larocca	FIALS	
Alessandro	Segatori	Dubles Broker SPA	
Antoniadis	Antonio	Zaffiro RSA	
Arbucci	Vincenzo	Risk Manager Azienda Ospedaliera Avellino	
Barbierato	Mauro	Marina Militare	
Barbieri	Marco	esperto di sicurezza nei luoghi di lavoro	
Biagi	Gianmarco	SettePuntoNove Holding	
Boccardelli	Paolo	Direttore Luiss Business School	
Bonzano	Carlo	Avvocato penalista	
Boscia	Filippo Maria	Medici Cattolici Italiani	
Bottazzi	Marcello	AIBA	
Cappelli	Paolo Carlo	3M	
Carsetti	Enrico	Esperto di gestione del rischio in sanità	
Cascioli	Fabrizio	Marsh	
Castellani	Verusca	Avvocato Civilista	
Catalano	Gianpaolo	Associazione Italiana Ingegneria Clinica	
Ciccarelli	Piero	ANAAO	
Coletta	Carlo	Esperto di riassicurazione	
Colombati	Simone	Consulcesi	
Coluzzi	Marialisa	Ordine nazionali professioni Ostetriche FNOPO	
Costaglioli	Andrea	INPECO	



Crea	Paolo	Procuratore Corte dei Conti	
Cremonesi	Paolo	Direttore Dipartimento Medicina e Chirurgia d'Urgenza Ospedali Galliera Genova	
D'Alessandro	Pierpaola	direttore generale asl frosinone	
De Feo	Daniele	Federazione nazionale ordine TSRM	
De Filippis	Vincenzo	Risk Manager ASL Bari	
De Luca	Assunta	direttore sanitario asl rieti	
De Rossi Frigo	Enrico Maria avvocato esperto di metodologia		
Degrassi	Enrico	IKON	
Del Favero	Angelo	past president	
Desideri	Enrico	Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità (presso I.S.S.)	
Di Marco	Roberto	Generale Aeronautica	
Dutto	Massimo	CSQA	
Falli	Francesco	Ordine Nazionale professioni infermieristiche FNOPI	
Fardella	Luigi	Getinge	
Fauci	Giuseppe	Tenente colonnello Aeronautica Militare	
Ferrara	Vito	Comandante Servizio Sanitario dell'Arma dei Carabinieri	
Fiandra	Umberto	Citta della salute Torino	
Gelli	Federico	Relatore legge 24 Adjunct professor LUISS Business School	
Generali	Livio	Colonnello Aeronautica Militare	



Ghirardini	Alessandro	Agenas	
Guarducci	Riccardo	Ammiraglio Ispettore Sanità della Marina Militare	
Guerra	Ranieri	Accademia Nazionale di Medicina	
Lagreca	Domenico	ARESS Puglia	
Lavalle	Giovanni	direttore generale Citta della salute Torino	
Macrì	Pasquale Giuseppe	Medico legale	
Mancini	Monia	Cittadinanza Attiva	
Mezzopera	Stefano Maria	Direttore dei corsi in Gestione del rischio in Sanità - Adjunct professor LUISS Business School	
Migliorini	Matteo	Federazione Nazionale TRSM Rischio e sicurezza	
Minarini	Andrea	condirettore dei corsi in Gestione del rischio in Sanità risk manager AUSL Bologna Presidente SIGERIS	
Moccia	Francesca	Cittadinanzattiva	
Monaco	Roberto	Direttore Generale FNOMCEO	
Mostarda	Narciso	Direttore Generale ASL Roma 6 - Direttore Master Mass Luiss Business School	
Ornago	Flavio	IMQ	



Pais dei Mori	Luigi	Ordine Nazionale professioni infermieristiche FNOPI	
Palermo	Vincenza	Comlas	
Passini	Barbara	Risk manager PTV	
Petrella	Adriano	IGESAN Ministero della Difesa	
Petrini	Flavia	presidente SIAARTI	
Pinelli	Nicola	Direttore generale FIASO	
Pintaudi	Sergio	Esperto di biocontenimento	
Pizzuti	Renato	Direttore Generale AORN S.Giuseppe Moscati Avellino	
Quagliariello	Chiara	Antropologa European University Institute	
Quarta	Lamberto	Hook informatica	
Rizzo	Andrea	Colonnello Guardia di Finanza	
Rossi	Giuliano	Docente Ingegneria della Sicurezza Università La Sapienza Roma	
Sabatelli	Giuseppe	Risk Manager Lazio	
Santonocito	Giorgio Giulio	Direttore Generale ASL Roma 5	



Santonocito	Giorgio Giulio	Direttore Generale ASL Roma 5
Sestini	II Janiio	Magistrato III sezione civile Corte suprema di Cassazione
Simonetti	Debora Maria Luisa	neonatologa
Soldo	Annarita	MMG
Sosto	Gennaro	Direttore Generale ASL Na 3
Steffano	Attilio	Assimedici
Terranova	Lorenzo	Confindustria dispositivi medici
Ucchino	Giampiero	Direttore UOC Chirurgia AUSL Bo
Vaccari		Ordine nazionali professioni Ostetriche FNOPO





Il comitato esecutivo è composto da:

President postrutoi
Coordinatore esecutivo:

Stefano Maria

Mezzopene del

Membri:

Debor@@ralitathonetti

Vincenzo de Filippis

Marco Barbieri

Requisiti trasversali di primo livello

- a. Autonomia decisionale e sua tracciabilità
- b.Documentazione sanitaria (cartella clinica ed infermieristica)
- c.Controllo degli accessi ai locali
- d.Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- e.Adozione di linee guida, protocolli e PDTA
- f. Sistema di segnalazione degli eventi (incident reporting)
- g.Sistema di audit reattivo e ACP
- h.Attività formativa degli operatori
- i. Manutenzione degli elettromedicali
- j. Gestione e tracciabilità dei farmaci
- k.Tracciabilità paziente /esami diagnostici





Requisiti verticali di primo livello

- a.Sala operatoria blocco operatorio
- b.Pronto soccorso ostetrico sala parto punto nascita
- c.Pronto soccorso
- d.Terapia Intensiva





Requisiti trasversali di secondo livello

- Sistema di Gestione dei Sinistri
- Risk financing
- Indice di complessità assistenziale per le unità di degenza
- Piano Integrato Maxi Emergenze (PIME)





Requisiti verticali di secondo livello

- Farmacia Ospedaliera
- Anatomia Patologica
- o Patologia Clinica
- Diagnostica per Immagini
- Medicina Nucleare
- Medicina Trasfusionale
- Ingegneria Clinica
- Radioterapia





A differenza dei primi due livelli, che considerano l'Azienda nella sua interezza, il terzo livello è costituito da una collezione di specifiche, ognuna dedicata ad un particolare tipo di Unità Operativa. Le specifiche, relative al singolo tipo di Unità Operativa, possono essere attuate individualmente; ad ognuna di esse corrisponde, infatti, una specifica Certificazione di conformità, rilasciata da un apposito Organismo di Certificazione.

- Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN).
- Malattie infettive e tropicali
- Cardiochirurgia
- Pediatria

















Chi l'ha sottoscritto?













































Servizio sanitario dell'arma dei Carabinieri



















PASSION FOR LIFE





















































SI Società Italiana Ge Gestori del RIS Rischio In Sanità

















































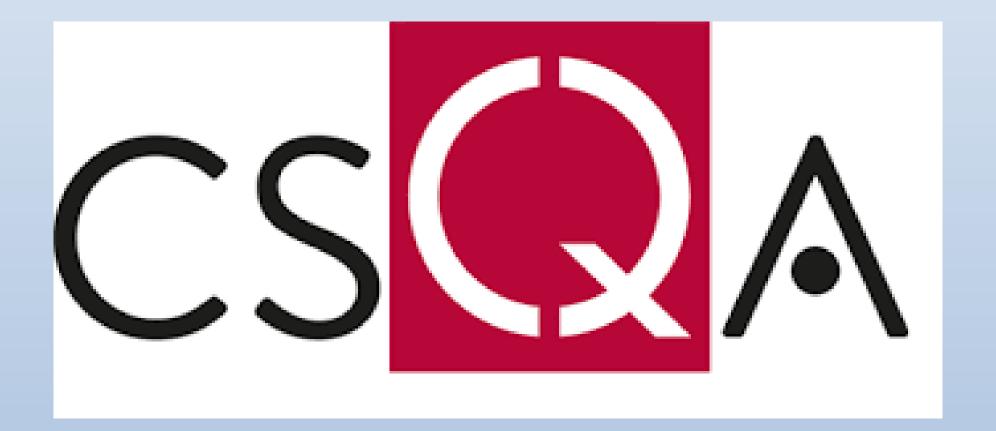
















Stiamo lavorando con:

















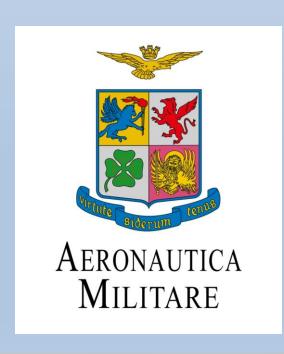
Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



























E poi?





E poi?

16 commissioni che stanno lavorando da ottobre 2021 per il modello 4.0



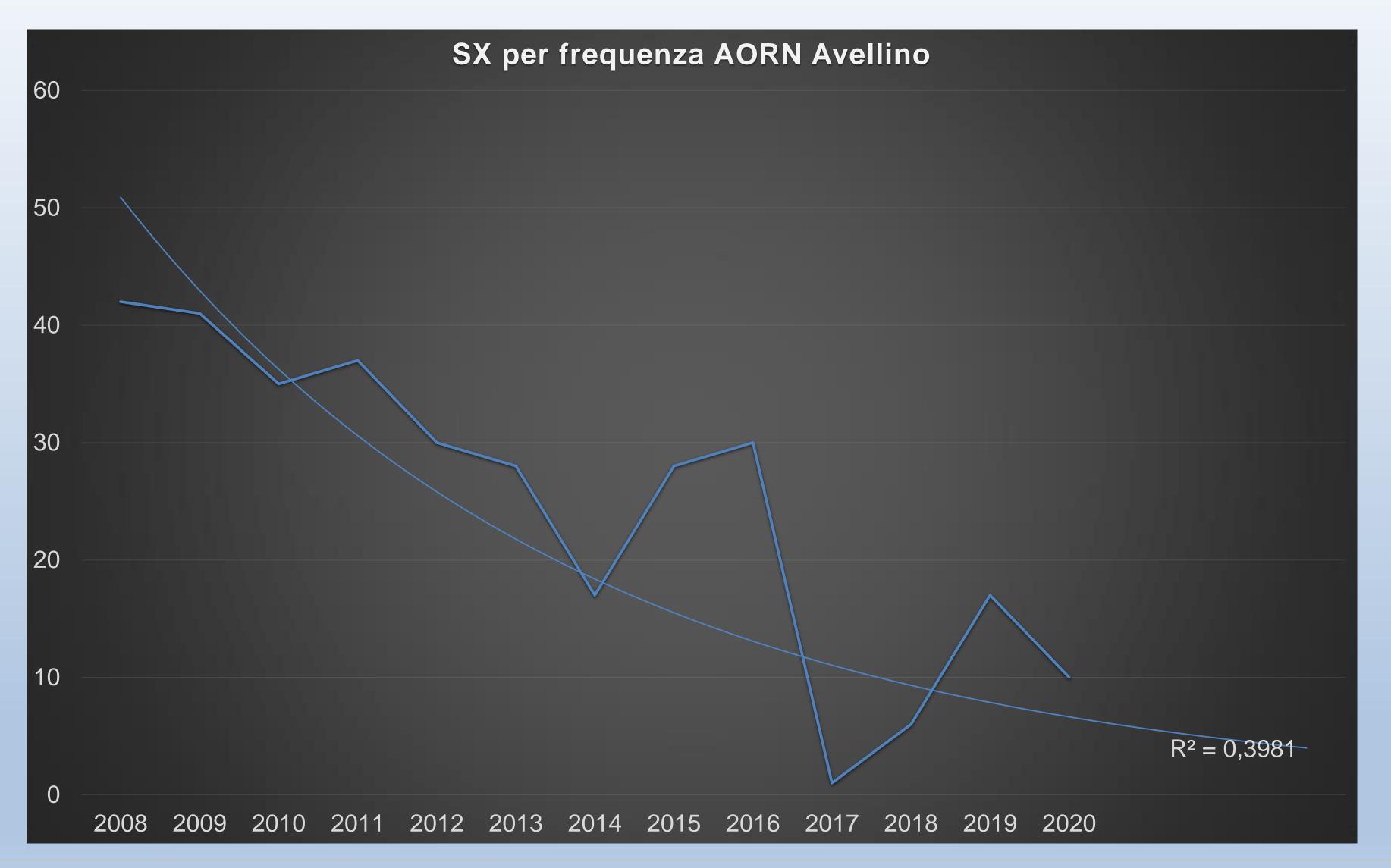


E poi?

- 1. Documentazione sanitaria elettronica
- 2. Rsa
- 3. Mmg
- 4. Etica
- 5. Medico legale
- 6. Medicina territoriale
- 7. Assicurativa
- 8. Sviluppo scafus e acp
- 9. Decreto Igs 81/2008
- 10. Rischio biologico
- 11. Dipartimento materno infantile e fecondazione assistita
- 12.Briefing/debriefing
- 13. Addestramento e simulazioni
- 14. Sistemi automatici di controllo dei processi e gestione dell'innovazione
- 15. Analisi europee
- 16. Sanità militare













Oltre alla misurazione reale e confrontabile dei miglioramenti raggiunti, il Gruppo di Lavoro si è premurato di costruire degli indicatori di processo personalizzandoli sulla realtà ospedaliera in cui opera. Pertanto di seguito un esempio dei monitoraggi impiantati nell'arco delle stesse annualità.

	Indicatori elaborati per il monitoraggio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (primo trimestre)
	% Numero di somministrazioni tracciate/ Numero di prescrizioni di terapia (Rif: > 98%)	43 %	62 %	85 %	96 %	97,56	98,25	99,00%
	Tempo medio per erogazione di consulenze richieste non urgenti (Rif: < 24 ore)	30 ore	28 ore	23 ore	32 ore	29 ore	27 ore	25 ore
	% Occupazione del posto letto per UU.OO. (Rif:> 95%)	8 %	56 %	82 %	94,8	93,5	94,8	94,4%
S	Miglioramento appropriatezza dell'occupazione del posto letto per ricoveri da Pronto Soccorso per patologia (Rif:> 75%)	10 %	32 %	65 %	76 %	74%	78%	78,8%

LuissBusiness
School



Il nostro percorso... In itinere...

□ Settembre 2020 → Certificazione di III Livello da parte di ente terzo certificatore



Luiss Business School

Conclusioni



L'uomo è sempre un fine mai un mezzo

I. Kant

Grazie per l'attenzione

smezzopera@luiss.it

