



STATO DELL'ARTE IN ITALIA E IN FVG. LA RETE CURE SICURE FVG

Luca Arnoldo
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Un po' di storia

2003

Commissione ministeriale che produsse primo documento di riferimento "Risk management in sanità. Il problema degli errori"

2005

Inizio della produzione delle Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione di eventi avversi di particolare rilevanza

2006-08

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

2009

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

- informazioni relative agli eventi sentinella;
- denunce dei sinistri

Un po' di storia

2012

Legge n. 189 (c.d. "Balduzzi") "Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le Aziende Sanitarie, [...] ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi [...]"

2013

Legge di stabilità "Al fine di promuovere iniziative a favore della sicurezza delle cure [...], le regioni e le P.A. di Trento e Bolzano possono prevedere [...] funzioni per la gestione del risk management [...]"

2015

DM 70/2015 "Standard Qualitativi e di Sicurezza delle Strutture Ospedaliere" "Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure [...]"

2016

Legge di stabilità "tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)"

2017

Legge 24/2017 ("Gelli-Bianco")

Normativa

EU agenda for effective, accessible and resilient health systems

Strengthening effectiveness

Increasing accessibility

Improving resilience

Health systems
performance assessment

Patient safety and quality
of care

Integration of care

Planning of EU health
workforce

Cost-effective use of
medicines

Optimal implementation of
Directive 2011/24

HTA

Health information
system

eHealth

Normativa

COUNCIL RECOMMENDATION

of 9 June 2009

on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections

(2009/C 151/01)

1. di sostenere la creazione e l'elaborazione di politiche e programmi nazionali in materia di sicurezza dei pazienti tramite:
 - la nomina dell'autorità o delle autorità competenti [...]
 - l'inserimento della sicurezza dei pazienti tra i temi prioritari nelle politiche e nei programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale
 - il sostegno allo sviluppo di sistemi, procedure e strumenti più sicuri e di facile impiego [...]
 - la revisione e l'aggiornamento regolari delle norme di sicurezza e/o delle migliori pratiche applicabili [...]
 - l'incentivazione delle organizzazioni professionali del settore sanitario a svolgere un ruolo attivo [...]
 - l'inclusione di un approccio specifico volto a promuovere pratiche di sicurezza per la prevenzione degli eventi sfavorevoli più frequenti, quali gli eventi correlati alle medicazioni, le infezioni associate all'assistenza sanitaria e le complicazioni che si verificano durante o dopo un intervento chirurgico;

Normativa

COUNCIL RECOMMENDATION

of 9 June 2009

on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections

(2009/C 151/01)

2. di responsabilizzare e informare i cittadini e i pazienti [...]
3. di sostenere l'istituzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, privi di carattere punitivo [...]
4. di promuovere, al livello adeguato, l'istruzione e la formazione del personale sanitario riguardo alla sicurezza dei pazienti [...]
5. di classificare e di misurare la sicurezza dei pazienti a livello comunitario mediante la cooperazione tra di loro e con la [...]
6. di condividere le conoscenze, le esperienze e le migliori pratiche lavorando insieme e con la Commissione nonché con i pertinenti organismi europei ed internazionali riguardo [...]

Normativa

COUNCIL RECOMMENDATION

of 9 June 2009

on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections

(2009/C 151/01)

7. di sviluppare e di promuovere la ricerca sulla sicurezza dei pazienti
8. di adottare e di attuare al livello appropriato una strategia per la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria [...]
9. di prendere in considerazione per l'attuazione coordinata della strategia di cui al punto [...] la creazione, [...] di un meccanismo intersettoriale o di sistemi equivalenti [...] sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana, o che siano integrati in tale meccanismi

Normativa

DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO
del 9 marzo 2011
concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera

Articolo 4

Responsabilità dello Stato membro di cura

1. Tenendo conto dei principi di universalità, di accesso a cure di elevata qualità, di equità e di solidarietà, l'assistenza sanitaria transfrontaliera è prestata conformemente:
 - a) alla legislazione in vigore nello Stato membro di cura;
 - b) agli standard e agli orientamenti di qualità e sicurezza definiti dallo Stato membro di cura; e
 - c) alla normativa dell'Unione in materia di standard di sicurezza.

Normativa

**DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO
del 9 marzo 2011**

concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera

(20) Per aiutare i pazienti a compiere una scelta informata quando chiedono assistenza sanitaria in un altro Stato membro, gli Stati membri di cura dovrebbero garantire che i pazienti di altri Stati membri ottengano su richiesta le pertinenti informazioni sulle norme di sicurezza e di qualità applicate nel loro territorio, nonché su quali prestatori di assistenza sanitaria vi siano soggetti. Inoltre, i

Normativa

Decreto del Ministero della Salute 70/2015 del 2.4.2015

Tra gli Standard Qualitativi e di Sicurezza delle Strutture Ospedaliere, s'individua l'inderogabile necessità di assicurare "una documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di gestione del rischio clinico"

- ❑ un sistema di segnalazione di eventi avversi
- ❑ un sistema di raccolta dei dati delle infezioni
- ❑ correlate all'assistenza e sorveglianza microbiologica
- ❑ percorsi certificati di identificazione del paziente
- ❑ lista di controllo operatoria (Checklist operatoria)
- ❑ scheda unica di terapia
- ❑ protocolli per la profilassi antibiotica
- ❑ procedura per il lavaggio delle mani
- ❑ adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza delle attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione
- ❑ programmi di formazione specifica

Normativa

Legge 28.12.2015 n. 20 (Legge stabilità 2016)

538. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente

539: [...] che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

- a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari [...];
- b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

540. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica, in medicina legale ovvero da personale dipendente con comprovata esperienza almeno triennale nel settore

Normativa

Legge n. 24 2017

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanita'

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

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

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

Normativa

Legge n. 24 2017

ARTICOLO 2

Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute del Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

4. In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.
5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: «d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Normativa

Legge n. 24 2017

ARTICOLO 3

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».
2. L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.
3. Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

Normativa

Legge n. 24 2017

Art. 4

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.

Normativa

Legge n. 24 2017

ARTICOLO 16

Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208,

in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 539, lettera *a*), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».
2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

Normativa

Art.2

(Funzioni dell'Osservatorio)

1. L'Osservatorio di cui all'articolo 1, nel rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale definiti dal Ministero della salute, svolge le seguenti funzioni:
 - a) acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2 della legge n. 24 del 2017, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno;
 - b) acquisisce dai richiamati Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso;
 - c) analizza i dati acquisiti ai sensi delle lettere a) e b);
 - d) fornisce indicazioni alle Regioni sulle modalità di sorveglianza del rischio sanitario ai fini della sicurezza del paziente;
 - e) individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure da parte delle strutture sanitarie, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo;
 - f) effettua, sulla base dei dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario, il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure a livello nazionale;
 - g) trasmette al Ministro della salute, entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno, una relazione sull'attività svolta.

Normativa

Art. 1

(Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità)

1. E' istituito presso l'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24, di seguito "Osservatorio".
2. L'Osservatorio è composto da:
 - a) il Direttore generale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali, con funzioni di Coordinatore;
 - b) il Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute;
 - c) il Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute;
 - d) il Direttore generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute;
 - e) il Direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute;
 - f) il Direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della salute;
 - g) il Direttore generale dell'Agencia italiana del farmaco;
 - h) il Presidente dell'Istituto superiore di sanità;
 - i) il Presidente del Consiglio superiore di sanità;
 - j) cinque esperti designati dal Ministro della salute;
 - k) **otto rappresentanti delle regioni e delle province autonome**, designati dalla Commissione salute del coordinamento delle regioni.

Giornata mondiale

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



05 APR - Ieri sera, durante il Cdm, presidente del Consiglio **Giuseppe Conte** su proposta del Ministro della salute **Giulia Grillo**, ha sentito il Consiglio dei Ministri e ha quindi accolto l'istanza della Commissione Salute-Sub Area Rischio Clinico dell'Area Assistenza ospedaliera del Coordinamento del Friuli-Venezia Giulia, per l'istituzione, il 17 settembre di ogni anno, della Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita, allo scopo di promuovere una maggiore consapevolezza sull'argomento, in linea con le politiche ministeriali di sostegno alla sicurezza delle cure, parte integrante del diritto alla salute.

05 aprile 2019

© Riproduzione riservata

Giornata mondiale



2ª Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita

17 Settembre 2020

Diretta streaming dalle ore 10.30 su

 @ministerosalute

 www.salute.gov.it

 MinisteroSalute



2ª Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita

17 Settembre 2020

Ministero della salute, Auditorium "Cosimo Piccinno", Lungotevere Ripa, 1 - ROMA
e Videoconferenza in diretta

17 SETTEMBRE 2020 - ORE 10.30-13.30

Moderata Annalisa Manduca

10.30 Saluto introduttivo

10.30-11.00

On. Sandra ZAMPA, Sottosegretario Ministero della Salute
Dott. Luigi Genesio ICARDI, Coordinatore Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

11.00-11.20

Prof. Silvio BRUSAFERRO - Presidente ISS - "Stato dell'arte e nuove prospettive della sicurezza delle cure in Italia"

11.20-11.40

Dott. Domenico MANTOAN - Commissario Straordinario AGENAS - "L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità: attività e programmi"

11.40-12.30

- Dott. Giuseppe RUOCCO - Segretario Generale Ministero della salute
- Dott.ssa Anna Rosa MARRA - AIFA
- Dott. Ottavio NICASTRO - Coordinamento Rischio Clinico - Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A. Autonome
- Rappresentanti degli Ordini professionali

12.30-13.30

Interventi regionali preordinati su esperienze di promozione della sicurezza delle cure. Regione Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana, Provincia di Trento.

Azioni FVG

The screenshot shows the ARCS website header with navigation links for 'CITTADINI', 'FORNITORI', and 'AZIENDE SANITARIE'. The main content area features a banner for the '2° Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita' on September 17, 2020. Below the banner, there are sections for 'Servizi sanitari online' with links for 'Verifica dei tempi e prenotazione' and 'Annullamento prenotazioni', and 'I NOSTRI SONDAGGI'.

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=/rafvfg/cms/RAFVG/notiziedallagiunta/&nm=20200917195104012>

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=/rafvfg/cms/RAFVG/notiziedallagiunta/&nm=20200916123742006>

The graphic features the title 'Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita' and '2° Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita' on September 17, 2020. It includes the logo of the Italian Ministry of Health and the ARCS logo. The text below the graphic reads: 'Il 17 settembre 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i partner internazionali e tutti i Paesi celebrano la **seconda Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente**. Il tema è particolarmente attuale in questo momento di emergenza dovuta alla pandemia da coronavirus SARS-CoV-19, che rappresenta una grave minaccia per la sicurezza dei pazienti e mette ogni giorno una forte pressione sui sistemi sanitari e sui loro operatori che sono la risorsa fondamentale per garantire cure sicure. Per questi motivi, l'edizione di quest'anno è dedicata alla sicurezza degli operatori sanitari come priorità per la sicurezza dei pazienti. Lo slogan **'operatori sanitari sicuri, pazienti sicuri'** ha l'intento di sensibilizzare la popolazione sull'importanza che questa interconnessione tra i professionisti della salute e i cittadini riveste al fine della sicurezza stessa delle cure. Il tema della sicurezza delle cure in Friuli Venezia Giulia è coordinato dalla [Rete Cure Sicure](#)'.

ILLUMINAZIONE PALAZZO REGIONE A TRIESTE

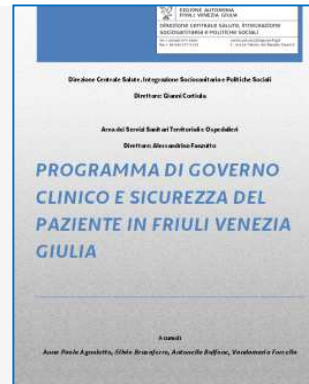
La Rete Cure Sicure FVG



<https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/>

Evoluzione programma

Regionale



2010



Delibera n° 1970

Estratto del processo verbale della seduta del
21 ottobre 2016

oggetto:
L 208/2015 - RETE CURE SICURE FVG DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA: MODELLO ORGANIZZATIVO.

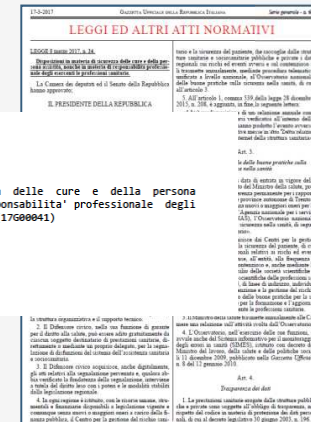
2016

2017

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17600041)
(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-2017



Nazionale

Evoluzione programma

Regionale

Delibera n° 185
 Estratto del processo verbale della seduta del
2 febbraio 2018

oggetto:
 LR 49/1996, ART 12 - LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2018: APPROVAZIONE DEFINITIVA.

ARTICOLO 2
 Atribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute del Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

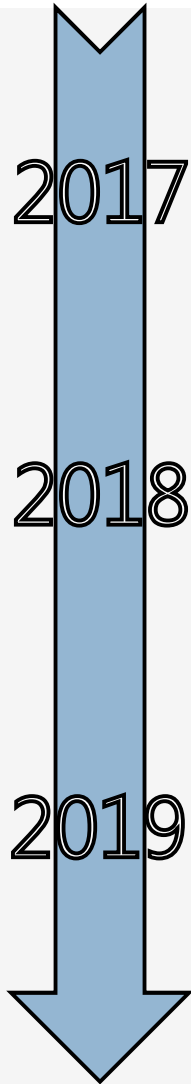


XII LEGISLATURA
 CONSIGLIO REGIONALE

Deliberazione n. 49 del 26 marzo 2019

Oggetto: Nomina del Difensore civico regionale.

Arrigo DE PAULI;



Osservatorio nazionale delle
 buone pratiche



Sistema nazionale linee guida



Nazionale

La Rete Cure Sicure FVG

- ❑ Cure Sicure FVG è la rete attraverso la quale la Regione Friuli Venezia Giulia coordina e governa le attività connesse alla sicurezza dei pazienti
- ❑ La partecipazione alla rete è obbligatoria per tutti gli Enti pubblici del SSR e per gli erogatori privati accreditati convenzionati con il SSR

La Rete Cure Sicure FVG

The screenshot shows the website of ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute) in the Friuli Venezia Giulia region. The page is titled 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG'. The header includes the ARCS logo and navigation links for 'CITTADINI', 'FORNITORI', and 'AZIENDE SANITARIE'. A search bar is located at the top right. The main content area features the title 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG' with a logo of a person inside a shield. Below the title, there is a paragraph of text explaining the network's purpose and a list of links for further information. The left sidebar contains a menu with various categories, including 'Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG' which is highlighted. The right sidebar shows publication and modification dates.

ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Cerca

CITTADINI FORNITORI AZIENDE SANITARIE

ARCS - Chi siamo Concorsi e avvisi Bandi e gare Contatti

Cittadini

Aziende del Sistema Sanitario Regionale FVG

Concorsi, avvisi, incarichi

CUP regionale

Elenco avvocati

Materiale informativo sanitario

Modulistica

Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Cos'è

Obiettivi annuali

Programma

Documenti tecnici per professionisti sanitari

Dati e indicatori

Materiale informativo per i cittadini

Video informativi per professionisti sanitari e cittadini

Giornata regionale della sicurezza e qualità delle cure

Contatti

Sala Operativa Regionale Emergenza Sanitaria - SORES

Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP

Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

RETE CURE SICURE FVG

La Rete Cure Sicure, istituita con [Delibera regionale n. 1970 del 21 ottobre 2016](#), coordina e governa, in forma integrata, le attività connesse alla sicurezza delle cure. Inoltre attraverso la [Delibera regionale n. 185 del 2 febbraio 2018](#) adempie alle funzioni di "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente" secondo le indicazioni presenti nella [Legge n. 24 dell'8 marzo 2017](#).

Questo sito illustra la struttura organizzativa della Rete Cure Sicure, gli obiettivi annuali, i programmi e i risultati raggiunti e mette a disposizione dei cittadini e degli operatori sanitari tutti i documenti e gli altri strumenti prodotti per sostenere la sicurezza e la qualità dell'assistenza.

Publicato il 22/6/2020

Ultima modifica 14/7/2020

- ❑ Cos'è
- ❑ Obiettivi annuali
- ❑ Programma
- ❑ Documenti tecnici per professionisti sanitari
- ❑ Dati e indicatori
- ❑ Materiale informativo per i cittadini
- ❑ Video informativi per professionisti sanitari
- ❑ Giornata regionale della sicurezza e qualità delle cure
- ❑ Contatti

Da chi è composta

La Rete è costituita da:

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

Il modello organizzativo, caratterizzato da una forte sinergia tra il livello regionale e quello aziendale, prevede come figura centrale il Risk manager aziendale.

■ **Livello regionale:**

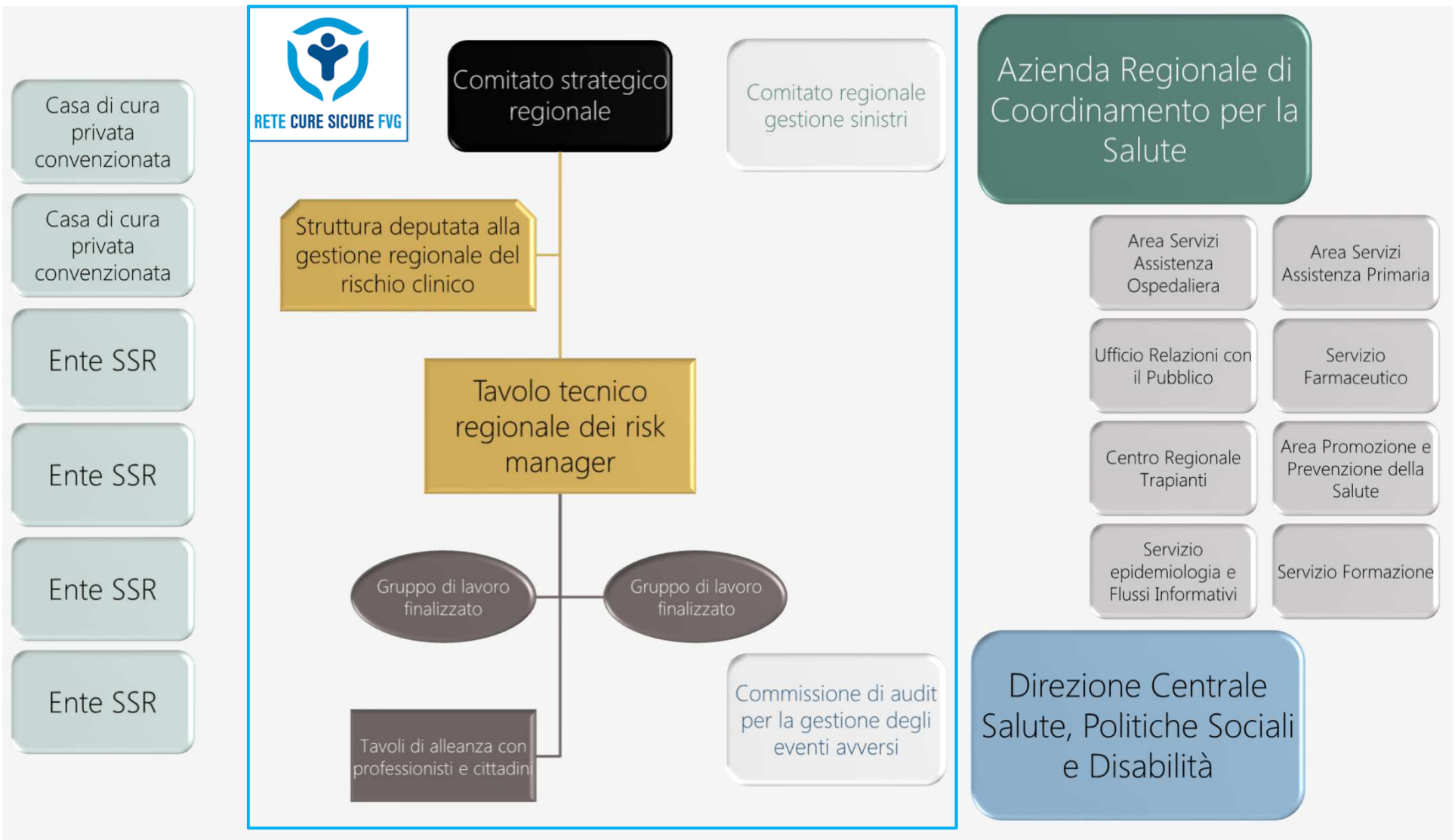
- Comitato strategico regionale
- Commissione di audit per la gestione degli eventi avversi
- Struttura deputata alla gestione regionale del rischio clinico
- Tavolo tecnico regionale dei Risk manager
- Tavoli di alleanza permanente con i professionisti e i cittadini
- Gruppi di lavoro finalizzati

■ **Livello aziendale:**

- Risk manager
- Responsabili aziendali dei programmi regionali
- Link professional aziendali

Le funzioni delle strutture sopra elencate sono riportate nella **Delibera n. 1970 del 21 ottobre 2016**.

Livello regionale

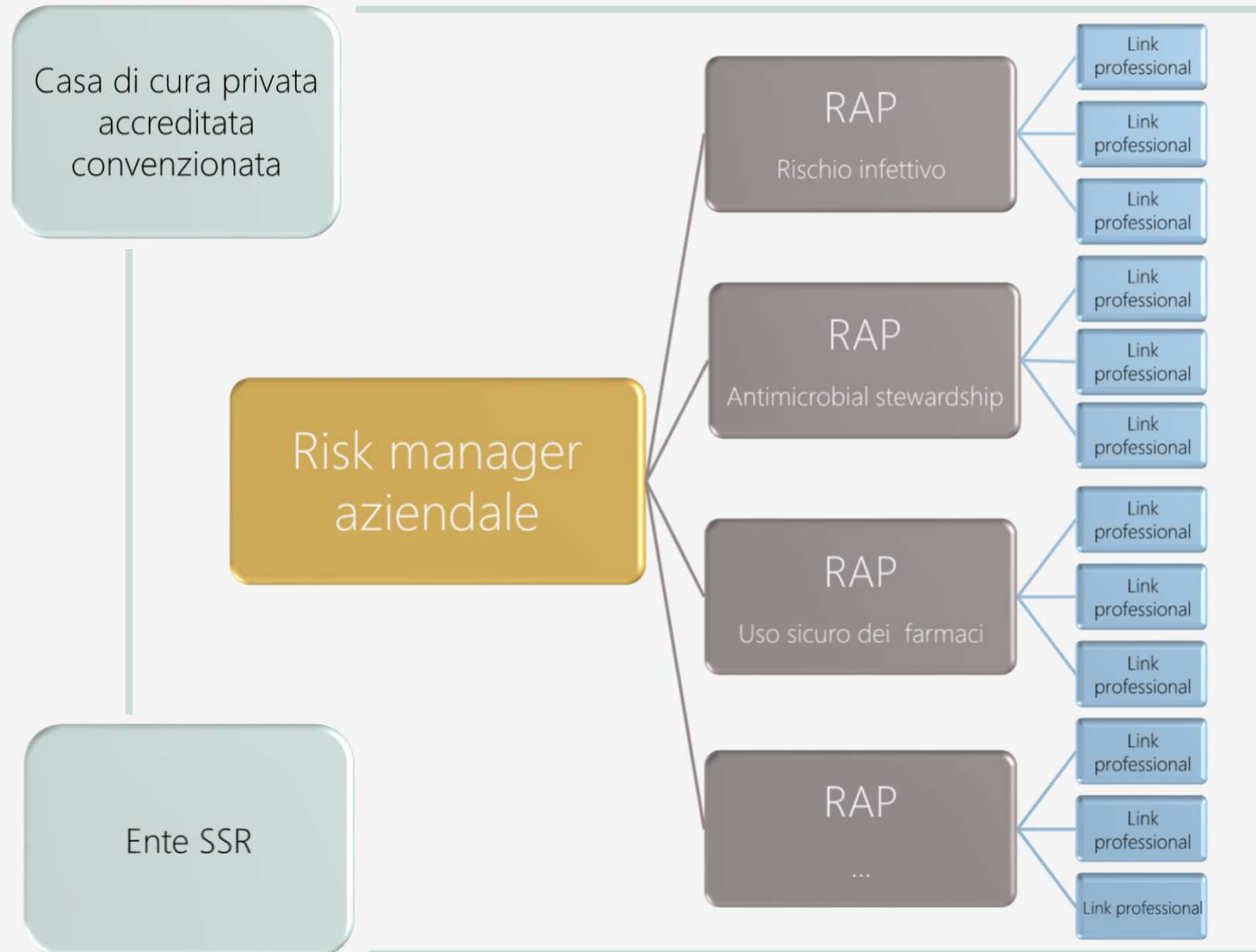


Comitato strategico

Composto da

- ❑ Direttore della DCS
- ❑ Direttore generale di ARCS
- ❑ Responsabile della struttura deputata alla Gestione regionale del Rischio Clinico (SGRC)
- ❑ Un direttore generale degli Enti del SSR
- ❑ Un rappresentante per le Case di cura private accreditate convenzionate
- ❑ Un rappresentante per le residenze per non autosufficienti
- ❑ Un rappresentante dei cittadini

Livello aziendale



Programma

Prevenzione e controllo delle ICA

- Gestione rischio epidemico
- Bundle per la prevenzione delle ICA
- Sorveglianza con sistemi di prevalenza
- Valutazione dei comportamenti nel BO
- Lista microrganismi alert
- Sorveglianza incidenza ISC
- Igiene mani

Antimicrobial stewardship

- Registro regionale delle resistenze
- Report regionale sul consumo antibiotici
- Rete esperti
- Lista antibiotici ad uso condizionato
- Politica per il contenimento di specifiche classi ATC
- Linee regionali di indirizzo terapeutico
- Gestione della sepsi

Uso sicuro dei farmaci

- Uso sicuro degli elastomeri
- Gestione poli-farmacoterapia nell'anziano
- Do not crush list
- Valutazione eGFR
- Programma riduzione BDZ nelle case di riposo
- Programma per l'uso corretto dei PPI

Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali

- Prevenzione delle lesioni da pressione
- Sicurezza del percorso chirurgico
- Gestione della documentazione clinica
- Raccomandazioni ministeriali
- Buone pratiche
- Prevenzione delle cadute
- Identificazione del paziente
- Valutazione e controllo del dolore

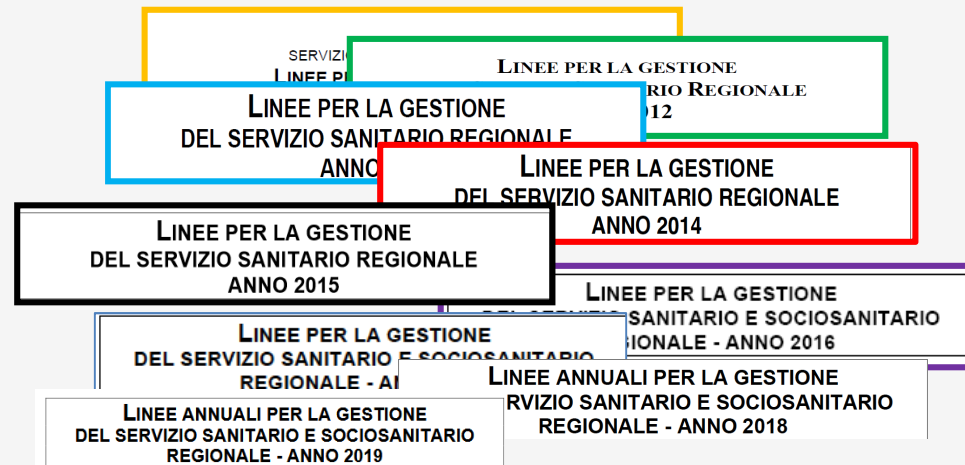
Coinvolgimento del cittadino

- Integrazione fattori rischio alla dimissione
- Collaborazione con le associazioni di cittadini
- Formazione e informazione
- Handbook: guida pratica per il cittadino

Analisi del rischio

- Sostegno all'attività segnalazione dei rischi
- Analisi contenzioso
- Flussi informativi
- SIMES: eventi sentinella

Indirizzi operativi



ALLEGATO ALLA DELIBERA N 2195 DEL 20 DICEMBRE 2019

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIO SANITARIO REGIONALE
ANNO 2020**

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Nel corso del 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale
- partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici
- monitoraggio indicatori semestrali
- identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
- pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM.

Proseguono dei programmi di:

- "Antimicrobial stewardship", in particolare:

- o revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM
- o diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT
- o monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM
- o identificazione di un referente MMG (link professionali) per AFT

- Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare:

- o diffusione dei dati relativi alla PPS 2019
 - o partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alet
 - o diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019
 - o ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel BO
 - o monitoraggio applicazione bundle
- Sicurezza del farmaco, in particolare:
- o prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
 - o prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
 - o identificazione di un referente MMG (link professionali) per AFT

- Violenza a danno degli operatori: secondo le indicazioni del tavolo regionale RM

Obiettivo	Risultato atteso
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web di tutte le Aziende del SSR dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	Tutte le Aziende del SSR hanno compilato il questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	Tutte le Aziende del SSR hanno inserito una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	Tutte le Aziende del SSR hanno inviato i 2 moduli di valutazione degli indicatori semestrali
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/05/15/Allegato%201%20alla%20Delibera%202195-2019_.pdf

Obiettivi 2020



Obiettivo	Stato
Adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure, in relazione al nuovo assetto istituzionale	In corso
Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale	In corso
Partecipazione dei Responsabili aziendali di programma agli incontri attinenti i programmi specifici	Prossimo anno
Monitoraggio indicatori semestrale	In corso
Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	In corso
Pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei Risk manager	In corso

Obiettivi 2020



Antimicrobial stewardship

Obiettivo	Stato
Revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei Risk manager	Prossimo anno
Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle Aggregazioni funzionali territoriali	In corso
Monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" secondo le indicazioni del tavolo regionale dei Risk manager	In corso
Identificazione di un referente Medici di medicina generale (link professional) per Aggregazioni funzionali territoriali	Prossimo anno

Obiettivi 2020



Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Obiettivo	Stato
Diffusione dei dati relativi alla point prevalence survey sulle infezioni correlate all'assistenza 2019	In corso
Partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert	Prossimo anno
Diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla infezioni del sito chirurgico 2019	In corso
Ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle infezioni del sito chirurgico e sui comportamenti nel blocco operatorio	Prossimo anno
Monitoraggio applicazione bundle	In corso

Obiettivi 2020



Sicurezza farmaco

Obiettivo	Stato
Prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale Risk manager	In corso
Prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale Risk manager	Prossimo anno
Identificazione di un referente Medici di medicina generale (link professional) per Aggregazioni funzionali territoriali	Prossimo anno

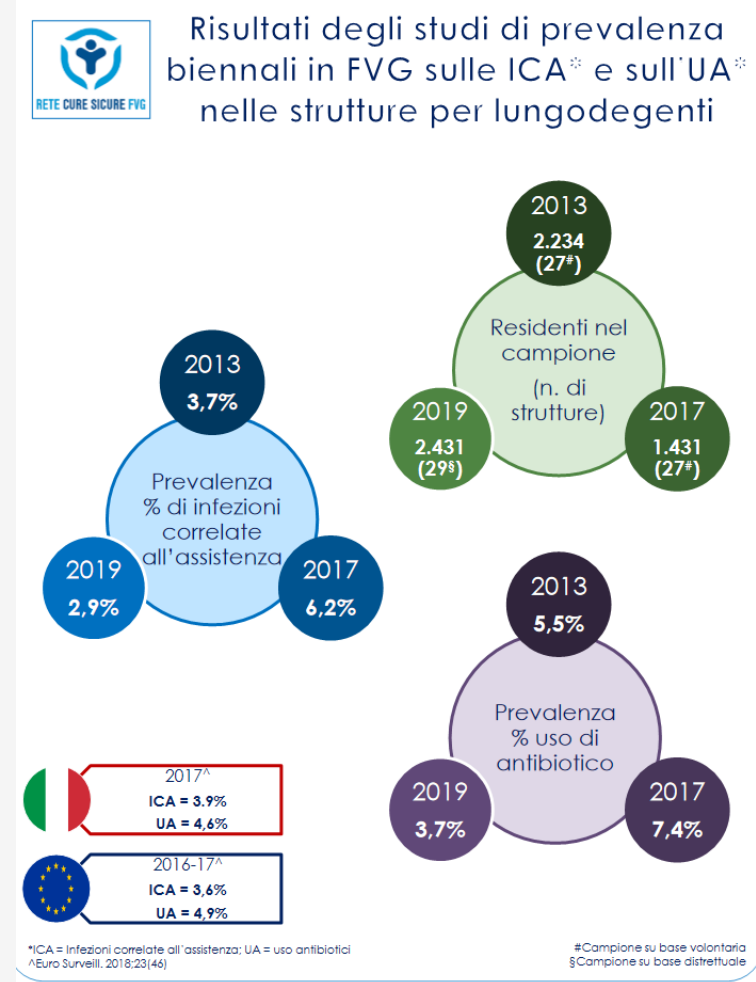
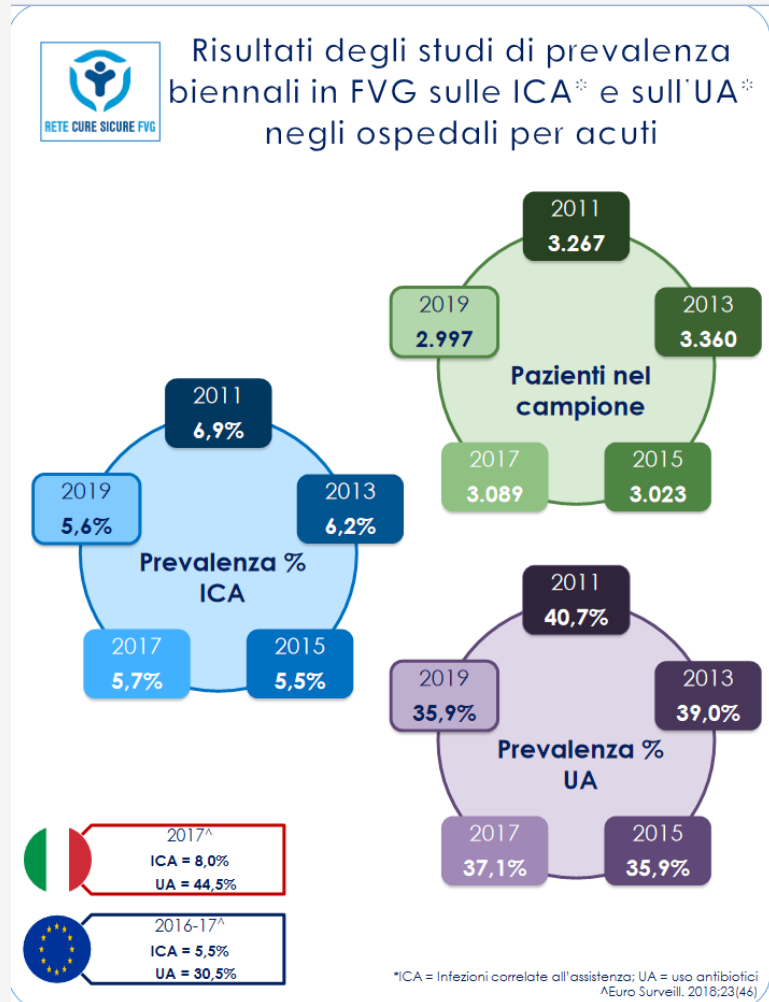
Violenza su operatori

Obiettivo	Stato
Percorso condiviso secondo le indicazioni del tavolo regionale dei Risk manager sul tema della violenza a danno degli operatori	In corso

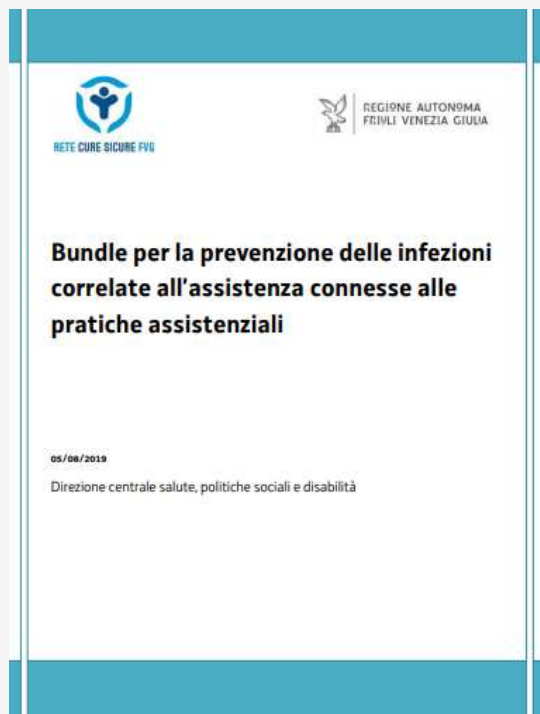
Programmi



Sorveglianze ICA



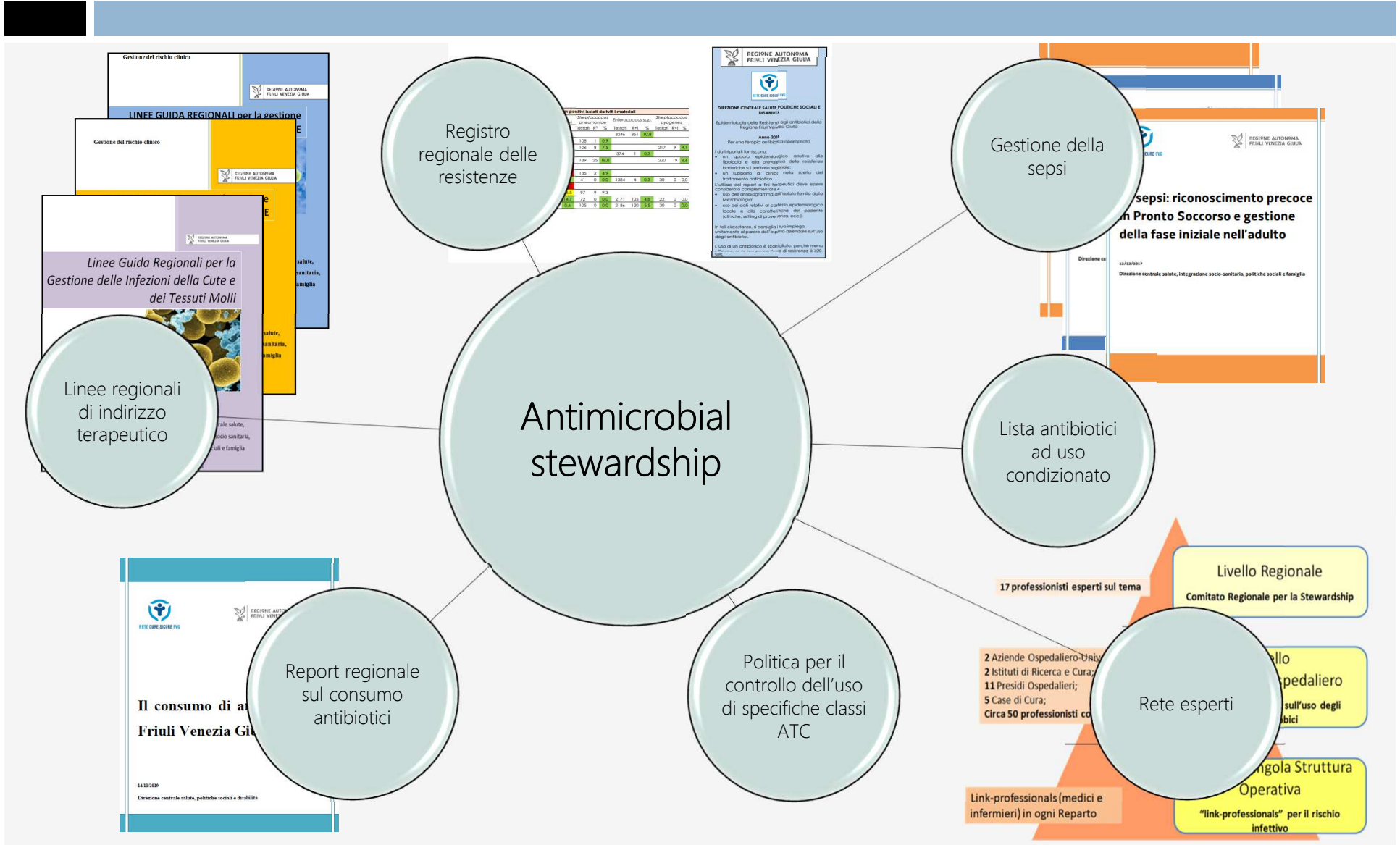
Bundle prevenzione ICA



Il bundle è un insieme contenuto di pratiche evidence-based che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente

- ❑ Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- ❑ Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza
- ❑ Gestione del catetere vescicale (CV)
- ❑ Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)
- ❑ Gestione del catetere venoso periferico (CVP) pag. 13
- ❑ Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico Midline
- ❑ Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo del catetere periferico Midline
- ❑ Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
- ❑ Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocoltura

Programmi



Registro regionale delle resistenze

I principali antibiotici da tutti i ospedali		Antimicrobico non prescrizione		Antimicrobico con prescrizione	
antibiotico	%	antibiotico	%	antibiotico	%
108	1,1	324	1	217	9
102	1,1	139	21	250	19
135	2	41	0,3	30	0,1
97	1	72	0,1	2171	10
104	1,05	105	0,1	2186	10

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
 DIREZIONE CENTRALE SALUTE POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ
 Epidemiologia delle infezioni negli ospedali della Regione Friuli Venezia Giulia
 Anno 2018
 Per una terapia antibiotica appropriata
 I dati riportati forniscono:
 • un quadro epidemiologico relativo alla tipologia e alla prevalenza delle resistenze batteriche in territorio ospedaliero;
 • un supporto ai clinici nella scelta del trattamento antibiotico;
 • l'utilizzo dei rapporti di fine trattamento deve essere considerato complementare al;
 • uso del antibiogramma dell'isolato fornito dalla microbiologia;
 • uso dei dati relativi al contesto epidemiologico sociale e alle caratteristiche dei comuni (storiche, setting di provenienza, ecc.).
 In tal circostanza, si consiglia non impiegare empiricamente il pattern dell'antibiogramma fornito dagli ospedali.
 L'uso di un antibiotico è sconsigliato, perché meno efficace, per il trattamento di resistenza a 2025.

Gestione della sepsi

Linee guida per la gestione della sepsi: riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto
 18/12/2018
 Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia

Lista antibiotici ad uso condizionato

Antimicrobial stewardship

Linee regionali di indirizzo terapeutico

Linee Guida Regionali per la Gestione delle Infezioni della Cute e dei Tessuti Molli
 salute, sanità, famiglia

Report regionale sul consumo antibiotici

Il consumo di antibiotici in Friuli Venezia Giulia
 14/11/2018
 Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Politica per il controllo dell'uso di specifiche classi ATC

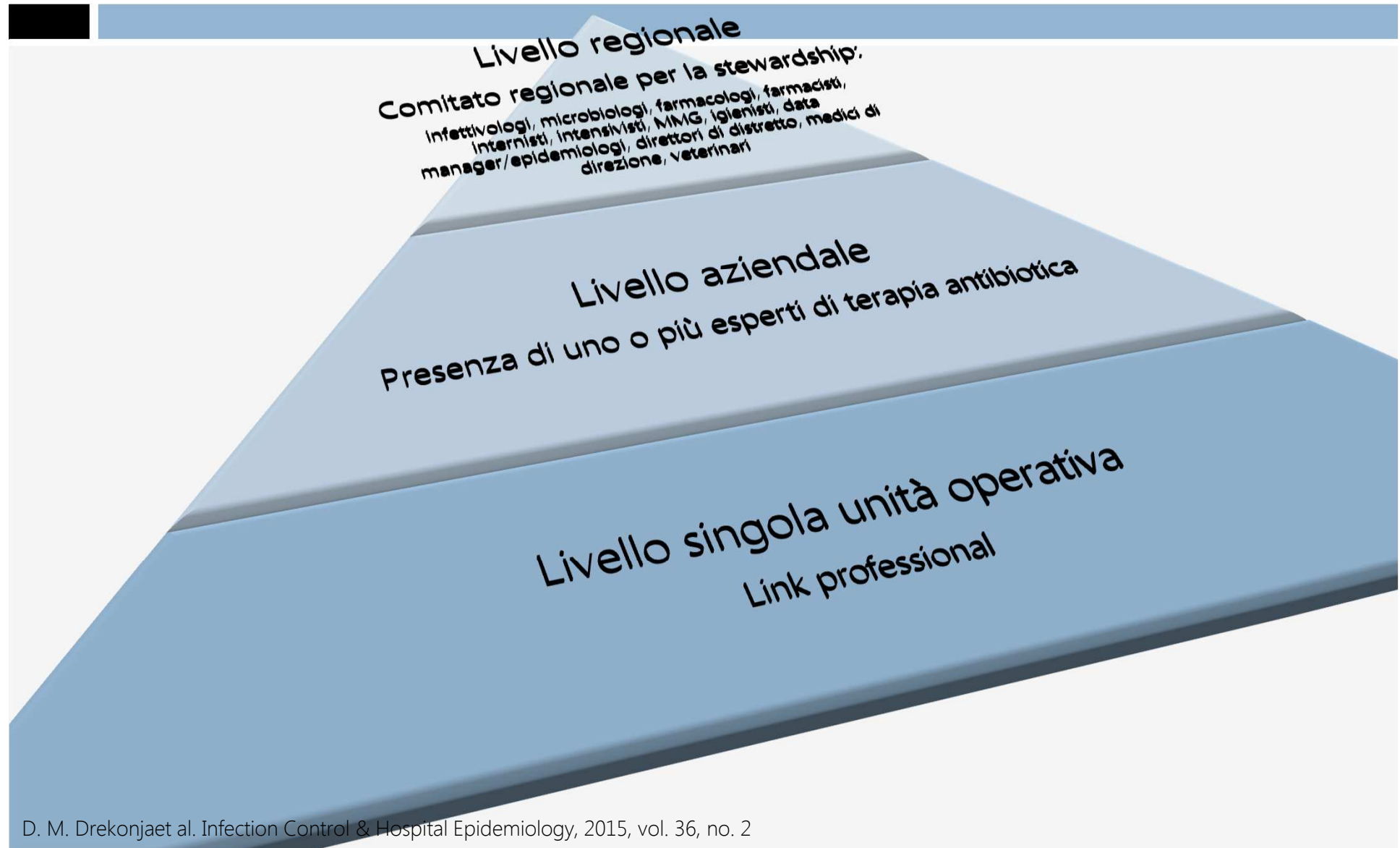
17 professionisti esperti sul tema

2 Aziende Ospedaliere-Univ.
 2 Istituti di Ricerca e Cura;
 11 Presidi Ospedalieri;
 5 Case di Cura;
 Circa 50 professionisti coinvolti

Link-professionals (medici e infermieri) in ogni Reparto

Rete esperti
 Livello Regionale Comitato Regionale per la Stewardship
 Livello Ospedaliero Comitato Regionale per la Stewardship sull'uso degli antibiotici
 Livello Singola Struttura Operativa Comitato Regionale per la Stewardship
 "link-professionals" per il rischio infettivo

Antimicrobial stewardship



Antimicrobial stewardship



Politiche uso degli antibiotici

Adozione della lista di antibiotici a prescrizione "condizionata" dal consulto con l'"esperto": daptomicina, tigeciclina e colistina, per il linezolid solo nei casi off-label

Adozione politica aziendale per il contenimento dell'uso di cefalosporine di III^o generazione e chinoloni

Adozione di linee guida regionali per la gestione delle infezioni batteriche più frequenti:

- polmoniti,
- IVU,
- infezioni della cute e dei tessuti molli,
- Sepsis
 - o In PS
 - o Precoce negli adulti
 - o Precoce nei pazienti pediatrici

Antimicrobial stewardship

https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/05/15/Report%20ANTIBIOTICI%202018____.pdf

Antibiotici

Il consumo di antibiotici in Friuli Venezia Giulia - 2018

14/11/2019
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Ospedali

Classe ATC	DDD x 100 giornate di ricovero ordinario		Variazione %
	Anno 2017	Anno 2018	
J01A - Tetracicline	1,29	1,20	-7,08
J01B - Amminicoli	0,01	0,01	-
J01C - Antibiotici beta-lattamici, penicilline	51,04	51,46	+0,82
J01D - Altri antibiotici beta-lattamici	13,75	14,53	+5,76
J01D8 - Cefalosporine di 1° gen.	2,70	2,75	+1,96
J01D8 - Cefalosporine di 2° gen.	0,40	0,47	+17,58
J01D8 - Cefalosporine di 3° gen.	6,91	7,22	+4,58
J01D8 - Carbapenemi	2,49	3,64	+4,86
J01E - Sulfonamidi e trimetoprim	1,44	1,74	+6,18
J01F - Macrolidi, lincosamidi e streptogramine	7,65	6,77	-11,58
J01G - Antibiotici aminoglicosidici	1,32	1,17	-11,48
J01M - Antibiotici chinoloni	12,30	11,07	-10,08
J01X - Altri antibiotici	7,55	8,16	+8,18
J01XA - Glucopiridil	2,10	2,15	+2,38
J01XB - Polimixine	0,30	0,25	-16,78
J01 - Antibiotici	14,85	14,11	-0,85

Territorio

Classe ATC	DDD x 1.000 abitanti die		Variazione %
	Anno 2017	Anno 2018	
J01A - Tetracicline	0,39	0,41	+5,1
J01C - Antibiotici beta-lattamici, penicilline	10,17	10,27	+1,0
J01CR - Associazioni di penicilline, incl. inibitori	8,03	8,16	+1,6
J01CA - Penicilline ad ampio spettro	2,12	2,10	-0,9
J01D - Altri antibiotici beta-lattamici	1,07	0,98	-8,4
J01E - Sulfonamidi e trimetoprim	0,36	0,39	+8,3
J01F - Macrolidi, lincosamidi e streptogramine	2,73	2,45	-9,9
J01G - Antibiotici aminoglicosidici	0,018	0,017	-5,6
J01M - Antibiotici chinoloni	1,87	1,67	-10,7
J01X - Altri antibiotici	0,40	0,43	+7,5
J01 - Antibiotici	17,00	16,82	-1,1

Resistenze

Territorio

Principali microrganismi gram positivi isolati da tutti i materiali

	Staphylococcus aureus	Staphylococcus epidermidis	Staphylococcus saprofitus	Staphylococcus sciuri	Staphylococcus carnosus
Amoxicillina	108	108	3246	351	1004
Amoxicillina-clavulanato	108	108	108	108	108
Clindamicina	292	833	1070	503	106
Daptomicina	2131	20	1879	128	19
Eritromicina	2880	174	793	500	1
Genamicina	3471	455	1837	752	1
Levofloxacina	3416	847	1883	784	135
Moxifloxacina	2629	2	811	1356	12
Osaxacina	3480	389	1515	1031	1
Trimet./sulfamet.	3469	133	1635	434	215
Tetraciclina	2877	4	1094	161	147
Vancomicina tun.	2744	2	1424	1	104

Ospedali

Resistenze agli antibiotici in Friuli Venezia Giulia - 2018

14/11/2019
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Principali microrganismi gram negativi isolati da tutti i materiali

	Escherichia coli	Klebsiella spp.	Proteus spp.	Altri enterobatteri	Pseudomonas aeruginosa
Amoxicillina	10935	194	1,8	2685	111
Amoxicillina-clavulanato	19258	3792	25,2	3399	592
Cefalosporine	9945	1092	11,0	2351	356
Ceftriaxone	14354	183	1,9	3227	403
Cefepime	15247	1221	9,2	2934	472
Ciprofloxacina	15304	3722	24,3	3331	546
Colistina	1782	121	6,8	1086	10
Meropenem	15899	1295	8,2	3397	192
Piperacilina/tazobactam	14282	302	2,1	3183	514
Trimet./sulfamet.	15699	355	2,2	3376	417

Epidemiologia delle Resistenze agli antibiotici in Friuli Venezia Giulia - 2018

14/11/2019
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

<https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/05/15/Pieghevole%20resistenze%20agli%20antibiotici%20FVG%202018.pdf>

Programmi

Uso sicuro dei farmaci

Uso sicuro degli elastomeri

Raccomandazioni per la gestione degli elastomeri

07/12/2018

Gestione polifarmaco terapia nell'anziano

Appendix 3: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) version 2.
The following prescriptions are potentially inappropriate to use in patients aged 65 years and older.

Section A: Indication of medication

1. Any drug prescribed without an evidence-based clinical indication.
2. Any drug prescribed beyond the recommended duration, where treatment is well defined.
3. Any duplicate drug class prescription e.g. two concurrent NSAIDs, SSRIs, ACE inhibitors, anticoagulants (optimisation of monotherapy within a single agent should be observed prior to considering a new agent).

Section B: Cardiovascular System

1. Digoxin for heart failure with normal systolic ventricular function (no clear evidence of benefit).
2. Verapamil or diltiazem with NYHA Class III or IV heart failure (may worsen heart failure).
3. Beta blocker in combination with verapamil or diltiazem (risk of heart block).
4. Beta blocker with bradyardia (<50/min), type II heart block or complete heart block (risk of complete heart block, asystole).
5. Antiarrhythmics as first-line antiarrhythmic therapy in supraventricular tachycardias (higher risk of side-effects than beta-blockers, digoxin, verapamil or diltiazem).
6. Loop diuretic, as first-line treatment for hypertension (safer, more effective alternatives available).
7. Loop diuretic for significant ankle oedema without clinical, biochemical evidence or radiological evidence of heart failure, liver failure, nephrotic syndrome or renal failure (eg elevation gap for creatinine history usually more appropriate).
8. **CCl₂ diuretic** with current significant hypokalaemia (i.e. serum K⁺ < 3.0 mmol/L), hyponatraemia (i.e. serum Na⁺ < 130 mmol/L) or hypercalcaemia (i.e. corrected serum calcium

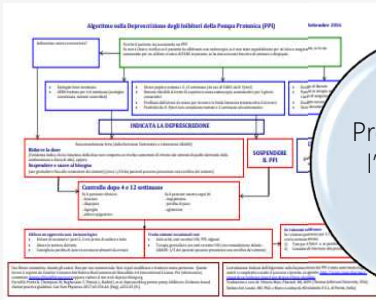
Do not crush list

Guida alla gestione del farmaco nel paziente

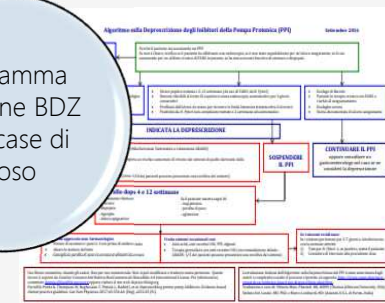
salute, politiche sociali e disabilità

Valutazione eGFR

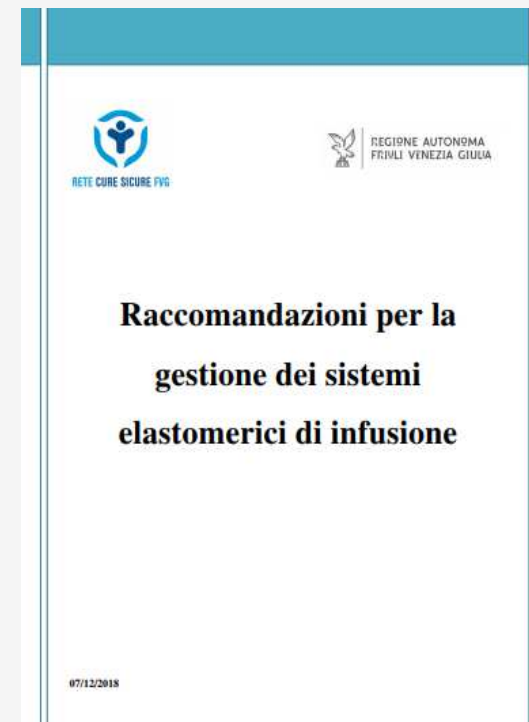
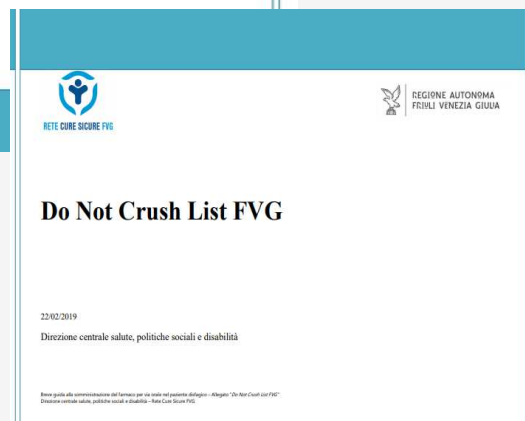
Programma per l'uso corretto dei PPI



Programma riduzione BDZ nelle case di riposo

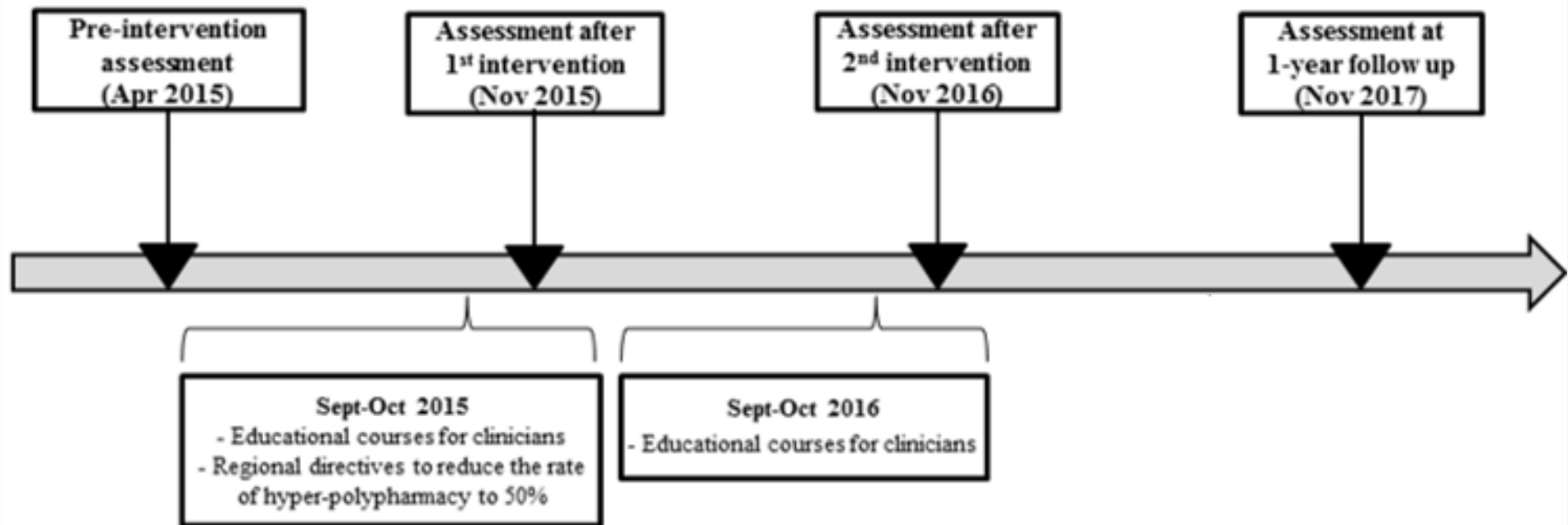


Uso sicuro dei farmaci



Uso sicuro dei farmaci

Polifarmacoterapia negli anziani



Uso sicuro dei farmaci

Polytherapy and the risk of potentially inappropriate prescriptions (PIPs) among elderly and very elderly patients in three different settings (hospital, community, long-term care facilities) of the Friuli Venezia Giulia region, Italy: are the very elderly at higher risk of PIPs?

Piergiorgio Cojutti^{1,2}, Luca Arnoldo³, Giovanni Cattani³, Silvio Brusaferrò³ and Federico Pea^{1,2*}

¹Institute of Clinical Pharmacology, Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine, Italy

²Department of Experimental and Clinical Medical Sciences, University of Udine, Udine, Italy

³Department of Medical and Biological Sciences, University of Udine, Udine, Italy

ABSTRACT

Purpose The aim of this point-prevalence study was to assess the occurrence of polypharmacy and hyperpolypharmacy and the risk of potentially inappropriate prescriptions (PIPs) among elderly and very elderly patients in different health-care settings of the Friuli-Venezia Giulia region in the North-East of Italy.

Methods Prescription pattern of elderly (65–79 years) and very elderly (>79 years) patients in three different health-care settings [hospitals, general practitioners, and long-term care facilities (LTCFs)] was assessed in March 2014, and PIPs were assessed according to the Beers criteria. Other situations at potentially high risk were checked.

Results A total of 1582 patients (hospital, $n = 528$; outpatients, $n = 527$; nursing homes, $n = 527$) were included. Very elderly were more represented in hospitals (60.4%) and LTCFs (77.1%) than among general practitioners (37.6%). Polypharmacy and hyperpolypharmacy rates ranged 57.7–73.7% and 9.7–15.6%, respectively. The most frequently prescribed drugs were the proton pump inhibitors, whereas the most common PIPs resulted the benzodiazepines. Multinomial regression analysis showed that female sex, age > 79 years, hyperpolypharmacy, and chronic kidney disease were associated with the risk of having ≥ 2 PIPs. Two situations at high risk of PIPs not contemplated by the Beers criteria were recurrent in the study population and concerned the statins and metformin.

Conclusions Polypharmacy and hyperpolypharmacy among elderly and very elderly are strictly associated with the risk of multiple PIPs. The findings offer the opportunity to remark that improvement of the knowledge of safe drug use is generally needed in aging societies and may become of utmost relevance among health-care workers operating in LTCFs. Copyright © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS—polypharmacy; potentially inappropriate prescriptions; elderly patients; pharmacoepidemiology

Received 07 December 2015; Revised 17 March 2016; Accepted 11 April 2016

Article

Monitoring polypharmacy in healthcare systems through a multi-setting survey: should we put more attention on long term care facilities?

Luca Arnoldo,¹ Giovanni Cattani,¹ Piergiorgio Cojutti,² Federico Pea,² Silvio Brusaferrò¹

¹Department of Medical and Biological Sciences, University of Udine; ²Institute of Clinical Pharmacology, Complex Local Health Unit, Udine, Italy

Significance for public health

We believe that our research is appropriate for your journal because concerns a very important issue for healthcare systems: the management of drugs in elderly people, in particular our study evaluated the topic of polypharmacy and potentially inappropriate prescriptions in a whole regional healthcare system, considering the three main care settings: acute hospitals, long term care facilities and general practitioners' clinics. We also analysed the problem included all the medications that patients assumed, not only ones that were reimbursed by healthcare system. Considering these premises this study permitted to have a wide point of view for setting tailored policies and it underlines the importance of creating a system that starts from real data and in this way will allow to compare and measure improvement actions.

Abstract

Background Polypharmacy is a main issue of patient safety in all healthcare settings (i.e. increase adverse drug reactions and incidence of drug drug interactions, etc.). The main object of the study was to evaluate the prevalence of polypharmacy and the appropriateness of drugs prescriptions in the regional health system (RHS) of Friuli Venezia-Giulia Region, Italy.

Design and methods We carried out a point prevalence study in May 2014. 1582 patients ≥ 65 years were included from: 14 acute hospitals, 46 Long Term Care Facilities (LTCFs) and 42 general practitioners' (GPs) clinics. Data analysis included the evaluation of potentially inappropriate prescriptions (PIPs) taking Beers criteria as a reference.

Results Patients in therapy with 10 drugs or more were 13.5% 15.2% in hospitals, 9.7% in GPs' clinics and 15.6% in LTCFs. According to Beers criteria we identified 1152 PIPs that involved globally almost half of patients (46.0%): 41.0% in hospitals, 59.6% in LTCFs and 37.0% in GPs' clinics. The 51.9% of patients received at least one mainly kidney excreted drug, for these patients the evaluation of serum creatinine was overall present in the 87.7% (747/852): 96.6% in hospital ones, 87.5% in GPs' clinics and 77.8% in LTCFs. LTCFs residents were significantly ($P < 0.05$) more exposed to PIPs and less monitored for the renal function.

Conclusions A reliable estimation of the phenomenon in all the main healthcare settings is a necessary prerequisite to set tailored policies for facing polypharmacy within a RHS; the results showed the necessity to put a special attention on LTCFs.

any ages, the elderly are most frequently involved: the availability of a greater number of drugs, the increase of life expectancy and a higher prevalence of chronic diseases represent the main reasons for a higher incidence in this population.²

Many definitions of polypharmacy, both qualitative and quantitative, are currently used: medication does not match the diagnosis, excessive use of medication, duplication of medication, medication prescribed to treat the side effect of another medication,³ but the simultaneous intake of many medications (generally five or more) is the one more frequently adopted.^{4,6}

The prevalence of polypharmacy in Europe ranges from to 33.8% to 73.3% depending on definition reported;^{7,9} official data regarding the prevalence of polypharmacy in Italian elderly (approximately 12 million of people ≥ 65 years old) report that 6 million people were treated with 5–9 drugs and 1.1 million with 10 drugs or more.³ These data potentially underestimate the phenomenon because they did not include medications not reimbursed by the national pharmaceutical formulary, such as benzodiazepines and some of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

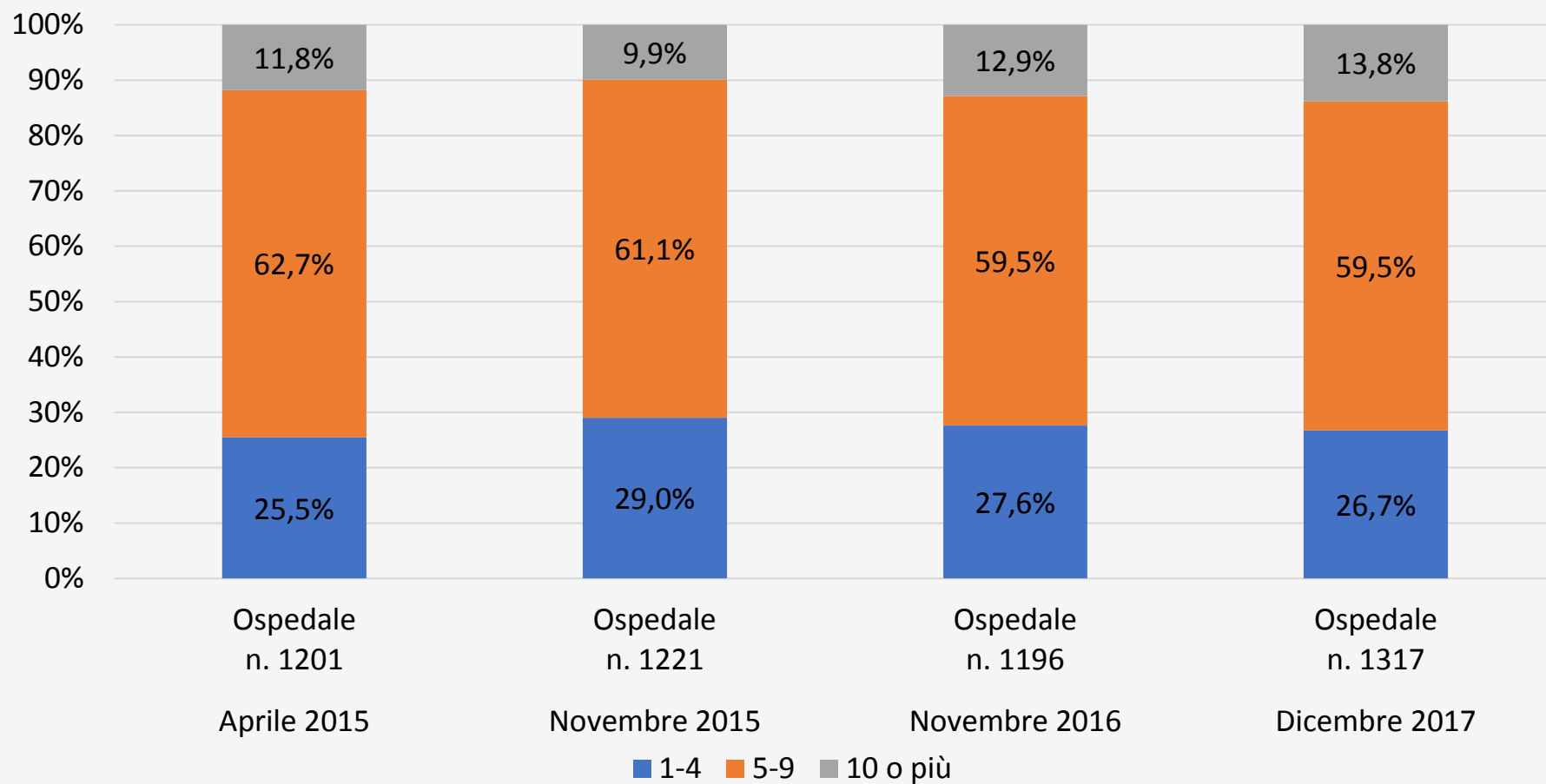
Possible consequences of polypharmacy include: increase of adverse drug reactions (ADR), incidence of drug-drug interactions, decrease in patient compliance to treatment, increase of risk of falling, inability and cost increase for healthcare system,^{10,11} due to a higher rate of hospitalisation, morbidity and mortality.

Although general data are available on polypharmacy, only few ones are available about its presence in the main healthcare settings: primary care, LTCFs and hospitals. A detailed picture at healthcare system level is, in fact, a first step for facing polypharmacy. This paper reports the results of a multi-setting survey on polypharmacy conducted in a regional healthcare system with the aim to identify strengths and weaknesses of the different settings as premise for the definition of tailored actions.

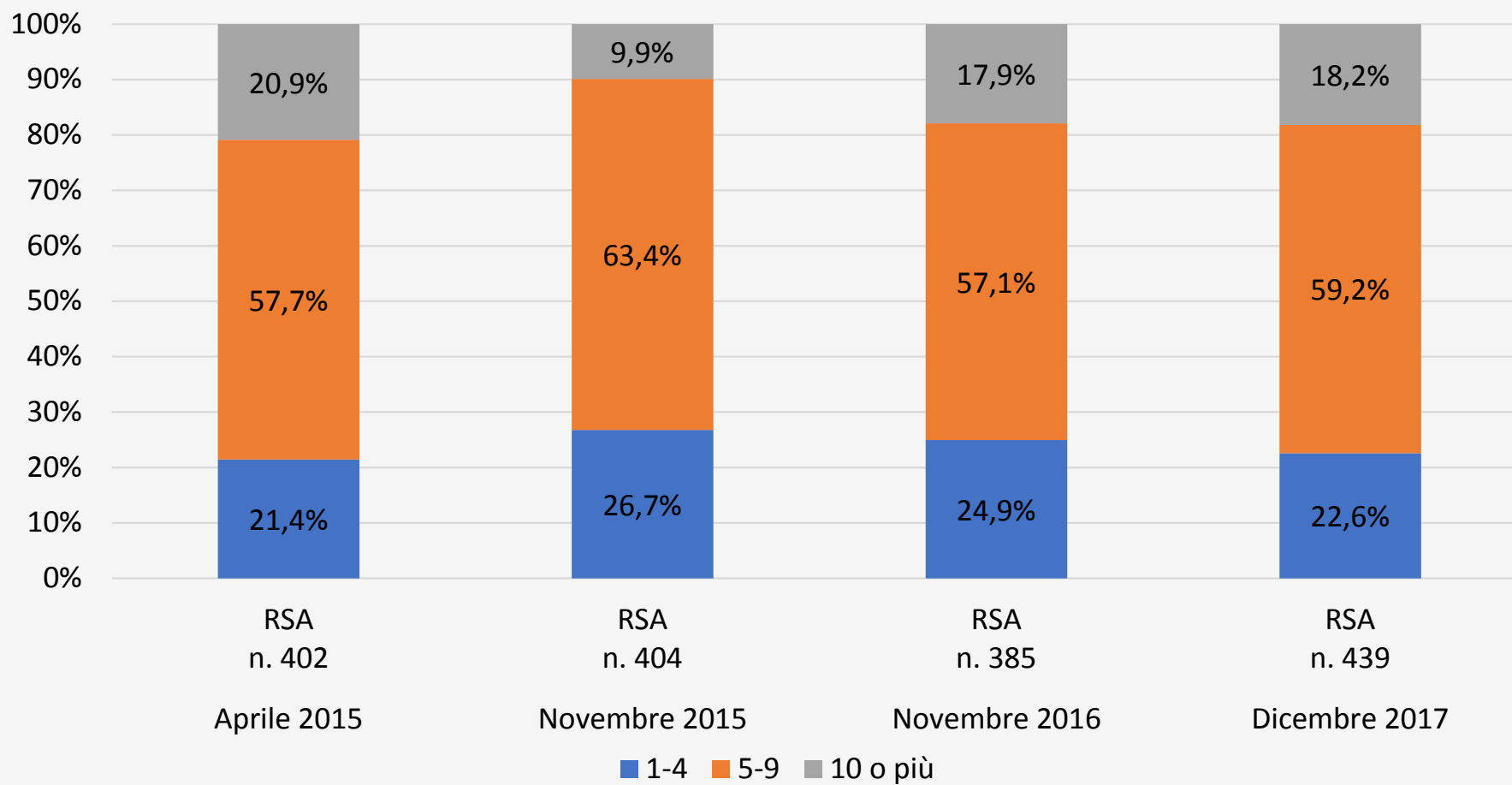
Design and Methods

The study was carried out in the regional healthcare system (RHS) of Friuli Venezia Giulia (FVG), Italy, in March 2014 and explored the three main settings that provide care to elderly: a) all the fourteen public and private acute hospitals of the RHS, b) 46 (out of 90) long term care facilities (LTCFs) (22 nursing homes and 24 long term chronic care facilities) and c) 42 volunteer general practitioners (GPs) representing all the 22 local health districts of RHS.

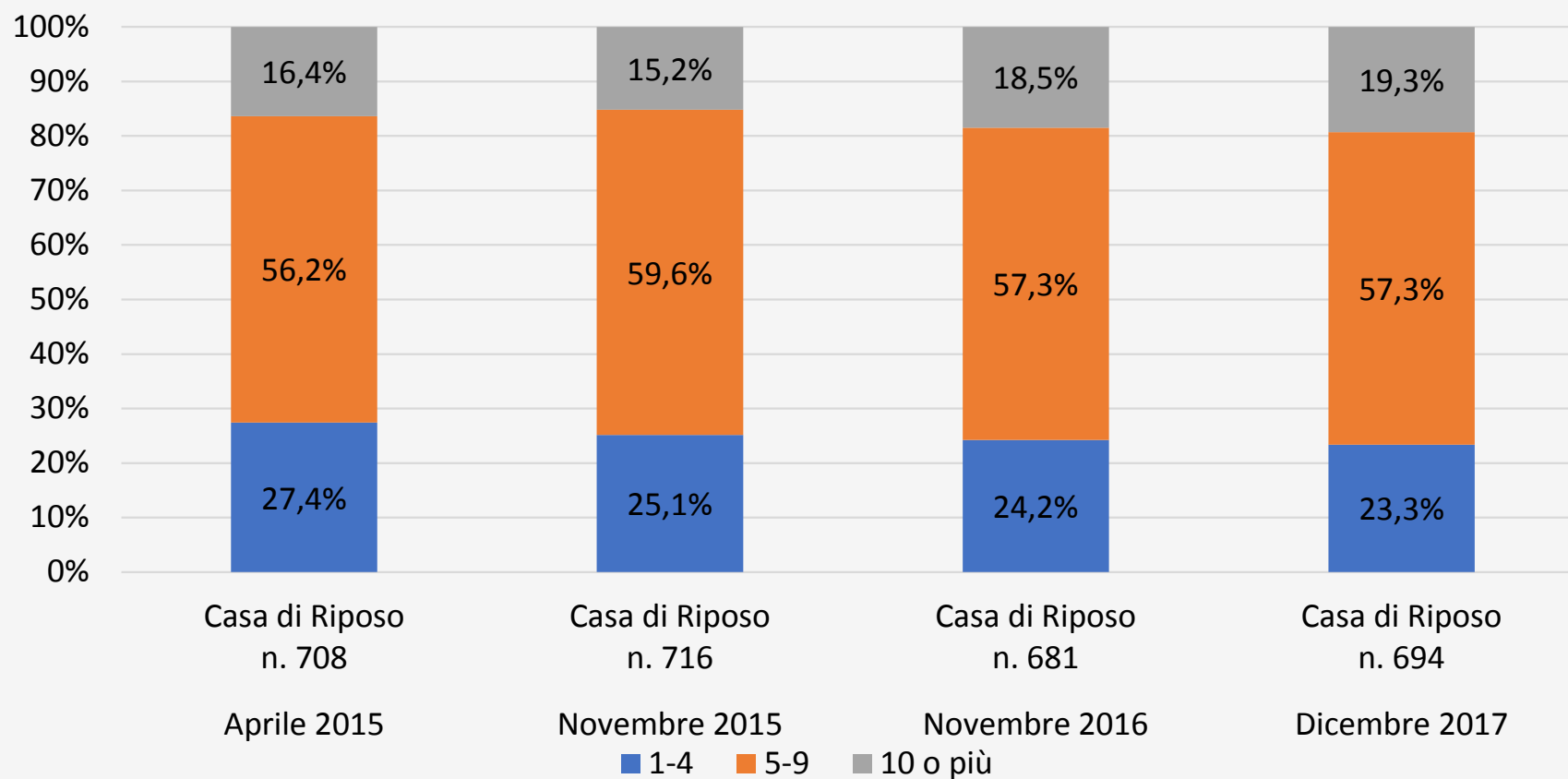
Uso sicuro dei farmaci



Uso sicuro dei farmaci

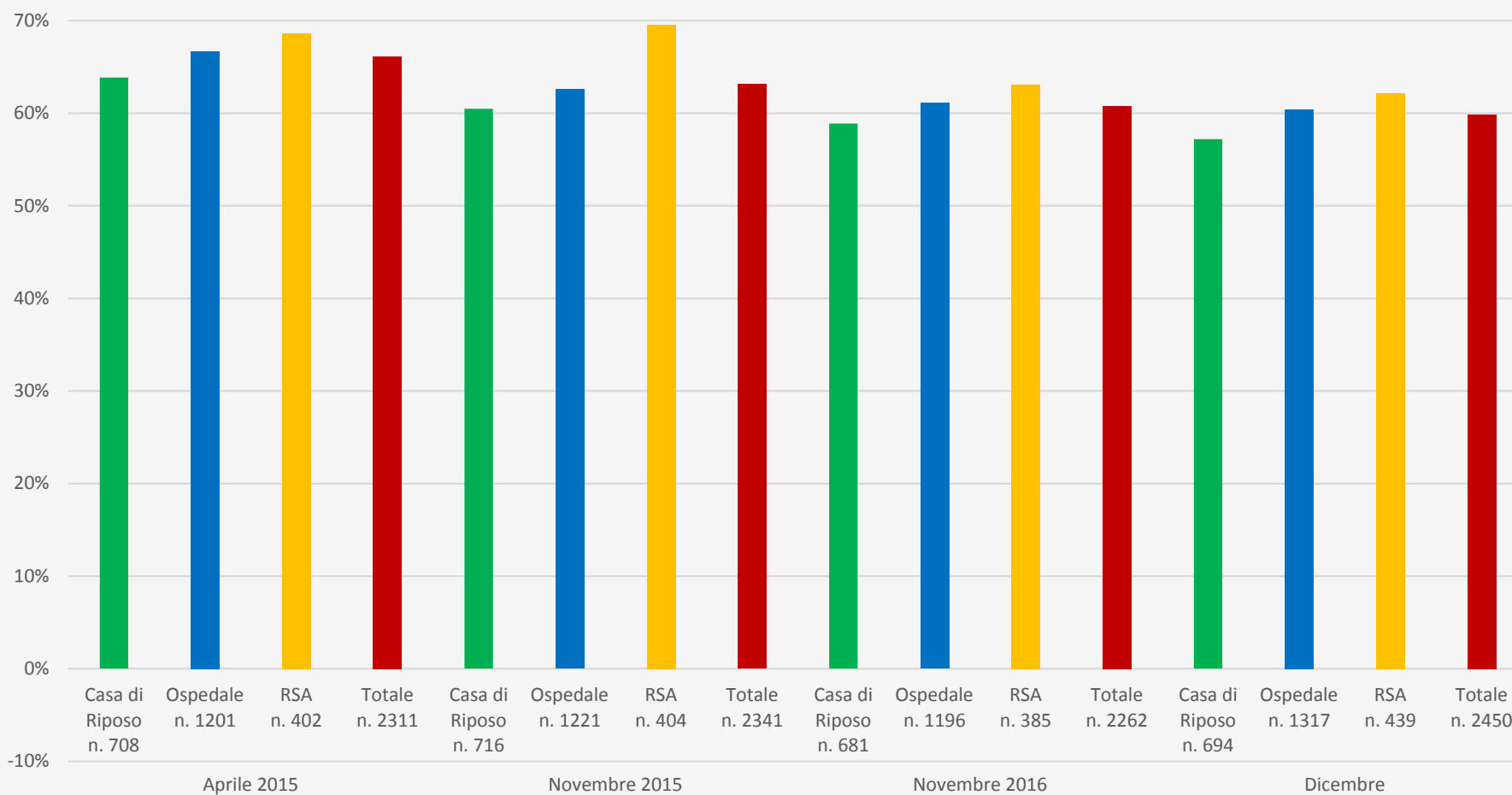


Uso sicuro dei farmaci



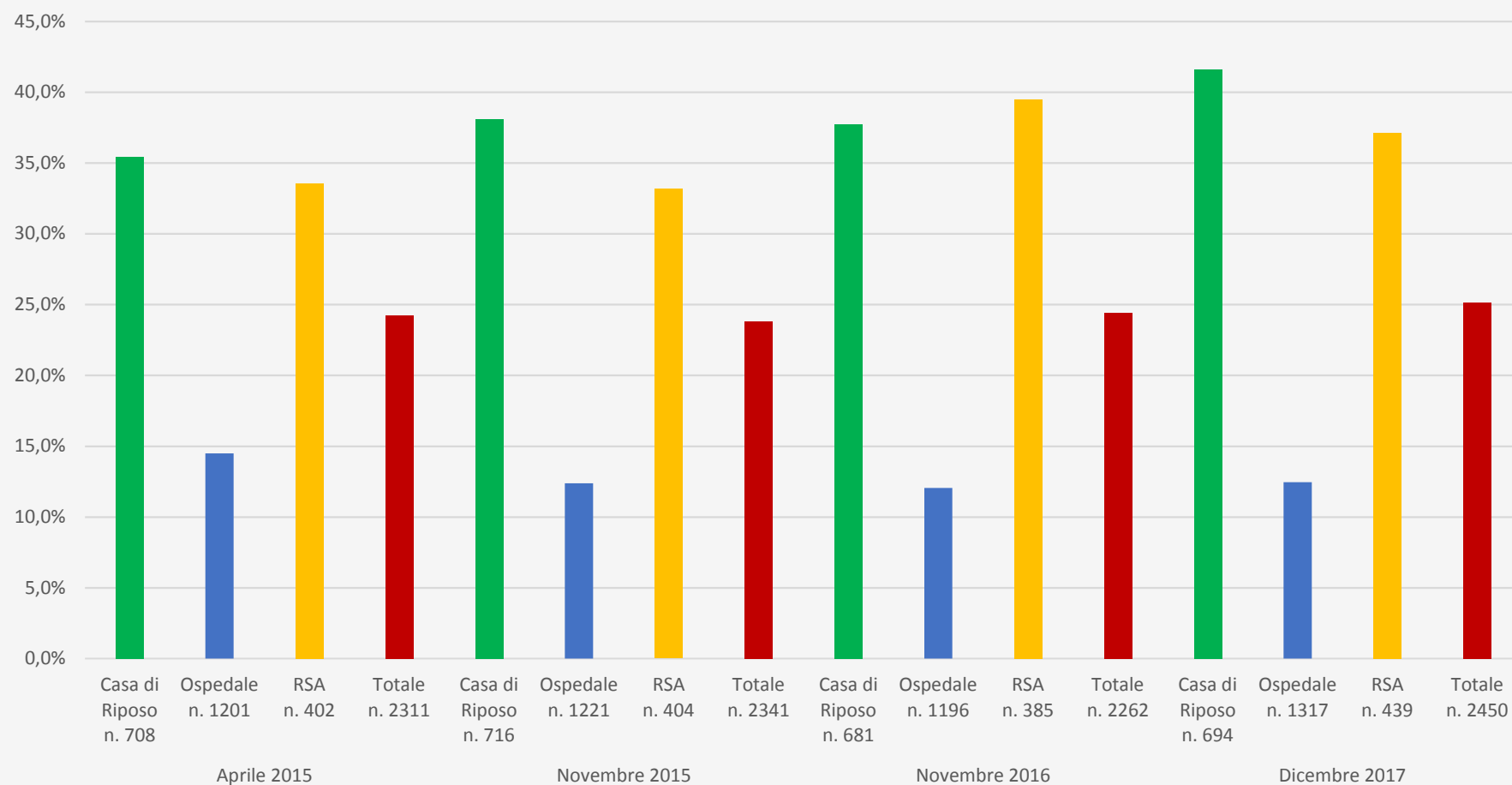
Uso sicuro dei farmaci

Prevalenza PPI (A02BC)



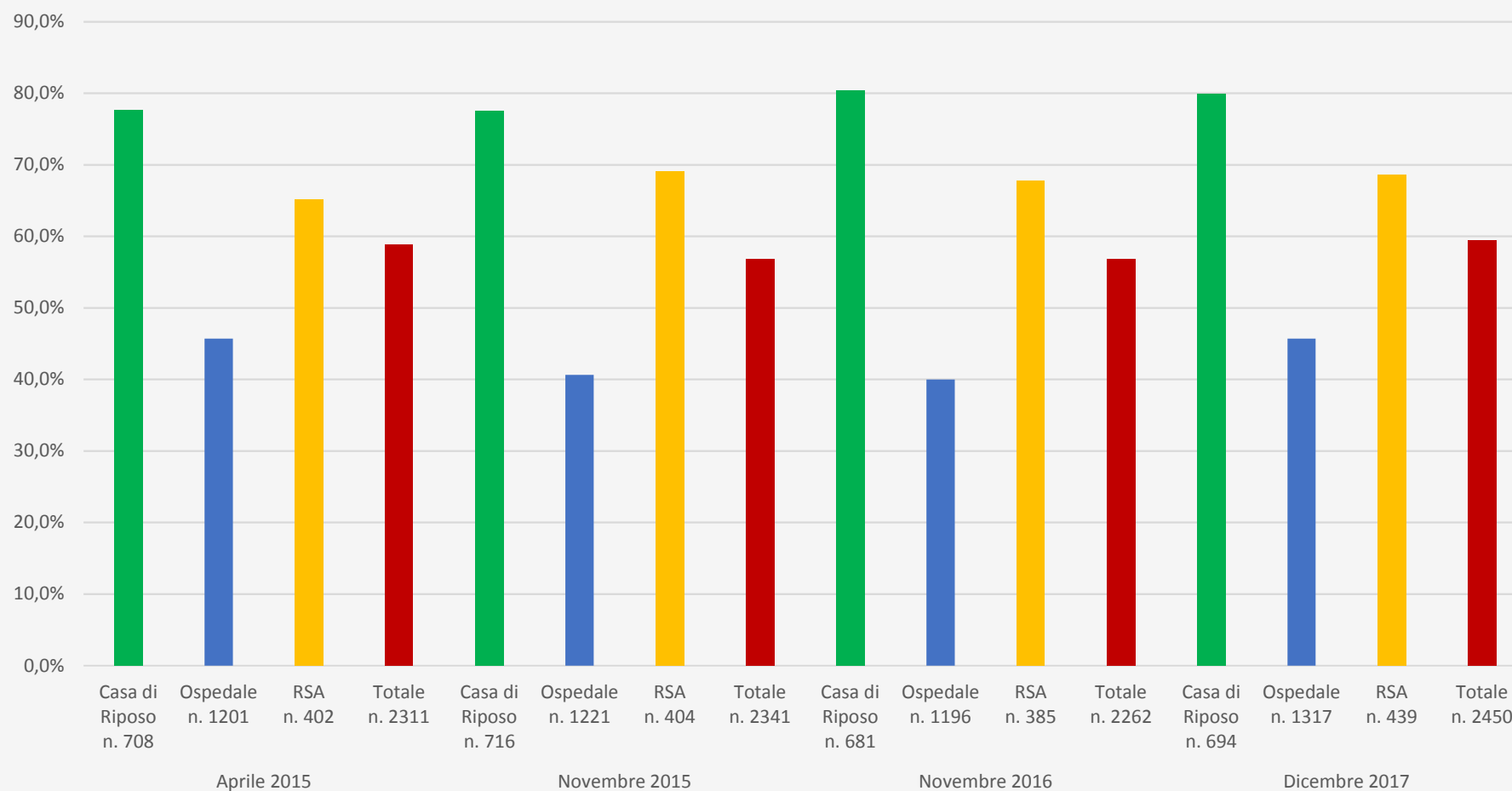
Uso sicuro dei farmaci

Prevalenza BDZ (N05BA-N05CD)



Uso sicuro dei farmaci

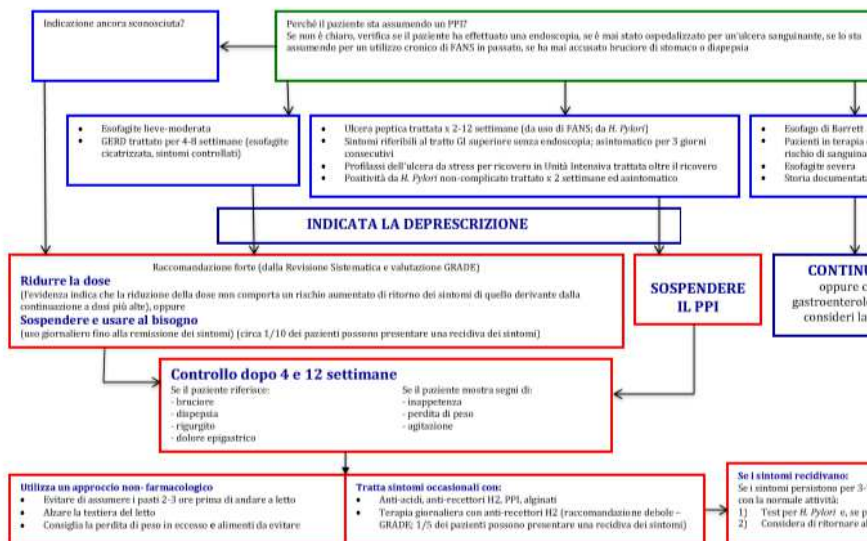
Inappropriatezze secondo Beers



Uso sicuro dei farmaci

Inibitori pompa protonica

Algoritmo sulla Deprescrizione degli Inibitori della Pompa Protonica (PPI) Settembre

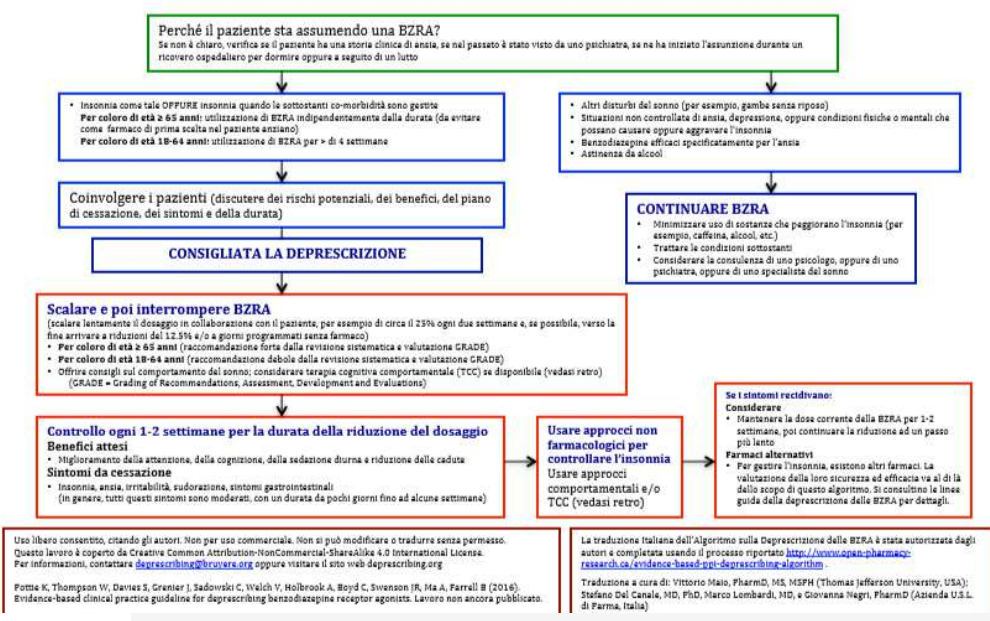


Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso. Questo lavoro è coperto da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare deprescribing@open-pharma.org oppure visitare il sito www.open-pharma.org

La traduzione italiana dell'Algoritmo sulla Deprescrizione dei PPI è stata autorizzata dagli autori e completata usando il processo riportato al seguente: <http://www.open-pharma.org/research/evidence-based-mis-deprescribing-algorithm>

Traduzione a cura di Vittorio Maini, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, USA); Stefano Del Canale, MD, PhD, e Marco Lombardi, MD, e Giovanna Negri, PharmD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia)

Algoritmo sulla Deprescrizione delle Benzodiazepine & Benzodiazepine Analoghi (BZRA) Marzo 2016



Benzodiazepine

Uso sicuro dei farmaci

Polifarmaco – Creatinina nei pazienti con farmaco ad escrezione renale

	Novembre 2016		
	Creatininemia presente		n. pz
	n.	%	
Casa di Riposo	250	77.9	321
Ospedale per acuti	608	97.6	623
RSA/Lungodegenti	182	94.3	193
Complessivo FVG	1040	91.5	1137

Comitato Regionale della Medicina di Laboratorio

Fornito il valore del filtrato glomerulare stimato (eGFR) per ogni creatinina eseguita in pazienti non ricoverati di età superiore ai 18 anni

Uso sicuro dei farmaci

La reportistica per i MMG per evidenziare le politerapie e le interazioni

Barbara Basso e Giannata Pessa - AAS 5

Sulla base di precedenti esperienze regionali (AAS5 e AAS1) si è deciso di

Utilizzare un supporto informatizzato per la creazione di report nominali (pazienti con consenso) per fornire agli MMG dati su:

- Poli-terapie
- Interazioni maggiori

Programmi

Sicurezza delle pratiche clinico-assistenziali

Prevenzione delle lesioni da pressione

Sicurezza del percorso chirurgico

Gestione della docum. clinica

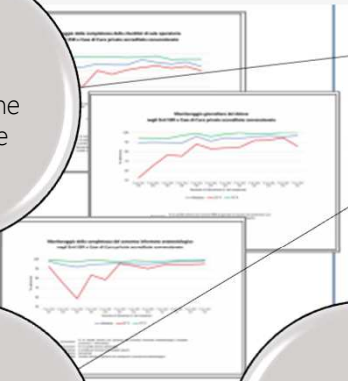
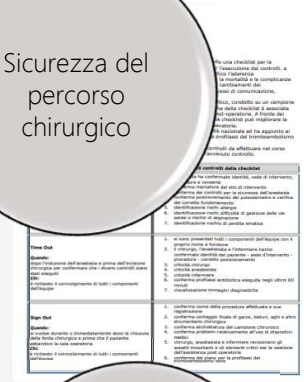
Corretta identificazione del paziente

Valutazione e controllo del dolore

Prevenzione delle cadute

Buone pratiche

Racc. ministeriali



agenzia	2011
1	...
2	...
3	...
4	...
5	...
6	...
7	...
8	...
9	...
10	...
TOTALE	5 12 27 11 22 18 11 12 18

Sicurezza delle pratiche [...]

The screenshot shows the website interface for 'Il database delle buone pratiche'. At the top, there is a navigation bar with the logo, 'Il Sistema Nazionale', 'Call for Good Practices', 'Per saperne di più', and 'Il progetto PaSQ'. Language options for 'IT' and 'EN' are also present.

Il database delle buone pratiche

In questa sezione è possibile consultare le pratiche per il miglioramento della sicurezza del paziente inviate ad AGENAS, a partire dal 2008, in risposta alla Call for Good Practice. In linea con il ciclo delle buone pratiche e, in particolare, con la fase di diffusione/trasferimento, per ogni esperienza è visualizzabile l'intera documentazione trasmessa ad AGENAS, corredata dai riferimenti dei professionisti da contattare per eventuali approfondimenti. Il database è consultabile attraverso la selezione di uno o più criteri di ricerca. Cliccando sul simbolo *i*, è possibile visualizzare una descrizione dei criteri di ricerca.

Criteri di Ricerca

Cerca

Anno di riferimento *i*

Regione *i*

Azienda

Titolo esperienza *i*

Implementazione Focus *i*

Elenco delle esperienze

Indicare una o più chiavi di ricerca ed una volta visualizzato l'elenco delle buone pratiche, premere il pulsante *Q* per visualizzarne i dettagli, oppure premere il pulsante *C* per visualizzare l'esperienza precedente che è stata aggiornata.

Classificazione 2018

Le pratiche inserite fino all'anno **2013** possono essere ricercate esclusivamente in base alla classificazione dell'Osservatorio Buone Pratiche.










La ricerca delle pratiche inserite nel **2014**, anno in cui ha avuto avvio il processo di allineamento alla classificazione utilizzata dal network PaSQ, può essere invece effettuata utilizzando entrambe le modalità di classificazione.


A partire dal 2015, la classificazione delle pratiche è avvenuta unicamente sulla base dei criteri utilizzati nell'ambito del Progetto PaSQ cui sono stati aggiunti, esclusivamente per le edizioni **2016 e 2017** della Call, ulteriori criteri che hanno consentito di integrare la categoria "Pratica sicura" con la sottocategoria "Pratica Sicura²".

A partire dal 2018, il modello di valutazione delle pratiche sviluppato nell'ambito del progetto PaSQ, è stato integrato in modo da consentire l'individuazione delle "buone pratiche", di cui promuovere l'implementazione e la diffusione.(modello di valutazione)

<http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>

Sicurezza delle pratiche [...]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	4	11	22	9	14					
	1	1	5	2	7					
	-	-	-	-	1					
						-	6	4	-	3
						14	-	3	1	1
						1	1	3	-	-
						1	-	-	1	2
						-	-	-	3	6
						2	5	2		2
Totale	5	12	27	11	22	18	12	12	5	14


Buona Pratica Sicura: pratica sostenibile applicata in più di un contesto, la cui efficacia in termini di miglioramento della sicurezza sia dimostrata attraverso il confronto pre-post implementazione, basato su metodi appropriati di valutazione e dimostrato da risultati in termini di processo e di esito (costi, metodi e risultati devono essere accuratamente descritti)


Pratica Sicura: pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, di efficacia dimostrata, descritta accuratamente ma non risultata sostenibile e/o provata in più di un contesto
















Pratica di Efficacia Non Provata (pratica implementata e valutata in maniera completa ma di efficacia non dimostrata e/o descritta in maniera sintetica): pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, ma di efficacia non dimostrata e/o descritta in maniera sintetica


Pratica In Progress (pratica implementata, non valutata ma potenzialmente valutabile): pratica implementata in almeno un contesto, con misurazione baseline ma senza misurazione post-intervento (prevista, ma non ancora effettuata)


Pratica non misurata (pratica implementata, non più valutabile) pratica implementata in almeno un contesto, senza misurazione baseline


Pratica Non Implementata: pratica rispondente alla definizione ma non ancora implementata (iniziative, progetti, idee in fase di sviluppo)

Sicurezza delle pratiche [...]

<p>Implementation of a medication safety tool on management of patients with swallowing difficulties</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1099 </p>	<p>The risk matrix as a governance tool</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1119 </p>	<p>Safety culture: the nursing point of view</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1120 </p>	<p>An educational approach to improve the application of the patient identification's procedure.</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1121 </p>	<p>Food Safety measures</p> <p>PSP R-CP ⇄ 1124 </p>	<p>"Open disclosure": Communication and support in adverse event</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1125 </p>
<p>Open Intensive Care Units</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1126 </p>	<p>Medication Reconciliation</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1129 </p>	<p>Reduce Medical Errors: Therapeutical Single Data Sheet</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 1130 </p>	<p>Correct patient identification - wristbands</p> <p>PSP R-CP ⇄ 1131 </p>	<p>Preoperative path analysis of elective orthopedic patients by the use of a proactive method of risk analysis: FMEA</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 144 </p>	<p>Safe drugs management</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 483 </p>
<p>Applying the Failure Mode Effect and Criticality Analysis to develop a Intra-Operative Radio Therapy procedure</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 485 </p>	<p>Prevention and treatment of decubitus lesions</p> <p>PSP R-CP ⇄ 487 </p>	<p>Voluntary incident reporting in hospital setting</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 490 </p>	<p>The Use of Bracelets for Correct Identification of Cadavers: ASS5 Guidelines Implementation</p> <p>PSP R-CP ⇄ 492 </p>	<p>The quarterly report on patient safety</p> <p>PSP R-CRMP ⇄ 493 </p>	<p>Organizational model for tissue procurement</p> <p>PSP R-CP ⇄ 886 </p>

36 Buone pratiche presenti nel sito PASQ

Sicurezza delle pratiche [...]

Applicazione legge 24/2017 risarcimenti contenzioso 5 anni precedenti e altri dati
 Presente sui siti-web aziendali al percorso:
 Amministrazione trasparente – altri contenuti – dati ulteriori - sicurezza cure

Segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci (ADR)		Segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci (ADR)		Segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci (ADR)	
Numero di segnalazioni nel 2018	37	Numero di segnalazioni nel 2018	306	Numero di segnalazioni nel 2018	31
Gravità	Non grave: 24 Grave: 12 Non disponibile: 1	Gravità	Non grave: 255 Grave: 51 Non disponibile: 0	Gravità	Non grave: 21 Grave: 10 Non disponibile: 7
N. di segnalazioni x milioni di abitanti		N. di segnalazioni x milioni di abitanti	1530	N. di segnalazioni x milioni di abitanti	N.A.
Reclami effettuati all'URP (ufficio relazioni con il pubblico) riguardanti l'ambito della gestione del rischio sanitario*		Reclami effettuati all'URP (ufficio relazioni con il pubblico) riguardanti l'ambito della gestione del rischio sanitario*		Reclami effettuati all'URP (ufficio relazioni con il pubblico) riguardanti l'ambito della gestione del rischio sanitario*	
Sinistri nell'ambito della gestione del rischio sanitario*		Sinistri nell'ambito della gestione del rischio sanitario*		Sinistri nell'ambito della gestione del rischio sanitario*	
Sistema di segnalazione volontaria di eventi avversi o di "quasi eventi" (near miss)		Sistema di segnalazione volontaria di eventi avversi o di "quasi eventi" (near miss)		Sistema di segnalazione volontaria di eventi avversi o di "quasi eventi" (near miss)	

TRASPARENZA DEI DATI – AI SENSI DELL'ART.4, COMMA 3 DELLA LEGGE 8 marzo 2017, n. 24
 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
 Importi pagati sinistri a persone*

	2014	2015	2016	2017	2018	TOTALE
A.A.S. 2 - "Bassa Friulana-Isontina"	1.628.612,76	1.411.096,13	1.677.743,16	1.413.869,71	3.022.226,29	9.063.538,03
A.A.S. 2 - "Bassa Friulana-Isontina"	€	407.510,80	322.664,57	637.494,80	487.979,82	1.965.654,79
ASS 2 - Isontina	1.165.868,62	698.629,84	1.268.846,20	587.098,29	2.094.419,68	5.762.782,63
ASS 5 - Bassa Friulana	372.144,13	255.649,40	68.232,38	189.268,62	469.927,99	1.355.120,61

*A.A.S. 2 - "Bassa Friulana-Isontina" istituita con LR 17/2014 a decorrere dal 01/01/2015 mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana"
 NOTE: Gli importi indicati sommano gli esborsi pagati in franchigia e gli esborsi sostenuti dalla Compagnia di Assicurazione
 N.B. La variabilità degli importi dipende principalmente dal numero e dall'entità dei sinistri pagati dalla Compagnia di Assicurazione

PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (RISK MANAGEMENT)

Segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci (ADR)		Reclami effettuati all'URP (ufficio relazioni con il pubblico) riguardanti l'ambito della gestione del rischio sanitario*		Sinistri nell'ambito della gestione del rischio sanitario*		Sistema di segnalazione volontaria di eventi avversi o di "quasi eventi" (near miss)	
Numero di segnalazioni nel 2018	37	Numero di segnalazioni nel 2018	5	Numero di sinistri denunciati nel 2018	73	Numero di segnalazioni di eventi avversi + near miss, escluse le cadute nel 2018	151
Gravità	Non grave: 24 Grave: 12 Non disponibile: 1	Gravità	Non grave: 5 Grave: 0 Non disponibile: 0	Tipologia di approfondimento richiesto	RCA: 1 audit strutturato: 0 audit breve: 17 contatto telefonico, mail: 85	Tipologia di approfondimento richiesto	RCA: 1 audit strutturato: 0 audit breve: 17 contatto telefonico, mail: 85
N. di segnalazioni x milioni di abitanti		N. di segnalazioni x milioni di abitanti	1530	N. di azioni di miglioramento attuate e concluse nel 2018	162	N. di segnalazioni che hanno richiesto approfondimento nel 2018	103

*Incluse solo le segnalazioni attinenti a tematiche di rischio clinico e sicurezza del paziente
 ** Il numero dei sinistri fa riferimento esclusivamente ai risarcimenti richiesti in conseguenza di danni alle persone riferiti agli Enti del SSR

Programmi

Integrazione fattori rischio alla dimissione



Incontri con le associazioni di cittadini



Coinvolgimento del cittadino

Formazione e informazione



Handbook guida pratica per il cittadino



Coinvolgimento del cittadino

FATTORI DI RISCHIO di PROVA AAA (19/07/1990)

Infezioni/colonizzazioni trasmissibili

Infezioni Presenti	Si *
Agente causale	descrizione testo

Lesioni da pressione (LdP)

Lesioni Presenti	Si descrizione lesioni
Paziente a rischio	No
Punteggio Norton alla dimissione	10

E' stato attivato il percorso per la continuità di cura per la gestione LdP Si

Cadute accidentali

Paziente a rischio	No
Punteggio Conley alla dimissione	8

Complicanze tromboemboliche

Paziente a rischio	Si *
--------------------	------

Sospette reazioni avverse da farmaci (ADR)

Il paziente ha manifestato una sospetta ADR **SI** durante il ricovero

Principio attivo sospetto 1 **BETALANINA**

Principio attivo sospetto 2 **CALCIO SACCARATO**

In caso di sospetta reazione avversa si invita a compilare la scheda di segnalazione AIFA ed inviarla al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza all'indirizzo email _____

Udine, 07/10/2014

Il Medico:

UTILI

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE, RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) E CASE DI RIPOSO

INFORMAZIONI PER LE PERSONE A RISCHIO DI CADUTA

ira senza lacci e con suole

i movimenti;

e, così è più facile salire o

irtello giallo con il segnale di

izie;

i, la aiuteranno ad alzarsi ed a

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



COLONIZZAZIONE DA MICRORGANISMO RESISTENTE AGLI ANTIBIOTICI

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI DIMESSI CON COLONIZZAZIONE DA MICRORGANISMO RESISTENTE AGLI ANTIBIOTICI, PER I LORO FAMILIARI E LE PERSONE CHE COLLABORANO ALLA LORO ASSISTENZA

CHE COSA SONO I MICRORGANISMI DA UNO O PIÙ GUARIGIONE.

CHI È LA PERSONA ANTIBIOTICI? La persona col sviluppa mala esami.

PERCHÉ È IMPORTANTE AGLI ANTIBIOTICI? È importante sono ridotte (malattia).

COME SI PREVIENE A domicilio i estremamente utilizzare quot

QUALI SONO LE

- Igiene e oppure lavarsi i igienici,
- Pulizia attenti; porte, i sono sul
- Lavaggi richiesti: acqua c
- Lavaggi in lava: scambia
- Uso di come li
- Vita di le relax
- Contatt

INFORMAZIONI per il PAZIENTE e per chi lo ASSISTE



PREVENIRE LE "LESIONI DA PRESSIONE /PIAGHE DA DECUBITO"

INFORMAZIONI RIVOLTE ALLE PERSONE CHE FANNO FATICA A MUOVERSI, AI LORO FAMILIARI E ASSISTENTI.

COS'È LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione da pressione (piaga da decubito) è un danno della pelle; all'inizio si presenta come un arrossamento poi può formarsi una bolla e una ferita. In alcuni casi la lesione può arrivare fino al muscolo e all'osso.

PERCHÉ SI FORMA LA LESIONE DA PRESSIONE?

La lesione si può formare nelle zone del corpo che restano schiacciate a lungo, per esempio quando una persona deve restare distesa o seduta per tanto tempo nella stessa posizione.

In questi punti del corpo i vasi sanguigni rimangono schiacciati a lungo e quindi il sangue non circola. È importante prevenire la comparsa della lesione, perché è molto dolorosa ed è difficile guarire.

CHI SONO LE PERSONE A RISCHIO?

Le persone ferme a letto, o sedute per lungo tempo, rischiano di sviluppare lesioni da pressione. Il rischio aumenta se la persona:

- fa fatica a mangiare e a bere;
- ha la pelle umida o rovinata a causa del contatto prolungato con urine, feci o sudore;
- ha la pelle insensibile al caldo o al freddo e non sente il bisogno di cambiare posizione;
- ha febbre, diabete, malattie neurologiche, polmonari, cardiache;
- è obesa o è dimagrita molto negli ultimi 3 mesi;
- ha già una lesione da pressione o l'ha avuta in passato.

IN QUALI PUNTI DEL CORPO SI PUÒ SVILUPPARE UNA LESIONE DA PRESSIONE?

I principali punti sono: l'osso sacro, i talloni, l'ossa del bacino ed altre come indicato dai puntini nei disegni (vedi figura 1).

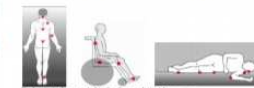


Fig. 1. I principali sono a rischio di sviluppare lesioni da pressione

Coinvolgimento del cittadino

FORMAZIONE CITTADINI

Le vaccinazioni e l'uso prudente degli antibiotici - 2017 **programma**

Consigli per un utilizzo sicuro di medicinali ed altri prodotti - 31 gennaio 2018
Cordenons (PN) **programma**

Uso prudente degli antibiotici - 9 marzo 2018 Campolongo al Torre (UD)
programma

Il coinvolgimento del cittadino nei percorsi di cura - 13 marzo 2018 Cordenons (PN)
programma

Consigli per un uso prudente degli antibiotici - 28 marzo 2018 Raveo (UD) -
programma

Consigli per un uso prudente degli antibiotici e uso sicuro dei medicinali - 4 aprile
2018 Moggio Udinese (UD) - **programma**

Consigli per un uso prudente degli antibiotici e uso sicuro dei medicinali - 18 aprile
2018 Comeglians (UD) - **programma**

Incontro con i cittadini
Venerdì 20 marzo 2018 ore 20.30
Cordenons (PN) **ANTIBIOTICI**

INCONTRO CON I CITTADINI
Martedì 13 marzo 2018 ore 17.00
Sala Consiliare Centro Culturale A. Moro - Cordenons
Saluto presidente Utea Celso Ongaro
Saluto Sindaco città di Cordenons Andrea Delle Vedove
Introduzione dell'incontro
dott. Fulvio Kette
Risk Manager AASS

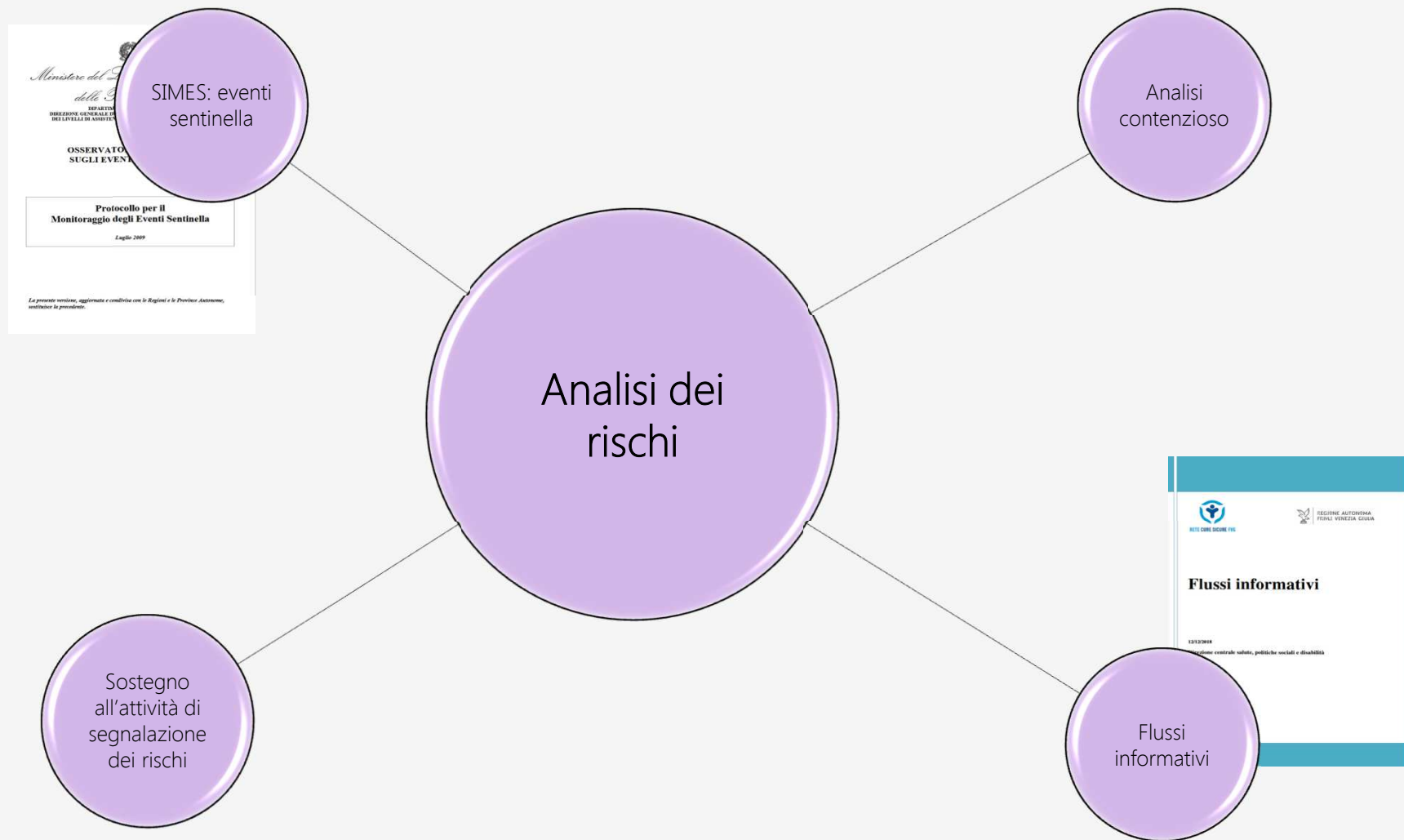
Incontro con i cittadini
Venerdì 25 maggio 2018 ore 20.30
Presso la Sede degli Alpini in via Redipuglia, 15
San Vito al Torre
USO SICURO DEI FARMACI
Saluto del Sindaco del Comune di San Vito al Torre
Gabriele Zanin
Saluto della Presidente AFDS della Sezione di San Vito al Torre
Susanna Toffolo
Le reazioni avverse ai farmaci e polifarmacoterapia:
il ruolo dei cittadini
dr.ssa Gabriella Millevoi
Responsabile di Farmacovigilanza Aziendale e Referente di Vigilanza
dei Dispositivi Medici dell'AAS 2 "Bassa Friulana - Isontria"
Gli antibiotici: farmaci preziosi da custodire
dr.ssa Camilla Negri
Medico infettivologo dell'AAS 2 "Bassa Friulana - Isontria"
Ingresso libero

INCONTRO CON I CITTADINI
Mercoledì 28 marzo ore 20:30
"Osteria da Pinu" - Comune di Raveo
CONSIGLI PER UN USO PRUDENTE

INCONTRO CON I CITTADINI
Mercoledì 31 gennaio 2018 ore 17.00
Sala Consiliare Centro Culturale A. Moro - Cordenons
CONSIGLI PER UN UTILIZZO SICURO DI MEDICINALI E ALTRI PRODOTTI
Saluto presidente Utea Celso Ongaro
Saluto Sindaco città di Cordenons Andrea Delle Vedove

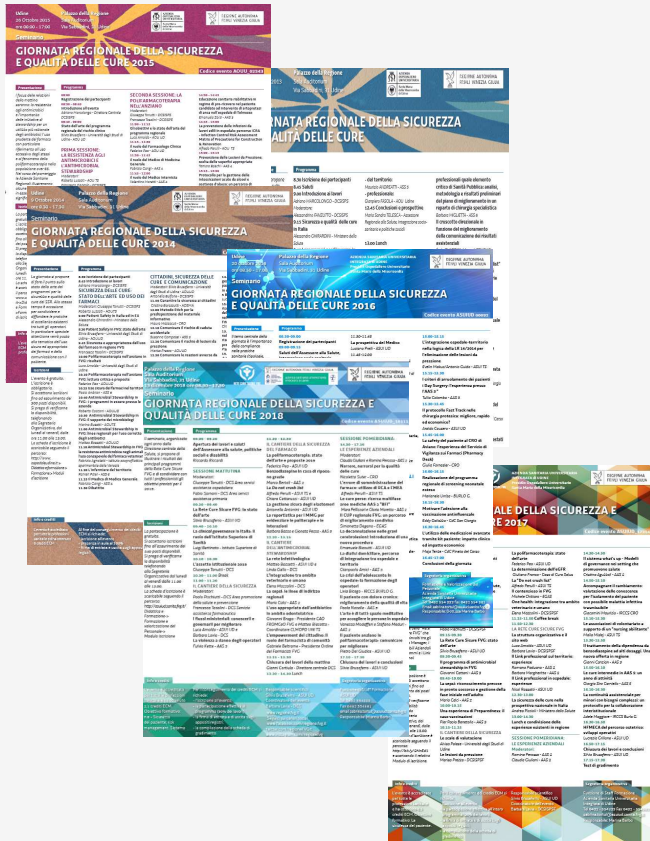
INCONTRO CON I CITTADINI
Mercoledì 18 aprile ore 20:30
Sala polifunzionale l'Alpina Comune di Comeglians
CONSIGLI PER UN USO PRUDENTE DEGLI ANTIBIOTICI E USO SICURO DEI MEDICINALI
Saluto del Sindaco di Comeglians Stefano De Antoni
Saluto del Vice-Presidente della Sezione AFDS Riccardo Carrera
Saluto del Presidente di Sezione Nicoletta De Antoni
INTRODUZIONE DELL'INCONTRO
dott.ssa Marta Polonia
SOS QARC AAS3
PROGRAMMA
CONSIGLI PER UN USO PRUDENTE DEGLI ANTIBIOTICI
dott. Giovanni Cattani-dott. Alberto Pagotto
Esperti terapia antibiotico-Medico Distretto 4 Colnago - Medico Medicina Tobacco
CONSIGLI PER UN USO SICURO DEI MEDICINALI
dott. Andrea Morsanutto- Farmacia territoriale AAS3
INGRESSO LIBERO

Programmi



Giornata regionale

Dal 2013



Auditorium "Antonio Cornelli"
 Palazzo della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia via Sabbadini 30 - Udine
 Martedì, 10 dicembre 2019 ore 08.30 - 17.30

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
RETE CURE SICURE FVG
ASSENZA dell'Università
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Seminario
GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2019

Codice evento ASUIUD_19332

Presentazione

Il seminario annuale organizzato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità si propone di illustrare i risultati e di condividere con tutti i professionisti gli obiettivi previsti per il 2020

Inscrizione obbligatoria
<https://tinyurl.com/moduli-inscrizioni>

La partecipazione è gratuita e l'accesso in sala è consentito fino all'esaurimento dei posti disponibili; si prega di verificare la disponibilità telefonando alla Segreteria Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle 11.00 alle 13.00

Programma

08.30 Registrazione dei partecipanti
09.00 Apertura dei lavori e indirizzi di saluto
 Riccardo Riccardi
 Vicepresidente e Assessore regionale alla salute, politiche sociali e disabilità, delegato alla protezione civile

SESSIONE MATTUTINA
09.20
 Il nuovo assetto istituzionale e la riorganizzazione dei livelli d'assistenza
 Giuseppe Tonutti - ASUI UD
09.40
 La Rete Cure Sicure FVG: stato dell'arte
 Silvio Brusafiero - Istituto Superiore di Sanità, Luca Arnoldo - ASUI UD e Barbara Lavia - DCS

10.00
 FOCUS 1: LO STATO DELL'ARTE A DUE ANNI DALL'APPROVAZIONE DELLA LEGGE "GELLI"
 Moderatori: Luca Arnoldo - ASUI UD e Alfredo Perulli - ASUI TS

10.30 pausa caffè

11.00
 Il difensore civico quale garante della salute
 Arrigo De Pauli - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

11.30
 La gestione della copertura assicurativa RCT/O delle Aziende Sanitarie della Regione FVG
 Mario Mariani - ARCS

11.50
 L'accreditamento istituzionale e le cure sicure
 Alfredo Perulli - ASUI TS

12.10 discussione
 FOCUS 2: LO STATO DELL'ARTE DEI PROGETTI SULLA SICUREZZA DEL FARMACO

12.20
 La terapia a lungo termine con benzodiazepine nelle case di riposo: un anno dopo
 Marco Bertoli - AAS 2

12.40
 L'utilizzo appropriato degli inibitori di pompa protonica: avvio del progetto regionale
 Federico Pea - ASUI UD

13.00 pausa pranzo

SESSIONE POMERIDIANA:
FOCUS 3: LE ESPERIENZE AZIENDALI
 Moderatori: Claudia Giuliani - AAS 2 e Romina Perossa - BURLO G.

14.30
 La gestione coordinata tra servizi territoriali e ospedalieri dell'antimicrobico stewardship: l'esperienza dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria "Friuli Occidentale"
 Massimo Crapis - AAS 5

14.50
 La Smart Run Chart - La sorveglianza si semplifica
 Cinzia Cargnelutti - ASUI UD

15.10
 Una ciliegia tira l'altra: strategie per migliorare la copertura vaccinale degli operatori sanitari
 Stefano Russian - Burlo G.

15.30
 La lettera di dimissione/trasferimento infermieristica nel DAI di Medicina: sviluppo ed implementazione
 Alessandro Pipoli - ASUI TS

15.50
 La sicurezza delle cure in day-surgery: monitorare e semplificare
 Roberto Prandi AAS 2

16.10
 La valutazione ex post della corretta indicazione del codice di priorità (B, D) nell'invio a prima visita per terapia antalgica in Friuli Venezia Giulia
 Luca Miceli - CRO

16.30
 L'Università e gli ospedali insieme per un'assistenza basata sulle evidenze: dati preliminari studio internazionale ProCare
 Barbara Narduzzi - AAS 3

16.50
 Essere pronti per una maxiemergenza: sviluppo di un tool per la simulazione e sua implementazione
 Alfredo Perulli - ASUI TS

17.10 conclusioni

Info e crediti

L'evento è accreditato per tutte le professioni sanitarie e ha ottenuto 3,0 crediti ECM. Obiettivo formativo: 6 - Sicurezza del paziente, risk management.

Per il conseguimento dei crediti ECM si richiede:
 - l'iscrizione all'evento
 - la partecipazione attiva all'intero programma (90% dei lavori)
 - la firma di entrata e di uscita sugli appositi registri
 - la compilazione della scheda di gradimento

Responsabile scientifico
 Luca Arnoldo - ASUI UD

Coordinatore dell'evento
 Barbara Lavia - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Segreteria organizzativa

Funzione di Staff Formazione ASUI UD
 Tel 0432 554333 Fax 0432 554381
 email sabrina.fortu@asuiud.sanita.fvg.it
 Responsabile: Marina Barbo

Visita il sito rete sicure FVG: <https://tinyurl.com/rete-cure-sicure>