



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

evento on-line
accreditato ECM

*La legge n. 24/2017
a cinque anni dall'entrata in vigore*

L'APPLICAZIONE DELLA L.24/2017 NELL'ASL NAPOLI 2 NORD

il cambio di **paradigma** nel rapporto tra gli Operatori e l'Azienda è stata una grande opportunità per **innovare, organizzare**, migliorare la **relazione** con Medici e Utenti, creare un ambiente che stimoli l'eccellenza e incida sulla **qualità delle cure** e la **sicurezza per i Pazienti**

una sostenibilità economica del sistema fondata su **trasparenza, efficacia**, scelte strategiche di **risk sharing** opportune e **attendibilità predittiva**

ridotto il valore del **contenzioso**, stabilità economico-finanziaria, **diminuite** le richieste di risarcimento, **diminuiti** gli atti medici erronei, consapevolezza dei rischi clinico-sanitari, **implementazione** degli strumenti di governance clinica



L'AZIENDA

411 KMQ
32 COMUNI
1 MILIONE DI ABITANTI
13 DISTRETTI SANITARI
5000 DIPENDENTI

3 PRESIDI OSPEDALIERI
1 OSPEDALE DEA DI II LIVELLO

13 CASE DELLA SALUTE

BILANCI IN ATTIVO
SEMPRE APPROVATI

ASL
napoli2nord
IL FUTURO NELLA CONCRETEZZA.

IN 30 MESI:
1000 PROCEDURE
CHIRURGICHE ROBOTICHE IN
UROLOGIA, GINECOLOGIA
E CHIRURGIA

424 PAZIENTI ONCOLOGICI
ARRUOLATI
DAI SERVIZI TERRITORIALI

DAL 2019: 28 MILA MAMMOGRAFIE
40 MILA PAP TEST, 45 MILA S.O.F.

4000
PROCEDURE PER
SINDROME
CORONARICA
E ANGIOPLASTICA

LA PRIMA
STRUTTURA
PUBBLICA
REGIONALE
PER L'AUTISMO

150 MILA
INTERVENTI ALL'ANNO
15 MILA
CODICI ROSSI

8 MILA
PARTI

17 MILA
INTERVENTI
CHIRURGICI

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

2022
NUOVO REPARTO
PROCREAZIONE
ASSISTITA

DAL 2020
1545 PAZIENTI NELLA RETE ONCOLOGICA REGIONALE

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

DAL 2019 UN RIMODELLAMENTO FUNZIONALE CON SPECIALIZZAZIONE, MONITORAGGIO E SINERGIE

I FRAMEWORKS

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

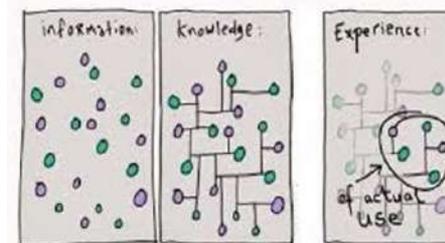
CONTENZIOSO/MEDICO LEGALE/ECONOMICO-FINANZIARIO

CLINICO-SANITARIO

RESUME	
2010 2012	COPERTURA ASSICURATIVA
2013 2018	AUTOASSICURAZIONE CON CVS
2019 2021	AUTOASSICURAZIONE CON AREA TECNICA INTERDISCIPLINARE E CVS PER TRANSAZIONI
2022 2026	COPERTURA ASSICURATIVA CON SIR, AREA TECNICA INTERDISCIPLINARE E CVS PARZIALE



ISTITUZIONE DI STRUTTURE SPECIALIZZATE MEDMAL
AREA MEDICO LEGALE D'ANALISI EVENTI AVVERSI (Area MLE)
AREA VALUTAZIONE TRANSAZIONI (CVS)
UOS LEGALE MALPRACTICE MEDICA
UFFICIO SINISTRI MEDMAL
SHORT LIST CCTTPP SPECIALISTI DI BRANCA INTERNI



LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

DAL 2019 UN RIPENSAMENTO FUNZIONALE DELLA METODOLOGIA GESTIONALE

MOTIVAZIONI – LE PRINCIPALI CRITICITA' OPERATIVE – INADEGUATEZZA DI UN CVS RADICALE



un prevalente ricorso al **rito sommario** (90% degli atti) da parte dei ricorrenti con rischio di **soggezione processuale** per istruttoria troppo semplificata

tempi ridottissimi concessi per l'esame del caso e il deposito della comparsa di costituzione e risposta (anche solo 10 giorni) con forte rischio di **soggezione processuale** per le possibili difficoltà a ricostruire ed esaminare casi anche molto complessi

CTU spesso esplorative e **poco attendibili**

poca sinergia tra gli uffici legali e i medici legali

ridotta attendibilità clinica delle **statistiche** (*reporting*) sul contenzioso

difficoltà degli assicuratori nella **co-gestione dei sinistri**

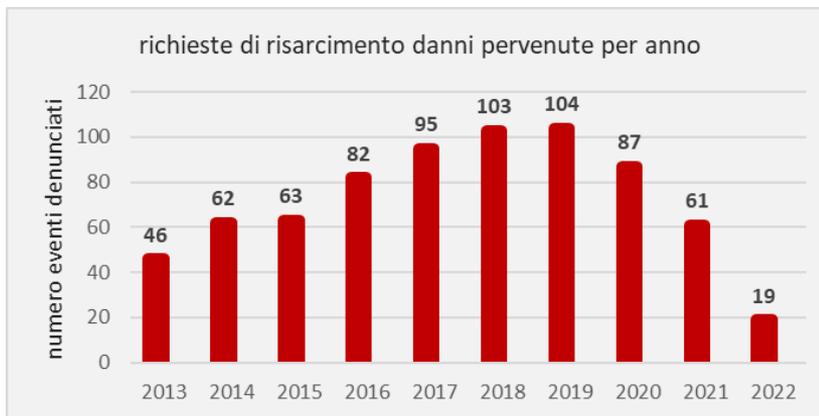
eccesso di prudenza negli accantonamenti economico-finanziari (fondo sinistri)

link **poco efficace** tra la gestione del contenzioso medmal e il rischio clinico-sanitario

I RISULTATI

LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

UN RISCONTRO D'EFFICACIA I TREND



anche considerando il ritardo medio tra evento e denuncia (2,5 anni) i due trend risultano **decisamente positivi**



I RISULTATI

PRE E POST RIORGANIZZAZIONE

UN RISCONTRO D'EFFICACIA L'IMPATTO ECONOMICO

questa inversione di tendenza non solo ha creato un **risparmio di oltre 80 milioni** di Euro ma ha consentito all'ASL di acquistare una copertura assicurativa R.C.T.O. estesa, molto efficace tecnicamente e dal **costo molto contenuto**

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

	2014 - 2018	2014 - 2022
n. sx medio per anno:	84	68 (-20%)
costo annuo medio:	€ 12.145.000	€ 6.847.000 (-40%)
esiti contenzioso: (sentenze, ordinanze, CTU, appelli)	68% negativo	61% positivo

abbattimento dei costi per risarcimenti medmal: **€ 82.300.000**

dal 2019 ad oggi

gli **esiti positivi** (*ordinanze e CCTTUU*) sono state quasi dell'**80%**

abbiamo partecipato alle CTU con una **CTP collegiale** (*specialista – medico legale*) nell'**80%** dei casi

abbiamo partecipato alle CTU con un almeno un CTP adeguatamente preparato sul caso nell'**98%** dei casi

ci siamo **sempre** costituiti in giudizio con un esame medico legale del caso

ci siamo costituiti in giudizio con contestazioni “di stile” solo una volta

abbiamo ottenuto la **rinnovazione della CTU in appello** nel **95%** dei casi in cui c'è stato un esito negativo non adeguatamente motivato tecnicamente

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

**SPECIALIZZAZIONE,
MONITORIAGGIO E
SINERGIE**

**L'AREA TECNICA
INTERDISCIPLINARE
E IL CVS**

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

ATTIVITA' TECNICHE

LEGALE

CTP / CTU

esame MEDICO
LEGALE

le competenze
dell'Area MLE

AUDITING E
INTERAZIONE CON
GLI OPERATORI
SANITARI

STATISTICO –
ATTUARIALI ED
ASSICURATIVE

RISCHIO
SANITARIO

ATTIVITA'
AMMINISTRATIVO - CONTABILI

VALUTAZIONE
TRANSAZIONI

le competenze
del CVS

CONDIVISIONE
STRATEGIE
GESTIONALI SUI
SINISTRI CON GLI
ASSICURATORI

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

L'IMPATTO SUI SINGOLI ELEMENTI TECNICI



L'ATTIVITA' MEDICO LEGALE SPECIALIZZATA

i medici legali a supporto dell'Area MLE sono specializzati nella medmal e realizzano la propria attività tecnica seguendo dei modelli di analisi che sono stati, nel tempo, perfezionati

la continua attività di auditing ha consentito, ai medici legali dell'Area MLE, non solo di acquisire una grande consapevolezza di quanto accade nei reparti dei PPOO dell'ASL ma anche di esaminare i casi clusterizzando le precedenti esperienze

questi modelli di medicina legale applicata sono attualmente oggetto di valutazione propedeutica alla realizzazione di un corso universitario

il supporto medico legale ai casi medmal si completa con il supporto e l'esperienza dell'attività di obitorio giudiziale e della UOC Medicina Legale *(in particolare nelle CCTTUU)*

PER OGNI EVENTO DENUNCIATO

disamina medico legale prodromica

clinical expertise dei medici coinvolti nel trattamento sanitario e del primario del reparto

audit presso il reparto

condivisione della strategia difensiva con gli operatori sanitari coinvolti

relazione clinico-medico legale definitiva per comparsa di costituzione e risposta



LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

L'IMPATTO SUI SINGOLI ELEMENTI TECNICI



ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

L'ATTIVITA' LEGALE SPECIALIZZATA

l'ASL Napoli 2 nord ha costituito una specifica "UOS contenzioso da RC professionale medmal" con avvocati che si occupano esclusivamente di questa materia in grado, quindi, di perfezionare costantemente l'attività e il rapporto con i tribunali di competenza

l'utilizzo di eventuali avvocati esterni prevede l'applicazione di specifiche linee guida operative a salvaguardia dell'efficacia ed efficienza del modello gestionale

PER OGNI CASO / CONTENZIOSO

selezione della documentazione clinica interna da depositare
disamina della documentazione clinica depositata dal ricorrente

esame appropriatezza del rito

verifica fondatezza delle voci di danno richieste iure hereditatis
consegna di un esame specialistico e medico legale del caso per comparsa di costituzione e risposta

esame e contestazione dei quesiti del Giudice

verifica adeguatezza dei CCTTUU nominati

revisione del caso per atto ex art. 702 bis cpc

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

L'IMPATTO SUI SINGOLI ELEMENTI TECNICI



ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

I CONSULENTI TECNICI DI PARTE DELL'ASL

è stata costituita una short list aperta di specialisti di branca interni (ad oggi circa 80) tutti oggetto di formazione sulle modalità di realizzazione di una CTU

ogni specialista di branca è sempre accompagnato in CTU da un medico legale della UOC Medicina Legale

l'individuazione dello specialista di branca più opportuno da nominare per il caso avviene in base alle problematiche cliniche da affrontare, ai CCTTUU nominati dal Giudice e, dove possibile, che prestano attività nell'ambito del reparto coinvolto

PER OGNI CTU

selezione della CTP collegiale più opportuna con uno specialista e un medico legale

briefing preventivo sul caso con i CCTTUU con preparazione sul caso e condivisione della strategia

invio fogli di lume ai CCTTUU quando la loro disamina appare incompleta

supporto nella redazione delle osservazioni alle bozze di CTU

esame delle risposte alle osservazioni e verifica attendibilità CTU per le successive fasi del giudizio

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

L'IMPATTO SUI SINGOLI ELEMENTI TECNICI



ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

OGNI CASO VIENE

esaminato, valutato e valorizzato mediante uno specifico format d'analisi (tecnico e medico legale)

scomposto in tutti i suoi elementi costitutivi e caratteristici

valorizzato in attendibilità della richiesta

valorizzato con un probabile esborso per risarcimento (*best estimate*)

registrato nella matrice d'analisi dei rischi composto da oltre 70 voci

dal 31.12.2021 per danni presunti superiori ad € 150.000
co-gestito con gli assicuratori

E' STATA REALIZZATA UNA COPERTURA ASSICURATIVA

con il *costo / dimensione azienda* più basso in Campania

con una franchigia S.I.R. per sinistro (*unica in Campania*)

in cui tutta la gestione dei sinistri in S.I.R. ed oltre S.I.R. (*co-gestione*) è dettagliatamente regolamentata

in cui è istituito un CVS (*di polizza*) per la risoluzione di eventuali divergenze strategiche con gli assicuratori e la discussione su possibili tentativi di transazione

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

L'IMPATTO SUI SINGOLI ELEMENTI TECNICI

IL RISULTATO CLINICO - SANITARIO



ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

IL CONTRIBUTO ALLA RIDUZIONE DEI RISCHI CLINICO-SANITARI

oltre 100 audit (clinici e per eventi significativi) all'anno realizzati presso i reparti ospedalieri con predisposizione di azioni reattive e proattive sulle criticità emerse

partecipazione a tutti i principali tavoli tecnico-clinici aziendali per l'implementazione e la revisione degli strumenti di governance clinica

sinergia con la Direzione Sanitaria aziendale ed UOC Risk Management per la risoluzione di specifiche criticità organizzative quali le ICA, cadute trasferimento pazienti e gestione covid-19

corsi di formazione su L.24/2017, consenso informato (L. 219/2017), cartelle cliniche, governance clinica, auditing e reporting medmal

riduzione degli atti erronei medici, carenza documentale (*cartelle cliniche, referti PS*) e **d'informazione** (*adesione al trattamento sanitario*) di quasi **il 50%**

LA GESTIONE DEL RISCHIO MEDMAL

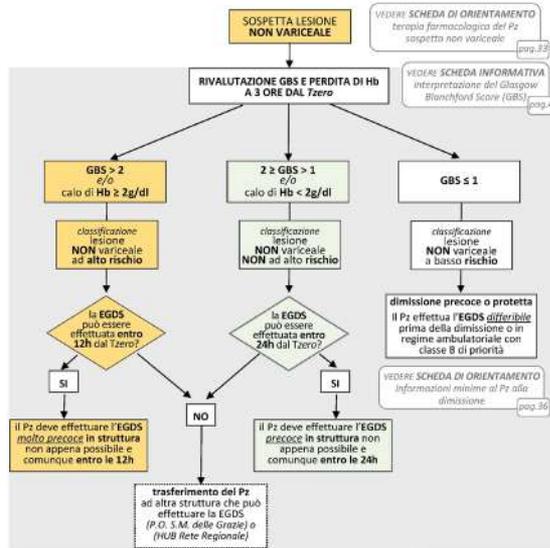
UN ESEMPIO DI CONTRIBUTO ALLA GOVERNANCE CLINICA



ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

napoli2nord PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI (EDS) DELL'ADULTO	rev. 00	approvazione: 11.2021
			pag. 20 di 45

FASE 3 caso C2 La gestione pre-EGDS del Paziente STABILE sospetto EDS NON VARICALE - EDSNV
 Dove l'esame dei fattori di rischio non conduce ad un sospetto varicale (quello non datici sono le origini più comuni di EDS, di cui la malattia ulcerosa gastro-duodenale è la più frequente - 31-58%), il trade-off di riferimento indirizza l'ottimizzazione del percorso in 3 livelli.



44 Medical Liability
Medico DEL/PS o di setting o di reparto: R Gastroenterologo: RCC
Medicina Legale
In questo caso la stratificazione del rischio ha un impatto maggiore sull'efficienza gestionale che consente di ridurre al minimo i trasferimenti del Pz. Dal punto di vista medico-legale è molto importante descrivere in cartella clinica dettagliatamente le condizioni del Pz e i motivi della dimissione precoce/protetta.

GESTIONE ENDOSCOPICA
pag.21

44 ALERT
Il trasferimento del Pz deve avvenire in modo che la EGDS possa essere effettuata, nella Struttura di destinazione, entro il timing indicato (relativamente al P.O.A. Rizzoli - tachia, nel caso di condizioni meteo-marine complesse il trasferimento deve avvenire quando possibile e il timing può essere riveduto: nel Bleeding Team secondo opportunità clinica).
 il Tzero è indicato a pag. 18

napoli2nord PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI (EDS) DELL'ADULTO	rev. 00	approvazione: 11.2021
			pag. 12 di 45

11. PRODROMO AL PDTA - ELABORAZIONE PREVENTIVA DEL RISCHIO
 Prima della rappresentazione dei percorsi, appare opportuno descrivere quella che è stata la valutazione preventiva del rischio di evoluzione negativa per il Paziente. Questa ha incluso non soltanto il rischio clinico (come riportato nella letteratura specifica anche in base a comorbidità e condizioni emodinamiche), ma anche quello definibile come "sanitario", inteso come tutti gli altri fattori incidenti per le caratteristiche, strutturali ed organizzative, dell'ASL Napoli 2 nord, in relazione alle urgenze gastroenterologiche (ad es. la radiologia interventistica è, al momento della redazione, in via di attivazione oppure che l'attuale contesto dell'ASL prevede un punto spoke h24 nel P.O. S.M. delle Grazie e disponibilità parziale negli altri PP.OO.).
 Il risultato è una stratificazione polittomica del rischio pre-endoscopico "reale" per il Paziente, nei 4 livelli di seguito indicati che differenziano i percorsi ed il timing dell'indagine endoscopica individuando, nel trade-off tra i rischi di "evoluzione negativa" (mortalità) e il conseguente onere operativo, le soluzioni ottimali in compliance con le Linee Guida.



A scopo esplicativo, questi limiti temporali che, come si vedrà nei vari percorsi, determinano il trasferimento intraaziendale o meno del Paziente sono una sorta di break even point del rischio di evoluzione negativa, superati i quali, il rischio legato al ritardo endoscopico è maggiore del rischio inerente al trasferimento. La valutazione è stata realizzata sia in termini di probabilità (rif. letteratura scientifica) che di possibilità (rischi clinico-organizzativi e di percorso) con un margine di tolleranza a garanzia di un totale rispetto delle LG.

napoli2nord PDTA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE E IL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE SUPERIORI (EDS) DELL'ADULTO	rev. 00	approvazione: 11.2021
			pag. 38 di 45

- SCHEDA INFORMATIVA
- I DIECI ERRORI DA EVITARE NELLA GESTIONE DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE**
- I numerosi audit prodromici relativi alla patologia da trattare hanno fatto emergere una serie di possibili atti erronei potenzialmente più ricorrenti, quali:
1. non stratificare il rischio del Paziente;
 2. sottovalutare il valore della clinica;
 3. non stabilizzare il Paziente prima di eseguire l'endoscopia;
 4. trasferire in eccesso;
 5. trasferire in difetto;
 6. ritardare l'endoscopia fino alla completa correzione di una coagulopatia;
 7. non eseguire l'endoscopia in un Paziente sanguinante dopo un recente infarto del miocardio;
 8. non rimuovere il coagulo da una sospetta fonte di sanguinamento;
 9. considerare la chirurgia come prima alternativa in caso di fallimento endoscopico;
 10. sottovalutare il rischio in un Paziente emodinamicamente stabile.



LA MATRICE DI ANALISI DEI RISCHI E LA METODOLOGIA DI VALORIZZAZIONE

LA BEST ESTIMATE

L'ATTENDIBILITA' DELL'EVENTO CONTESTATO

quanti sono gli eventi avversi realmente accaduti?

quanto si deve accantonare per far fronte ai probabili (e non possibili) risarcimenti?

ha senso parlare di rischio per una struttura o reparto se la denuncia di sinistro che li ha riguardati si rivela infondata?

ma essere oggetto di richiesta di risarcimento, anche se infondata, ha all'origine comunque qualche criticità operativa?

un esito positivo del giudizio civile vuol sempre dire che non c'è stato un atto medico erroneo?

la tipologia di errore corrisponde al reale rischio operativo?

LA METODOLOGIA DI VALORIZZAZIONE DELLA MATRICE DI ANALISI DEI RISCHI

GLI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO GLI ALGORITMI DI CALCOLO PER LA BEST ESTIMATE E L'ATTENDIBILITA' DELL'EVENTO CONTESTATO

- l'esame clinico e medico legale (*causa primaria, causa secondaria, causa profonda, concausa o fattore agevolante*);
- fattori agevolanti l'atto erroneo;
- il peso nella realizzazione dell'atto erroneo delle active failures;
- il livello di scostamento del percorso rispetto alle linee guida/EBM/best practice;
- la probabilità "legale" di giudizio civile positivo / negativo (*esame medico legale preventivo del nesso di causalità ed inadempimento qualificato*);
- completezza e correttezza clinico-documentale;
- iatrogenesi;
- danno ascrivibile (*totale, perdita di chance, differenziale, proporzionale, iure proprio, iure hereditatis, ecc.*);
- la giurisprudenza locale e nazionale di merito;

L'ELABORAZIONE STATISTICA FINALIZZATA ALLA CLINICAL GOVERNANCE

UN ESEMPIO ESPLICATIVO DI RICERCA CRITICITA'

IL DEA / PRONTO SOCCORSO



L'ESAME DI I LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso		
	Unità Operativa	specializzazione
n. denunce assoluto:	198	164
n. denunce attendibili:	137	109
n. denunce corretto / corresponsabilità:	86	56
media atti erronei all'anno:	9,6	6

l'**attendibilità** delle richieste è dell'**69%** per quelle riferibili alla UO e del **65%** per quelle inerenti l'attività specifica **non** sembrano esserci particolari **criticità** almeno nella frequenza

si rileva una differenza, nell'ordine del **40%**, tra gli **errori nel reparto** e quelli attinenti all'**attività in PS**

L'ELABORAZIONE STATISTICA FINALIZZATA ALLA CLINICAL GOVERNANCE

UN ESEMPIO ESPLICATIVO DI RICERCA CRITICITA'

IL DEA / PRONTO SOCCORSO



L'ESAME DI II LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – tipologia evento principale

	valore assoluto	Attendibilità
errore diagnostico:	69,4%	52%
errore terapeutico:	16,3%	51%
caduta paziente:	5%	58%
altri (errori in soccorso, errore chirurgico, ecc.)		

DEA / Pronto Soccorso – tipologia di errore (comportamentale)

	valore assoluto	attendibilità
di giudizio:	47,7%	52%
d'attenzione o percezione:	26%	59%
in terapia:	12%	45%
organizzativo:	4,5%	56%
di tempistica:	3,5%	49%
altri (di commissione, di omissione, ecc.)		

L'ELABORAZIONE STATISTICA FINALIZZATA ALLA CLINICAL GOVERNANCE

UN ESEMPIO ESPLICATIVO DI RICERCA CRITICITA'

IL DEA / PRONTO SOCCORSO

L'ESAME DI III LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – atto erroneo principale

diagnosi differenziale:	61,3%	
terapia trattamento ortopedico:	12,4%	
terapia / trattamento (prescritta o effettuata):	5,7%	
caduta paziente:	4,1%	
altre		

DEA / Pronto Soccorso – causa primaria dell'atto erroneo

errata diagnosi per mancati approfondimenti strumentali:	27,6%	
ritardo diagnostico:	18%	
errata diagnosi:	12,1%	
dimissioni senza diagnosi o importanti informazioni mediche:	10,9%	
diagnosi incompleta:	9,5%	
altre		

L'ELABORAZIONE STATISTICA FINALIZZATA ALLA CLINICAL GOVERNANCE

**UN ESEMPIO
ESPLICATIVO DI
RICERCA CRITICITA'**

IL DEA / PRONTO
SOCCORSO

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

L'ESAME DI IV LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – quadro clinico / trattamento oggetto dell'atto erroneo

DOLORE / COLICA ADDOMINALE (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	31,1%
TRAUMA / CONTUSIONE (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	16%
TORACOALGIA (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	9,4%
DISPNEA / INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	5,7%
altri	

L'ESAME DI III-1 LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – combo diagnosi differenziale / errata diagnosi per m.a.s.

DOLORE / COLICA ADDOMINALE (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	24,2%
TRAUMA / CONTUSIONE (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	16,3%
TORACOALGIA (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	13,7%
ALGIA LOMBARE (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	8,5%
DISPNEA / INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (<i>sintomi - diagnosi d'ingresso</i>):	8,5%
altri	

L'ELABORAZIONE STATISTICA FINALIZZATA ALLA CLINICAL GOVERNANCE

UN ESEMPIO ESPLICATIVO DI RICERCA CRITICITA'

IL DEA / PRONTO
SOCCORSO

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager

L'ESAME DI III-2 LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – patologia oggetto dell'atto erroneo (dal livello precedente)

ADDOME ACUTO - APPENDICITE / PERITONITE:	50%
PATOLOGIA UROLOGICA - TORSIONE DEL TESTICOLO:	16%
PATOLOGIA ONCOLOGICA - COLON / RETTO / GASTRICO:	12,50%
altre	

L'ESAME DI III-3 LIVELLO

DEA / Pronto Soccorso – insufficienze latenti addome

FATTORE UMANO - ATTO ERRONEO CASUALE:	50%
CARENZA PROCEDURE - LINEE GUIDA:	26%
FORMAZIONE - COMPETENZA DEL PERSONALE MEDICO:	24%

TERMINE INTERVENTO

GRAZIE A

CHI CI HA CREDUTO E LO HA RESO POSSIBILE

il Direttore Generale – **dott. Antonio d'Amore**

il Direttore Amministrativo – **dott. Francesco Balivo**

il Direttore Sanitario – **dott.ssa Monica Vanni**

CHI HA CONTRIBUITO CON LA SUA PROFESSIONALITA' *(in ordine sparso)*

dott.ssa Luisa Perna, dott. Vittorio Casaccia, avv. Maria Dulvi Corcione, dott. Stefano Visani, dott.ssa Giusy Caccavale, dott. Maurizio Municinò, dott.ssa Loredana Pacelli, dott.ssa Filomena Sibilio, ing. Salvatore Flaminio, ing. Iolanda Somma, dott.ssa Maria Rosaria Cerasuolo, dott.ssa Raffaella Di Matteo, dott.ssa Isabella Scherillo, avv. Francesco Alfano, avv. Flavia Vetrella, avv. Antonio Esposito, avv. Caterina Balivo, avv. Annalisa Sarnataro, dott. Francesco Vestini, dott. Omero Pinto, dott. Enrico Scarano, dott. Francesco Diurno, dott. Gerolamo Sibilio, dott. Giovanni Napolitano, dott. Felice Pirozzi, dott. Roberto Lamanda, dott. Fabio Giuliano Numis, dott. Antonio Cajafa, dott. Luigi Stradella, dott. Raffaele de Falco, dott. Alfredo Pede, dott. Ruggiero Giliberti, dott. Giuseppe Rota, dott. Pasquale Guarino, dott. Luigi Sigona, dott. Vincenzo Mancieri, dott. Prisco Tammaro, dott. Lucio Guida, dott. Antonio Sciuto, dott.ssa Concetta Sarnataro, dott. Nunzio Quinto, dott. Antonio Maione, dott. Carmine Ripa, dott.ssa Luisa Cerbone, dott.ssa Anna Spizuoco, dott. Antonio Dicembrino, dott. Luigi Liazza, dott. Antonio Boemio, dott. Antonio Russo, dott.ssa Danila Faillace, dott. Raffaele Di Guida, dott.ssa Marta Moccia, dott.ssa Raffaella Luce, dott. Pasquale Monetti, dott. Antonio Lombardi

ASL
napoli2nord
ing. Fabio Russo
Health Risk Manager