

## **GRUPPO DI LAVORO N.2, “LINEE DI INDIRIZZO E MISURE PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E PER IL MONITORAGGIO DELLE BUONE PRATICHE”**

### **Relatori:**

**-Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria**

**-AGENAS**

L'individuazione delle misure per la prevenzione e la gestione del rischio, il monitoraggio dell'applicazione delle pratiche per la sicurezza nonché la definizione delle linee di indirizzo per il miglioramento, hanno costituito gli obiettivi principali delle attività del gruppo in oggetto.

I lavori hanno preso avvio dalla definizione di “misure per la prevenzione e la gestione del rischio” sviluppata dal sottogruppo dedicato al glossario per la sicurezza, che le ha qualificate in azioni messe in atto per ridurre i rischi e per prevenire gli eventi e che includono l'adozione delle buone pratiche per la sicurezza e delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella. La Call annuale delle buone pratiche, realizzata da AGENAS a partire dal 2008 sulla base dell'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, è stata identificata quale strumento adeguato ed utile alla individuazione delle suddette misure. Con l'obiettivo di favorire la segnalazione di esperienze inerenti tematiche di particolare attualità e interesse per il nostro Paese, si è scelto di sensibilizzare con la call 2018 la sottomissione di esperienze inerenti le due seguenti specifiche aree tematiche: sicurezza dei professionisti sanitari (prevenzione della violenza a danno di operatori sanitari) e miglioramento della sicurezza nella terapia farmacologica (in linea con la campagna dell'OMS “Medication without harm”). Con la Call 2018 sono state raccolte 227 esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti, attuate dalle organizzazioni sanitarie e dai professionisti del nostro Paese, validate dai rispettivi Centri regionali e disponibili per la consultazione via web. Ventitré delle suddette esperienze fanno riferimento ad interventi di miglioramento della sicurezza dei professionisti sanitari e quarantasette riportano interventi di miglioramento della sicurezza nella terapia farmacologica.

Con riferimento al monitoraggio dell'applicazione delle pratiche per la sicurezza, il gruppo di lavoro ha convenuto di focalizzare l'attenzione, per il primo anno di attività dell'Osservatorio, su pratiche di provata efficacia che fossero monitorabili attraverso le fonti informative già

esistenti e disponibili per l'Osservatorio. La checklist di sala operatoria e l'igiene delle mani sono risultate rispondenti ai suddetti requisiti e i risultati del monitoraggio della loro applicazione sono riportati nelle specifiche sezioni del report sugli indicatori prodotto dal gruppo a ciò dedicato, al fine di consentire una lettura completa della materia e mantenere nell'opportuno contesto l'integrità dell'argomenti.

Sulla base dei risultati delle attività del sottogruppo dedicato agli indicatori nonché delle principali criticità evidenziate dagli altri gruppi di lavoro, sono state predisposte le seguenti linee d'indirizzo per la prevenzione e gestione del rischio, per l'applicazione sperimentale da parte dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario.

## **LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO**

### **Oggetto**

Migliorare la capacità di raccolta e la qualità dei dati inerenti la sicurezza

## **Destinatari**

Centri regionali per la gestione del rischio sanitario

## **Razionale**

Esistono nel nostro Paese numerose fonti informative potenzialmente utili per la valutazione e il monitoraggio della sicurezza.

Dal censimento realizzato dall'Osservatorio sono risultate 29 fonti informative disponibili a livello nazionale e 16 delle stesse sono state utilizzate per il calcolo degli indicatori selezionati dall'Osservatorio.

Le fonti individuate si differenziano in primo luogo per tipologia:

Sistemi di segnalazione - -Sistemi di sorveglianza - Indagini periodiche/programmi nazionali  
- Flussi amministrativi -Altre tipologie.

Con riferimento ai sistemi di segnalazione il potenziale informativo è rilevante laddove si è investito nello sviluppo di una infrastruttura informatica e nelle collegate azioni informative/formative e la raccolta dati è divenuta stabile e cogente, sebbene necessitino ulteriori sforzi da parte delle Regioni e Province Autonome per migliorare l'adesione, fortemente disomogenea, e stimolare la partecipazione delle strutture sanitarie che appare in alcuni casi persino inadeguata.

Laddove l'infrastruttura di raccolta dati risulta ancora in via di sviluppo è prioritario concentrare gli sforzi a tutti i livelli (nazionale, regionale, locale) nella "rapida" implementazione dei sistemi di raccolta dati e nell'adesione, da parte delle Regioni e Province Autonome, ai programmi nazionali di prevenzione del rischio e miglioramento della sicurezza anche in assenza di un preciso obbligo normativo.

I sistemi di sorveglianza necessitano prioritariamente dello sviluppo di adeguate infrastrutture di raccolta dati o del miglioramento dell'esistente, principalmente in accordo al Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza 2017-202

Come per i sistemi di segnalazione è altresì, necessario un maggior impegno da parte delle Regioni e Province Autonome per migliorare l'adesione, fortemente disomogenea, e promuovere la partecipazione delle strutture sanitarie, pur in assenza di sistemi di tipo mandatorio.

Le indagini periodiche, come quelle di prevalenza delle ICA, hanno bisogno, di un incardinamento stabile e definito nella infrastruttura della sorveglianza che preveda una programmazione a lungo termine nonché l'adesione di tutte le Regioni e Province Autonome.

Con riferimento ai flussi amministrativi, istituiti con finalità differenti rispetto alle funzioni precipue dell'Osservatorio Buone Pratiche, risulta prioritario il miglioramento della qualità dei dati con particolare riferimento alla codifica delle schede di dimissioni ospedaliere finalizzato all'utilizzo di questa fonte per la valutazione e il monitoraggio della sicurezza.

### **Criticità**

#### **SISTEMI DI SEGNALAZIONE SPECIFICI**

##### **Segnalazione degli Eventi sentinella e degli eventi avversi in ambito trasfusionale (effetti indesiderati gravi sui riceventi, incidenti gravi, reazioni indesiderate gravi nei donatori di sangue)**

**SISTRA (Sistema Informativo dei Servizi TRAsfusionali).** Il Centro Nazionale Sangue (CNS) coordina il SISTRA, istituito con apposito Decreto Ministeriale (Decreto del Ministero della Salute 21 dicembre 2007 - Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali. - G.U. Serie Generale n. 13 del 16 gennaio 2008) e inserito nel nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. Il SISTRA raccoglie su base annuale i dati di attività dell'intera rete trasfusionale italiana, che consentono, aggregati a livello nazionale, di rispondere al sovra-ordinato debito informativo europeo e di pianificare annualmente le strategie e gli obiettivi per il consolidamento dell'autosufficienza nazionale di sangue e emocomponenti. Attraverso SISTRA sono anche raccolti e analizzati i dati di emovigilanza comprendenti: le reazioni indesiderate gravi dei pazienti trasfusi, gli incidenti gravi inclusi i near miss, la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione e le reazioni indesiderate gravi dei donatori. Sebbene il sistema di emovigilanza abbia raggiunto una copertura nazionale del 100%, si rileva ancora una insufficiente notifica degli incidenti gravi e dei near miss (underreporting) e margini di miglioramento rispetto alla standardizzazione delle notifiche di alcuni effetti indesiderati alla trasfusione, per le quali l'aderenza alle schede di notifica proposte è ancora inadeguata. Si rileva inoltre un persistente sotto-utilizzo della funzione *rapid-alert* per la segnalazione di eventi avversi ad alto livello di severità. Tale situazione determina un ritardo nella segnalazione, che condiziona di conseguenza la possibilità di attuare tempestivi interventi di verifica finalizzati al miglioramento.

**Segnalazione delle reazioni avverse a farmaci.** La Rete Nazionale di Farmacovigilanza di AIFA garantisce la raccolta, la gestione e l'analisi delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a farmaci (ADR). La segnalazione spontanea di reazioni avverse ai farmaci (ADR) svolge un ruolo fondamentale nei sistemi di sorveglianza post-marketing dei medicinali. Infatti, rispetto agli studi epidemiologici, le segnalazioni spontanee sono in grado di fornire

informazioni in maniera tempestiva e costituiscono uno strumento importante per monitorare in modo continuo e sistematico il profilo di sicurezza dei farmaci e dei vaccini dopo la loro registrazione. I dati delle segnalazioni spontanee, analizzati singolarmente o in forma aggregata, non permettono di quantificare il rischio associato all'uso di un farmaco, ma possono fornire una indicazione sull'esistenza o meno di un segnale, e cioè di un potenziale aumento rispetto all'atteso di eventi insorti a seguito dell'assunzione di un farmaco. In Italia sin dal 2001 è stata attivata la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), gestita dall'AIFA, nella quale vengono raccolte tutte le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini, al fine di migliorare l'appropriatezza d'uso e la conoscenza del profilo rischio/beneficio dei medicinali autorizzati. Sebbene in tasso medio di segnalazione si sia mantenuto costante nel triennio 2015-2017 e superiore al valore minimo definito accettabile dall'OMS, si rileva una notevole variabilità tra le Regioni. La variabilità regionale risulta ancor più marcata se si considerano le reazioni avverse gravi.

**SIMES** (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). La segnalazione degli eventi sentinella al SIMES, istituito presso il Ministero della Salute con apposito decreto (Decreto del Ministero della Salute del 11 dicembre 2009 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanita'), costituisce strumento fondamentale, a livello nazionale, regionale e locale per la raccolta e l'analisi delle informazioni sulla numerosità, tipologia e fattori determinanti degli eventi avversi. Il SIMES consente a tutte le Aziende, Regioni e Province Autonome di segnalare gli eventi sentinella occorsi, le cause e i fattori contribuenti individuati e le azioni predisposte al fine di ridurre la probabilità di accadimento dell'evento stesso.

È opportuno evidenziare che la segnalazione degli Eventi Sentinella non ha finalità epidemiologiche e non costituisce strumento adeguato per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi. In particolare, un elevato numero di segnalazioni non indica un minore livello di sicurezza della Regione e viceversa.

Segnalazione di 16 tipologie di evento sentinella (1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte); 3. Errata procedura su paziente corretto; 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure; 5. Reazione trasfusionale

conseguente ad incompatibilità ABO; 6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica; 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto; 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita; 9. Morte o grave danno per caduta di paziente; 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale; 11. Violenza su paziente in ospedale; 12. Atti di violenza a danno di operatore; 13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero); 14. Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso; 15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico; 16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

### **SISTEMI DI SORVEGLIANZA**

**Sorveglianza Antimicrobico-resistenza (AR-ISS).** Sebbene la sorveglianza AR-ISS fornisca dati per il monitoraggio dell'antibiotico-resistenza a livello nazionale e europeo dal 2001, è necessario menzionare alcune criticità, il cui superamento potrebbe portare a un miglioramento della sorveglianza stessa:

- 1) volontarietà della sorveglianza, per cui i laboratori partecipanti non hanno avuto finora un riconoscimento istituzionale formale;
- 2) limitata rappresentatività geografica, dal momento che non tutte le regioni partecipano o sono adeguatamente rappresentate nella sorveglianza e i laboratori partecipanti sono per la maggior parte localizzati nelle regioni del Nord;
- 3) limitata rappresentatività di popolazione dal momento che i dati riguardano soprattutto pazienti ospedalizzati (nel 2017 gli ospedali afferenti ai laboratori della rete AR-ISS rappresentavano il 21% delle giornate di degenza delle strutture del SSN). La qualità dei dati riguardanti strutture territoriali o ambulatori e la loro rappresentatività non è nota.

Alcune regioni hanno attivato da qualche anno sorveglianze dell'antibiotico-resistenza che coinvolgono tutti o una elevata percentuale dei laboratori ospedalieri (quindi non solo laboratori sentinella) e possono fornire dati utili a promuovere azioni di contrasto a livello locale e il monitoraggio della loro efficacia.

I dati delle sorveglianze di 3 regioni (Campania, Emilia-Romagna, Toscana) sono pubblicati in report annuali disponibili online. I protocolli di sorveglianza seguiti da queste regioni sono per lo più sovrapponibili al protocollo AR-ISS con la possibilità, quindi, di confronto con i dati nazionali e la possibilità di integrare queste sorveglianze regionali in quella nazionale. Sorveglianze regionali sono presenti anche in altre regioni (Sicilia, Friuli-Venezia Giulia,

Lombardia) ma i dati pubblicati on line si discostano in parte da quelli richiesti dalla sorveglianza nazionale o non sono resi pubblici.

A livello locale, i laboratori delle strutture ospedaliere producono spesso rapporti epidemiologici periodici sulla sorveglianza dell'AMR nella struttura di riferimento, ma non sono disponibili informazioni sistematiche a riguardo. D'altra parte, contenuti e formati di questi rapporti sono largamente eterogenei. Ulteriore elemento di criticità è la mancanza di un sistema di allerta per nuovi o non comuni pattern di AMR.

**Sorveglianza delle batteriemie da CPE.** Questa sorveglianza presenta problematiche simili a quelle descritte per il sistema AR-ISS. In particolare, il confronto delle segnalazioni di casi pervenute alla Sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE con quelli provenienti da altre fonti ha messo in evidenza: - confronti con segnalazioni locali evidenziano come per alcune regioni e/o per alcune strutture ospedaliere vi sia una sottotifica molto evidente o anche mancanza totale di notifica. In particolare, l'alta variabilità nel numero dei casi riportati dalle diverse regioni e la differenza tra il numero dei casi riportati nella sorveglianza nazionale e quello di rapporti regionali o di lavori scientifici, suggeriscono una sottotifica, almeno in alcune regioni italiane.

Inoltre, il fatto che dall'avvio della sorveglianza nazionale sia stato osservato un progressivo aumento del numero delle notifiche e delle strutture notificanti, induce a ritenere che l'implementazione della sorveglianza a livello locale e/o regionale abbia richiesto tempo per l'organizzazione del flusso dei dati. Questo problema rappresenta, indubbiamente, un limite per l'interpretazione dell'andamento nel tempo delle batteriemie da CPE. Un'altra importante criticità è rappresentata dall'incompletezza delle informazioni riportate nella scheda di notifica, dall'impossibilità di avere aggiornamenti sulla stessa segnalazione per poter valutare l'esito e di individuare eventi multipli di batteriemia riguardanti lo stesso paziente.

**Sorveglianza infezione sito chirurgico (SNICH) e Sorveglianza infezioni in terapia intensiva (SITIN).** Sebbene entrambe le sorveglianze consentano all'Italia di fornire dati nazionali all'ECDC, contribuendo alla sorveglianza europea, manca una reale sistematizzazione e rappresentatività dei dati prodotti. Le Regioni hanno partecipato al sistema in modo volontario con un numero variabile di strutture e non sempre rappresentativo della realtà regionale. Le attività di sorveglianza non sono divenute patrimonio comune di tutte le regioni, né hanno un debito informativo nazionale. In molti ospedali sono stati implementati sistemi di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico ed in terapia intensiva con strumenti diversi da quelli proposti a livello nazionale, con un

impegno aggiuntivo per organizzare gli studi, impostare i database e produrre specifici indicatori. Questa disomogeneità ovviamente implica difficoltà analitiche qualche volta insormontabili.

**Indagini di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (Acuti e residenziali).** Da entrambi gli studi (PPS su acuti e HALT su LTCF) si traggono informazioni descrittive circa prevalenza di infezioni correlate all'assistenza, risorse umane e impegno regionale e dei singoli ospedali rivolti alle attività di sorveglianza e controllo, iniziative specifiche di controllo (ad es. igiene delle mani mediante uso di gel idroalcolico); è corretto quindi considerare questi dati come un'utile sperimentazione da parte delle regioni che richiede, però, un'azione di sistematizzazione che ne garantisca l'omogeneità del dato e la sostenibilità.

**Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella.** Il monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi sentinella avviene attraverso un sistema sviluppato da AGENAS nel 2009 in virtù di un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute. Le finalità per le quali il sistema è stato sviluppato da Agenas sono essenzialmente conoscitive, con gli obiettivi di avere una osservazione costante dell'applicazione delle raccomandazioni da parte delle organizzazioni sanitarie e di rilevare i determinanti organizzativi e socio - comportamentali che possono favorirne o ostacolarne la compliance. Il sistema di monitoraggio è implementato da Agenas e si fonda su un questionario di valutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione. A tali questionari l'Agenas ne ha affiancato anche uno specifico per la check list di sala operatoria, al fine conoscerne il livello di implementazione.

I principali limiti del data base del monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni risiedono nella volontarietà dell'adesione da parte delle aziende e delle Regioni. Questo determina una bassa copertura nazionale sia in termini di regioni che di aziende e una discreta variabilità nel tempo delle regioni e delle aziende che aderiscono al monitoraggio. Poiché il sistema è stato progettato per il livello aziendale, i dati disponibili per il livello sub-aziendale (presidio), non sono disponibili. Inoltre, poiché il monitoraggio si basa su auto dichiarazioni fornite dai responsabili aziendali, non è presente alcun meccanismo efficace di controllo della reale implementazione delle raccomandazioni

**Valutazione partecipata.** La valutazione partecipata della sicurezza si inserisce in un più ampio programma di valutazione dell'umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti, con la partecipazione dei cittadini. Il programma, progettato con la finalità di promuovere, a livello locale, il miglioramento dell'umanizzazione e della sicurezza delle strutture sanitarie,



non nasce con l'obiettivo specifico di alimentare un flusso dati nazionale sulla sicurezza. Dall'utilizzo sperimentale da parte dell'Osservatorio dei dati raccolti attraverso il programma di valutazione partecipata, emergono i seguenti principali limiti:

Adesione di tipo volontario da parte delle regioni e delle strutture di ricovero per acuti; alla rilevazione condotta nel 2017 hanno partecipato 387 stabilimenti di 16 Regioni e Province Autonome.

Lo strumento (checklist) sviluppato per la valutazione della sicurezza, dovendo identificare elementi facilmente verificabili anche da non professionisti, analizza essenzialmente la presenza di protocolli, procedure, istruzioni.

**Incident reporting.** L'incident reporting è un sistema di segnalazione su base volontaria di eventi avversi e near miss che non ha finalità epidemiologiche. L'obiettivo principale dell'incident reporting è quello di imparare dagli errori e ridurre la probabilità che si ripetano. Pertanto la raccolta dei dati inerenti gli eventi avversi e i near miss è utile prevalentemente per individuare le aree a maggiore rischio. Si rilevano, nella letteratura numerose esperienze di sviluppo di sistemi di incident reporting di livello nazionale.

Da una indagine recentemente realizzata dalla Sub Area Rischio clinico della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni risulta, nel nostro Paese, uno sviluppo disomogeneo dei sistemi di incident reporting a livello delle Regioni e Province Autonome e delle strutture sanitarie.

**Schede di dimissione ospedaliera.** I dati analizzati dall'Osservatorio evidenziano una ampia variabilità che richiede approfondimenti. Gli indicatori di sicurezza calcolati sulle SDO sono fortemente influenzati dalla corretta codifica delle diagnosi che i professionisti riportano nelle schede di dimissione ospedaliere. La variabilità della codifica potrebbe anche spiegare la variabilità regionale evidenziata da questi indicatori.

La legge 24/2017 (art. 2 co 4) prevede che i Centri regionali per la gestione del rischio sanitario trasmettano all'Osservatorio i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso, raccolti dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

Dalla ricognizione delle fonti informative effettuata dall'Osservatorio Buone Pratiche è risultata ampia disponibilità di dati ed informazioni utili per la valutazione e il monitoraggio della sicurezza. Si è reputato opportuno procedere in via preliminare alla messa a sistema di tutte le informazioni già conferite dalle Regioni e Province Autonome ai sistemi informativi facenti capo alle Istituzioni componenti l'Osservatorio (AGENAS, Ministero della Salute, AIFA,

Istituto Superiore di Sanità) anche al fine di individuare ulteriori dati che l'Osservatorio dovrà, nelle fasi successive, acquisire di Centri regionali per la gestione del rischio sanitario.

I dati rilevati si riferiscono tuttavia quasi esclusivamente alle strutture pubbliche e prevalentemente alle strutture di ricovero per acuti. Poche informazioni risultano disponibili per le strutture sociosanitarie pubbliche e per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

### **Azioni**

1. Migliorare l'adesione delle Regioni e Province Autonome e delle strutture sanitarie ai sistemi di segnalazione  
Tutte le Regioni e Province Autonome devono promuovere l'adesione delle strutture sanitarie ai sistemi di segnalazione spontanea nel rispetto dei tempi e delle modalità di segnalazione.  
Le Regioni e Province Autonome dovrebbero promuovere un ritorno informativo agli operatori sulle segnalazioni.
2. Migliorare l'infrastruttura di raccolta dati su AMR e ICA, sia per le sorveglianze che per le indagini periodiche, in accordo al Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza 2017-2020,  
Le Regioni e Province Autonome devono impegnarsi per migliorare l'adesione e promuovere la partecipazione delle strutture sanitarie
3. Migliorare la codifica delle schede di dimissione ospedaliera  
L'accuratezza della compilazione delle SDO è ancora un obiettivo da raggiungere per poter proseguire nell'utilizzo di questi dati per la valutazione della sicurezza.  
Individuare possibili interventi di miglioramento anche di tipo formativo/informativo sulla corretta compilazione delle SDO utilizzando eventualmente simulazioni e sfruttando scenari delle varie procedure e casistiche.
4. Migliorare l'adesione al monitoraggio raccomandazioni  
Tutte le Regioni e Province Autonome devono migliorare l'adesione al monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni e promuovere la partecipazione delle strutture sanitarie. In merito alla checklist di sala operatoria andrebbero promossi, a livello regionale e locale, omogenei strumenti per rilevare la reale applicazione della checklist, anche sulla base di esperienze regionali relative a studi osservazionali sul campo e programmi di peer review.
5. Migliorare l'adesione al programma di valutazione partecipata della sicurezza

E' necessaria una programmazione stabile dell'indagine, con cadenza definita, a cui tutte le Regioni e Province Autonome e tutte le strutture sanitarie devono aderire.

E' opportuna una revisione dello strumento di valutazione (checklist) per renderlo adatto alla misurazione di elementi più utili all'analisi della sicurezza delle strutture sanitarie.

Sono opportuni adattamenti dello strumento (checklist) per adeguarlo alla valutazione delle strutture sociosanitarie.

E' opportuno applicare altri programmi/strumenti di valutazione della sicurezza che prevedono il coinvolgimento del paziente.

6. Implementare a livello locale e regionale sistemi di incident reporting, come già previsto dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, tra gli standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello prevede la presenza di sistemi di segnalazione degli eventi avversi, e dalla legge Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016) comma 539.
7. Promuovere l'adesione ai sistemi nazionali di segnalazione, sorveglianza e monitoraggio, delle strutture sanitarie private e delle strutture sociosanitarie pubbliche e private

### **Obiettivi e risultati attesi**

**Adesione di tutte le Regioni e Province Autonome (21/21) ai sistemi di segnalazione, sorveglianza e monitoraggio, nonché alle indagini nazionali utili alla valutazione della sicurezza.**

**Incremento dell'adesione delle strutture sanitarie ai sistemi di segnalazione sorveglianza e monitoraggio, nonché alle indagini nazionali utili alla valutazione della sicurezza.**

**Incrementare l'utilizzo di sistemi di incident reporting nelle Regioni e Province autonome.**

**Pianificare e sperimentare interventi di miglioramento della codifica delle schede di dimissione ospedaliera.**

**Sviluppare piani regionali di adesione ai sistemi nazionali di segnalazione, sorveglianza e monitoraggio, delle strutture sanitarie private e delle strutture sociosanitarie pubbliche e private.**

**Monitoraggio**

Il raggiungimento degli obiettivi sarà monitorato principalmente attraverso il set di indicatori definito dall'Osservatorio e descritto in dettaglio nella sezione dedicata agli indicatori.

Eventuali indagini ad hoc saranno pianificate e realizzate nell'ambito del gruppo di lavoro n.1 dedicato alle fonti informative e agli indicatori per la valutazione della sicurezza.