

Udine
14 Ottobre 2013
ore 8.30

Palazzo della Regione
Sala Auditorium
Via Sabbadini, 31 Udine



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
Santa Maria
della Misericordia
di Udine



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Seminario

GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE

I programmi per la sicurezza della cure in Friuli Venezia Giulia

Silvio Brusaferrò

L'intervento

- Il percorso del Friuli Venezia Giulia
- Principi ed indirizzi
- I programmi
- Le prospettive

L'intervento

- Il percorso del Friuli Venezia Giulia
- Principi ed indirizzi
- I programmi
- Le prospettive

È un storia
lunga almeno 30 anni ...



Who we are
Who we are
Timeline
ISQua Mission
Our People
Lifetime Membership Award
Distinguished Service Award
Experts
Partnerships
Constitution & Policy Documents
Patient Perspective Representative
Board Elections 2013

Timeline



1984

Meeting of health care professionals. This was considered ISQua's 1st International Conference although the organisation wasn't founded until three months later. (Sweden)

1984

Meeting of the European Office of The World Health Organisation (EURO) to discuss training in quality assurance. This became known as the ISQua's 2nd International Conference. (Udine, Italy)

1984

Peter Reizenstein was elected as the 1st President of ISQua. (Udine, Italy)

Programma Regionale FVG sulle ICA 1996

- La sorveglianza e controllo delle II.OO è uno tra gli obiettivi annuali individuati dall'Agenzia Regionale alla Sanità per le AO e per le ASL a partire dal 1996.
- Meccanismo di incentivazione di tipo detrattivo ovvero il mancato raggiungimento poteva portare ad una detrazione sul fatturato delle aziende fino al 3x1000

Regione FVG Patient Safety e accreditamento istituzionale

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA

La Direzione ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per i pazienti, gli operatori, i visitatori.

Presenza di uno o più documenti su analisi dei rischi per pazienti, operatori e visitatori.

La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione (incident reporting).

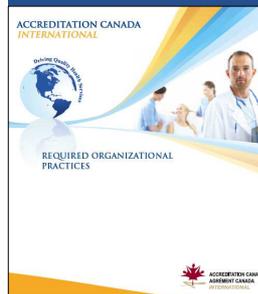
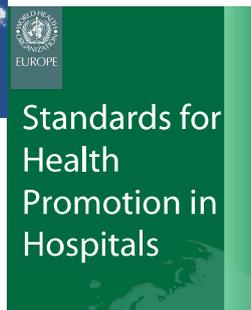
Scheda di segnalazione eventi sentinella Ministero della salute. Schede di segnalazione del sistema di incident reporting locale con la registrazione degli eventi avversi e near miss.



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

REQUISITI GENERALI
DI ACCREDITAMENTO

Patient safety e accreditamento all'eccellenza e professionale



L'intervento

- Il percorso del Friuli Venezia Giulia
- Principi ed indirizzi
- I programmi
- Le prospettive

I principi guida

- Continuità con i programmi in essere nel SSR
- Raccordo con i programmi nazionali ed europei
- Garantire standard minimi (misurabili) in modo diffuso nel SSR
- Miglioramento continuo come dinamica nel breve e medio termine
- Misurare, condividere i risultati, intraprendere azioni di miglioramento.
- Definizione e condivisione dello scenario (e relativi obiettivi) a:
 - A breve (anno successivo)
 - Medio Termine (3 anni)

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali <small>tel + 39 040 377 5520 sanità.pal.sic@regione.fvg.it fax + 39 040 377 5523 I - 34124 Trieste, via Nazario Sauro 9</small>	
Linea n. 3.4.3.3 : Sicurezza e governo clinico	
<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Ferme restando le attività in essere già oggetto di programmi regionali negli anni scorsi, si chiede alle Aziende, sia in tema di sicurezza del paziente, che di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza di continuare le attività di monitoraggio già strutturate e attivare programmi di miglioramento rispetto agli standard raggiunti. La DCSPS definirà gli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza da raggiungere in tutti i punti del SSR.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento degli standard omogenei minimi di qualità e sicurezza. • Prosecuzione attività di monitoraggio avviate su sicurezza del paziente e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. • Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea (ottobre 2011) sulle infezioni correlate all'assistenza. 	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasmissione alla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, entro il 30 marzo 2011, di un documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 sul tema della sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza delineando i programmi di miglioramento previsti per ciascuna area e gli obiettivi individuati. • Trasmissione alla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, entro il 30 novembre 2011, di un documento consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi di miglioramento fissati per l'anno in corso. • Partecipazione alla prima rilevazione della prevalenza europea sulle infezioni correlate all'assistenza, secondo le modalità che saranno emanate dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.
<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2011 </div>	

**LINEE PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ANNO 2012**



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI

Tel + 39 040 377 5520
Fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 6

- Sicurezza e governo clinico

Il percorso teso ad perseguire la garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale era presente ed è continuato nella programmazione 2010-2011.

Nel corso dell'ultimo anno esso ha portato ad individuare e condividere, con i referenti aziendali delle strutture pubbliche e private accreditate, obiettivi e indicatori nei programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente rispetto a standard omogenei anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.

Per l'anno 2012 vanno previsti il monitoraggio degli indicatori sviluppati nel 2011 e l'adozione di azioni di miglioramento in alcuni settori critici comprensivi della sicurezza del paziente :

- farmaco resistenza ✓
- documentazione sanitaria ✓
- sicurezza farmaci ✓
- sistemi di incident reporting ✓

Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel corso del 2011 sono stati individuati e condivisi, con i referenti aziendali delle strutture pubbliche e private accreditate, a fronte di obiettivi e indicatori nei programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente rispetto a standard omogenei anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.

**LINEE PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ANNO 2013**



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 6

Governo clinico e sicurezza delle cure

Nel corso del 2012 il programma è stato consolidato attraverso il monitoraggio in tutte le strutture pubbliche e nelle 5 case di cura private accreditate di indicatori di qualità e sicurezza delle cure del paziente rispetto a standard omogenei, anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.

Nel 2013 prosegue l'attuazione del programma del governo clinico e della sicurezza delle cure che si articola in attività raggruppate in 5 ambiti di intervento:

1. Consolidamento e miglioramento continuo dei programmi in essere; ✓
2. Monitoraggio di indicatori di processo ed esito relativamente ad alcune patologie; ✓
3. Standardizzazione della documentazione sanitaria tra i diversi livelli di assistenza; ✓
4. Implementazione di programmi specifici su:
 - a. Rischio chirurgico ✓
 - b. Sicurezza nell'uso dei farmaci ✓
 - c. Rischio infettivo ✓
 - d. Lesioni decubito e cadute accidentali ✓
5. Formazione del personale sulle tematiche specifiche. ✓

la Regione dalla A alla Z

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

mappa | rss | login | versione stampabile

fasard | cerca

english | furlan | slovensko | deutsch

ISTRUZIONE RICERCA | FORMAZIONE LAVORO | ECONOMIA IMPRESE | FAMIGLIA CASA | SALUTE SOCIALE | CULTURA SPORT | FONDI EUROPEI FVG INTERNAZIONALE | AMBIENTE TERRITORIO | INFRASTRUTTURE LAVORI PUBBLICI

sei in: home > salute sociale > governo del sistema sociale e... > **Governo clinico**

governo del sistema sociale e sanitario

governo clinico

Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria è obiettivo centrale del servizio sanitario al fine garantire la risposta giusta, al momento giusto e nel luogo giusto ai bisogni assistenziali espressi da ciascun cittadino. Il governo clinico è la metodologia attualmente più efficace per andare in questa direzione perché privilegia un approccio integrato attraverso un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, una corretta gestione del sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione a tutti i livelli. La realizzazione concreta del governo clinico a livello regionale ha coinvolto professionisti delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che hanno partecipato all'elaborazione di percorsi assistenziali, alla costruzione delle reti sanitarie e al monitoraggio della qualità dell'assistenza con la finalità di supportare i professionisti ad individuare le risposte più adeguate garantendo ai cittadini scelte terapeutiche appropriate, equità di accesso e omogeneità di cura.

Per approfondimenti: programma di governo clinico e sicurezza del paziente Friuli Venezia Giulia

Gestione del rischio clinico

- Partecipazione regionale allo studio di prevalenza promosso dall'ECDC sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti
- Valutazione sui programmi regionali per la gestione del rischio clinico
- Partecipazione al progetto WHO "Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010"
- Indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi
- Indicazioni per la gestione delle infezioni da acinetobacter baumannii
- farmaci off label terapia per l'acinetobacter
- modulo di consenso informato alla somministrazione di farmaci per la terapia dell'infezione da acinetobacter baumannii

accreditamento istituzionale

- procedure e requisiti per l'accreditamento delle strutture di ricovero e di specialistica ambulatoriale - programma regionale

reti sanitarie

- rete riabilitativa per le gravi cerebrolesioni acquisite del FVG
- rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

Il sito regionale

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/governo-sistema-sociale-sanitario/FOGLIA25/>

L'intervento

- Il percorso del Friuli Venezia Giulia
- Principi ed indirizzi
- I programmi
- Le prospettive

Il programma coinvolge tutti gli attori che operano nel SSR

1. ASS1 "Triestina",
2. ASS 2 "Isontina",
3. ASS 3 "Alto Friuli",
4. ASS 4 "Medio Friuli",
5. ASS 5 "Bassa Friulana",
6. ASS 6 "Friuli Occidentale",
7. Azienda ospedaliera SMA di Pordenone,
8. Azienda ospedaliero-universitaria OR, Trieste,
9. Azienda ospedaliero-universitaria SMM, Udine,
10. IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste,
11. IRCCS CRO, Aviano,
12. IRCCS MEDEA "La Nostra Famiglia" Udine,
13. Casa di Cura "Citta' Di Udine" Udine,
14. Casa di Cura "Pineta Del Carso", Trieste,
15. Casa di Cura "Salus", Trieste,
16. Casa di Cura "San Giorgio", Pordenone,
17. Casa di Cura "Sanatorio Triestino", Trieste,



Assi di valutazione per il consolidamento dei programmi

1. Esistono all'interno delle aziende dei referenti ufficiali (singoli o gruppi) che curano il mantenimento e lo sviluppo di ciascun programma
2. Esistono degli indicatori specifici di performance inclusi nell'ambito della programmi annuali aziendali ed effettivamente misurati periodicamente
3. Esistono sistemi di reporting rivolti a tutto il personale coinvolto
4. Esistono azioni documentate di miglioramento delle performance a partire dai dati raccolti

I 10 programmi regionali

Programma	Esistenza referenti ufficiali*	Indicatori di performance* (monitoraggi)	Sistemi di reporting al personale*	Azioni di miglioramento documentate*
Documentazione clinica				
Informazione e consenso informato				
Reclami e segnalazioni dei cittadini				
Lesioni da decubito				
Cadute accidentali				
Controllo del dolore				
Sicurezza del percorso operatorio				
Sicurezza del farmaco				
Incident reporting				
Controllo delle infezioni.				

* legenda:
 Esiste ed è Attivo nel 2012 = EA
 Esiste ma Non è Attivo nel 2012= ENA
 Non Esiste= NE

Valutazione programmi regionali

	2010	2011	2012
Aziende a regime	5	10	15
Aziende che devono migliorare il percorso	4	3	0
Aziende che devono mettere a regime i programmi	4	3	2
Aziende che necessitano azioni di sistema	4	1	0
Totale	17	17	17

Assegnato: 1 punto per NE, 0,5 per ENA e 0 per EA
 Aziende a regime: 0 - 4.5
 Aziende che devono migliorare il percorso: 5 - 9.5
 Aziende che devono mettere a regime i programmi: 10 - 14.5
 Aziende che necessitano azioni di sistema: ≥ 15

Valutazione obiettivi 2012

	Aziende in cui è applicabile	Aziende che lo applicano	%
1- Monitoraggio indicatori	17	17	100%
2- Autovalutazione dell'igiene delle mani tramite il framework WHO	17	17	100%
3- Adozione del protocollo sul <i>C. difficile</i> in tutti i percorsi assistenziali	15	14	93.3%
4- Applicazione aziendale 4 bundle	17	11	64.7%
5- Foglio unico terapia	16	16	100%
6- Monitoraggio adozione check list peri operatoria nei ricoveri ordinari	13	13	100%
7- Adozione di un sistema spontaneo di segnalazione degli eventi avversi integrato	17	17	100%
8- Presenza di un protocollo aziendale per la gestione degli eventi avversi	17	16	94.1%
9- Valutazione programmi 2012	17	17	100%
Per la Primary Care			
1- Implementazione dei protocolli per il doppio identificativo dei pazienti in RSA ed in altre strutture a rischio	7	6	85.7%
2- Implementazione dei sistemi di incident reporting	7	6	85.7%
3- Prima valutazione sulla qualità della documentazione tramite checklist (progetto Valdoc)	7	7	100%
4- Adozione e diffusione delle procedure dedicate al controllo del dolore nelle strutture territoriali	7	6	85.7%

Indicatori rischio clinico regione FVG

- 1- Documentazione clinica
- 2- Informazione e consenso informato
- 3- Lesioni da decubito
- 4- Cadute accidentali
- 5- Controllo del dolore
- 6- Sicurezza del percorso operatorio
- 7- Sicurezza del farmaco
- 8- Incident reporting
- 9- Controllo delle infezioni
- 10- Identificazione del paziente

Gli indicatori sono valutati sulla base di 5 cartelle per bimestre.
In verde quelli a frequenza semestrale, in giallo quelli a frequenza annuale

Esempio indicatore:
presenza e completezza della valutazione del
rischio di caduta

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	14	0	100	86.5	63.1	96.7
2° semestre 2012	14	43.2	100	92.1	78.8	95.1
1° semestre 2013	14	79.8	100	96.6	94.1	99.0

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	66.7	89.8	100.0
2	100.0	100.0	100.0
3	94.8	94.2	98.7
4	52.4	54.5	91.7
5	96.9	96.4	97.6
6	98.6	94.6	95.8
7	95.0	91.1	94.9
8	80.9	90.9	96.6
9	92.2	97.8	98.1
10	0.0	43.2	82.2
11	25.9	93.1	100.0
12	78.1	82.0	96.3
13	72.1	69.1	79.8
14	96.7	93.3	96.7

Esempio indicatore:
tasso di caduta con danno per il paziente x
1.000 giornate di degenza

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	13	0.22	5.22	0.78	0.41	1.52
2° semestre 2012	14	0.15	1.79	0.80	0.34	1.18
1° semestre 2013	14	0.11	1.29	0.73	0.51	1.05

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	0.43	1.79	1.13
2	0.88	0.80	0.72
3	1.41	0.92	0.97
4	non pervenuto	1.62	non pervenuto
5	0.38	0.65	0.43
6	1.92	1.17	1.29
7	0.17	0.15	0.11
8	0.74	1.01	0.74
9	5.22	0.80	0.52
10	1.62	0.56	0.73
11	0.62	0.33	1.13
12	1.16	1.19	0.93
13	0.78	0.53	0.52
14	0.22	0.18	0.49

Esempio indicatore: presenza della valutazione iniziale del dolore

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	14	56.3	100	95.7	75.5	99.0
2° semestre 2012	14	13.0	100	95.9	80.5	99.1
1° semestre 2013	14	78.8	100	95.2	94.1	99.0

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	95.0	100.0	95.0
2	56.3	100.0	100.0
3	76.6	82.5	91.3
4	61.6	66.3	80.7
5	95.4	95.6	95.1
6	99.3	89.4	95.2
7	98.9	98.9	98.9
8	100.0	99.6	99.1
9	92.2	98.9	96.4
10	96.0	97.3	98.7
11	100.0	13.0	95.0
12	96.2	96.2	99.0
13	72.1	74.6	78.8
14	96.7	89.2	95.0

Esempio indicatori: valutazione del monitoraggio giornaliero del dolore

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	14	28.4	98.7	89.7	52.8	94.7
2° semestre 2012	14	33.0	98.6	90.2	65.7	94.5
1° semestre 2013	14	31.6	100	89.9	76.9	94.2

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	94.5	93.3	88.3
2	43.8	38.5	31.6
3	79.4	91.2	91.6
4	54.2	48.1	64.9
5	95.3	95.7	97.1
6	97.9	71.6	84.6
7	93.5	89.2	80.9
8	90.6	94.1	93.0
9	88.9	95.6	88.1
10	98.7	98.6	100.0
11	28.4	91.3	96.7
12	93.8	87.6	91.4
13	48.5	33.0	34.4
14	69.2	73.3	93.3

Esempio indicatore:
valutazione della presenza del foglio unico di
terapia

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	14	0	100	100	98.7	100
2° semestre 2012	14	67.6	100	100	99.2	100
1° semestre 2013	14	98.4	100	100	98.8	100

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	98.3	100.0	100.0
2	100.0	100.0	100.0
3	98.8	100.0	99.6
4	97.1	100.0	98.4
5	100.0	100.0	100.0
6	100.0	96.9	100.0
7	99.4	100.0	100.0
8	100.0	100.0	98.6
9	100.0	100.0	98.8
10	0.0	67.6	100.0
11	100.0	100.0	100.0
12	100.0	100.0	99.0
13	100.0	96.4	98.6
14	100.0	100.0	100.0

Esempio indicatore:
completezza della check list chirurgica

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	12	18.9	100	80.4	48.6	94.4
2° semestre 2012	13	25.0	100	85.7	69.3	92.2
1° semestre 2013	13	7.4	100	83.3	65.5	95.4

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	95.7	100.0	97.8
2	non applicabile	non applicabile	non applicabile
3	84.8	64.3	88.8
4	47.8	91.1	71.5
5	85.7	85.7	90.9
6	90.6	86.2	98.6
7	51.2	74.2	39.3
8	55.6	80.2	59.4
9	76.0	82.7	77.9
10	98.3	100.0	100.0
11	non pervenuto	93.2	83.3
12	42.7	44.5	77.9
13	18.9	25.0	7.4
14	100.0	90.7	93.0

Esempio indicatore valutazione della presenza di check list chirurgica

	Ospedali che hanno risposto	Minimo	Massimo	Mediana	25° P	75° P
1° semestre 2012	13	61.1	100	99.0	97.3	100
2° semestre 2012	13	75.3	100	100	95.5	100
1° semestre 2013	13	90.5	100	100	99.1	100

Azienda	1° semestre 2012	2° semestre 2012	1° semestre 2013
1	100.0	100.0	100.0
2	non applicabile	non applicabile	non applicabile
3	99.0	100.0	99.6
4	61.1	75.3	90.5
5	100.0	100.0	100.0
6	100.0	100.0	100.0
7	100.0	100.0	100.0
8	97.2	89.7	98.0
9	98.7	100.0	98.5
10	98.3	100.0	100.0
11	100.0	100.0	100.0
12	99.0	99.1	100.0
13	97.4	93.2	100.0
14	95.6	97.7	100.0

Gestione del rischio chirurgico in area ambulatoriale: check list chirurgia ambulatoriale

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO IN AREA AMBULATORIALE

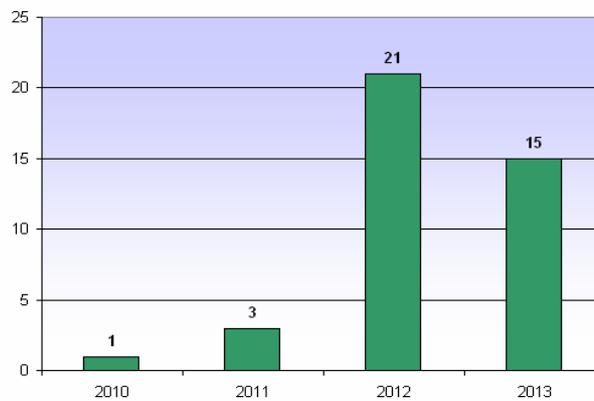
VERIFICHE PREOPROCEDURA	MONITORAGGIO INTRAPROCEDURA																				
<p>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE</p> <p>Nome _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Data di nascita ____/____/____</p> <p>Diagnosi _____</p> <p>Intervento _____</p> <p>Verificata la corrispondenza tra l'identità del paziente, l'intervento proposto ed il programma operatorio <input type="checkbox"/></p> <p>Valutato il rischio di reazioni allergiche <input type="checkbox"/></p> <p>Valutate altre situazioni cliniche rilevanti <input type="checkbox"/></p> <p>Ottenuto il consenso informato chirurgico <input type="checkbox"/></p> <p>Ottenuto il consenso informato anestesiologicalo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Marcato il sito chirurgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Immagini diagnostiche disponibili <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Verificata la disponibilità ed il funzionamento di dispositivi, presidi, apparecchiature e altro materiale necessario all'intervento <input type="checkbox"/></p> <p>Profiliassi antibiotica eseguita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>Verificato stato d'intervento e corretto posizionamento del paziente <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">PARAMETRI VITALI NEL CORSO DELLA PROCEDURA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ORA</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>SpO₂</th> <th>NOTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Parametri in caso di anestesia locale</p> <p><input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> Parametri in caso di sedazione</p> <p style="text-align: right;">Firma Infermiere _____</p> <p style="text-align: center;">VERIFICHE POSTOPROCEDURA</p> <p>Campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta, etichettato (compreso identificativo del paziente, descrizione del campione e sigla operatore su etichetta) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.</p> <p>CRITERI DI DIMISSIONE <input type="checkbox"/> Anestesia locale <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> Sedazione</p> <p>Paziente sveglio e orientato (paziente tornato allo stato mentale precedente alla procedura) <input type="checkbox"/></p> <p>Parametri vitali stabili e nei limiti accettabili <input type="checkbox"/></p> <p>E' passato un tempo ≥1 ora dall'ultima somministrazione di agenti antagonisti <input type="checkbox"/></p> <p>Il paziente è affidato ad un adulto responsabile, in grado di accompagnarlo a domicilio e di riferire ogni complicanza post procedura <input type="checkbox"/></p> <p>Il paziente/accompagnatore è stato educato sull'assunzione di farmaci, alimenti ed attività consentite dopo la procedura. Consegnato numero telefonico a cui rivolgersi in caso di necessità <input type="checkbox"/></p> <p>Data ____/____/____ Firma Medico _____</p>	ORA	PA	FC	SpO ₂	NOTE															
ORA	PA	FC	SpO ₂	NOTE																	

Mistero della Salute SIMES

The screenshot shows the website of the Italian Ministry of Health (Ministero della Salute). The main navigation menu includes 'La nostra salute', 'Temi e professioni', 'News e media', and 'Ministro e Ministero'. The central banner features the 'Planner Vaccinazioni' and a 'Nuova App del Ministero' with the slogan 'Vaccina il tuo bambino e schiaccia il virus!'. Below the banner, the breadcrumb trail reads: 'Sei in: Home > Temi e professioni > Piani, finanziamenti e monitoraggio del SSN > Nuovo sistema informativo sanitario - NSIS > Monitoraggio errori in sanità (SIMES)'. The main heading is 'Monitoraggio errori in sanità (SIMES)'. A text box explains that the system is managed by the 'Direzione generale sistema informativo e statistico sanitario (MIS) - ex IRO' and lists contact information. A 'Registrazione utenti' section states that users must declare an administrator of record. On the right, there is a 'Piattaforma NSIS' with a button for 'Accesso utenti registrati' and a 'Vai direttamente a' section with links for 'eHealth - Sanità in rete' and 'Mattoni SSN'.

Eventi sentinella (SIMES) segnalati in regione FVG

N. di eventi segnalati



Numero	Titolo	Data		
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	terapia	Marzo 2008*
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012		Marzo 2008*
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011		Marzo 2008*
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010		Marzo 2008*
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (Intraospedaliero, extraospedaliero) N.B. La Raccomandazione è stata sottoposta all'attenzione del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti, per cui potrebbe subire delle modifiche	Gennaio 2010	procedura	Marzo 2008*
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009		
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	terno del sito	Marzo 2008*
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	-KCL- ed altre	Marzo 2008*

Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

Il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella è informato alla metodologia promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti dell'Agenas.

Gli **Eventi Sentinella** sono considerati per la loro gravità ed il loro significato un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali.

Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi" il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella (<http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp>).

Ad oggi risultano pubblicate quindici Raccomandazioni ([link esterno](http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp)). Non vi è tuttavia disponibilità di informazioni relative alla loro effettiva applicazione da parte delle organizzazioni sanitarie.

L'Agenas, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella che si propone di fornire supporto alle Regioni e Province Autonome nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna raccomandazione da parte delle aziende/strutture sanitarie del rispettivo territorio di riferimento. Il sistema è inoltre finalizzato a supportare le organizzazioni sanitarie nell'applicazione delle raccomandazioni e a rilevare i determinanti organizzativi e socio-comportamentali che influenzano la compliance delle organizzazioni e dei professionisti.

Poiché la conoscenza dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, le finalità del monitoraggio sono essenzialmente conoscitive e di supporto al miglioramento, in accordo al ciclo di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.

ELABORAZIONE

IMPLEMENTAZIONE

MIGLIORAMENTO

MONITORAGGIO

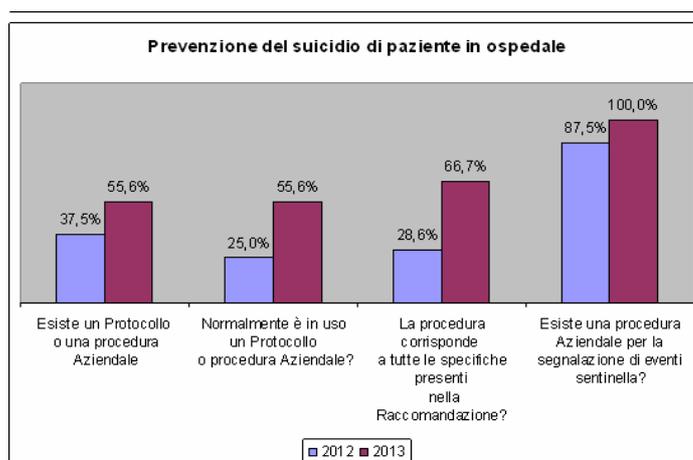
http://www.agenas.it/monitoraggio_raccomandazioni_eventi_sentinella.html

Monitoraggio adozione raccomandazioni regione FVG 2013

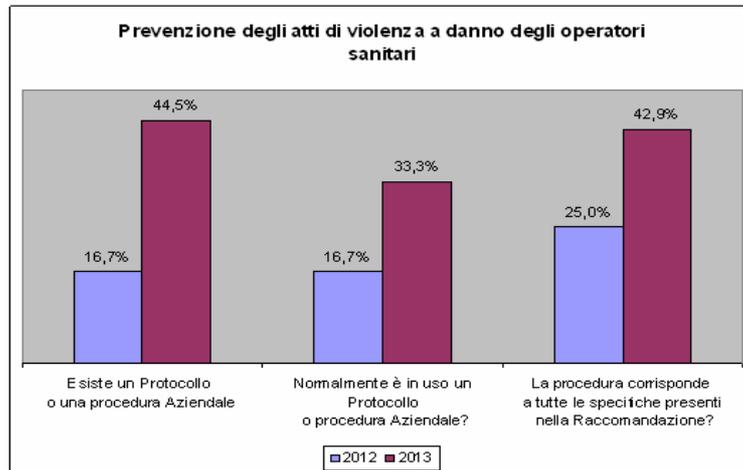
Raccomandazione	Percentuale Aziende Sanitarie
Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCl e di altre soluzioni concentrate contenenti potassio. (Raccomandazione 1)	100,0%
Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. (Raccomandazione 2)	81,8%
Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura. (Raccomandazione 3)	100,0%
Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO. (Raccomandazione 5)	100,0%
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. (Raccomandazione 7)	90,9%
Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali. (Raccomandazione 9)	90,0%
Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look alike/sound alike". (Raccomandazione 12)	90,0%

Raccomandazioni per le quali, nel 2013, esisteva una procedura o un protocollo Aziendale in più dell'80% delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia

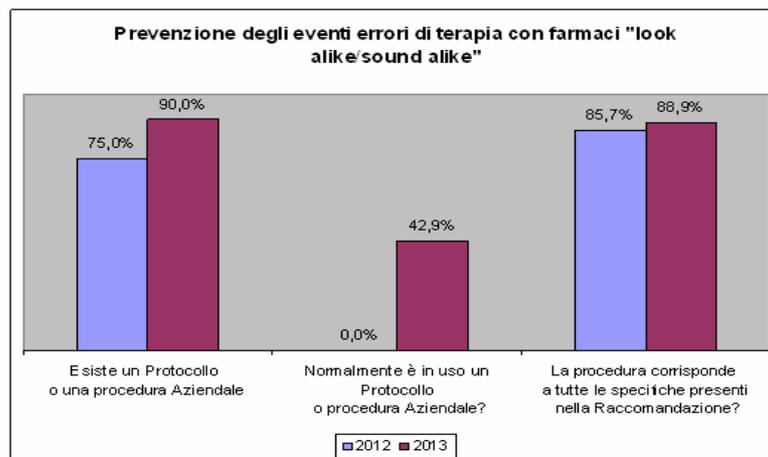
Monitoraggio adozione raccomandazioni regione FVG 2013



Monitoraggio adozione raccomandazioni regione FVG 2013



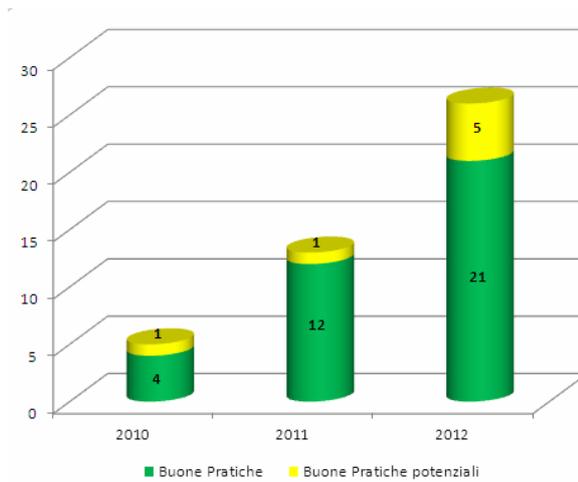
Monitoraggio adozione raccomandazioni regione FVG 2013





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

Buone pratiche FVG inserite nel sito AGENAS



agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Osservatorio Buone Pratiche
Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

Ministero della Salute

L'Osservatorio Call for Good Practices Monitoraggio delle Raccomandazioni Per saperne di più Area riservata PaSQ

Il database delle buone pratiche

Ricerca

2012	FRIULI VENEZIA GIULIA	La gestione sicura del farmaco dall'approvvigionamento alla somministrazione e follow-up: strumenti di verifica e formazione sul campo	👤 ☆ 🟢 🔍
2012	FRIULI VENEZIA GIULIA	Gestione, prevenzione, controllo e monitoraggio delle lesioni da decubito nei pazienti ricoverati	👤 ☆ 🟢 🔍
2012	FRIULI VENEZIA GIULIA	Gestione per priorità cliniche e assistenziali dei pazienti del Pronto Soccorso che accedono alla diagnostica per immagini	👤 ☆ 🟢 🔍
2012	FRIULI VENEZIA GIULIA	Sistema integrato e multidisciplinare nelle procedure di acquisizione dei presidi/ausili per la prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione	👤 ☆ 🟢 🔍
2012	FRIULI VENEZIA GIULIA	Le cure palliative domiciliari pediatriche nella provincia di Pordenone	👤 ☆ 🟢 🔍
2012	FRIULI VENEZIA	Il controllo della sicurezza della struttura e il monitoraggio delle azioni correttive attraverso i "facility"	👤 ☆ 🟢 🔍

 PaSQ European Union Network for Patient Safety and Quality of Care

Funded by the Health Programme of the European Union

Home Project Partners Wiki News & Events Links Forum FAQ Contact

Exchange Events
November 13, 2013
United Kingdom

Inpatient Falls
Webinar session about sharing the England experience of how Inpatient Falls are dealt with using a systematic approach

Invitation
Programme

PaSQ meetings

PROJECT


PaSQ Questionnaire
Communication about PaSQ
Latest Newsletter Archive
Please enter your email address here to start receiving PaSQ Newsletter.
Sign Me Up

Partners Area Only

It is building on European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS) experience and network to promote the organisation of Patient Safety and Quality of Care platforms in all European Member States to improve Patient Safety and Quality of Care through sharing of information, experience(s) and the implementation of good practices. These platforms will be organised around PaSQ National Contact Points (NCPs) who will be also the contact persons for PaSQ matters in their respective countries.

WORKING PATTERN
It will run for 36 months (April 1st 2012 – March 31st 2015) and will be performed through seven (7) Work Packages.

www.pasq.eu

Lavaggio delle mani: framework WHO



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 Introduction and user instructions

The **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** is a practical tool with which to obtain a situation analysis of hand hygiene promotion and practice within an individual health-care facility.

What is its purpose?

While providing an opportunity to reflect on existing resources and achievements, the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** also helps to focus on future plans and challenges. In particular, it acts as a diagnostic tool, identifying areas requiring attention and improvement. The results can be used to facilitate development of an action plan for the facility's hand hygiene promotion programme. Regular use of the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** will also allow documentation of progress with time.

Overall, this tool should be a catalyst for implementing and sustaining a comprehensive hand hygiene programme within a health-care facility.

Who should use the Hand Hygiene Self-Assessment Framework?

This tool should be used by professionals in charge of implementing a strategy to improve hand hygiene within a health-care facility. It can be used by anyone responsible for, or in contact with, the facility's hand hygiene promotion programme, including senior management, the facility director(s), or senior manager of the facility director(s). The framework can be used globally, by health-care facilities, at any level of progress as far as hand hygiene promotion is concerned.

How is it structured?

The **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** is divided into the components and 27 indicators. The five components reflect the five elements of the **WHO Multinational Hand Hygiene Improvement Strategy** (www.who.int/his) (cleaning, hand hygiene, education and promotion, and monitoring). These indicators are based on evidence and expert consensus, and have been framed as questions with defined answer options ("yes/no") for the self-assessment. Based on the score obtained for the five components, the facility is assigned to one of five levels of hand hygiene promotion and practice: Inadequate, Basic, Intermediate and Advanced.

Inadequate hand hygiene practices and hand hygiene promotion are defined. Significant improvement is required.

Basic, some resources and plans, but not fully implemented. Further improvement is required.

Intermediate: an appropriate hand hygiene practice strategy is in place and hand hygiene practices have improved. It is now critical to develop long-term plans to ensure that improvement is sustained and progressed.

Advanced: hand hygiene promotion and optimal hand hygiene practices have been sustained and/or improved, helping to instill a culture of safety in the health-care setting.

Leadership criteria have also been identified to recognize facilities that are considered a reference centre and contribute to the promotion of hand hygiene through research, innovation and information sharing. The assessment according to leadership criteria should only be undertaken by facilities having reached the advanced level.

How does it work?

Upon completing each component of the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework**, you should circle or highlight the answer appropriate to your facility for each question. Each answer is associated with a score. After completing a component, add up the scores for the answers you have selected to give a total for that component. During the identification process, these sub-totals are then added up to calculate the overall score to identify the hand hygiene level to which your health-care facility is assigned.

The assessment should not take more than 30 minutes, provided that the information is easily available.

While the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** you will find a column called "WHO Improvement Score" alongside the tool, made available from the **WHO First Global Patient Safety Challenge** to facilitate the implementation of the **WHO Multinational Hand Hygiene Improvement Strategy** (http://www.who.int/his). This tool is linked to various other related indicators included in the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** and may be useful when developing an action plan to address areas identified in needing improvement.

Is the Hand Hygiene Self-Assessment Framework suitable for inter-facility comparison?

Health-care facilities or national bodies may consider adopting this tool for external comparison or benchmarking. However, this is not a primary aim during the development of this tool. In particular, we would like to caution that the tool should be used as a self-assessment tool for internal benchmarking and also advise the use of caution if comparing facilities of different sizes and complexity, in different institutional settings. It would be essential to consider these limitations if inter-facility comparison is to be undertaken.

Punti	
Componenti	Totali Parziali
1. Cambiamenti di Sistema	
2. Educazione e Formazione	
3. Valutazione e Feedback	
4. Promemoria sul posto di lavoro	
5. Clima mirato alla sicurezza istituzionale	
Totale	

Punti Totali (range)	Livello di Igione delle mani
0 - 125	Inadeguato
126 - 250	Base
251 - 375	Intermedio (o Consolidato)
376 - 500	Avanzato (o Implantato)

Regione FVG

Lavaggio mani (risultati su 18 strutture)

Punti totali (range)	2010		2011		2012	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-125 Inadeguato	2	11.1	-	-	-	-
126-250 Base	5	27.8	4	22.2	1	5.6
251-375 Intermedio	4	22.2	4	22.2	7	38.9
376-500 Avanzato	7	38.9	10	55.6	10	55.6

	2010				2011				2012			
	Media	25° P	Mediana	75° P	Media	25° P	Mediana	75° P	Media	25° P	Mediana	75° P
Cambiamenti di sistema	87.2	78.8	97.5	100	91.9	88.8	97.5	100	95.3	95.0	100	100
Educazione e formazione	66.1	43.8	80.0	95.0	80.3	70.0	90.0	91.3	82.5	73.8	90.0	96.3
Valutazione e feedback	43.9	16.3	47.5	75.0	57.6	26.9	68.8	80.0	68.1	56.9	72.5	85.0
Promemoria sul posto di lavoro	55.7	25.0	62.5	76.3	65.1	54.4	70.0	81.3	72.4	60.0	75.0	80.0
Clima di sicurezza istituzionale	33.3	12.5	27.5	50.0	46.9	20.0	50.0	66.3	52.8	33.8	55.0	62.5
Totale	286.3	182.5	286.3	388.8	341.9	251.3	385.0	400.0	371.0	316.9	390.0	411.3



Risultati ECDC Point Prevalence Survey 2011: HAI

227 pazienti con HAI
3267 pazienti

Ospedale	Prevalenza % HAI
1	4,6%
2	11,9%
3	7,5%
4	0,0%
5	0,0%
6	9,0%
7	5,4%
8	6,8%
9	4,0%
10	6,8%
11	1,4%
12	8,3%
13	7,7%
14	5,0%
15	7,1%
16	2,2%
17	0,0%
18	7,6%
Totale	6,9%

6.9%

In Europa:

13829 (6.0%) pazienti su 231459 presentavano una HAI attiva

In Italia

938 (6.3%) pazienti su 14784 presentavano almeno un HAI attiva



Risultati ECDC Point Prevalence Survey 2011: prevalenza uso di antibiotici

1329 pazienti in antibiotico terapia
3267 pazienti

Ospedale	Prevalenza % uso antibiotico
1	49.0
2	41.9
3	40.2
4	35.4
5	46.2
6	38.5
7	51.8
8	42.6
9	35.6
10	42.2
11	34.8
12	33.3
13	34.6
14	41.9
15	33.3
16	31.9
17	34.9
18	31.1
Totale	40.7

40.7%

In Europa:

80951 (35.0%) pazienti su 231459 avevano un antibiotico prescritto

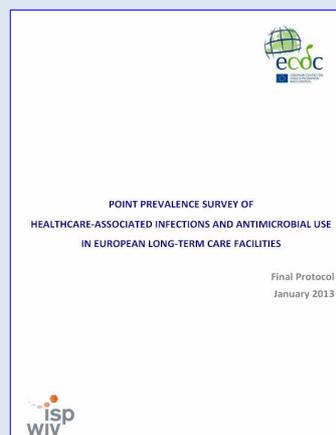
In Italia:

6509 (44%) pazienti su 14784 pazienti avevano un antibiotico prescritto

Risultati preliminari HALT 2 regione FVG 2013

- 27 LCTF partecipanti da parte di tutte e 6 le aziende territoriali:
 - Media di posti letto 89, mediana 84 MIN 14, MAX 445
- 2327 letti occupati su 2412 (95.6%)
- 2300 pazienti eleggibili di cui:
 - in antibiotico terapia sistemica 124;
 - portatori di catetere urinario 209;
 - portatori di catetere vascolare 103;
 - presentano lesioni da decubito 196;
 - presentano ferite 231;
 - disorientati 1457;
 - allettati/sedia a rotelle 1611;
 - subito un intervento nei 30 giorni precedenti 78;
 - incontinenti feci/urina 1955

- **6.1 x 100 prevalenza di infezione**



Bundle adottati regione FVG 2012

Bundle segnalato	N.	%
Gestione CVC	8	13.3
Prevenzione delle CAUTI	8	13.3
Prevenzione delle SSI	8	13.3
Prevenzione diffusione <i>C. Difficile</i>	7	11.7
Prevenzione delle VAP	6	10.0
Prevenzione diffusione MRSA	5	8.3
Gestione CVP	4	6.7
Posizionamento CVC	4	6.7
Prevenzione cadute	2	3.3
Accessi vascolari	1	1.7
Corretta identificazione paziente	1	1.7
Gestione cadute	1	1.7
Gestione CU in ambito comunitario	1	1.7
Istruzioni corretto uso foglio terapia	1	1.7
Lavaggio mani	1	1.7
Prevenzione LDD	1	1.7
Valutazione dolore	1	1.7
Totale	60	100





REGIONE AUTONOMA
DEL VENETO
DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E POLITICHE SOCIALI

SEMINARIO PER TUTOR
IN TEMI DI ISOLAMENTO INFETTIVO
30 MAGGIO 2013



Seminario ISOLAMENTO

- **30 maggio . ore 09.00 – 12.30**
- **AULA “C” Kolbe - P.le Kolbe (Via Chiusaforte)**
- **Partecipanti indicati da Risk Manager = 51 (compresi alcuni relatori)**
- **Ad ora iscritti 35 persone**
 - I relatori non devono iscriversi perché figurano come docenti
 - 4 iscritti non indicati
- **Tutte le Aziende/ospedali partecipano ad esclusione di una**

Il rischio nella rete assistenziale



LINEE GUIDA PER L' AUTOANALISI NELLE
FARMACIE

Corso di formazione per farmacisti

RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEGLI OPERATORI

Alcuni progetti in itinere

- 2^a Point Prevalence Survey
- Antibiotic stewardship
- Lesioni da decubito
- Polifarmaco terapia ed anziani
- Standardizzazione incident reporting
- Armonizzazione documentazione sanitaria
- Call 2013 (Agenas): fine ottobre

L'intervento

- Il percorso del Friuli Venezia Giulia
- Principi ed indirizzi
- I programmi
- **Le prospettive**

RECOMMENDATIONS

COUNCIL

COUNCIL RECOMMENDATION

of 9 June 2009

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

(2009/C 151/01)

II. Temi generali attinenti alla sicurezza dei pazienti

- (1) **Gli Stati membri dovrebbero sostenere la creazione e lo sviluppo di politiche e programmi nazionali tramite:**
 - (a) La nomina dell'autorità o delle autorità responsabili per la sicurezza dei pazienti sul proprio territorio;
 - (b) L'inserimento della sicurezza dei pazienti tra i temi prioritari nelle politiche e nei programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale;
 - (c) Il sostegno allo sviluppo di sistemi, procedure e strumenti più sicuri, compreso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.



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:

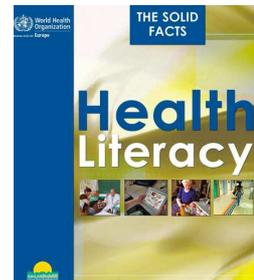
- a) alla legislazione in vigore nello Stato membro di cura;
- b) agli standard e agli orientamenti di qualità e sicurezza definiti dallo Stato membro di cura; e
- c) alla normativa dell'Unione in materia di standard di sicurezza.

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Table C. Strongly encouraged patient safety practices

- Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and post-operative events
- Bundles that include checklists to prevent central line-associated bloodstream infections
- Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols
- Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic-suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia
- Hand hygiene
- "Do Not Use" list for hazardous abbreviations
- Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers
- Barrier precautions to prevent healthcare-associated infections
- Use of real-time ultrasound for central line placement
- Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms

Il problema della alfabetizzazione sanitaria (health literacy)



La alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy) viene definita come il grado in cui un individuo ha la capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni di base sulla salute e sui servizi ad essa correlati per poter adottare scelte appropriate

I punti di forza

- Partecipazione
 - Tutte le aziende del SSR
 - anche gli ospedali privati accreditati)
 - Ruolo di riferimento del risk manager
- Coinvolgimento di
 - tutte le fasi assistenziali
 - tutte le articolazioni del SSR
- Ognuno evolve al suo passo
 - ... ma con un minimo garantito
 - E rendendo trasparenti I risultati ottenuti
- Ci si confronta con i dati internazionali e nazionali
- Si condividono e si diffondono le buone esperienze
- Qualità e sicurezza sono perseguiti a partire dalle linee guida annuali per la gestione del SSR

Alcune delle sfide aperte

- migliorare gli standard minimi di sicurezza in tutti i punti del SSR
- Far crescere le singole organizzazioni in modo coerente a livello regionale
- Garantire la sicurezza in tutti i percorsi clinico assistenziali indipendentemente dalla struttura coinvolta
- Integrare le diverse linee di lavoro esistenti promuovendo la conoscenza e la diffusione delle informazioni (es.percorsi clinico assistenziali, ecc.)

Spunti per proseguire

- Misurare e confrontare gli indicatori di qualità e sicurezza
 - All'interno dell'SSR
 - A livello nazionale
 - A livello Europeo
- Ridurre la variabilità
- Rendere note le performance del sistema e delle organizzazioni
- Condividere e diffondere le buone pratiche
- Coinvolgere attivamente il cittadino
- Investire e coinvolgere il personale nella formazione continua

Risk manager aziendali:

- Delli Quadri Nicola (Azienda ospedaliera SMA di Pordenone),
- Monteverdi Daniela (Azienda ospedaliero-universitaria OR, Trieste),
- Brusaferrero Silvio (Azienda ospedaliero-universitaria SMM Udine),
- Peresson Maria (ASS1 "Triestina"),
- Perossa Romina (ASS 2 "Isontina"),
- Zuliani Paola (ASS 3 "Alto Friuli"),
- Degano Simonetta (ASS 4 "Medio Friuli"),
- Giuliani Claudia (ASS 5 "Bassa Friulana"),
- Andrian Paolo (ASS 6 "Friuli Occidentale"), Visconti Patrizia (IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste),
- Collazzo Raffaele (IRCCS CRO, Aviano),
- Panariti Mateo (IRCCS MEDEA "La Nostra Famiglia" Udine),
- Rieppi Claudio (Casa di Cura "Citta' Di Udine" Udine),
- Petronio Lucio (Casa di Cura "Pineta Del Carso", Trieste),
- Franca Giuliano (Casa di Cura "Salus", Trieste), Amarilli Lucia (Casa di Cura "San Giorgio", Pordenone),
- Guarneri Salvatore (Casa di Cura "Sanatorio Triestino", Trieste)

Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali. Area servizi Sanitari Territoriali ed Ospedalieri – Regione Friuli Venezia Giulia:

Fanzutto Alessandrino, Agnoletto Anna Paola, Bulfone Antonella, Forcella Vandamaria, Lavia Barbara, Fasano Emanuela

Grazie a :

Il team di avvallamento:

Brusaferrero Silvio, Arnoldo Luca, Dal Cin Margherita, Cattani Giovanni, Gnoni Anna Maria, Panzera Angela, Pea Federico, Castriotta Luigi, Londero Carla, cocconi Roberto, Faruzzo alda, Fabro Renata, Degan Stefania, De Corti Daniela, Bellomo Fabrizio, Francescato Marinella

Tutto il personale che opera quotidianamente nel Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia



Roma 11 dicembre 2012
Presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese

« il nostro SSN è pienamente compatibile anche con una prospettiva di maggiore selezione e contenimento della spesa pubblica a patto che (...) ci sia ricerca di soluzioni razionalizzatrici e innovative. »