Piano Annuale Rischio Sanitario

(P.A.R.S.)

Casa di Cura ICOT di Latina

Anno 2024

1. PREMESSA 2
2. IL CONTESTO TERRITORIALE 2
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO 3
3.1 DATI STRUTTURALI 3
3.2 DATI DI ATTIVITÀ 4
3.3 INTRODUZIONE AL PARS 4
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 6
4.1 EVENTI SEGNALATI NEL 2023 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017) 6
4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017) 6
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 7
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE – ANNO 2022 7
6.1 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO – EX PARM 7
6.2 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA 8
7. MATRICE RESPONSABILITÀ 9
8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PARS – ANNO 2024 10
8.1 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO 10
8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO 10
8.3 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA 13
8.4 ATTIVITA' GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA 14
9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS 18
10. RIFERIMENTI 18
11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 19

Data:	Emesso da:	Approvato da:	
28-02-2024	Clinical Risk Manager: Dott. Angelo Boumis	Direttore Generale: Dott. Massimo Miraglia	
		Direttore Sanitario: Dott. Angelo Boumis	
		Direttore Amministrativo: Dott. Roberto Ciceroni	

Firmato digitalmente da:
Angelo Boumis
Data: 29/02/2024 09:35:30

1. PREMESSA

L'Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico (ICOT) è un a Casa di Cura accreditata, appartenente al Gruppo GIOMI, operante nel Lazio, nell'ambito territoriale della ASL Latina, sita in via F. Faggiana, 1668.

2. IL CONTESTO TERRITORIALE

La Casa di Cura ICOT è situata alle porte di Latina sul territorio della ASL di Latina Distretto 2 (vedi fig.1) che comprende 5 Comuni per un totale di 164.978 abitanti: Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta, Sabaudia

È un'area densamente popolata con indice medio di vecchiaia alto pari a 182,3 (dati naz. 148,6) in cui sono concentrate un grosso numero di strutture sanitarie sia di pertinenza della Asl che strutture per acuti del SSR come esplicitato nella fig. 1 per un totale di 6800 posti letto per acuti.

Figura 1. Estensione distretto sanitario 2

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

3.1 DATI STRUTTURALI

TIPOLOGIA P.L.	ORD	DH/DS	ISOLAMENTO
AREA ACUTI	**248**	**15**	
AREA MEDICA	**23**	**2**	
CARDIOLOGIA	11		
MEDICINA INTERNA	12		
DH MULTIDISCIPLINARE		2	
AREA CHIRURGICA	**225**		
CHIRURGIA	15		
ORTOPEDIA	195		
UROLOGIA	15		
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		13	
RIABILITAZIONE	**109**	**12**	
RIABILITAZIONE	109	12	
AREA CRITICA	**11**		
UTIPO	8		
UTIC	3		
ISOLAMENTO			3
HOSPICE RESIDENZIALI	**10**		
DIALISI	**19**		2

HOSPICE DOMICILIARI		**40**	

N° 2 Blocchi Operatori composti da:

1. Edificio A: N° 7 sale operatorie
   N° 1 Sala Chirurgica ambulatoriale /endoscopia digestiva
2. Edificio B: N° 2 Sale operatorie
   N° 1 Sala emodinamica

N° 2 Terapie intensive

N° 1 Pronto soccorso

3.2 DATI DI ATTIVITÀ

		Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Dimissioni acuti (ordinari, DH/DS)		7.106	6.429	6.313
Dimissioni riabilitazione (ordinari,		1.461	1.393	1.569
Accessi di P.S.		16.008	16.896	18.457
Prestazioni ambulatoriali esterni	*Laboratorio Analisi*	22.028	20.913	21.494
	Ortopedia	18.814	17.641	17.217
	Cardiologia	5.207	5.183	8.981
	Radiografie	9.628	10.305	8.722
	FKT	1.271	4.234	6.506
	RMN	9.645	10.029	10.000
	EMG	3.854	8.115	5.534
	APA	401	248	181
Totale		**95.423**	**101.386**	**104.974**
Totale escluso Laboratorio		**73.395**	**80.473**	**83.480**

3.3 INTRODUZIONE AL PARS

Il PARS 2024 della Casa di Cura ICOT di Latina è stato elaborato sulla scorta delle indicazioni contenute nella Nota Regionale U.0124752 del 02/02/2023, nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "*Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)*" e della nota Regione Lazio Registro Ufficiale n. U.0091714 del 22-01-2024 avente per oggetto "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)*".

Il PARS compendia i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza)

Il PARS, quindi, in quanto unico documento per la Gestione del Rischio ha come obiettivi fondamentali: **un visone unitaria nella Gestione del Rischio Sanitario con particolare attenzione alla Gestione del Rischio Infettivo e alle misure di attuazione del Piano Regionale sull'Igiene delle mani.**

Il miglioramento continuo delle cure e la sicurezza del paziente rappresentano per ICOT una priorità strategica.

Per questo dal 2017 è iniziato un processo di formazione e coinvolgimento degli operatori che ha consentito di:

- Formare **il Clinical Risk Manager** aziendale con il corso di perfezionamento annuale "*Risk Management in Sanità*", organizzato dall'Università LUISS in collaborazione con Federsanità – ANCI.
- Formare una rete di n. 17 **Facilitatori del Rischio Clinico** (FRC). Al 31/12/2022 i facilitatori del rischio clinico formati e presenti in Istituto sono 16.
- Formare **454 operatori sulla gestione del rischio clinico**. In totale, dal 2017, sono state organizzate 19 edizioni accreditate ECM del Corso base sulla gestione del rischio clinico.

La formazione continuerà anche nell'anno 2024 sul personale neoassunto o che non ha frequentato i corsi già organizzati.

Nell'ambito di gestione della Qualità e della Sicurezza si segnala che ICOT continua nel percorso di integrazione del **Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001** e quello della **Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro ISO 45001**.

Per quanto riguarda la **gestione del rischio infettivo**, con comunicazione del Direttore Sanitario del 27-05-2017 è stato aggiornato il Comitato per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (già Comitato per le Infezioni Ospedaliere in vigore dall'anno 2009– CIO). In data 16-07-2018 la Direzione Aziendale ha confermato il Comitato per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), costituendo anche gruppi tematici per l'Accreditamento Istituzionale. In data 04-07-2023 la Direzione Aziendale ha nuovamente confermato i Gruppi per l'Accreditamento e il Comitato per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).

Il CC-ICA ha i seguenti compiti:

- definire la strategia di lotta contro le Infezioni Correlate all'Assistenza;
- organizzazione del sistema di sorveglianza (uso degli antibiotici, ecc.);
- istituzione di misure di prevenzione;
- coinvolgimento dei servizi laboratoristici;
- informazione al personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni;
- verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e della loro efficacia;
- curare la formazione culturale e del personale su tale argomento;

A queste funzioni, si aggiunge il rigoroso **monitoraggio** e **supporto all'applicazione** del PAICA prima e **del PARS** poi.

Il CC-ICA nell'anno 2023 si è riunito 3 volte e i verbali sono agli atti della Direzione sanitaria.

L'ICOT dispone di 3 stanze di isolamento temporaneo dotate di impianto idoneo e zone filtro per vestizione e svestizione degli operatori. L'Istituto si avvale, inoltre, della consulenza di n. 2 medici infettivologi.

È attivo il monitoraggio trimestrale dei germi *alert* e relativi antibiogrammi, i cui risultati sono diffusi a livello aziendale.

È effettuato il monitoraggio annuale del consumo degli antibiotici, a cura del Servizio Farmaceutico di Gruppo.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative, nei Servizi e negli spazi comuni. In particolare, nei reparti di degenza, sono collocati: lungo i corridoi, sui carrelli e nelle stanze di lavoro.

È proseguita l'attività di osservazione del corretto lavaggio delle mani effettuato a cura delle CSSA per un totale di 993 occasioni di lavaggio osservate.

Con cadenza trimestrale nell'anno 2023 è stato effettuato il monitoraggio del consumo di gel alcolico e di sapone nei reparti/servizi, con il contributo del Servizio farmaceutico di Gruppo.

In data 28-02-2023 è stato approvato e diffuso l'aggiornamento del **piano locale per l'igiene delle mani**, dopo aver effettuato l'autovalutazione, sulla scorta delle indicazioni fornite dal Piano Regionale per l'igiene delle Mani.

Sono stati formati n. **210 operatori sanitari** sulle procedure per il corretto lavaggio delle mani, utilizzando il materiale messo a disposizione dalla Regione Lazio. Le sessioni di formazione sono state n. 6 nel mese di maggio 2023. La formazione sul lavaggio delle mani è stata effettuata anche in occasione delle 4 edizioni del corso base sulla gestione del rischio clinico previste nell'anno 2023.

Nel corso dell'anno sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza (ICA) con particolare riferimento a:

- revisione procedura profilassi antibiotica peri-operatoria
- emissione procedura per la terapia antibiotica empirica
- emissione procedura per la prevenzione e trattamento della scabbia
- emissione procedura per la prevenzione e trattamento della cimice da letto

Il PARS è elaborato secondo le indicazioni contenute nella Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*, nella "Nota Regionale U.0124752 del 02/02/2023, e nella Nota Regionale U.0091714 del 22/01/2024 avente per oggetto "Piano annuale per la gestione del rischio sanitario 2024 (PARS)".

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

4.1 EVENTI SEGNALATI NEL 2023 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017)

			% di cadute all'interno della								
Tipo di evento	**n. eventi**	**% sul totale**	**n. eventi**	**% sul totale**	**Principali fattori causali / contribuenti**	**n. azioni**	**% sul totale**	**Azioni di miglioramento**	**% sul totale**	**Fonte del dato**	**% sul totale**
Near Miss /Eventi senza danno	152	95%	148	97%	Strutturali	0	0%	Strutturali	0%	IR	100%
					Tecnologici	2	9%	Tecnologici	10%	Sinistri	0%
Eventi Avversi	8	5%	0	0%	Organizzativi	4	17%			Emovigilanza	0%
					Procedure/Comunicazione	11	48%	Organizzativi	30%	Farmacovigilanza	0%
Eventi Sentinella	0	0%	0		Altro	6	26%			Dispostivovigilanza	0%
								Procedure/Comunicazione	60%	ICA	0%
Totale	**160**	**100%**	**148**	**97%**	***Totale***	**23**	**100%**	***Totale***	**100%**	***Totale***	**100%**

Risulta evidente come ancora la propensione alla segnalazione dei quasi eventi, degli eventi avversi senza danno e degli eventi avversi con danno sia ancora molto scarsa.

L'Istituto, quindi, si pone come obiettivi prioritari per il 2024 la formazione in presenza rivolta agli operatori di assistenza sulla gestione del rischio clinico, la programmazione di riunioni periodiche con i Facilitatori del rischio Clinico e la stimolazione dell'attività di segnalazione e analisi degli eventi avversi e dei quasi eventi. Anche in tema di analisi, infatti, i 5 audit organizzati nel corso dell'anno 2023 sono ancora insufficienti rispetto ai volumi complessivi di attività.

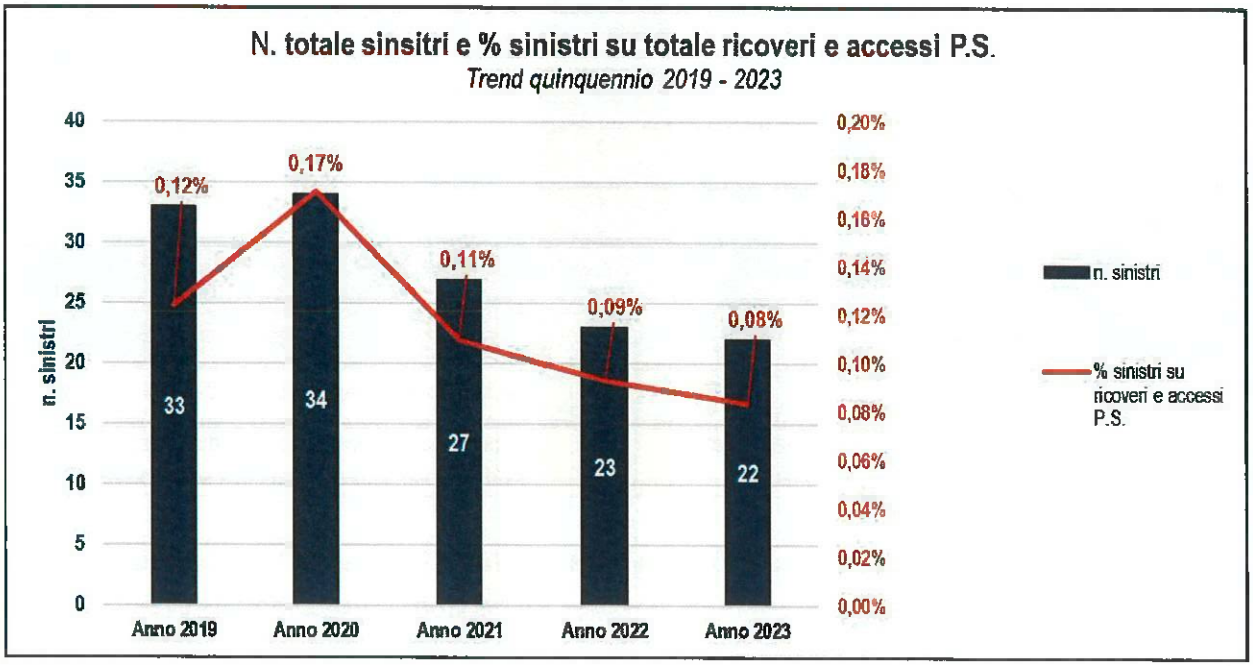
4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017)

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

Al fine di ottemperare a tale obbligo è redatta la tabella seguente.

Anno	N° sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2019	33	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2020	34	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2021	27	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2022	23	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2023	22	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
Totale	**139**	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale

La tabella fa riferimento esclusivamente a ai sinistri e ai risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni a cose, smarrimento di oggetti, etc



5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Istituto, in quanto facente parte del Gruppo GIOMI, opera in regime di ritenzione del danno.

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE – ANNO 2022

6.1 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO – EX PARM

Di seguito è riportato l'esito delle attività di Gestione del Rischio Sanitario (ex PARM) programmate per l'anno 2023.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti	**SI**	n. 92 operatori formati nel 2023
Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 2: Monitoraggio semestrale della corretta compilazione della Check List di Sala Operatoria	**SI**	2 report, ciascuno su un campione di 100 cartelle cliniche.
Attività 3: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della scala per la prevenzione delle cadute	**SI**	2 report. I semestre su 68 cartelle cliniche e II semestre su 100 cartelle cliniche.
Attività 4: Redazione procedura Rischio Nutrizionale e monitoraggio corretta applicazione	**SI**	Procedura emessa in data 18-10-2023 2 report. I semestre su 68 cartelle cliniche e II semestre su 100 cartelle cliniche

Attività 5: Organizzazione audit clinici	**SI**	5 audit organizzati nel 2023
Attività 6: Esecuzione di *Safety Walk Round* (SWR)	**SI**	1 SWR su igiene mani, 1 SWR su corretta valutazione rischio nutrizionale e 1 SWR su corretta valutazione rischio caduta.
Attività 7: Implementazione Cartella Informatizzata nei reparti a direzione universitaria	**NO**	
Attività 8: Completamento dell'implementazione della cartella clinica informatizzata in area chirurgica	**NO**	
Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 9: Certificazione del "*Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro*" secondo la norma ISO 45001	**SI**	Certificazione ottenuta in data 24/02/2023
Attività 10: Rilevazione della qualità percepita dall'utenza rispetto alle prestazioni clinico-assistenziali con nuovo questionario	**IP**	Elaborato e approvato nuovo modulo per la rilevazione della soddisfazione degli utenti ma non somministrato.

Sono state realizzate integralmente 7 attività rispetto alle 10 attività previste per l'anno 2023, ossia il 70,0% del totale.

Sono state realizzate parzialmente 1 attività rispetto alle 10 attività previste per l'anno 2023, ossia il 10,0% del totale.

6.2 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA

Di seguito è riportato l'esito delle attività di Gestione del Rischio Sanitario Infettivo (ex PAICA) programmate per l'anno 2023.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	**SI**	n. 92 operatori formati nel 2023
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sull'antibiotico-resistenza e sul corretto impiego degli antibiotici.	**SI**	n. 92 operatori formati nel 2023
Obiettivo B): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 3: Elaborazione del Piano 2023 e monitoraggio delle azioni	**SI**	Piano emesso e diffuso il 28-02-2023 e monitoraggio in continuo degli obiettivi prefissati. Ripetizione autovalutazione al 31-12-2023
Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CPE		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Attività 4: Definizione e implementazione del modello di sorveglianza attiva con tampone rettale/coprocoltura delle colonizzazioni o infezioni da CPE, con implementazione dell'esecuzione di tamponi rettali di sorveglianza nei setting previsti dalla procedura (Riabilitazione cardiologica e neuromotoria)	**NO**	
Attività 5: Definizione e implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE	**SI**	n. 2 segnalazioni inviate a SERESMI
Attività 6 indicatore 1: Aggiornamento della procedura sulla antibioticoprofilassi peri-operatoria	**SI**	Redatto e diffuso il Protocollo "*Profilassi antibiotica*" (I75-05-35 rev_1 del 14/06/2023)

Attività 6 indicatore 2: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della procedura sull'antibiotico profilassi Perioperatoria (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)	SI	Report monitoraggio semestrale cartelle cliniche
Attività 7: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CPE	SI	Report trimestrali inviati alle UU.OO. dalla DS in data 20/04/23, 05/07/23, 10/10/23 e 19/01/24
Attività 8: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze	SI	Report trimestrali inviati alle UU.OO. dalla DS in data 20/04/23, 05/07/23, 10/10/23 e 19/01/24
Attività 9: Monitoraggio consumo antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/1000 gg di degenza	SI	Report annuale
Attività 10: Diffusione report alle UU.OO. del consumo di gel alcolico e sapone	SI	Report semestrali
Attività 11: pianificazione e svolgimento di uno studio di prevalenza delle ICA	SI	Indagine svolta il 04/07/23
Attività 12 indicatore 1: Redazione della procedura sulla antibiotico terapia empirica	SI	Redatto e diffuso il Protocollo *"Terapia Antibiotica Empirica"* (I75-05-63 rev_0 del 31/08/2023)
Attività 12 indicatore 2: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della procedura sulla terapia antibiotica empirica (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)	NO	

Sono state realizzate integralmente 12 attività rispetto alle 14 attività previste per l'anno 2023, ossia lo 85,7% del totale.

7. MATRICE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti responsabilità:

- Il Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del piano ad esclusione di quella sul rischio infettivo Invia il PARS CRRC;
- Il Direttore Sanitario, in qualità di Coordinatore del CCICA redige e monitora l'implementazione della parte del piano specifica sul rischio infettivo
- Responsabile Affari Generali/Affari Legali: redige la parte del piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa
- Direzione Strategica Aziendale/Proprietà: si impegna ad adottare il PARS e a fornire all' Organizzazione le risorse opportune e le opportune direttive per la realizzazione delle attività del Piano.

Azione	Direttore Sanitario/Presidente del CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Generali /Legali	Direttore Generale/ Proprietà	Direttore Amministrativo	Strutture Amm.ve e Tecniche di Supporto
Redazione PARS	**R**	**R**	C	C	C	-
Adozione del PARS	C	C	I	**R**	C	-
Monitoraggio PARS	**R**	**R**	I	I	C	C

R= Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PARS – ANNO 2024

8.1 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio NON infettivo:

a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO

Per l'anno 2024 all'interno del PARS sono state individuate le seguenti attività di gestione del rischio sanitario NON infettivo:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

1. Corso base "*Gestione del rischio clinico*" per gli operatori non formati precedentemente e i neoassunti

B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

1. Monitoraggio trimestrale della compilazione della Check List di Sala Operatoria.
2. Monitoraggio trimestrale della applicazione della procedura per la prevenzione delle cadute
3. Monitoraggio trimestrale della applicazione della procedura per la prevenzione del rischio nutrizionale.
4. Monitoraggio semestrale della applicazione della procedura per la corretta identificazione del paziente.
5. Esecuzione di almeno n. 5 audit clinici nell'arco dell'anno.

C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

1. Mantenimento della certificazione integrata sistemi qualità salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSSLL)
2. Elaborazione dei questionari sulla qualità percepita rispetto alle prestazioni clinico-assistenziali degli utenti ricoverati raccolti tramite il nuovo questionario.

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti		
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31 dicembre 2024		
Standard: sì – attestato di partecipazione		
Fonte: CRM, Ufficio Formazione e RAQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Ufficio Formazione e RAQ**
Organizzazione Corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	C

Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2: Monitoraggio trimestrale della corretta compilazione della Check List di Sala Operatoria			
Indicatore: Report effettuati su un campione di 50 cartelle cliniche per ciascun trimestre			
Standard: sì – presenza di quattro report annuali			
Fonte: CSSA e Direzione Sanitaria.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Servizio Infermieristico**	**UU.OO.**
Effettuazione monitoraggio semestrale	C	R	I
Elaborazione report semestrale	C	R	I
Diffusione report semestrale	R	C	C

Attività 3: Monitoraggio trimestrale della corretta applicazione della scala per la prevenzione delle cadute			
Indicatore: Report effettuati su un campione di 50 cartelle cliniche per ciascun trimestre			
Standard: sì – presenza di quattro report annuali			
Fonte: CSSA e Direzione Sanitaria.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Servizio Infermieristico**	**UU.OO.**
Effettuazione monitoraggio semestrale	C	R	I
Elaborazione report semestrale	C	R	I
Diffusione report semestrale	R	C	C

Attività 4: Monitoraggio trimestrale della corretta applicazione della scala per la prevenzione del Rischio Nutrizionale			
Indicatore: Report effettuati su un campione di 50 cartelle cliniche per ciascun trimestre			
Standard: sì – presenza di quattro report annuali			
Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO., Dietista			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I
Autorizzazione/diffusione	I	R	I
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo attuazione procedura	C	R	C

Attività 5: Monitoraggio semestrale sulle occasioni di identificazione attiva del paziente			
Indicatore: Report effettuati su almeno 100 occasioni di osservazione per ciascun semestre			
Standard: sì – presenza di due report annuali			
Fonte: CRM, Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I

Autorizzazione/diffusione	I	R	I
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo attuazione procedura	C	R	C

Attività 6: Esecuzione di almeno n. 5 audit clinici nell'arco dell'anno		
Indicatore: Esecuzione di 5 audit clinici nell'anno		
Standard: sì – presenza di 5 verbali di audit		
Fonte: CRM		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**Clinical Risk Manager**	**UU.OO.**
Organizzazione audit	R	C
Effettuazione audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività 7: Certificazione ISO 45001				
Indicatore: Mantenimento della certificazione ISO 9001 e ISO 45001 entro il 30-06-2023				
Standard: sì – Presenza del certificato				
Fonte: RQA e SPP				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	**RAQ**	**SPP**	**CRM**	**Direzione Aziendale**
Domanda certificazione	C	C	C	R
Preparazione documentazione	C	R	C	I
Svolgimento audit certificazione	C	R	C	C

Attività 8: Rilevazione della qualità percepita dall'utenza rispetto alle prestazioni clinico-assistenziali con nuovo questionario			
Indicatore: Analisi e reportistica semestrale della soddisfazione dell'utenza			
Standard: sì – presenza di due report annuali			
Fonte: RQA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**RAQ**	**Coordinatori Infermieristici/ Assistenti sociali**	**Direzione Aziendale**
Introduzione del questionario	I	C	R
Somministrazione questionari	I	R	I
Diffusione dei risultati	R	I	I

8.3 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio infettivo:

A) ***Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:***

1. Organizzazione di attività informative/formative degli operatori sul monitoraggio e sulla prevenzione delle ICA **(FR)**;
2. Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici **(FR)**;

B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:

1. Elaborazione del Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse **(M)**.

C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE:

1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE **(FR)**;
2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE **(M)**;
4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert **(FR)**;
5. Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria **(FR)**;
6. Elaborazione di report su:
   a) Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
   b) Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato coi dati di consumo dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.

1. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
   a) Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile;
   b) Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
   c) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
   d) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
2. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
3. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobical stewardship*) **(M)**.

N.B. le attività contraddistinte dalla sigla (FR) sono fortemente raccomandate mentre quelle contraddistinte dalla sigla (M) sono mandatorie

8.4 ATTIVITA' GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO – EX PAICA

Per l'anno 2024 all'interno del PARS sono state individuate le seguenti attività di gestione del **rischio sanitario infettivo**:

Obiettivo A): ***Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo***

Attività 1: Esecuzione di almeno un'edizione del corso sulla prevenzione delle ICA e *antibiotic stewardship*
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso già strutturato nel 2023 entro il 31-12-2024
Standard: sì
Fonte: CCICA e Ufficio Formazione
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Medici Infettivologi	RAQ e Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del Corso	I	R	C
Valutazione impatto del corso	R	C	I

Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul riconoscimento, sulla gestione e sul trattamento della sepsi.
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31 dicembre 2024
Standard: sì
Fonte: CCICA e Ufficio Formazione
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Medici Infettivologi	RAQ e Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del Corso	I	R	C
Valutazione impatto del corso	R	C	I

Obiettivo B): ***Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi***

Attività 3: Elaborazione del piano aziendale sull'Igiene delle Mani
Indicatore: Elaborazione del piano 2024 e analisi dei risultati dell'autovalutazione a seguito delle azioni compiute nel 2023
Standard: sì
Fonte: Direzione Sanitaria
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari autovalutazione	R	I
Individuazioni azioni di miglioramento	R	C
Elaborazione del Piano di Azione Locale	R	I

Obiettivo C): ***Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE***

Attività 4: Definizione e implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE			
Indicatore: prosecuzione della segnalazione e invio dei casi di emocoltura positiva a CPE alla ASL e al Ministero, attraverso monitoraggio dell'avvenuta trasmissione dei referti positivi.			
Standard: sì			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi**	**Direzione Sanitaria**
Controllo della corretta alimentazione del flusso	I	C	R
Attuazione azioni di miglioramento	R	C	C

Attività 5: Procedura aziendale sulla antibiotico-profilassi peri-operatoria e monitoraggio della corretta applicazione			
Indicatore: Monitoraggio trimestrale della corretta applicazione della procedura di antibiotico-profilassi peri-operatoria (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)			
Standard: sì – presenza di 4 report all'anno di monitoraggio della corretta applicazione della procedura			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Direttore Istituto/ Resp. UO Anestesia/ Medico Infettivologo**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I
Autorizzazione/diffusione	R	I	I
Applicazione procedura	I	C	R
Monitoraggio attuazione	R	C	C

Attività 6: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CPE			
Indicatore: report di monitoraggio delle infezioni/colonizzazioni da CPE con cadenza trimestrale			
Standard: sì – presenza di almeno 4 report annuali			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 7: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze
Indicatore: report di monitoraggio sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze con cadenza trimestrale

Standard: sì – presenza di almeno 4 report annuali			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Servizio Farmaceutico**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 8: Monitoraggio consumo antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/1000 gg di degenza			
Indicatore: report di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza con cadenza annuale			
Standard: sì – presenza di almeno 1 report annuale			
Fonte: Servizio Farmaceutico di Gruppo			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Servizio Farmaceutico di Gruppo**	**Direzione Sanitaria**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 9: Monitoraggio del consumo di gel alcolico disaggregato per Area Assistenziale e complessivo			
Indicatore 1: report di monitoraggio del consumo di gel alcolico e di sapone con cadenza semestrale			
Standard 1: sì – presenza di almeno 2 report annuali			
Indicatore 2: consumo di gel alcolico nelle Aree Funzionali e in Struttura coerente con indicazioni OMS			
Standard 2: almeno 20 litri per 1.000 giornate di degenza a livello aggregato			
Fonte: Servizio Farmaceutico di Gruppo			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Servizio Farmaceutico di Gruppo**	**Direzione Sanitaria**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 10: pianificazione e svolgimento di uno studio di prevalenza delle ICA			
Indicatore: svolgimento dello studio ed elaborazione dei dati di prevalenza			
Standard: sì – esecuzione dell'indagine antro il 31/12/2024			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico**	**CCICA/ Medici Infettivologi**
Pianificazione indagine	C	C	R

Effettuazione indagine	C	I	R
Monitoraggio indagine	C	R	C

Attività 11: Procedura per antibiotico terapia empirica e monitoraggio corretto uso antibiotici su campione cartelle cliniche
Indicatore 1: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della procedura di antibioticoterapia empirica (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)
Standard 1: sì – presenza di 2 report all'anno di monitoraggio della corretta applicazione della procedura
Indicatore 2: Monitoraggio semestrale della coerenza tra antibiogrammi e impostazione della antibioticoterapia mirata (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)
Standard 2: sì – presenza di 2 report/anno su monitoraggio della coerenza tra antibiogrammi e impostazione della antibioticoterapia mirata
Fonte: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Medico Infettivologo**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I
Autorizzazione/diffusione	R	I	I
Applicazione procedura	I	C	R
Monitoraggio attuazione	R	C	C

Attività 12: Gestione della sepsi
Indicatore: Redazione della procedura sulla gestione della sepsi
Standard: sì – Redazione della procedura entro il 31/12/2024
Fonte: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Medici Internisti**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I
Autorizzazione/diffusione	R	I	I

Attività 13: Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica
Indicatore 1: Aggiornamento della procedura "Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica" (GRC-02)
Standard 1: sì – Aggiornamento della procedura entro il 30/06/2024
Indicatore 2: Monitoraggio annuale della corretta applicazione della procedura "*Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica*"
Standard 2: sì – presenza di report annuale di monitoraggio della corretta applicazione della procedura
Fonte: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Direttore Istituto**	**UU.OO.**
Redazione procedura	C	R	I
Autorizzazione/diffusione	R	I	I
Applicazione procedura	I	C	R
Monitoraggio attuazione	R	C	C

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS approvato dalla Direzione Generale avrà le seguenti modalità di diffusione:

1. Presentazione del PARS ai Facilitatori del Rischio Clinico in occasione della prima riunione utile;
2. Invio a mezzo e-mail ai Responsabili Medici e Caposala di tutti Reparti / Servizi;
3. Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei FRC;
4. Pubblicazione sulla Intranet Aziendale;
5. Pubblicazione sul sito Internet Aziendale.

Il PARS è inviato a mezzo e-mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2024 al Centro Rischio Clinico della Regione Lazio, come previsto dalla comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U.0091714 del 22-01-2024.

10. RIFERIMENTI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità*;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "*Lotta contro le Infezioni Ospedaliere*";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "*Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza*";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "*Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131*";
9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*";
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'*";
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie*";
12. Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 "*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*".

13. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "*Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017*";
14. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
15. Determinazione regionale n. G05584 del 27 aprile 2018 recante:" Approvazione *del Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)*".
16. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "*Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico*".
17. Determinazione regionale n. G00163 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*".
18. Determinazione regionale n. G00164 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*".
19. Comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020 recante:" Comunicazioni *relative all'elaborazione del PARM 2020*".
20. Determinazione regionale n. G02044 del 26/02/2021, recante:" Adozione *del piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani*".
21. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: "*Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025*";
22. Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante: "*Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*".
23. Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 "*Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*".
24. Nota Regione Lazio RU n. U.0124752 del 02-02-2023 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)*".
25. Nota Regione Lazio RU n. U.0091714 del 22-01-2024 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)*".

11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori – sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;;