Dipartimento di Sanità <u>Pubblica e Malattie Infettive</u>

La qualità in Sanità

Maria De Giusti

maria.degiusti@uniroma1.it

OBIETTIVO Rispondere ad alcuni quesiti

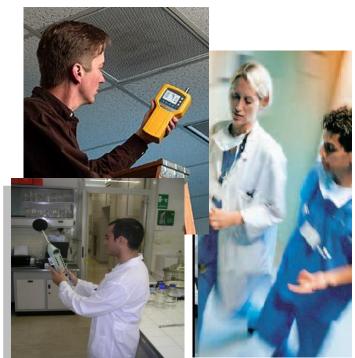




-Priorità?

-Fattibilità?

-Vantaggi e svantaggi?



TRE RIFLESSIONI GUIDA

- 1. Siamo consapevoli della importanza di salvaguardia del " diritto alla protezione della salute ed alla sicurezza delle cure".
- 2. Siamo protagonisti nel processo dinamico di miglioramento della qualità delle organizzazioni.
- 3. Siamo responsabili del 100% della Quality Assurance

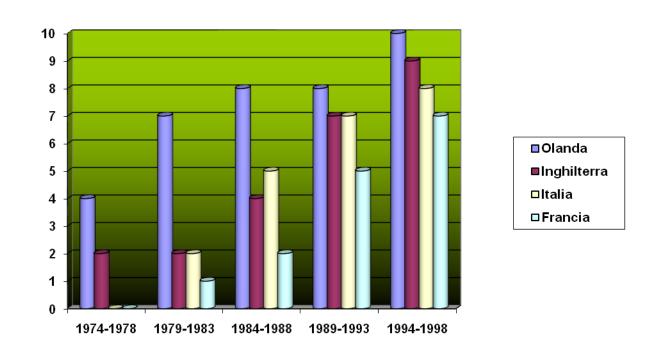
PER MIGLIORARE: OCCORRE VALUTARE LA QUALITÀ

Perché fornisce informazioni su <u>cosa/come</u> <u>migliorare le prestazioni</u> focalizzando gli sforzi su ciò che è importante per il paziente su ciò che crea disagio fisico-emotivo al paziente

- Valutare la Qualità percepita dal paziente:
 - Rappresenta ciò che pensa il cittadino/paziente del servizio a Lui erogato
 - Valuta la distanza esistente tra qualità progettata/prevista e qualità percepita

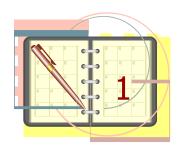


INDICE DI <u>ATTENZIONE VERSO IL TEMA</u> DELLA QUALITA' DEI SERVIZI SANITARI,

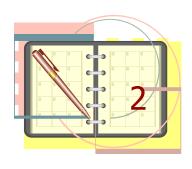


Fonte : CERFE, Laboratorio di scienze della cittadinanza (1999).

Agenda:



- Qualità: concetti terminologia
- Il Cliente: chi è e che cosa richiede
- I punti di vista della qualità
- Il ruolo della comunicazione



- Sistema qualità secondo le norme della serie ISO
- ACCREDIA_organismo di accreditamento
- Gli organismi di certificazione
- Vantaggi del "Sistema qualità" in Sanità

•

LA QUALITA'

- E' UN CRITERIO DI MISURAZIONE DELLA VALIDITA' DI UN PRODOTTO e/o DI UN SERVIZIO CHE SODDISFA LE ESIGENZE RICHIESTE DAL "CLIENTE"
 - NON E' CORRETTO PARLARE DI QUALITA'
 SCADENTE O DI OTTIMA QUALITA'
 - E' CORRETTO PARLARE DI CONFORMITA'
 O NON CONFORMITA' A SPECIFICHE

Il modo di intendere la qualità ed il controllo di qualità nel tempo: dall'impresa di prodotto a quella di servizio

Qualità come idoneità all'uso (Juran, 1904)

Qualità come conformità alle specifiche (Crosby, 1952)

Qualità come soddisfazione del cliente

Qualità = L'insieme delle proprietà (STD) e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare (CLIENTE) esigenze espresse o implicite (UNI ISO EN 29000 oggi ISO 9001:2008)

Anni '60

Anni '70

Anni '80-'90

Controllo del prodotto

Controllo del processo

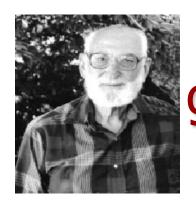
Verifica adeguatezza del prodotto e del servizio alla soddisfazione dell'utente

DEFINIZIONE DI QUALITA'



Qualità come capacità di soddisfare bisogni, tradotti in requisiti, e come spinta verso il raggiungimento della condizione ideale in cui tutte le esigenze (di tipo morale e materiale, sociale ed economico) di tutti gli Attori che intervengono nei processi di produzione/fornitura ed utilizzo/fruizione di beni e servizi (Stakeholders: clienti utenti/consumatori, prestatori d'opera, proprietari ed azionisti, fornitori, collettività in genere) risultano pienamente soddisfatte (ISO 9001:2015)





Qualità in sanità gli indicatori per la valutazione

(Avedis Donabedian, 1989)

"Il rapporto tra i miglioramenti ottenuti nelle condizioni di salute delle popolazioni ed i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato di salute attuale, delle conoscenze, delle risorse disponibili e delle caratteristiche del paziente"

Struttura = stabili, amministratori, Tecnologie e risorse disponibili, operatori sanitari, ambienti fisici in cui operano e organizzazione del lavoro

Processo = attività di assistenza (procedure diagnostiche terapeutiche, follow-up)

Esito: cambiamento nello stato di salute corrente e futuro del paziente attribuibile ad un precedente intervento di assistenza.

Gli studi di *A. Donabedian* sono ancora alla base dell'attività dei gruppi di VRQ (Verifica e Revisione della Qualità).

RESPONSABILITÀ DELLE ORGANIZZAZIONI PRODUTTRICI



Stiamo assistendo ad un cambiamento della politica sanitaria che vede una rinnovata attenzione a "come i pazienti vengono assistiti" in termini di Appropriatezza, Sicurezza, Efficacia, qualità percepita

- Realizzare ed assicurare al mercato (contesto socio-economico) qualità dei beni e dei servizi in un contesto di:
 - SICUREZZA DI SISTEMA
 - CENTRALITA' DEL CIENTE
 - MIGLIORAMENTO CONTINUO





Gli strumenti di attuazione della qualità in sanità.

Strumento	Significato				
Problem Solving (PS)	Approccio metodologico alla soluzione di problemi che preve la formulazione di una ipotesi, scelta della soluzione ottima progettazione dell'intervento e verifica dei risultati				
Evidence Based Medicine (EBM) Evidence Based Health Care (EBHC) Evidence based Prevention (EBP)	Scelte/decisioni/azioni cliniche e di prevenzione basate su solide evidenze derivate dalla ricerca epidemiologica-clinica e sperimentale di qualit.				
Health Technology Assessment (HTA)	Valutazioni delle tecnologie sanitarie che includono farmaci, strumenti e attrezzature, procedure mediche e chirurgiche strutture organizzative e di supporto etc.				
Health Impact Assessment (HIA)	Combinazione di procedure e metodologie attraverso le quali valutare politiche, programmi e progetti in sanità sulla base del potenziale effetto sulla salute				
Evidence Based Policy (EBP)	Scelte/decisioni/azioni in politica sanitaria basate sulle migliori prove di efficacia non perdendo di vista la soddisfazione del cliente				
Evidence Based Patient Information (EBPI)	Comunicazione fra professionisti e verso i pazienti progettata su solide evidenze di efficacia				



Oakley A, Experimental and interventions: a forgotten but important history. BMJ 1998;317:1239-42 Traduzione SB

.....Evidence Based Policy:

"Le politiche sanitarie sono interventi che toccano la vita dei cittadini ed è quindi ragionevole aspettarsi la stessa documentazione per gli effetti dovuti a quelle politiche così come ci aspettiamo la documentazione per gli interventi rivolti ai singoli individui".

L'essenza delle politiche è di prendere decisioni per una comunità, quindi di circoscrivere il campo delle libertà personali.

Di qui l'importanza di prendere decisioni partendo dalle migliori prove di efficacia non perdendo di vista la soddisfazione del cliente.....

EBM ed EBP si occupa di)UALITA'

Non vi area della sanità che non si trovi oggi a dover quotidianamente prendere decisioni basate, ove possibile " su dati di fatto- efficacia"

Non vi è professionista dell'area sanità (prevenzione primaria, secondaria, terziaria) che può far a meno degli strumenti di base EBM



Nel 1972 *Archibald Cochrane* si esprimeva così:

" se un sistema sanitario non è efficace (capace di rispondere alla domanda di salute che è possibile soddisfare) è superfluo porsi il problema della sua efficienza".

La storia della Qualità in Sanità: paesi e passi

Negli anni '50

- 1958
- 1974
- 1988
- Anni '80

- l'America è stato il primo paese che ha istituito, con la Joint Commission of Accreditation of Hospital, una funzione stabile su scala nazionale dedicata all'accreditamento per la qualità di organizzazione sanitarie.
- Canada
- Australia
- Regno Unito
- Italia

IN ITALIA

• la diffusione della EBM/EBHC è stata inizialmente legata all'impegno di singole realtà operative, fino al varo del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (dove "evidenze scientifiche" ricorre ben 10 volte!) dove si legge che: " le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche "e che " raccolta e analisi delle evidenze scientifiche disponibili devono essere utilizzate per la costruzione di linee guida".

Legislazione sanitaria e qualità

D.lgs. 229/99 recita:

"... operare scelte di governo regionale che spingano verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti fortemente caratterizzati sul piano delle capacità di rendere trasparente e valutabile la qualità delle proprie prestazioni

Legislazione sanitaria e qualità D.lgs.229/99

Art 1 tutela del diritto alla salute e definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza: Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del SSN le prestazioni sanitarie che: non soddisfano il principio della efficacia ed appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili, ovvero sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate...

Qualità in Sanità interesse crescente a seguito delle pubblicazioni dei risultati estremamente negativi di alcuni studi in USA

QUALITA' IN SANITA' intesa come sistema di valutazione dell'offerta sanitaria

Offerta sanitaria che risulta essere di qualità se :

- eroga prestazioni tali da soddisfare i bisogni dell'utenza;
- abbatte il rischio clinico;
- da piena attuazione al risk management;
- da evidenza di applicazione delle procedure.

RISCHIO CLINICO

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza/assistenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Interesse al tema della qualità aumenta in USA

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States

Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Steven M. Asch, M.D., M.P.H., John Adams, Ph.D., Joan Keesey, B.A., Jennifer Hicks, M.P.H., Ph.D., Alison DeCristofaro, M.P.H., and Eve A. Kerr, M.D., M.P.H.

ABSTRACT

We have little systematic information about the extent to which standard processes involved in health care — a key element of quality — are delivered in the United States.

We telephoned a random sample of adults living in 12 metropolitan areas in the United States and asked them about selected health care experiences. We also received written consent to copy their medical records for the most recent two-year period and used this information to evaluate performance on 439 indicators of quality of care for 30 acute and chronic conditions as well as preventive care. We then constructed aggregate scores.

Participants received 54.9 percent (95 percent confidence interval, 54.3 to 55.5) of recommended care. We found little difference among the proportion of recommended pre- N Engl J Med 2003;348:2635-45. ventive care provided (54.9 percent), the proportion of recommended acute care provided (53.5 percent), and the proportion of recommended care provided for chronic conditions (56.1 percent). Among different medical functions, adherence to the processes involved in care ranged from 52.2 percent for screening to 58.5 percent for follow-up care. Quality varied substantially according to the particular medical condition, ranging from 78.7 percent of recommended care (95 percent confidence interval, 73.3 to 84.2) for senile cataract to 10.5 percent of recommended care (95 percent confidence interval, 6.8 to 14.6) for alcohol dependence.

The deficits we have identified in adherence to recommended processes for basic care pose serious threats to the health of the American public. Strategies to reduce these deficits in care are warranted.

From RAND, Santa Monica, Calif. (E.A.M., S.M.A., J.A., J.K., J.H., A.D.); the Veterans Affairs (VA) Greater Los Angeles Health Care System, Los Angeles (S.M.A.); the Department of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles (S.M.A.); the VA Center for Practice Management and Outcomes Research, VA Ann Arbor Health Care System, Ann Arbor, Mich. (E.A.K.); and the Department of Medicine, University of Michigan, Ann Arbor (E.A.K.). Address reprint requests to Dr. McGlynn at RAND 1700 Main St., P.O. Rox 2138, Santa Monica. CA 90407, or at beth mcglynn@

Copyright © 2003 Massachusetts Medical Society

Hanno valutato 6712 cartelle cliniche per valutare se le cure somministrate erano basate su Linee Guida

RISULTATI

Solo il 54,9% dei pazienti avevano ricevuto trattamenti raccomandati (Linee Guida)

The NEW ENGLAND J	OURNAL of	MEDICINE
-------------------	-----------	----------

of Care and Function.								
Variable	No. of Indicators	No. of Participants Eligible	Total No. of Times Indicator Eligibility Was Met	Percentage of Recommended Care Received (95% CI)*				
Overall care	439	6712	98,649	54.9 (54.3–55.5)				
Type of care								
Preventive	38	6711	55,268	54.9 (54.2-55.6)				
Acute	153	2318	19,815	53.5 (52.0-55.0)				
Chronic	248	3387	23,566	56.1 (55.0-57.3)				
Function								
Screening	41	6711	39,486	52.2 (51.3-53.2)				
Diagnosis	178	6217	29,679	55.7 (54.5–56.8)				
Treatment	173	6707	23,019	57.5 (56.5–58.4)				
Follow-up	47	2413	6,465	58.5 (56.6–60.4)				

^{*} CI denotes confidence interval.

cits in care have important implications for the health of the American public. For example, only 24 percent of participants in our study who had diabetes received three or more glycosylated hemoglobin tests over a two-year period. This finding parallels the finding by Saaddine and colleagues that 29 percent of adults with diabetes who participated in the nationally representative Behavioral Risk Factor Surveillance System reported having their blood sugar tested during the previous year. 18 This routine monitoring is essential to the assessment of the effectiveness of treatment, to ensuring appropriate responses to poor glycemic control, and to the identification of complications of the disease at an early stage so that serious consequences may be prevented. In the United Kingdom Prospective Diabetes Study, tight blood glucose control and biannual monitoring decreased the risk of microvascular complications by 25 percent.40

In our study, persons with hypertension received 64.7 percent of the recommended care (95 percent confidence interval, 62.6 to 66.7). We have previously demonstrated a link between blood-pressure con-

Gli AA riflettono sul dato: ben il 45% dei pazienti POTEVA ESSERE CURATO MEGLIO, molti errori potevano essere evitati

TUTTO DEVE ESSERE TRACCIATO NELLA CARTELLA CLINICA: STRUMENTO DI QUALITA' TANTO ANTICO QUANTO







Ippocrate : Metodo osservazionale e
documentale
www.google.it/search?q=ippocrate&es

"Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero" (Min. Sanità, 1992)

"The Medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization" (Am. Hosp. Med. Record Association, 2000)



I documenti e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere a criteri di:

- 1. CHIAREZZA
- 2. RINTRACCIABILITA'
- 3. ACCURATEZZA
- 4. VERIDICITA'
- 5. PERTINENZA
- 6. COMPLETEZZA
- 7. TEMPESTIVITA'

L'analisi retrospettiva mostra frequentemente come, all'origine dell'impossibilità difensiva, non vi sia una prestazione sanitaria erogata inadeguatamente, bensì una prestazione sanitaria non correttamente documentata.

CARTELLE CLINICHE Fonte per:

Valutare eventi avvers



Appropriateness of a assessing unnecessar

Giuseppina Poppa', Giuse Rabacchi¹, Claudia Vaschet

'Azienda Ospedaliera OIRM S. University of Rome, Italy; Instit Correspondence to: Alice Mannocci, Clir oot85 Roma, Italy, E-mail alice, mannoc

Valutare appropria e della degenza in

Facilitare 1a 5.

Infezioni Correlation Was 3.34% The 1 assistantly associated with the inappropriar of inappropriar of inappropriar Facilitare la sorve



U.O.C. ORGANIZZAZIONE E GESTIONE SANTIARIA

Figura 5 - Mappa relativa ai casi cumulati di Kiebziella pneumoniae ad ultime rilevazzionii. novembre 2012, ad un anno e mezzo circa dall'attivazione dell'attività di sorveglianza ad opera



niere, 1 a in ge-

to svolto enisti e 2 tutti con

a docu-

iico e anate formati

E lo studio rsi causati o n consideran ripetuti per ne l'incidenza aziente

Dopo il D.Lgs. 502/92

And the second district of the second distric

La cartella clinica consente:

La valutazione delle performance (efficacia e efficienza)

Controllo della qualità delle cure

Controllo della spesa sanitaria

Solo una documentazione completa e accurata può costituire una fonte informativa che sia utile ai fini della qualità e sicurezza del paziente e indispensabile, in modo trasparente, per la tutela dei professionisti in ambito della responsabilità professionale.

Problematiche di più frequente riscontro

- Cartelle cliniche incomplete (assenza di referti, presenza di referti riferiti ad altri pazienti, mancanza moduli di consenso al trattamento sanitario, al trattamento dei dati personali ecc.)
- Scarsa intelligibilità delle annotazioni (grafia incomprensibile, revisioni-correzioni postume non datate o controfirmate ecc.)
- Assenza di annotazioni (diari clinici ed esami obiettivi incompleti, per nulla compilati, sezioni di cartella lasciati in bianco ecc.)





Malpractice and patient safety descriptors: an innovative grid to evaluate the quality of clinical records

*Anna Santa Guzzo¹, Mario Tecca¹, Entico Marinelli¹, Caterina Palazzo¹, Paolo Urzillo¹, Claudio Bontempi¹, Arianna Di Nezza⁵, Domenica Patrizia Sposato², Giuseppe Ferro³, Anna Maria Lombardi¹, Amalia Allocca⁴, Maria De Giusti³a¹ La cartella clinica è il prodotto tangibile del processo assistenziale. Traccia il processo e consente di valutare retrospettivamente appropriatezza, competenze. Ha implicazioni forte nel processo di valutazione e accreditamento

- 1. Verificare l'esistenza in letteratura di una griglia valutativa e/o di un questionario strutturato;
- 2. Sviluppare uno strumento in grado di valutare la qualità della cartella clinica;
- 3. Utilizzare il sistema di rilevazione per valutare il fenomeno qualità della cartella clinica nell'Azienda al fine di:
 - migliorare della qualità nella pratica clinica
 - ridurre gli eventi avversi
 - ridurre il contenzioso
 - coinvolgere il personale in un percorso virtuoso di autovalutazione, valutazione e miglioramento delle performance



Revisione della letteratura

Metodo: "PRISMA statement (A Liberati et al, 2009).

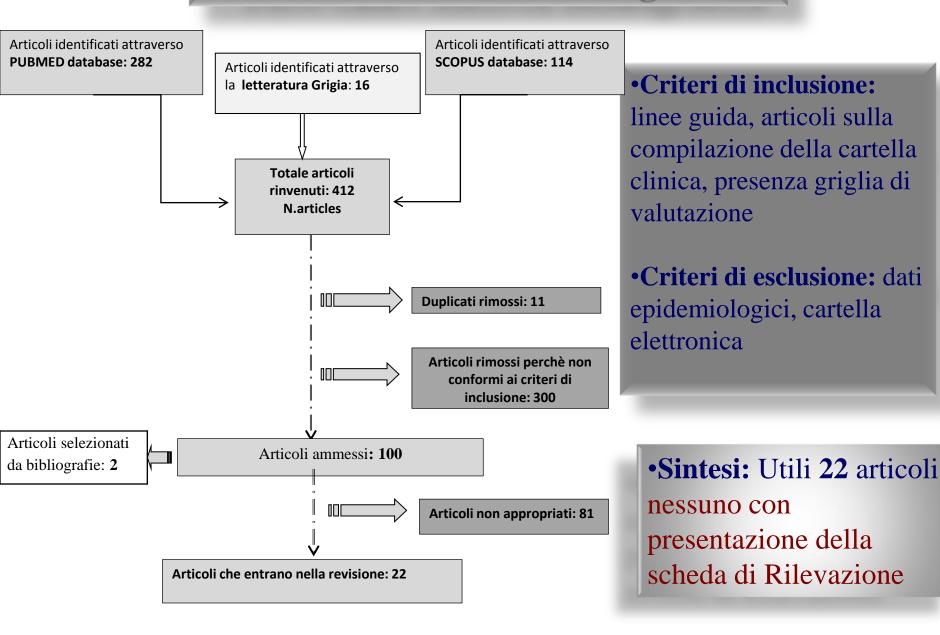
Motori di ricerca: PubMed (Medline) e Scopus

Google e Google Scholar(per la letteratura grigia)

Parole chiave:

"healthcare management, medical record, safety care, risk management, legal aspects, quality, malpractice and patient safety indicators" con gli operatori *Booleani* AND-OR.

Flow-chart Ricerca bibliografica



Il Questionario: sezioni, variabili e peso medico-legale*

4 sezioni:

-Ammissione del paziente

(items 1-18)

- -Degenza (items 19-36)
- -Lettera di dimissione (item

37)

-Rapporti di consulenza

(item 38)

<u>S</u>	SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA CARTELLA CLINICA						
S	CHEDA N: SDC):/2013.	FIRMA DEI RILEVATORI				
	ledica[] Chirurgica[] Altro[] OC:						
		SI (1)	NO(5)	PARZIALMENT	NON APPLICABILE ([] a causa di		
1	Nella cartella è presente la SDO?	SI (1) [SI= nella cartella clinica deve essere presente la SDO]	NO(5)				
	*PML 1						
1 a	La SDO è firmata dal medico responsabile?	SI (1) [SI=quando si trova la firma/sigla]	NO(5)		NON APPLICABILE ([se la 1 è NO] a causa di		
	*PML 1						
2	L'anagrafica del paziente è completa?	SI (1) [SI= se è presente nome e cognome, data di nascita e telefono]	NO(5)	VALUTATO PARZIALMENT E (3) [se una o più delle variabili non sono presenti in cartella]			
	*PML 1						

per un totale di 89 criteri,



Conformità del criterio

- SI: conformità del criterio =1
- NO: non conformità del criterio =5
- parziale conformità del criterio =3,
- valutazione non applicabile al criterio=0

Pesatura Medico-Legale:

$$\circ$$
 3 = 21-30%

$$4 = 31-40\%$$

$$\circ$$
 5 = > 41%

frequenza nel determinismo del contenzioso medico-legale

(Fonte: www.cortedicassazione.it)

Team Valutatori



- **Supervisore**: Risk Manager
- Coordinatore valutatori, responsabile arruolamento cartelle, professionista in staff al Risk Manager

√Valutatori

- N. 2 Coordinatori infermieristici
- N. 8 Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva
- N.2 Studenti in Sc Professioni Sanitarie della Prevenzione
- N.2 Studenti del Corso infermieristica I Livello

Formazione specifica di 8 ore per i rilevatori e creazione di gruppi di valutatori (1 medico + 1 infermiere)

$$\alpha = \frac{p}{p-1} \left(1 - \sum_{i=1}^{p} \frac{\sigma_{y_i}^2}{\sigma_x^2} \right)$$

Validazione della scheda di rilevazione

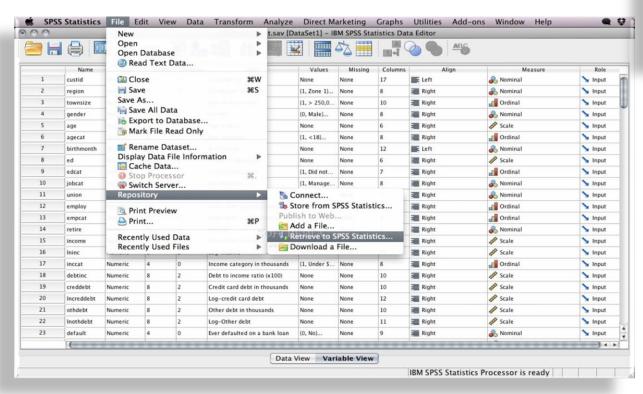
- ✓ validazione su n. 200 cartelle cliniche scelte random,
- Consistenza interna valutata con Alpha di Crombach (*LJ Crombach*, 1051)
- ✓ il valore ottenuto è stato 0.743 (soddisfatta la consistenza interna)



Campione studiato

- E' stato fatto uno studio pilota, per testare la griglia su 50 cartelle cliniche (25 di area medica e 25 di area chirurgica)
- Successivamente sono state valutate 518
 cartelle cliniche selezionate in modo casuale:
 - n. 237 provenivano da reparti di area medica
 - n. 281 provenivano da reparti di area chirurgica.





L'inserimento dei dati è stato realizzato utilizzando il software Microsoft Excel.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando SPSS19.00 per Windows.

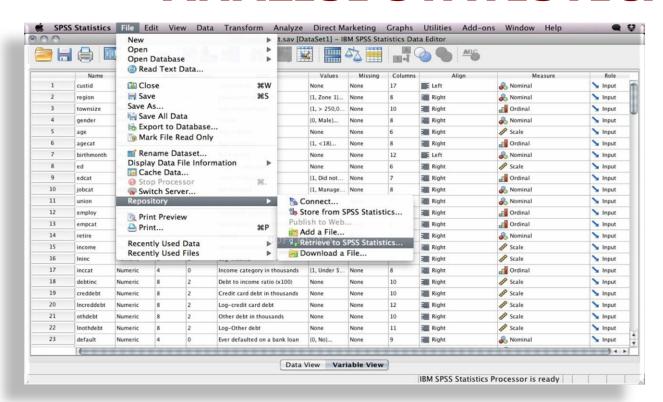
Questa griglia è stata convalidata, per verificarne la coerenza interna, con il test Alpha di Cronbach.



Il Campione studiato

DAI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	Chirurgia d'urgenza
	Medicina d'urgenza
	Area Ortopedia e Riabilitazione
DAI MEDICINA INTERNA, TERAPIA MEDICA, GERIATRIA E MEDICINA RIABILITATIVA	DAI NEFRO UROLOGIA
DAI MALATTIE INFETTIVE	DAI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
DAI CHIRURGIA GENERALE, SPECIALITA' CHIRURGICHE E TRAPIANTI D'ORGANO " P. STEFANINI"	DAI CHIRURGIA GENERALE "P. VALDONI"
DAI MALATTIE CARDIOVASCOLARI E RESPIRATORIE	DAI OSTETRICIA E GINECOLOGIA, PERINATOLOGIA E PUERICULTURA
DAI CHIRURGIA GENERALE " R. PAOLUCCI"	DAI ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

ANALISI STATISTICA





DATA BASE: Microsoft Excel.

L'analisi statistica: SPSS 19.00 per Windows.

Problematiche di più frequente riscontro

- Cartelle cliniche incomplete (assenza di referti, presenza di referti riferiti ad altri pazienti, mancanza moduli di consenso al trattamento sanitario, al trattamento dei dati personali ecc.)
- Scarsa intelligibilità delle annotazioni (grafia incomprensibile, revisioni-correzioni postume non datate o controfirmate ecc.)
- Assenza di annotazioni (diari clinici ed esami obiettivi incompleti, per nulla compilati, sezioni di cartella lasciati in bianco ecc.)

Risultati I sezione: Ammissione del paziente (criteri:1-18)

Criteri	Contenuto	SI		NO NA		JA	PML	
N.		N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	
5	La cartella è disposta in ordine cronologico?	108	20.8	410	79.2	1	/	3
7	La valutazione del paziente è effettuata entro 24 ore?	447	86.3	47	9.1	/	/	5
9	Il rischio cadute: presente valutazione del paziente secondo la scala di Conley all'ingresso e a 72 ore?	32	6.2	459	88.6	/	1	3
13	Il dolore è valutato in cartella? (solo se è presente la scala di valutazione del dolore)	25	4.8	493	95.2	/	/	4
12	Le allergie sono riportate in cartella?	454	87.6	64	12.4	1	/	5

Risultati II sezione: Degenza (criteri 19-36)

Criteri	Contenuto	\$	SI	NO		NO NA		IA	PML
N.		N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)		
19	Il diario medico è presente?	452	(87.9)	66	(12.7)	/	/	4	
20	La cartella infermieristica è presente in cartella clinica?	35	(6.8)	483	(93.2)	/	1	4	
21	La scheda unica di terapia è presente?	113	(21.8)	399	(77)	/	/	4	
22	E' presente la check-list di sala operatoria?	2	(0,4)	281	(54,2)	235	(45,4)	4	
24	E' presente il consenso informato all'intervento chirurgico?	234	(45.2)	9	(1.7)	275	(53.1)	5	

Risultati III sezione: Lettera di dimissione (37)

Criterio	Contenuto	SI		NO		NA		PML
N.		N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	
37	E' presente la lettera di dimissione?	390	(75.3)	96	(18.5)	32	(6.2)	5
37b	E' identificabile il medico redattore(leggibile)?	199	(38.4)	191	(36.9)	198	(24.7)	4
37ì	Sulla scheda di dimissione è presente la terapia farmacologica da assumere a domicilio?	370	(71.4)	19	(3.7)	129	(24.9)	5
37f	Sulla scheda di dimissione è presente la diagnosi di dimissione e comorbidità?	262	(50.6)	128	(24.7)	128	(24.7)	4

Risultati IV sezione: Rapporti di consulenze (38)

Criterio	Contenuto	SI		NO		NA		PML
N.		N.	(%)	N.	(%)	N.	(%)	
38	Nella cartella clinica sono riportati i referti/rapporti di consulenza?	337	(65.1)	69	(13.3)	112	(21.6	5
38a	Eventuali consulenze sono firmate in maniera leggibile e timbrate?	250	(48.3)	32	(6.2)	177	(34.2	4
38b	Eventuali consulenze sono leggibili?	311	(60)	28	(5.4)	179	(34.6	4



RISULTATI

a sostegno del processo





PUNTI DI FORZA

- Valutazione del paziente entro 24 h dal ricovero
- Allergie quasi sempre segnalate
- Diario clinico aggiornato quotidianamente
- Scrittura leggibile
- Consenso all'atto chirurgico presente e firmato
- Consenso all'anestesia presente e firmato
- Consenso alle trasfusioni presente e firmato
- Buona qualità della lettera di dimissione

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Cartella non in ordine cronologico
- Inadeguata valutazione rischio cadute
- Scheda Unica Terapia non sempre presente
- Check-list di sala operatoria non presente
- Assente la valutazione quotidiana del dolore
- Annotazioni in cartella non sempre firmate e datate
- Carente documentazione infermieristica

Piano di miglioramento



Strategie Organizzative

- Revisione e monitoraggio procedura aziendale prevenzione cadute (2013)
- Introduzione SUT aziendale (2013)
- Introduzione tra gli obiettivi di budget l'uso della SUT aziendale (2013)
- Introduzione Check-list di sala operatoria (2014)
- Introduzione tra gli obiettivi di budget l'uso della check-list di sala operatoria (2014)
- Introduzione scheda aziendale per la valutazione del dolore (2014)
- Introduzione tra gli obiettivi di budget la valutazione del dolore (2014)

Piano di miglioramento



Strategie Organizzative

- Introduzione tra gli strumenti del Piano Annuale di RM «l'autovalutazione» della cartella clinica da parte delle singole UUOO con attività di «internal auditing» (2014)
- Creazione del gruppo «Sicurezza e Qualità delle cure» multidisciplinare e multiprofessionale utile per la introduzione/mantenimento delle Best Practice ed il monitoraggio dei piani di miglioramento (2014).

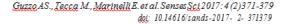
Strategie Formative

- Corso aziendale sulla sicurezza delle cure obbligatorio (2013)
- Introduzione tra gli obiettivi di budget la partecipazione degli operatori al corso az. sulla sicurezza del rischio clinico (2013)
- Corso di informazione/formazione sulla qualità della documentazione sanitaria rivolto agli operatori (2014),
- Corso di informazione/formazione sulla gestione e valutazione del dolore rivolto agli operatori (2014).

IMPEGNO DEL TEAM RM Azienda



- Analizzare collegialmente i risultati del progetto Qualità della Cartella Clinica. Trasmettere il Rapporto di Valutazione (Ra_RM), redatto dal Risk management, ai Responsabili di UU.OO.
- Formare i FACILITATORI della rete aziendale di rischio clinico
 - > Scheda di autovalutazione
 - Rapporto di Autovalutazione (Ra_UO) che dovrà essere redatto e trasmesso dal Responsabile di UO al Risk Management (RM)
- Predisporre Calendario attività:
 - Autovalutazione semestrale su n. 8 cartelle random sul Totale di cartelle riferite al semestre di autovalutazione
 - Trasmissione del Rapporto di Autovalutazione (Ra_RM) al RM
 - ➤ Valutazione delle stesse cartelle cliniche da parte del Team Valutatori Aziendale
 - > Trasmissione della valutazione del RM ai Dirigenti UO
 - ➤ Incontro con i Dirigenti ed i Facilitatori UU.OO.
- Rispondere alla Call della Regione Lazio





Quality Assessment of medical records as a tool for Clinical Risk Management: A three year experience of a Teaching Hospital Policlinico Umberto I, Rome

Anna Santa Guzzo^{1*}, Mario Tecca¹, Enrico Marinelli², Claudio Bontempi³, Caterina Palazzo³, Paolo Ursillo³, Giuseppe Ferro³, Anna Miani³, Annunziata Salvati³, Stefania Catanzaro³, Massimiliano Chiarini³, Vittoria Colamesta³, Domenico Cacchio³, Domenica Patrizia Sposato³, Anna Maria Lombardi³, Maria De Giusti³

2016 Progetto Regionale su 5 Aziende inclusa AZ.PUI A tre anni risultati della prima valutazione e attuazione dei piani di azione correttiva.

5.1. The Strong Point: Lazio Region Project

Assessing the quality of clinical documentation, tested with success by the Teaching Hospital Policlinico Umberto I, has attracted the attention and interest of the legislators of the Lazio Region, which in 2015, prepared in partnership with the teaching hospital Umberto I "Sapienza" University of Rome, a regional project, in order to survey the quality of health records of each regional single hospital.

The statistical measurement concerned all individual items, on a regional basis and on an individual hospital basis, facilitate internal and competitive benchmarking.

Table 3: Results of 2016 Survey: STRENGHT POINTS (Compliance ≥75%).

CRITERION		ENTAGE %
	YES	NO
Was the evaluation of the patient carried out within 24 hours of their admission? (always)	99,2	0,8
Does the file contain information about allergies?	84,5	15,5
Is the daily diary present?	96,7	3,3
Is the patient's informed consent specific for a transfusion present? (at least a copy	92,9	7,1
Is the informed consent of the patient for the surgical procedure present?	97,4	2,6
Is the signature of the patient present on the informed consent form for an invasive procedure? (if an invasive procedure was undertaken)	98,1	1,9
Is the discharge letter present? (always)	81,2	18,8

Table 4: Results of 2016 Survey: WEAKNESS POINTS (Compliance ≤75%).

CRITERION		ENTAGE		
	YES	NO		
Is present the privacy form (signed and dated always)?	33,4	66,6		
Is the file organized chronologically? (always)	8,9	91,1		
The fall risk: was the patient evacuate according to the Conley Scale *within 72 hours of admission?	50,8	49,2		
Is pain intensity assessed in the file? (only if the evaluation of pain scale is present)	25,4	74,6		
Is the nursing card present in the clinical file?	8,9	91,1		
Is there an evaluation of the water balance? (at least one day)	40,2	59,8		

Legend:*patient over 65 years old and/or when it is satisfied at least one of the three WHO parameters.

Table 5: Significant differences rating of "WEAKNESSES" among 2013 AND 2016 Surveys, using chi-square test.

CRITERION PERCENTAGE Asymp. Sig. (2-sided) YES Survey,2013 Survey,2016 2013-2016 Is the file organized chronologically? 20.8 8.9 .000 (always) The fall risk: was the patient evacuate 50.8 11,4 ,000 according to the Conley Scale within 72 hours of admission (when applicable*) Is pain intensity assessed in the file? (only if 4.8 25,4 .000 the evaluation of pain scale is present) If the nursing card is present is it annotated 6.8 8.9 ,184 for each day in hospital? Is the unique therapy record present? 90,5 22,9 ,000 Is an operating theatre security checklist 78,7 ,000 0,7 present?

Legend:*patient over 65 years old and/or when it is satisfied at least one of the three WHO.

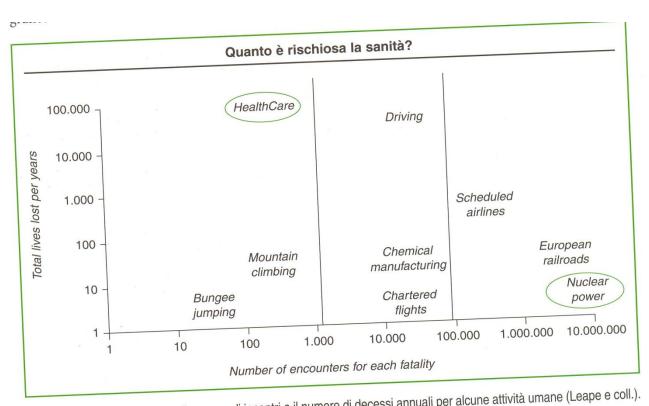
L'Errore

Si definisce "errore medico" un'omissione di intervento, o un intervento a cui consegue un evento avverso clinicamente significativo. Rientra nella definizione il concetto che non tutti gli eventi avversi sono dovuti ad errori, ma solo quelli evitabili.

La stima della frequenza degli errori è difficile: uno degli ostacoli maggiori è il timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo e comunque a non comunicarlo.

Quanto è rischiosa la sanità?

(Manzoli L, Villari P, Boccia A, 2008)



Correlazione tra il numero di incontri e il numero di decessi annuali per alcune attività umane (Leape e coll.).

QUALITA' IN SANITA': DOVE CURARSI ??? Diritto di scelta del Cittadino DOVE

- Dal 25 ottobre 2013— in virtù della Direttiva Europea 2011/24/UE ogni cittadino dell'Unione Europea può decidere liberamente di ricevere assistenza sanitaria in ciascuno dei 28 Paesi membri.
- Per scegliere il luogo dove curarsi, un cittadino dovrebbe avere accesso ad informazioni chiare, rigorose e tempestive sulla qualità dei servizi offerti, sia ospedalieri (quelli che giustificano il sacrificio di spostarsi da casa propria per avere cure adeguate), sia ambulatoriali e domiciliari
- La direttiva UE raccomandava ai Paesi membri di attivare strumenti, soprattutto su internet, per informare i propri cittadini: in Inghilterra, ad esempio, questi dati sono disponibili da anni e, addirittura, dallo scorso luglio, sono disponibili on line i dati relativi ai singoli professionisti.

https://www.dropbox.com/s/ojty7cssatthdos/S creenshot%202013-12-13%2016.18.09.png

e IN ITALIA..... dal 29 ottobre 2013 www.doveecomemicuro.it



un progetto realizzato da un pool di esperti coordinato dal Prof. Walter Ricciardi, Direttore del dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma.





Public Reporting oggi orienta il cittadino su dove andare a curare 30 malattie

E' un esempio di

- -Il sito mappa un totale di 1233 strutture, disseminate da Nord a Sud Italia (ospedali, case di cura accreditate e presidi ospedalieri)
- la performance è valutata attraverso 50 indicatori-chiave.
- I valori degli indicatori delle strutture sanitarie esaminate sono stati confrontati con il dato italiano di riferimento (il «benchmark nazionale») e con i valori di riferimento riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale (il cosiddetto «standard internazionale»)
- Ogni indicatore è stato valutato in base a efficacia, sicurezza, competenza e appropriatezza, tutti criteri misurati attraverso l'elaborazione dei migliori dati ufficiali a disposizione.



Gli indicatori di Qualità

QIJPH - 2013, VOLUME 2, NUMBER 10

Ictus: riammissioni ospedaliere a trenta giorni

Intervento chirurgico per tumori del sistema nervoso

Intervento chirurgico per tumore maligno mammella





ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTS

L CRUSCOTTO DI INDICATORI SELEZIONATI PER IL PUBLIC REPORTING, PER PROBLEMI DI SALUTE AD AREE DEL CORPO

TABELLA 3.3.2 (CONTINUO)

PARTI E/O APPARARATI DEL CORPO UMANO	PROBLEMI DI SALUTE	INDICATORI DI QUALITA'
	Tumore del polmone	Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
POLMONE	Tumori dell'apparato respiratorio	Intervento chirurgico per tumore maligno polmone
	Bronchite cronica	BPCO riacutizzata: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Bronchite cronica	BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a trenta giorni
RENE E VIE URINARIE	Tumori del rene e delle vie	Intervento chirurgico per tumore maligno rene
	Urinarie	Intervento chirurgico per tumore maligno vescica
SALUTE DELLA	Parto	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
MAMMA E DEL	Parto	Volume di parti
BAMBINO	Tumori pediatrici	Intervento chirurgico per tumori pediatrici
SANGUE E LINFONODI	Tumori del sangue, dei tessuti emopoietici e dei linfonodi	Intervento chirurgico per tumori del sangue, dei tessuti emopoietici e de linfonodi
SISTEMA ENDOCRINO	Tumori del sistema endocrino	Intervento chirurgico per tumori del sistema endocrino
SISTEMA MUSCOLARE E CONNETTIVO	Tumori dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
		Ictus: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	l letus	

Ictus

Tumori del sistema nervoso

Tumore della mammella

Linguaggio semplice

• «disco verde» se l'ospedale è allineato agli

f Consiglia

standard nazionali

 «disco giallo» se i sono simili a quell

 «disco rosso» se la raggiunti i livelli d

Arriva il "Tripadvisor" degli ospedali In testa le strutture della Lombardia

Per partorire il Sant'Anna di Torino, per l'artroscopia Careggi di Firenze, per l'angioplastica il Policlinico

Tor Vergata di Roma o il Centro cardiologico Monzino di Milano: ecco l'eccellenza votata dai pazienti

Sono gli ospedali del Nord e in particolare della Lombardia, quelli che - in base a una serie di misure di performance e indicatori di qualità - erogano l'assistenza sanitaria migliore: infatti la Regione che vanta più ospedali nei primi posti delle classifiche delle strutture sanitarie migliori in Italia è proprio la Lombardia, classifiche che riguardano molti aspetti

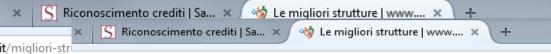


indoona



migliori-strutture-elenco.php

Gli indicatori di Qualità





HOME

Roma (RM) - Lazio

CHI SIAMO

COME FUNZIONA

DITE LA VOSTRA

LE PRIME 10 STRUTTURE

PROBLEMA DI SALUTE: Tumori del colon e del retto

PROBLI Indicatore:

Intervento chirurgico per tumore maligno del coloni

Indicator

Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini

Interv

Policlinico Universitario A. Gemelli Roma (RM) - Lazio Policlinico Universitario Umberto I Roma (RM) - Lazio

Azienda ospedaliera S. Andrea Roma (RM) - Lazio

5 Azienda ospedaliera S. Giovanni Addolorata Roma (RM) - Lazio Ospedale S. Filippo Neri Roma (RM) - Lazio Policlinico Universitario Campus Bio Medico Roma (RM) - Lazio Inter

Lazi

IRCCS Regina Elena Roma (RM) - Lazio Ospedale Belcolle Viterbo (VT) - Lazio

10 Ospedale S. Pietro F.B.F. Roma (RM) - Lazio

Valore dell'indicatore

l'esito delle cure prestate.

L'indicatore si riferisce al grado di "competenza" delle cure prestate. Più alto è il numero di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in una struttura ospedaliera, maggiore è il grado di esperienza della struttura stessa. Non costituisce, pertanto, un parametro di valutazione inerente

Legenda

semaforo:

sanitarie esaminate sono confrontati con il dato italiano di riferimento (benchmark nazionale). La qualità di ogni struttura è espressa attraverso un colore che indica il punteggio raggiunto. I colori utilizzati richiamano l'idea del

I valori degli indicatori delle strutture

Verde: strutture sanitarie con valore dell'indicatore migliore

Institution: Univ of Rome La Sapienza | Sign

Home Research FREE Education News Comment Topics Archive About BMJ

Home > Education > BMJ 2000;320(7237):768 (18 March), doi:10.1136/bmj.320.7237.768

BMJ 2000;320:768-770 (18 March)

Education and debate

Human error: models and management

James Reason, professor of psychology.

Department of Psychology, University of Manchester, Manchester M13 9PL

reason@psy.man.ac.uk

The human error problem can be viewed in two ways: the person approach and the system approach. Each has its model of error causation and each model gives rise to quite different philosophies of error management. Understanding these differences has important practical implications for coping with the ever present risk of mishaps in clinical practice.

COSA FARE?

DA QUALE PUNTO ANALIZZARE IL PROBLEMA

Summary points

Two approaches to the problem of human fallibility exist: the person and the system approaches

The person approach focuses on the errors of individuals, blaming them for forgetfulness, inattention, or moral weakness

The system approach concentrates on the conditions under which individuals work and tries to build defences to avert errors or mitigate their effects

High reliability organisations—which have less than their fair share of accidents—recognise that human variability is a force to harness in averting errors, but they work hard to focus that variability and are constantly preoccupied with the possibility of failure

What's new

- Last 7 days
- Past weeks
- Current print issue
- Rapid responses

Latest blogs

- Why peer review is so expensive
- BMJ in the news
- · On being a teacher
- European Parliament elections
- Shredding Sir Fred
- Richard Lehman's journal blog
- Counting symptoms or trusting intuition

Find BMJ on:

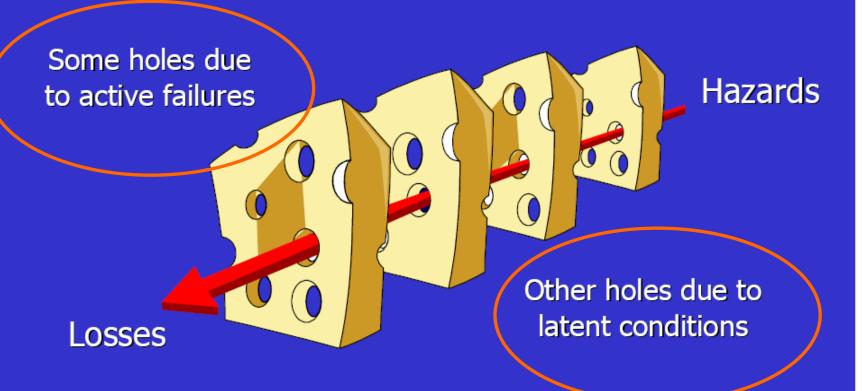
iGoogle Latest from BMJ

iGoogle BMJ simple search

Services

- Blogs
- Podcasts
- · Submit an article
- Subscribe/Activate
- Email alerts
- Request permissions

A system model of accident causation



Successive layers of defences, barriers, & safeguards

Removing error traps

- A primary function of an incident reporting system is to identify your recurrent error traps.
- Identifying and removing these traps is one of the main functions of error management.

We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work

To use another analogy: active failures are like mosquitoes.

They can be swatted one by one, but they still keep coming. The best remedies are to create more effective defences and to drain the swamps in which they breed.

The swamps, in this case, are the ever present latent conditions.

Chi fa la Qualità? I Processi intesi come catene fornitori-clienti

La qualità non riguarda solo gli addetti del settore Qualità. Ma tutte le funzioni aziendali

OGNI ELEMENTO DELLA CATENA ha tre ruoli: Cliente+ Gestore delle attività + Fornitore. DEVE:













Cliente

4. Individuare i processi/atti vità collegati

3.

Definire specifiche appropriate con il proprio Collega/fornitore

2. Conoscere i bisogni del Collega/Cli ente a valle

1.
Conoscere i
bisogni del
Cliente/paz
iente 64



CHI E' IL CLIENTE IN SANITA E COSA RICHIEDE ?







- ➤ IL CITTADINO (Cliente/utente)
- >IL MINISTERO
- >IL RESPONSABILE DI AREA
- **≻**OPERATORI
- ➤I SERVIZI CHE OPERANO IN TEMA DI VIGILANZA INTERNA (VRQ)
- > MANAGEMENT





I VALORI: LA SALUTE AL PRIMO POSTO

I VALORI PERSONALI RITENUTI PIÙ IMPORTANTI PER SÉ

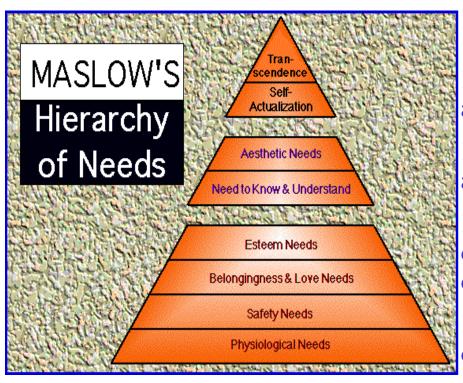
Cosa le interessa avere o realizzare di più nella sua vita?





La gerarchia delle necessità umane (A. Maslow, 1954)

Psicologo1908-1970



- **≻** Autorealizzazione
- ➤ Necessità dell'io (prestigio, successo, autorealizzazione)
- ➤ Necessità sociali (amore, affetto, appartenenza)
- ➤ Necessità di sicurezza e protezione, ordine, stabilità, routine, privacy, certezza etc.
- Necessità fisiologiche (cibo, acqua, aria, casa, abiti, sesso)

Del paziente:

- Efficacia cure ricevute
- Umanità e competenza empatia dimostrata dal personale di assistenza

- Comfort alberghiero
- Efficienza organizzativa





Del legislatore:

- Efficacia
- Equita'
- Accessibilita'
- Grado Di Applicazione
 Delle Conoscenze e delle
 tecnologie
- Efficienza
- Soddisfazione del cliente/paziente
- Soddisfazione degli operatori



Del personale:

- Efficacia delle cure prestate
- Gratificazione professionale
- Efficienza organizzativa
- Soddisfazione del Cliente/paziente



Del Management:

- Soddisfazione del cliente/paziente
 - Efficienza organizzativa
 - Appropriatezza delle cure fornite
 - Obiettivo "qualità" aziendale condiviso
 - Una immagine esterna positiva
 - Azienda competitiva



IL SUCCESSO NEL RAPPORTO OPERATORE SANITARIO

/PAZIENTE PASSA ATTRAVERSO LE DOTI COMUNICATIVE





la soddisfazione del cliente si raggiunge solo il team di operatori che assiste, oltre a possedere conoscenze scientifiche e capacità tecniche, mostra attitudine a stabilire: buoni rapporti interpersonali, Buona Comunicazione (clima di fiducia) con il paziente:

- ridurre lo stato di ansia
- sviluppare un buon processo di comunicazione
- ottenere una buona collaborazione



OCCORRE misurare la qualità? E COME?

...affermo che quando voi potete misurare ed esprimere in numeri



ciò di cui state parlando, solo allora sapete effettivamente qualcosa relativamente all'oggetto della vostra indagine William Thomson, alias Lord Kelvin, fisico e matematico irlandese, 1824-1907

Non tutto ciò che può essere contato necessariamente conta e non tutto ciò che conta può necessariamente essere contato



Albert Einstein, 1879-1955 Nobel fisica, 1921

<u>Per migliorare</u>: occorre rilevare la qualità percepita

- Rappresenta ciò che pensa il cittadino/paziente del servizio a Lui erogato
- Valuta la distanza esistente tra qualità progettata/prevista e qualità percepita

Perché fornisce informazioni su cosa/come migliorare le prestazioni focalizzando gli sforzi su ciò che crea disagio fisico-emotivo al paziente

Modalità di misurazione della qualità percepita

METODI DIRETTI

- QUALITATIVI
- QUANTITATIVI

VIENE RICHIESTA UNA VALUTAZIONE DI UNA PRESTAZIONE RICEVUTA DIRETTAMENTE AL PAZIENTE (CARTA DEI SERVIZI SANITARI)

METODI INDIRETTI

- GRADO DI FIDELIZZAZIONE:
 - SI OSSERVA IL COMPORTAMENTO DI SCELTA DEI PAZIENTI (FEDELTA' NEI CONFRONTI DELLA STRUTTURA);
- GESTIONE DEI RECLAMI (TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO)



Servizi

Azienda Policlinico Umberto I



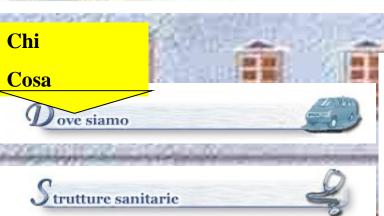


Che cosa ne

pensa il

rispetto a:

cliente

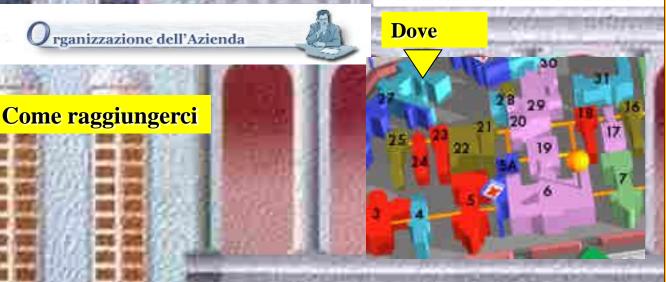


-Presentazione dell'Azienda

- Le attività di Pronto soccorso
- I prestazioni ambulatoriali e di laboratorio
- gli standard di qualità
- le notizie utili per il ricovero
- le dimissioni
- URP
- il tribunale dei diritti del malato

-Accoglienza/ accettazione

- -Assistenza medica
- -Assistenza infermieristica
- -Assistenza notturna
- -Informazioni ricevute su diagnosi e decorso della cura
- -Orario e organizzazione visite
- -Pulizia
- -Tranquillità e comfort
- -Qualità del cibo

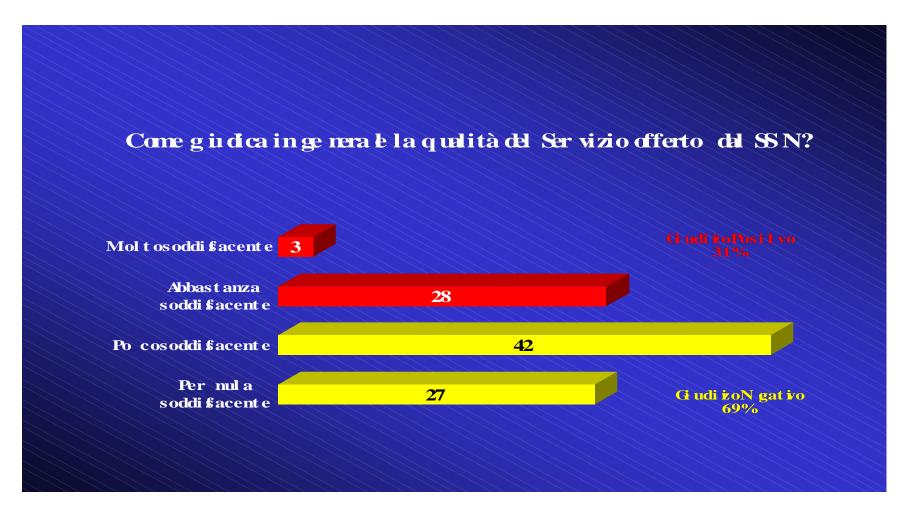


PERCEZIONE DELLA QUALITA'



Fonte: Fondazione Smith Kline, 1996

PERCEZIONE DELLA QUALITA' IL GIUDIZIO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



PERCEZIONE DELLA QUALITA'

MOTIVI DI SODDISFAZIONE/INSODDISFAZIONE VERSO I SERVIZI SANITARI (VALORI %)

GIUDIZI POSITI VI

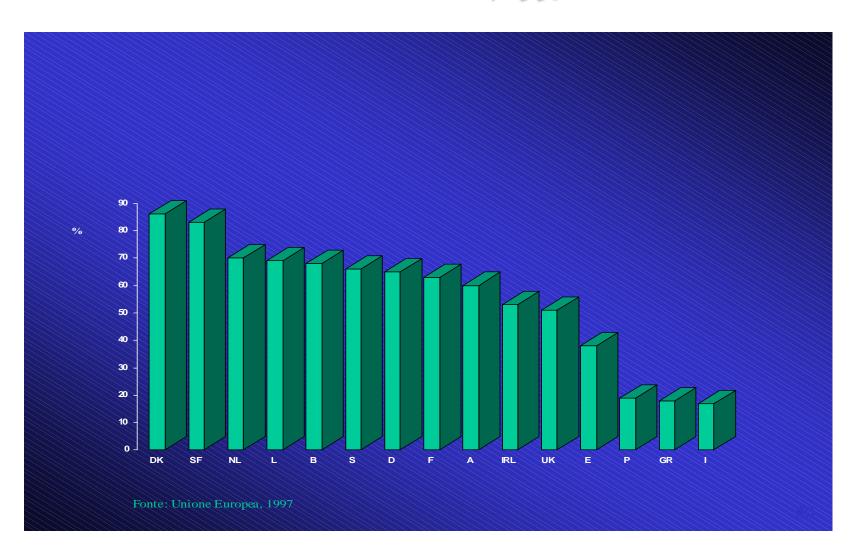
Dis po ni bi lità, gentil ezza cortes ia	1
Professionalità, competenza dei medici e del personale	8
Rapidità nell'erogazione del servizio	7
Alta qualità dei servizi offerti	5
Pulizia	1

GIUDIZI NEGATIVI

Tempi di attesa eccessivi	1
Scortesia, assenza di disponibilità	6
Bassa qualità dei servizi offerti (cure, analisi, etc.)	5
Incompetenza, superficialità	3
Sporcizia	1

Fonte: Fond azione Smith Kline, 1996

PERCEZIONE DELLA QUALITA' LIVELLI DI SODDISFAZIONE DEI SISTEMI SANITARI NELLA UNIONE EUROPEA, 1997



Rapporto Osservasalute 2010

Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

ASSISTENZA OSPEDALIERA 435

Grafico 1 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero - Media anni 2007-2009

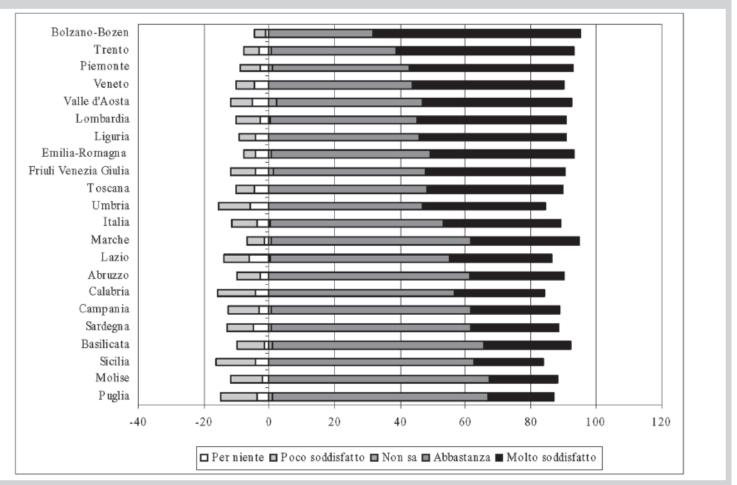


Grafico 2 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Media anni 2007-2009

Grafico 2 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazion l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Media anni 2007-2009

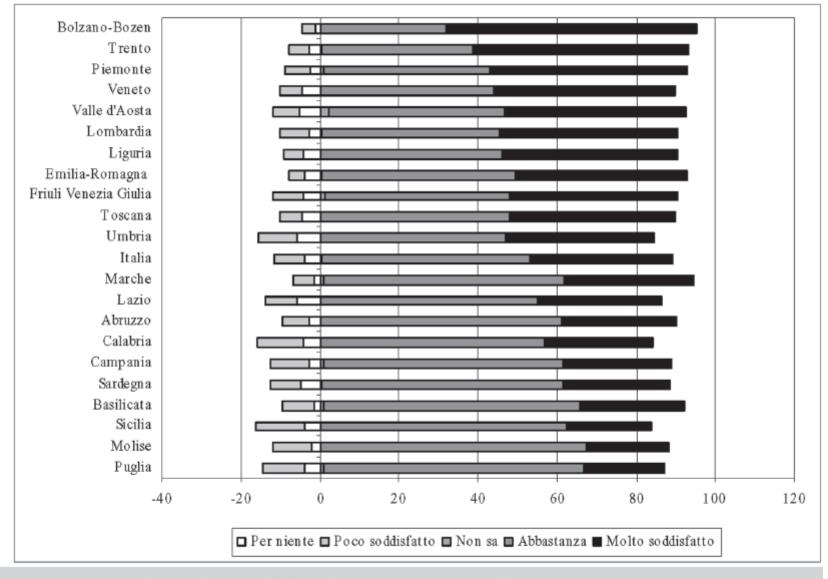
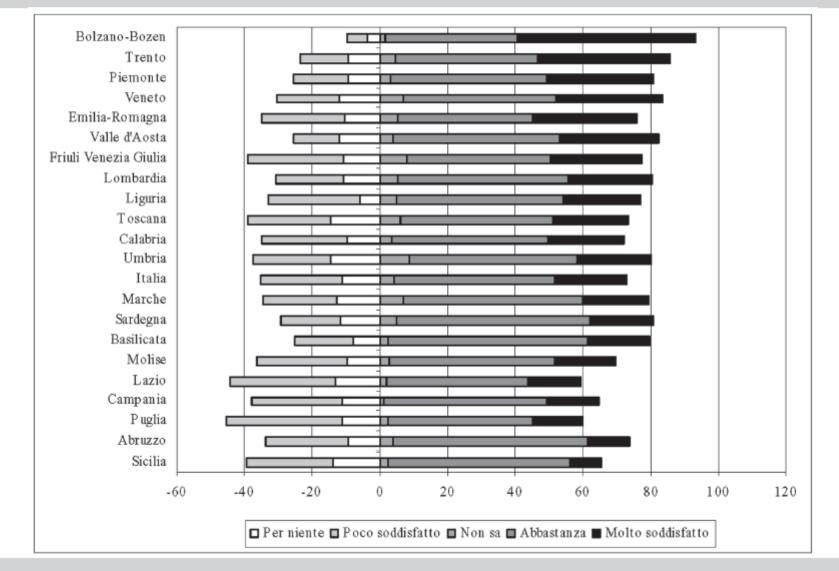


Grafico 3 - Graduatoria regionale riferita alle persone molto soddisfatte del livello di soddisfazione per il vitto fruito durante il ricovero - Media anni 2007-2009



ASSISTENZA OSPEDALIERA 437

Grafico 4 - Variazioni assolute dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per l'assistenza medica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009

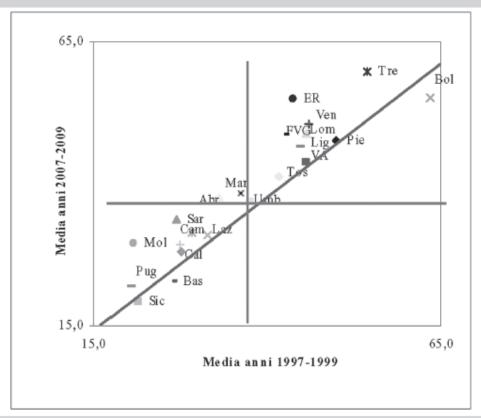


Grafico 5 - Variazioni dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per l'assistenza infermieristica ricevuta durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009

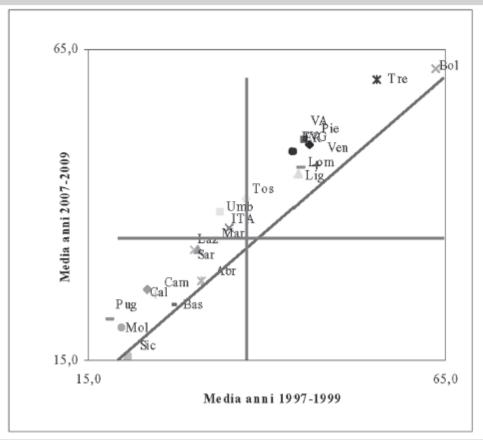
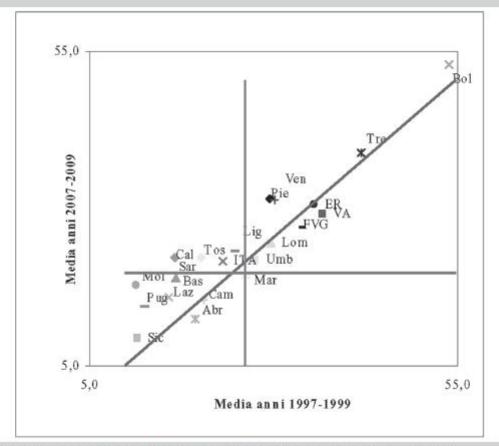


Grafico 6 - Variazione dalla media nazionale delle percentuali di persone "molto soddisfatte" per il vitto fruito durante il ricovero - Medie anni 1997-1999 e 2007-2009



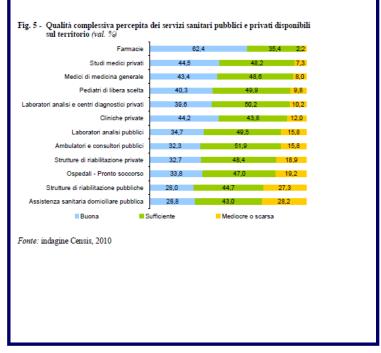


ASPETTATIVE E SODDISFAZIONE DEI CITTADINI RISPETTO ALLA SALUTE E ALLA SANITÀ

Sintesi dei risultati

Roma, 16 aprile 2010

PAGELLA CENSIS 2010



L'impresa ospedale e pronto soccorso si colloca al 10° posto nella scala dei giudizi espressi dai cittadini (33,8% giudizio "buono"; 47,0% un giudizio sufficiente e solo il 19,2% esprime un giudizio mediocre/scarso). Il giudizio migliore spetta alle farmacie, i cui servizi sono di buona qualità per il 62% degli italiani, sufficienti per il 35%, mediocri o scarsi solo per il 2%. Il medico di medicina generale (per il 92% qualità buona o comunque sufficiente, inadeguata solo per l'8%) continua a rappresentare un elemento cardine del sistema di offerta e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia. Positive anche le opinioni sui pediatri di libera scelta (promossi dal 90%). Seguono laboratori di analisi pubblici (84%), ambulatori e consultori pubblici (84%), ospedali e pronto soccorso (81%), strutture di riabilitazione pubbliche (73%), assistenza domiciliare (72%).

La chiarezza delle informazioni mediche, infermieristiche ed amministrative, unitamente alla disponibilità all'ospitalità ed alla gestione delle visite, risultano le componenti della qualità che hanno maggior pesato sul determinismo dei giudizi . 88

LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER I VARI ASPETTI DELLA MEDICINA GENERALE

La sua capacità professionale

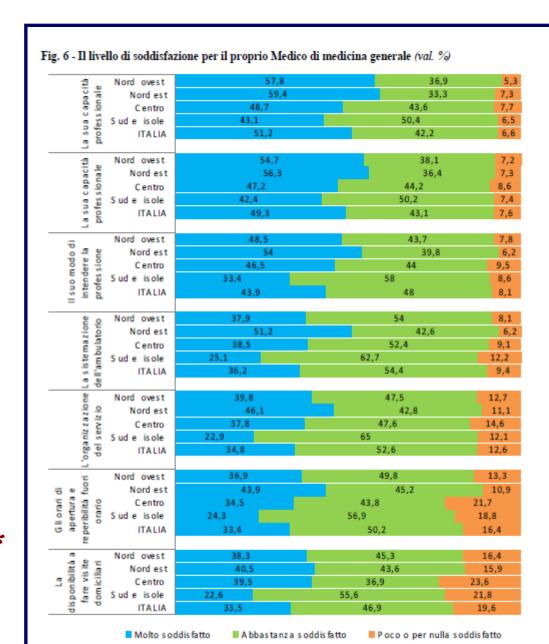
Il suo modo di intendere la qualità

Sistemazione dell'ambulatorio

Organizzazione del servizio *

Orari di apertura e reperibilità * fuori orario

Disponibilità nelle visite domiciliari *



LIVELLO DI SODDISFAZIONE PER I VARI ASPETTI DELLA DEGENZA

IN OSPEDALE

Qualità delle terapie

Chiarezza informazioni mediche

Chiarezza informazioni mediche *

Chiarezza prestaz. Infermieristiche *

La disponibilità

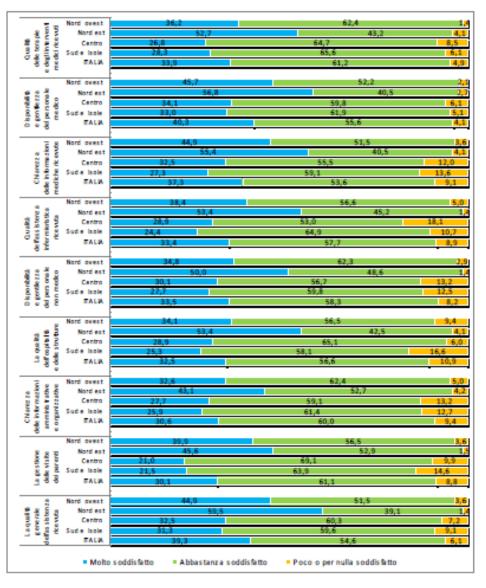
Qualità dell'ospitalità *

Chiarezza informazioni amm.ve *

Gestione visite *

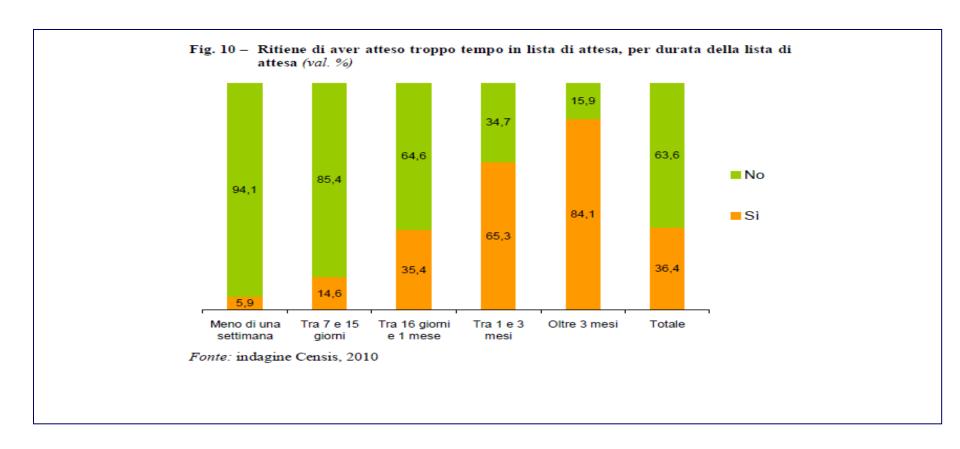
Qualità complessiva

Fig. 7 - Il livello di soddisfazione per i vari aspetti della degenza in ospedale: opinioni di chi ha avuto un ricovero nell'ultimo anno, per ripartizione geografica (vol. %)



Fonte: indagine Censis, 2010

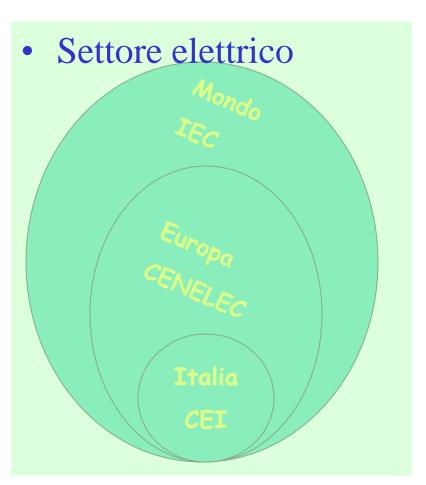
LISTE DI ATTESA



SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITA'

• ".... L'approccio del sistema di gestione per la qualità certificata incoraggia le organizzazioni ad analizzare i requisiti del cliente, a definire i processi che contribuiscono ad ottenere un prodotto accettabile per il cliente ed a tenere questi processi sotto controllo (ISO 9000:2005 § 2.1)

ENTI DI NORMAZIONE OPERANTI IN TEMA DI SISTEMI QUALITA' CERTIFICATI





Comitato Elettrotecnico Italiano

Ente Nazionale Italiano di Unificazione

93



ISO: International Organization For standardization (1947)

OBIETTIVI

Promuovere lo sviluppo della normazione nel mondo

Facilitare gli scambi internazionali di beni e servizi

Sviluppare la cooperazione mondiale nel campo scientifico, tecnologico ed economico

Storia	delle	norme	serie	ISO	0000
30011G	aciic	State della Norm	Foorg		7000

Anno	Stato della Norma	Focus
1987	ISO 9001/2/3	La sicurezza del collaudo
1994	Prima Revisione della norma	Migliore accettazione nel settore industriale ed
	ISO 9000	applicazione
2000	Profonda revisione della	Un solo modello (ISO 9002 ed ISO 9004)
	norma ISO 9000 (VISION	Applicabilità ad organizzazioni di ogni settore e
	2000)	dimensione
		Linguaggio neutrale
		Base per un ampio strumento di management
		(qualità ambiente, sicurezza, gestione del rischio)
		Migliorata compatibilità con la norma ISO 14001 (
		ambiente)
2008	Pubblicata la definitiva UNI	Orientamento al Cliente
	EN ISO 9001:2008	Leadership
		Coinvolgimento dei collaboratori
		Approccio per processi
		Approccio sistematico di gestione
		Miglioramento continuo
		Decisioni basate sua dati di fatto (Evidence Based
		Medicine)
		Rapporto di reciproco beneficio con i fornitori
2015	UNI EN ISO 9001:2015	pensare al Rischio
		Far partecipe il cliente al miglioramento
		95

Altre norme serie ISO

Norma	Focus
UNI EN ISO 3834: 2008	rivolta al controllo del processo di
	fabbricazione
	UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 3834 sono
	cogenti per l'applicazione del le nuove Norme
	Tecniche per le Costruzioni emanate con il
	DM 14 gennaio 2008.
UNI EN ISO 14001:2004	Sistemi di gestione ambientale
UNI EN ISO 13485:2004	Sistema di gestione integrata per le aziende
	che operano nel settore della produzione e
	commercializzazione di prodotti medicali.
	Include infatti alcuni requisiti specifici dei
	dispositivi medici ed esclude alcuni requisiti
	della ISO 9001:2008 che non sono appropriati
	ai fini della regolamentazione del settore
UNI EN 9100:2009	Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti
	per le organizzazioni dell'aeronautica, dello
	spazio e della difesa" che sostiuirà la
	revisione 2005 1 luglio 2012
UNI CEI ISO/IEC 27001:2006	Standard Internazionale per la sicurezza delle
	informazioni
BS OHSAS 18001:2007	Sistema di Gestione della Sicurezza e della
9	Salute dei Lavoratori

PROCESSO PRODUTTIVO

"Insieme di risorse e di attività, tra loro interconnesse che trasformano entità in entrata in entità in uscita"

RISORSE:

Personale

Disponibiltà finanziaria

Apparecchiature

Tecnologie

Metodologie



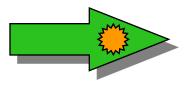




Modello



Entità in uscita



in entità in uscita



Definizioni:

- Accreditamento: "Procedimento con cui un organismo riconosciuto (da Enti Normatori) attesta formalmente la competenza di un altro organismo o persona a svolgere funzioni specifiche".
- Certificazione: l'atto mediante il quale una terza parte indipendente dichiara che, con ragionevole attendibilità, un determinato prodotto, processo o servizio è conforme ad una specifica norma o altro documento normativo



REGOLAMENTO (CE) N. 765/2008 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

del 9 luglio 2008

che pone norme in materia di accreditamento e vigilanza del mercato per quanto riguarda la commercializzazione dei prodotti e che abroga il regolamento (CEE) n. 339/93

(Testo rilevante ai fini del SEE)

Autorità designa un ENTE UNICO Nazionale di Accreditamento

LAMENTE OF THE COMPANDE SOUTH OF THE PROPERTY AND A UN quadro comunitA, per la commercializzazione dei prodotti (3). designato secondo criteri da definire.

rattato che istituisce la Comunité auropea, in particolare oli 95 e 133,

. Garante delle conoscenze e competenze egislativo su base ampia di natura orizzonta proposta della Commissione,

parere del Comitato economico e sociale europeo (1),

(4) È estremamente difficile adottare norme comunitarie p ogni prodotto esistente o che può essere sviluppato; occor

13.8.200

per disciplinare tali prodotti, per colmare le lacune, . Focalizza l'attenzione su aspetti sostanziali attesa della revisione della vigente normativo specifica, e per completare le disposizioni della normativo specifica vigente o futura, in particolare allo scopo

> assicurare un elevato livello di protezione della salute, del sicurezza, dell'ambiente e dei consumatori, come previs dall'articolo 95 del trattato.

onsultazione del Comitato delle regioni,

Banche Dati



Documenti 🔁



HOME CHI SIAMO ACCREDITAMENTO

PRESS/PUBBLICAZIONI

SEGNALAZIONI

cerca nel sito



ACCREDIA

ACCREDIA – Ente Italiano di Accreditamento – è l'unico organismo nazionale autorizzato dallo Stato a svolgere attività di accreditamento.

ACCREDIA è l'Ente unico nazionale di accreditamento, riconosciuto dallo Stato il 22 dicembre 2009, nato dalla fusione di SINAL e SINCERT come Associazione senza scopo di lucro.

Con ACCREDIA l'Italia si è adequata al Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 765, del 9 luglio 2008, che dal 1º gennaio 2010 è applicato per l'accreditamento e la vigilanza del mercato in tutti i Paesi UE.

Ogni Paese europeo ha il suo Ente di accreditamento. L'Ente Nazionale è responsabile per l'accreditamento in conformità agli standard internazionali della serie ISO 17000 e alle guide e alla serie armonizzata delle norme europee EN 45000. Tutti gli Enti operano senza fini di lucro.

ACCREDIA valuta la competenza tecnica e l'idoneità professionale degli operatori di valutazione della conformità (Laboratori e Organismi), accertandone la conformità a regole obbligatorie e norme volontarie, per assicurare il valore e la credibilità delle certificazioni.

Le attività dell'Ente si articolano in quattro Dipartimenti:

- Certificazione e ispezione;
- Laboratori di prova;
- Laboratori di prova per la sicurezza degli alimenti;
- Laboratori di taratura.

L'accreditamento è un servizio svolto nell'interesse pubblico perché gli utenti business e i consumatori finali, ma anche la Pubblica Amministrazione quando ricorre a fornitori esterni, possano fidarsi, fino all'ultimo anello della catena The state of the s

Documenti

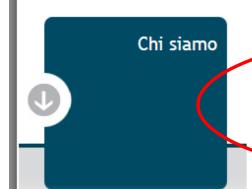
unico (file pdf, 400 KB)

» home » Chi siamo

C.O. Decreto prescrizioni Ente unico (file pdf, 631 KB)

Argomenti correlati

- → I nostri principi
- Il riconoscimento del Governo
- La nostra storia





→ Cariche e Organi sociali



→ Ispettori ed esperti

→ Dove siamo



Banche Dati



» home » Banche Dati » SETTORI DI ACCREDITA

CONTATTI | AREA RISERVATA | DO DO DO

Document

ACCREDITAMENTO PRESS/PUBBLICAZIONI CHI SIAMO

SEGNALAZIONI

cerca nel sito

Banche Dati

i biologici controllati

iti settore EA 28

ofessionali certificate

ZIONI STATISTICHE

DI ACCREDITAMENTO

er Certificati

Certificate da OdC esteri

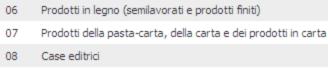
erogazione corsi ENEL e TERNA

Sett nto

i di certificazione e ispezione
i esteri riconosciuti per il settore
i di prova
i di taratura
zioni/aziende con sistema di certificato
zioni/aziende certificate FSM
hiologici controllati

Settore EA di accreditamen		
N.	Settore	
01	Agricoltura, pesca (coltivazione, allevament	
02	Estrazione di minerali (cave, miniere e giacin	
03	Industrie alimentari, delle bevande e del tab	
04	Prodotti tessili (semilavorati, prodotti finiti e	
05	Fabbricazione di cuoio e di prodotti in cuoio	
06	Prodotti in legno (semilavorati e prodotti fini	
07	Prodotti della pasta-carta, della carta e dei	
08	Case editrici	
09	Tipografia ed attività connesse alla stampa	
10	Fabbricazione di coke e di prodotti petrolifer	

to) menti petroliferi) 03 bacco e abbigliamento) 05 niti)



10	Fabbricazione di coke e di prodotti petroliferi raffinati
11	Combustibili nucleari
12	Chimica di base, prodotti chimici e fibre chimiche
13	Prodotti farmaceutici

Prodotti in gomma e materie plastiche

14
15
16

15	Prodotti della lavorazione di materiali non metallici
16	Calce, gesso, calcestruzzo, cemento e relativi prodotti
47	Maralli a land lanks. Calcheireachad and dare in annially

17	Metalli e loro leghe, fabbricazione di prodotti in metallo
18	Macchine, apparecchi ed impianti meccanici

19

20

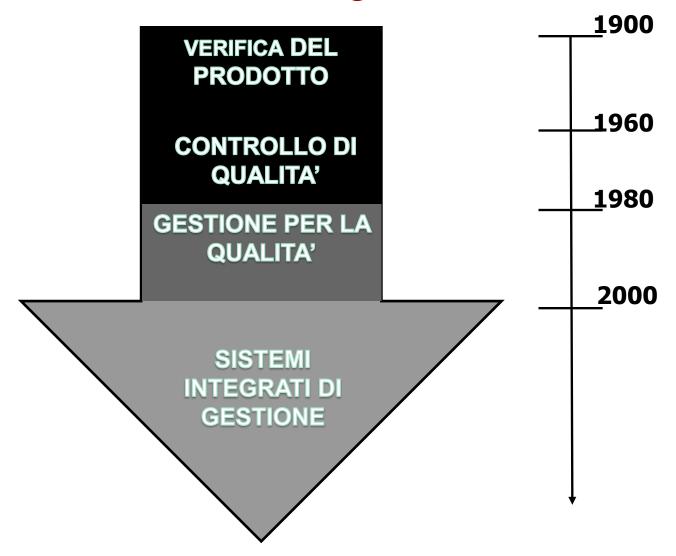
21



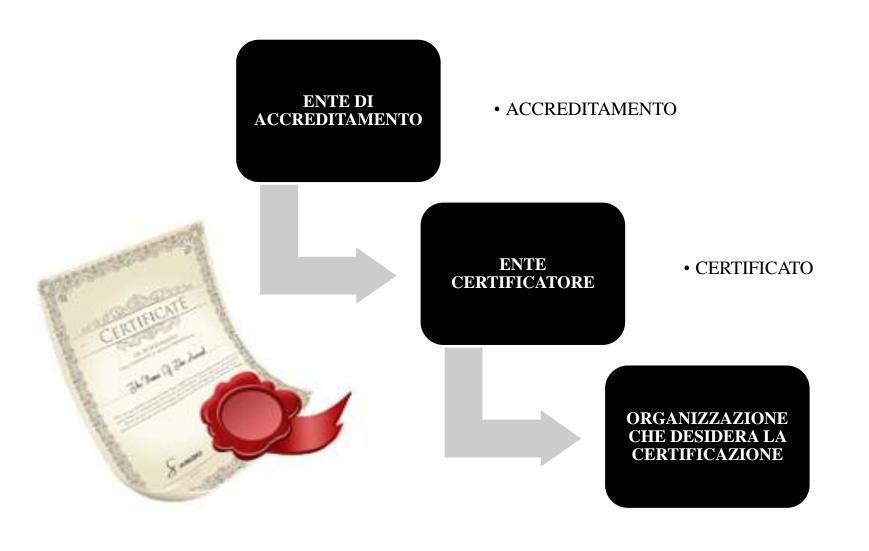
race in a circulate of apparece nature
Costruzioni e riparazioni navali
Aeromobili e veicoli spaziali

22a	Produzione di cicli, motocicli, autoveicoli, rimorchi e relative parti e accessori
22b	Produzione di materiale ferroviario e relativi accessori
23a	Produzione di gioielleria, oreficeria, bigiotteria
23b	Produzione di strumenti musicali
23c	Produzione di articoli sportivi
23d	Produzione di giochi e giocattoli
23e	Produzione di mobili e arredamento
23f	Produzione di prefabbricati per coibentazione e loro applicazione
24	Recupero, riciclo
25	Produzione e distribuzione di energia elettrica
26	Produzione e distribuzione di gas
27	Produzione e distribuzione di acqua
28	Imprese di costruzione, installatori di impianti e servizi
28a	Imprese di costruzione e manutenzione
28b	Imprese di installazione, conduzione e manutenzione d'impianti
29a	Commercio all'ingrosso, al dettaglio e intermediari del commercio
29b	Riparazione di cicli, motocicli e autoveicoli
29c	Riparazione di beni personali e per la casa
30	Alberghi, ristoranti e bar
31	Trasporti, magazzinaggi e comunicazioni
31a	Logistica: trasporti, magazzinaggio e spedizioni
31b	Poste e telecomunicazioni
32	Intermediazione finanziaria, attività immobiliari, noleggio
32a	Intermediazione monetaria e finanziaria e attività ausiliarie
32b	Assicurazioni e fondi pensione, escluse le assicurazioni sociali obbligatorie
33	Tecnologia dell'informazione
34	Studi di consulenza tecnica, ingegneria
35	Servizi professionali d'impresa
36	Pubblica amministrazione
37	Istruzione
38	Sanità ed altri servizi sociali

SVILUPPO QUALITÀ

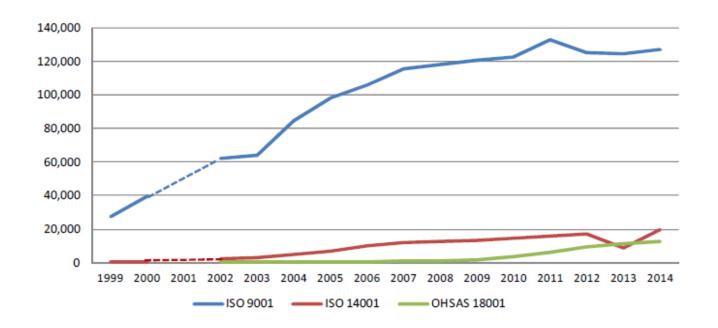


ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE



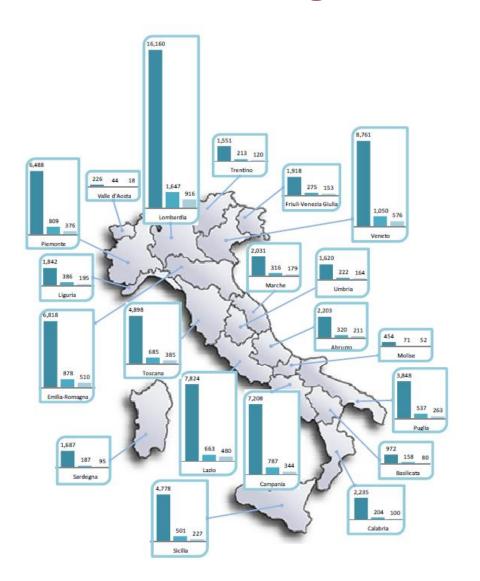
LA QUALITÀ IN ITALIA

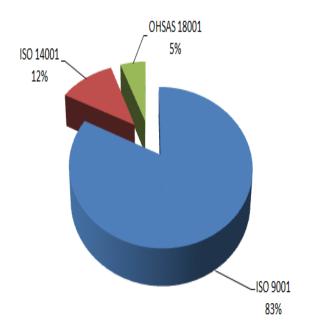
Dati diffusi da ISO e ACCREDIA, dimostrano che dal 1993 al 2010, l'Italia è tra i primi paesi al mondo per numero e trend di crescita delle organizzazioni certificate per i sistemi di gestione, in particolare per i sistemi di gestione per la qualità, per l'ambiente e per la sicurezza sul posto di lavoro.



Andamento certificazioni ISO 9001, 14001 e 18001- anno 1999 -2014

LA QUALITÀ IN ITALIA

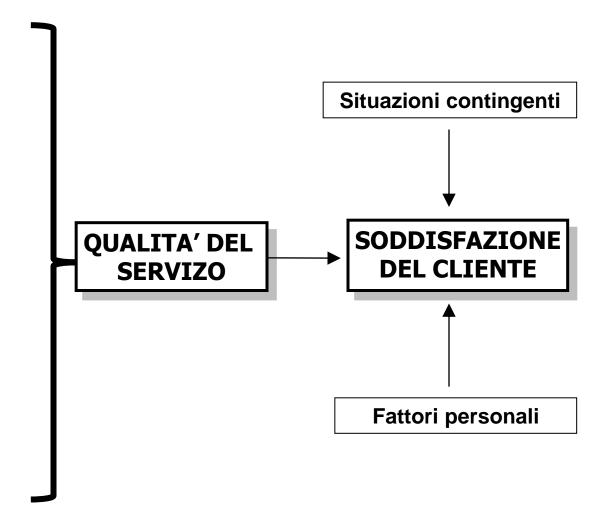




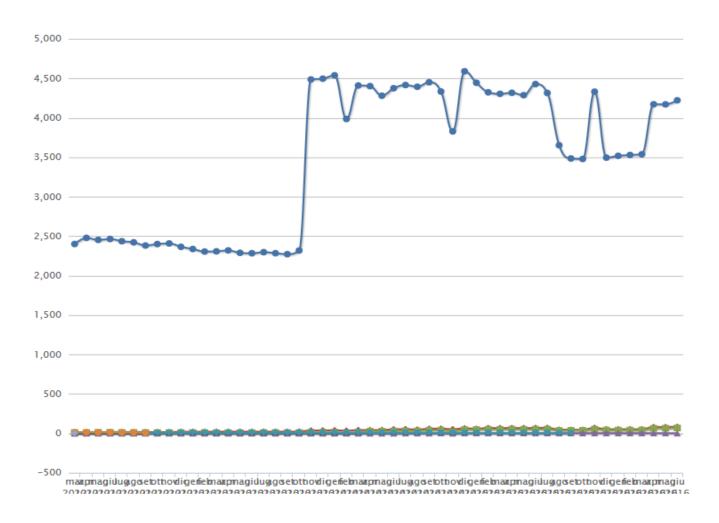
Distribuzione certificazioni ISO 9001, ISO 14001 e OHSAS 18001 dicembre 2014

QUALITÀ IN SANITÀ

- 1. Accessibilità
- 2. Equità
- 3. Efficacia
- 4. Efficienza
- 5. Accettabilità
- 6. Appropriatezza clinica
- 7. Appropriatezza organizzativa
- 8. Sicurezza
- 9. Tempestività
- 10. Centralità del paziente
- 11.Sviluppo delle risorse umane



LA QUALITÀ IN SANITÀ: Trend 2012-2016



- UNI EN ISO 9001
- → BS OHSAS 18001
- --- UNI EN ISO 14001
- → UNI CEI ISO/IEC 2700
- UNI CEI EN ISO 13485
- UNI EN ISO 3834
- → [TUTTI]

SCADENZIARIO ISO 9001:2015

GIUGNO 2013 (PROPOSTA DEL COMITATO)



Periodo di transizione per certificazione fino a settembre 2018

MAGGIO 2014 (PROPOSTA NORMA INTERNAZIONALE)



LUGLIO 2015 (PROPOSTA FINALE)



SETTEMBRE 2015 (PUBBLICAZIONE NORMA ISO)

NOVITÀ ISO 9001:2015

APPLICAZIONE

DELL'APPROCCIO

PER PROCESSI

FLESSIBILITA' **DELLA DOCUMENTAZIONE**

TERMINOLOGIA



THINKING

RISK BASED **THINKING**

STRUTTURA E **TERMINOLOGIA**



= possibilità

Modello

PROCESSO

Entità

in ingresso

Entità

in uscita

PROCESSO DI CERTIFICAZIONE



Esecuzione dell'audit

- > si svolge presso i vari settori, seguendo il programma concordato durante il colloquio organizzato
- > Si entra nel dettaglio dei vari processi, per ciascun settore oggetto di audit, coinvolgendo il personale a tutti i livelli
- ➤ L'approccio è sempre orientato alla ricerca di spunti di miglioramento, valutandone la fattibilità con i collaboratori
- > Si verifica l'applicazione pratica di quanto descritto a livello di documentazione

SFIDE DELLA ISO 9001:2015

In ottemperanza alla norma UNI EN ISO 9001:2015, fortemente orientata alla gestione del rischio, è necessario valutare ogni possibile fattore di rischio (effetto dell'incertezza sugli obiettivi), in grado di allontanare l'organizzazione dagli obiettivi fissati dall'Alta Direzione.

Il rischio è valutato mediante:

- Analisi_Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats (SWOT);
- Rischi specifici correlati alle singole attività.

ANALISI ESTERNA

ANALISI INTERNA

ANALISHINIERINA					
SWOT ANALISI	STRENGTH (Punti di forza)	WEAKNESS (Punti di debolezza)			
OPPORTUNITIES (Opportunità)	Strategia S/O Situazione ottimale	Strategia W/O Trasformare i punti di debolezza in punti di forza			
THREATS (Minacce)	Strategia S/T Ridurre le minacce trasformandole in opportunità	Strategia W/T Trasformare i punti di debolezza in punti di forza e ridurre le minacce trasformandole in opportunità			

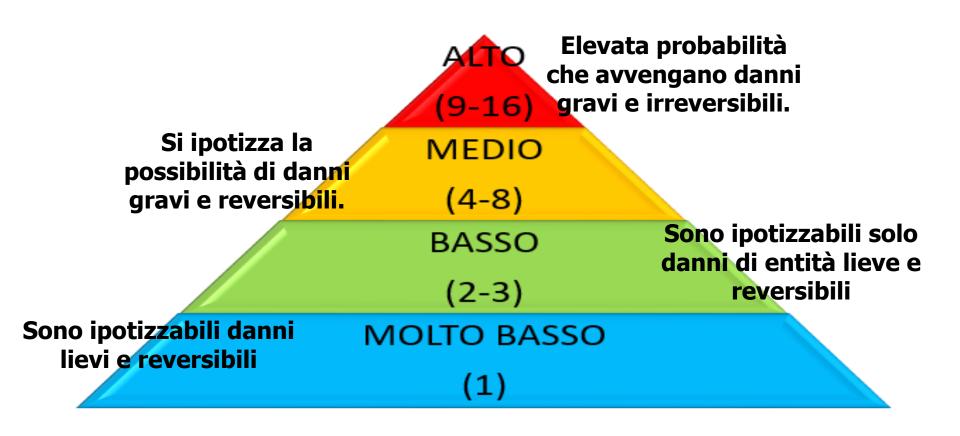
STIMA DEL RISCHIO

Rischio= Probabilità X Magnitudo

Entità del rischio						
PROBABILITA' (P)	Molto probabile	4	4	8	12	16
	Probabile	3	3	6	9	12
	Possibile	2	2	4	6	8
	Improbabile	1	1	2	3	4
		•	1	2	3	4
PXM		Lieve	Modesto	Grave	Gravissimo	
			MAGNITUDO (M)			

STIMA DEL RISCHIO

Rischio= Probabilità X Magnitudo



Stima del Rischio e priorità degli interventi

Priorità del riesame dei Processi per garantire continuità della performance

R > 8	Azioni correttive immediate
3 <u>< R < 8</u>	Azioni correttive necessarie da programmare con urgenza
1 <u><</u> R < 3	Azioni correttive e/o migliorative da programmare nel breve/medio termine

CERTIFICAZIONE ISO 9001:2015 ultimo audit 22 febbraio 2019

Certificazione ISO 9001:2015

IQNet SQS N. registrazione: CH-36210



Sapienza Università di Roma Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive -

Facoltà di Farmacia e Medicina

Viale Regina Elena, 324

00161 Roma (RM) - Italia

Cestified area

Laboratorio annesso alla Sectione di Igiene - Unità di Responsibilità di Sectione di Igiene

Laboratorio annesso alla Sectione di Igiene - Unità di Responsibilità di Responsibilit Cestifed area

Laboratorio arreasso alla Sezione di Igiene – Unità di Responsabilità di Sezione di Igiene

Dipertimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive – Facoltà di Farracia e Molicina:

Unità di Microbiologia Aradicata e l'Abbita e Malattie infettive – Facoltà di Farracia e Molicina: Unità di Microbiologia Applicata e Chimica Applicata

Field of activity

Servizi di analisi microbiologiche e chimiche ambiemali ed agro.

tas imprenented and mamains a

Mana germent System

which hallis the requirement of the following standardial

ISO 2001:2015

Scoope Modt: 35 Issued at: 2016-01-26 Validity data: 2016-09-14 Registration Number: CN-26210

Michael Dwc/oal

President of IQNet

CEO 505

ADDICT Space APRILIT Carefurnium France ADD Vincoria Empressional Balgium APRILITATIONAL SCIENCES COSQ Dely COSC Charac COSC Charac COSC Charac Reporter: Day Care Creation COSC Missiony Code II Company PLAY STALL PURPOSENSAS VALARIANS ECONTEC CALISTIA DESC MAÇOS EXQUES PARTICIPATOS PARAMES DESCRIPTO CALIS RES-BAN ASHEDIN JOA JUNE RECOMM REPORT OF HIS RESIDENCE THROUGH AS REFER THAT THROUGH FOR FINISH CONTRACTOR SHOWS WE PROVE WITH MARKET WE WANT TO THOUGH SHEET SHEE 100 Servances 1864 Reason 1807 Schaustery Funds 160 Suday 1003 Sadas Office in regressment in the USA by APROR Constitution, CERC, DQR Making Could not WAN In-* The list of tights parties; is not it to take the discussification or others, repeated information is emission under every specialistic con-

Certificato

La SQS uttesta che l'azienda sotto indicata dispone di un sistema di gestione che soddisfa i regulati. della base normativa indicata.

> Sapienza Università di Roma Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive – Facoltà di Farmacia e Medicina Viale Regina Elena, 324 00161 Roma (RM)

Settore certificato

Italia

Laboratorio annesso alla Sezione di Igiene - Unità di Responsabilità 1 - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie infettive - Facoltà di Farmacia e Medicina: Unità di Microbiologia Applicata e Chimica Applicata.

Ambito d'attività

Servizi di analisi microbiologiche e chimiche ambientali od agroalimentari

Base normativa

Sistema di gestione per la qualità

Associazione Sitzzera per Stermi di Qualità e di Managorenni SQ5 Bernigrasse 103, CH-3052 Zollikofen Data di emissione: 26 gentuto 2016

Il presenti contlicato è validofino al 14 sesembro 2018 Nr. Scope 35 Numero di regnerazione 36210



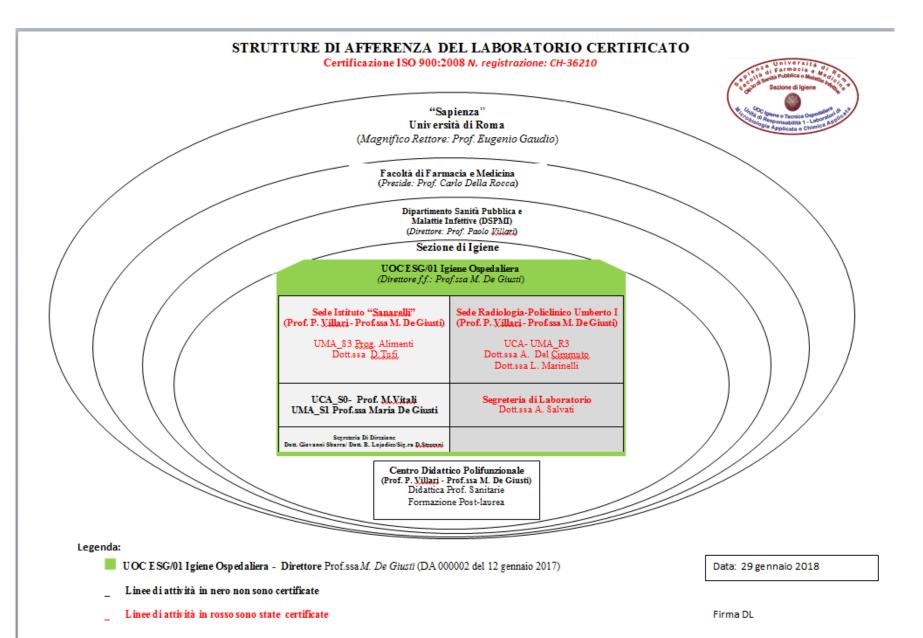






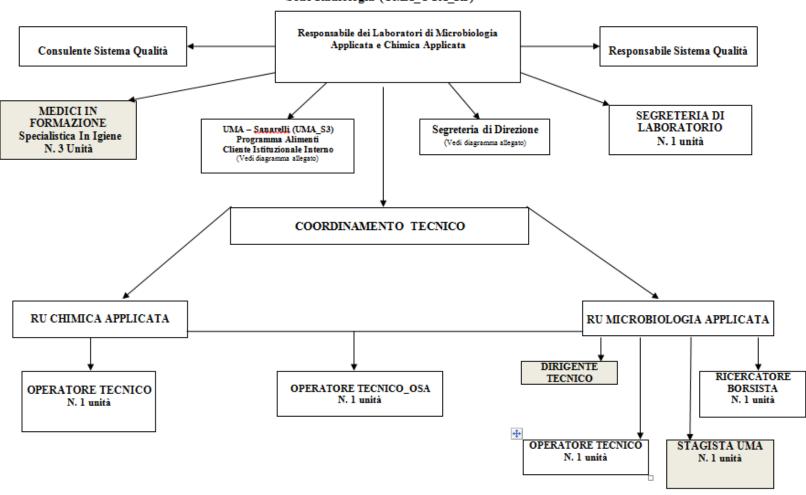
ISO 9001:2008

IL CONTESTO DELL' ORGANIZZAZIONE



Organigramma Funzionale UMA e UCA_R3

LABORATORIO-SEZIONE DI IGIENE-DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE Sede Radiologia (UMA UCA R3)

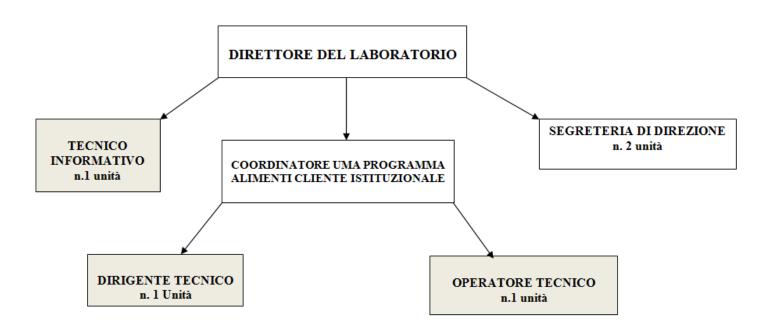


Data: 29/01/2018 Firma DL

Organigramma Funzionale UMA_S3

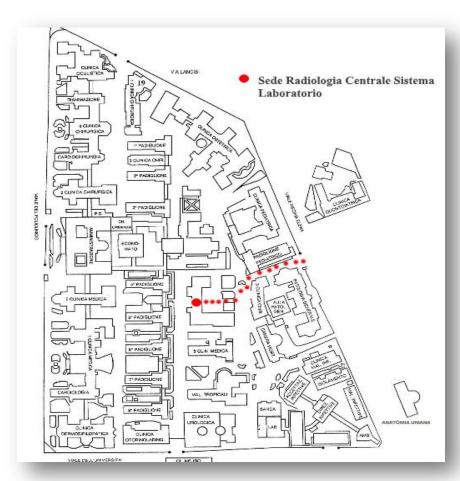
LABORATORIO – SEZIONE DI IGIENE – DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE

(UMA S3 "Programma Alimenti" Istituto di Igiene "G. Sanarelli")

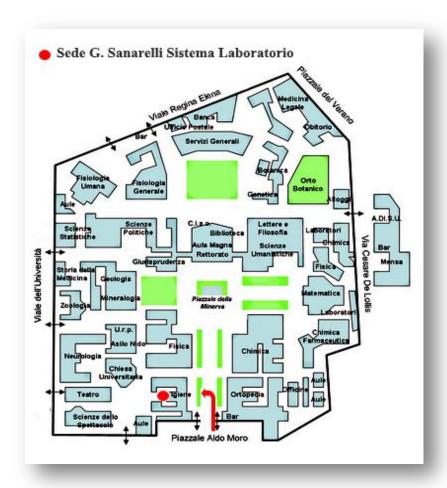


Data: 29/01/2018 Firma DL

SEDI dei Laboratori



Sede del Sistema Laboratorio _ Radiologia centrale



Sede del Sistema Laboratorio _ G. Sanarelli _DS

Carta dei Servizi _Laboratorio Igiene_UR1 (1/2)

Scenari operativi

Dotazione strumentali























Come raggiungerci:

I nostri laboratori sono facilmente raggiungibili dall' entrata di Viale Regina Elena 324 adiacente all'uscita Policlinico della Metro B, al piano III dell'Edificio di Radiologia Centrale.













Sede presso Istituto di Radiologia Centrale Viale Regina Bena, 324-00161 Roma Tel.: (+39) 06 49970388 Fax: 06 49972473



Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Sezione di Igiene (Unità di Responsabilità 1)
Laboratori di Microbiologia Applicata e Chimica Applicata
Sede - Radiologia Centrale - Viale Regina Elena, 324-00161 Roma
Responsabile: Prof.ssa Maria De Giusti



Certificazione ISO 9001:2015 IQNet SQS N. registrazione: CH-36210

I Laboratori di Microbiologia Applicata e Chimica Applicata della Unità di Responsabilità 1 della Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma sono certificati ISO 9001:2008 dal 2009 ed operano sin dal 1990 in conformità alle normative verticali ed orizzontali cogenti ed al sistema qualità.

Settori di competenza

Alimenti- Acqua - Aria - Cleanroom - Rifiuti

Rev. n.02-febbraio2018

Città Universitaria - Piazzale Aldo Moro, 5 - 00185 Roma (+39) 06 49970388 - Fax. 06 49972473 maria degiusti@uniroma1.it

Città Universitaria - Piazzale Aldo Moro, 5 - 00185 Roma ((+39) 06 49970388 - Fax. 06 4997 2473 - cell. 3399633093° maria.degiusti@uniroma1.it C.F. 802 099 3038 7 P.IVA 02 133 771002 Dipartiment o C.F. 802 099 3038 7 P.IVA 02 133 771002

Carta dei Servizi _Laboratorio Igiene_UR1 (2/2)

CARTA DEI SERVIZI

Analisi Batteriologiche

HACCP-Ambienti/Infrastrutture e Alimenti

Analisi batteriologiche con giudizio (Reg. CE n. 2073/2005 Reg. CE n. 1441/2007)

Acque destinate al consumo umano

Analisi batteriologiche con giudizio (D, Lgs. 31/2001)

Analisi batteriologiche acque piscine a uso natatorio (Conf. Stato Regioni 16/01/2003)

Acque minerali naturali

Analisi batteriologiche con giudizio

Riconoscimento, rinnovo di etichetta e costanza dei caratteri microbiologici (DLgs 29/12/2003; DLgs n. 176 del 8/10/2011 D.M. 12 novembre 1992, n. 542)

laiene ospedaliera

Analisi batteriologiche su ambiente (aria, superfici e presidi)

Valutazione di efficacia disinfettanti e presidi medico chirurgici

Validazione dei processi di sterilizzazione

Validazione e monitoraggi GMP Cleanroom

Monitoraggio microclimatico

lgiene ambientale

Valutazione del rischio e ricerca Legionella gneumophila.(G.U. n. 103 del 5-5-2000)

Analisi batteriologiche di acque reflue urbane

Analisi batteriologiche di acque profonde (per il monitoraggio della contaminazione di falde) (D.Lgs. 152/2006)

Analisi Chimiche

Acque destinate al consumo umano

Analisi dei Parametri previsti dal DLgs 31/2001

Analisi dei Parametri previsti per le acque di piscine a uso natatorio (Conf. Stato Regioni 16/01/2003)

Acque minerali naturali

Analisi chimiche con giudizio (DLgs 29/12/2003)

Acque sotterranee

Analisi dei parametri relative alle discariche dei rifiuti (DLgs 36/2003)

Analisi dei parametri relative alla caratterizzazione dei siti contaminati (DLgs 152/2006)

Acque reflue urbane

Analisi dei parametri di emissione (DLgs 152/2006)

Valutazione dello stato chimico dell'acqua

Verifica di conformità con standard di qualità ambientali (Dlgs 152/2006)

Epidemiologia

Epidemiologia molecolare applicata ai processi di Risk assesment e Risk management

Epidemiologia molecolare

Identificazione rapida di patogeni (PCR) Caratterizzazione molecolare (PFGE)

Epidemiologia analitica

Revisioni sistematiche della letteratura Meta-analisi

VOSTRE NOTE							

Sede presso Istituto di Radiologia Centrale Viale Regina Elena, 324-00161 Roma Tel.: (+39) 06 49970388 Fax: 06 49972473 E-mail: maria.degiusti@uniroma1.it

Comunicazione del rischio_Laboratorio Igiene_UMA-UCA_R3

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Indossare i dispositivi di protezione a norma di legge, adeguati ai potenziali rischi, e alla specifica attività da svolgere. Esempio: camice, guanti, maschere, occhiali protettivi, sovra maniche. Indossare calzature che coprano interamente il piede.

Personal protective equipment (PPE).

Personal protective equipment must be worn, suitable to the potential risks and to the specific duties, in compliance to the applicable regulations. Example: white coats, protective gloves, mask and glasses. Wear only closed shoes.









In caso di emergenza: Chiunque è tenuto a segnalare al personale più vicino qualsiasi situazione anomala, anche nei casi dubbi.

In case of emergency: Is mandatory to alert the nearest personnel about any unusual situation, even if in doubt

Numeri utili / usefull numbers: Emergenza sanitaria 118 Vigili del Fuoco 115 Polizia 113 Post o di Polizia 0649979556 Vigilanza interna 0649970777 (fonte dati: Carta dei Servizi 2012/2013)

SEZIONE DI IGIENE CLINICA RADIOLOGICA CENTRALE POLICLINICO UMBERTO PRIMO TERZO PIANO



Come raggiungere il laboratorio: metro B fermata Policlinico Viale Regina Elena n. 324 (CAP 00161,Roma) (Tel: 0039-0649970388; Fax. 0039-0649972473)

COMPORTAMENTI IN CASO DI EMERGENZA

I visitatori devono seguire le indicazioni dei propri Tutores e comunque:

- Mantenere la calma
- Sospendere tutti i lavori in corso e mettere in sicurezza le
- Non affollare l'unica via di fuga esistente (corridoio
- Raggiungere le scale

Every visitor in the laboratory is requested to follow strictly the guidelines of his/her own Tutores, and in any case:

- Keep calm
- Stop immediately any activity and set the working equipment in a safe condition
- . Do not crowd the only escape (common corridor)
- Reach the stairway

RISCHIO BIOLOGICO / BIOHAZARD



Pericoli noti

Legionella SPP	Classe II
Stafilococchi MTC	Classe II
Klebsiella pneumoniae	Classe II
Enterobacteriacee carbapenemi resistenti	Classe II
E. coli EHEC (entero emorragic E. Coli)	Classe II
Listeria mo nocytogen es	Classe II

(Fonte: allegato D. lgs 81/2008)

NORME DI SICUREZZA

Non accedere in laboratorio senza l'autorizzazione della Direzione (RSA). Non introdurre sostanze ed oggetti estrane i alle attività la vorative. Nel laboratorio è vietato fumare, conservare ed assumere dbi e bevande. Lavarsi accuratamente le mani dopo la manipolazione di materiali biologici e/o chi mici

Non portare oggetti o mani al la bocca.

Non utilizzare apparecchiature elettriche senza le dovute precauzioni

E' vietato utili zzare fiamme libere tranne nelle stazioni dedicate (cappe e banconi protetti).

Prima di utilizzare qualsiasi prodotto biologico o chimico acquisire le informazioni dalla scheda di sicurezza.

Non lavorare mai soli in laboratorio in caso di operazioni complesse o

. Raccogliere, separare ed eliminare in modo corretto i rifiuti biologici e/o

Do not enter in the laboratory without the permission of the Direction. Do not insert objects and substances foreign to work activities Smoking, storing and taking food and drink is prohibited in the laboratory. Wash your hands thoroughly after handling biological and/or chemical materials

Do not bring objects or hands to your mouth

Do not use unsecured electrical equipment

Do not use naked flames

Before using any product to acquire biological security information through dedicated documents.

Never work alone in the laboratory in the case of complex or dangerous

Properly collect, separate and eliminate biowaste



DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE

Sezione di Igiene Unità di Responsabilità 1

OPUSCOLO INFORMATIVO

Sede: Clinica Radiologica Centrale, Sezione di Igiene Policlinico Umberto I



Benvenuti nei laboratori della Sezione di Igiene (UR1) LAB CERTIFICATO ISO 9001:2008 (n. Reg. 36210) dal 2009. Vi preghiamo di seguire queste norme di sicurezza e comportamento, augurandovi una buona permanenza.

Welcome to the Unit of Hygiene of the Department of Public Health and Infectious Diseases of "Sapienza" University of Rome. You are kindly request to follow these instructions.

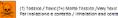
RISCHI CHIMICI / CHEMICAL HAZARD





(E) Inflammabile / Elammable Altamente inflammabile / High Flammable





















O) Comburente / Oxidizing





(N) Pericoloso per l'ambiente /



Gas compress! / Gas compressed

Comunicazione del rischio Laboratorio Igiene_UMA_S3

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Indossare i dispositivi di protezione a norma di legge, adeguati ai potenziali rischi, e alla specifica attività da svolgere. Esempio: camice, guanti, maschere, occhiali protettivi, sovra maniche. Indossare calzature che coprano interamente il piede.

Personal protective equipment (PPE).

Personal protective equipment must be worn, suitable to the potential risks and to the specific duties, in compliance to the applicable regulations. Example: white coats, protective gloves, mask and glasses. Wear only closed shoes.









In caso di emergenza

Chiunque è tenuto a segnalare al personale più vicino qualsiasi situazione anomala, anche nei casi dubbi.

In case of emergency:

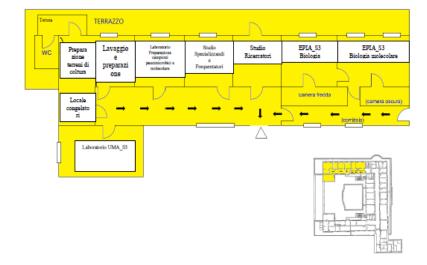
Is mandatory to alert the nearest personnel about any unusual situation, even if in doubt

Numeri utili / usefull numbers:

Emergenza sanitaria 118 Vigili del Fuoco 115

Delizio 443

Posto di Polizia Inserire il numero della sede Universitaria Vigilanza interna Inserire il numero della sede Universitaria ISTITUTO SANARELLI CITTA' UNIVERSITARIA
TERZO PIANO



COMPORTAMENTI IN CASO DI EMERGENZA

I visitatori devono seguire le indicazioni dei propri tutores e comunque:

- Mantenere la calma
- Sospendere tutti i lavori in corso e mettere in sicurezza le attrezzature
- Non affollare l'unica via di fuga esistente (corridoio comune)
- Raggiungere le scale

Every visitor in the laboratory is requested to follow strictly the guidelines of his/her own tutores, and in any case:

- Keep calm
- Stop immediately any activity and set the working equipment in a safe condition
- Do not crowd the only escape (common corridor)
- Reach the stairway

RISCHIO BIOLOGICO / BIOHAZARD



Classe II

Pericoli noti

Stafilococchi MTC Classe II

Klebsiella pneumoniae Classe II

Enterobacteriacee carbapenemi classe II
resistenti

(fonte allegato D. Lgs 81/2008)

Listeria monocytogenes

NORME DI SICUREZZA

Non accedere in laboratorio senza l'autorizzazione della Direzione.

Non introdurre sostanze ed oggetti estranei alle attività lavorative.

Nel laboratorio è vietato fumare, conservare ed assumere cibi e bevande.

Lavarsi accuratamente le mani dopo la manipolazione di materiali biologici
e/o chimici.

Non portare oggetti o mani alla bocca.

Non utilizzare apparecchiature elettriche non in sicurezza.

E' vietato utilizzare fiamme libere tranne nelle stazioni dedicate (cappe e banconi protetti).

Prima di utilizzare qualsiasi prodotto biologico o chimico leggere attentamente la scheda di sicurezza.

Non lavorare mai soli in laboratorio in caso di operazioni complesse o pericolose.

Raccogliere, separare ed eliminare in modo corretto i rifiuti biologici e/o chimici, secondo le indicazioni presenti sui contenitori dedicati

Do not enter in the laboratory without the permission of the Direction.
Do not insert objects and substances foreign to work activities
Smoking, storing and taking food and drink is prohibited in the laboratory.
Wash your hands thoroughly after handling biological and/or chemical

materials

Do not bring objects or hands to your mouth

Do not use unsecured electrical equipment

Do not use naked flames

Before using any product to acquire biological security information through dedicated documents.

Never work alone in the laboratory in the case of complex or dangerous

Properly collect, separate and eliminate biowaste



Facoltà di Farmacia e Medicina

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Sede: Istituto G. Sanarelli, Città Universitaria



Benvenuti nei laboratori della Sezione di Igiene (UMA_S3)

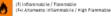
Vi preghiamo di seguire queste norme di sicurezza e comportamento, augurandovi una buona permanenza.

Welcome to the Unit of Hygiene of the Department of Public Health and Infectious Diseases of "Sapienza" University of Rome. You are kindly request to follow these instructions.

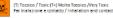
Revisione 01 del 28 settembre 2016

RISCHI CHIMICI / CHEMICAL HAZARD





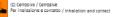
























Gas compressi / Gas compressed

Perché investire in qualità

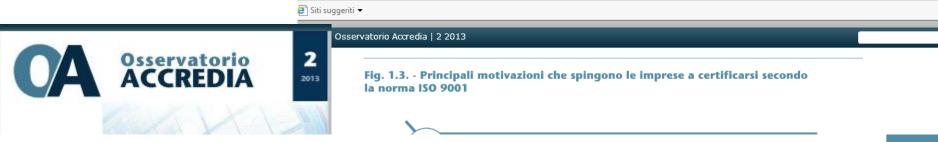
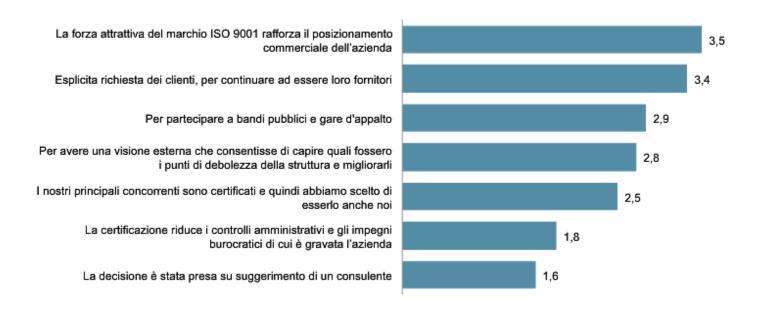


Fig. 2.2. - Motivi che hanno influito sulla decisione di acquisire la certificazione ISO 9001 (voti da 1 a 5)



Necessità di tutti i comparti delle Aziende sanitarie di investire in qualità:

- ☐ Introdurre strumenti per individuare correttamente le esigenze dei clienti
- ☐ Tradurre tali esigenze in requisiti specifici che intervengono nella progettazione
- Analizzare correttamente i processi interni in tutte le loro fasi al fine di conoscere i punti critici e poter prevedere, prevenire gli "errori"
- ☐ Porre adeguata attenzione alla formazione del Personale che, per primo, deve conoscere gli obiettivi qualità dell'Azienda
- Valorizzare la comunicazione interna per raccogliere e scambiare informazioni utili al governo del lavoro
- ☐ Gestire dati ed informazioni in modo sistematico
- ☐ Progettare la strategia di comunicazione in tempi di pace per affr@ntare tempi di «crisi»

IN UN PROSSIMO FUTURO

• Solo organizzazioni verificate saranno in grado di fornire al mercato (business, pubblica amministrazione, consumatori) beni e servizi conformi (di qualità) e riconosciuti a livello internazionale.

La qualità richiede:

- Progettazione
- Realizzazione
- Autovalutazione/valutazione esterna
- Esibizione/comparazione
- Miglioramento continuo