

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

Consulting&Service spa
Sede Legale Via Marconi, 3 - 80046
San Giorgio a Cremano (NA)
P.Iva 053547371217

CASA DI CURA ANDREA GRIMALDI

Via Marconi, 4/10 - 80046
San Giorgio a Cremano (NA)

ALL MS 06/PARM

ANNO 2024 – EMESSO IN DATA 20/02/2024

| | <i>Nome e Cognome</i> | <i>Funzione</i> | <i>Firma</i> |
|-------------------|-----------------------|--|--------------|
| <i>Redatto</i> | Vanessa Salzano | Responsabile Qualità e Referente Rischio Clinico | |
| <i>Verificato</i> | Maurizio Di Gennaro | Direttore Sanitario | |
| <i>Approvato</i> | Pasquale Plaisant | Amministratore Unico | |

| | |
|--|--------------------------------------|
| | Piano Annuale Risk Management |
|--|--------------------------------------|

INDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUZIONE..... | 3 |
| 2 | CONTESTO ORGANIZZATIVO..... | 4 |
| 2.1 | Relazione consuntiva sugli eventi avversi..... | 5 |
| 2.2 | Sinistrosità e Risarcimenti..... | 6 |
| 3 | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ..... | 7 |
| 4 | OBIETTIVI GENERALI..... | 7 |
| 5 | OBIETTIVI SPECIFICI..... | 7 |
| 6 | MODALITÀ' DI DIFFUSIONE DEL PARM..... | 9 |
| 7 | RIFERIMENTI LEGISLATIVI..... | 9 |
| 8 | BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 10 |

1 INTRODUZIONE

Il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) rappresenta l'atto istituzionale attraverso il quale la Casa di Cura A. Grimaldi, esplicitando il proprio impegno nella Gestione del Rischio Clinico, coinvolge tutte le parti interessate al buon funzionamento del sistema sanitario: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo locale e regionale, gli stakeholders e le istituzioni del territorio.

La Legge 24/2017, conosciuta come "Legge Gelli", in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita (nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) ha normato e rafforzato il concetto, già introdotto dalla legge di Stabilità 2016, che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie.

Inoltre, sancisce nell'articolo 1. che "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e collettività" per poi declinare una serie di attività sia a livello centrale (Stato e Regioni) che a livello locale nelle singole strutture sanitarie finalizzate all'implementazione del sistema di gestione del rischio attraverso l'utilizzo appropriato di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche cliniche sulla sicurezza nella sanità, all'istituzione dei Centri Regionali per il Rischio Clinico, etc.).

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" definisce in sintesi le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei near miss (quasi eventi);
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è quindi lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione dei rischi all'interno della Casa Di Cura A. Grimaldi.

Piano Annuale Risk Management

La Casa di Cura, con la figura del Responsabile del rischio clinico e le politiche di risk management, è orientato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, attraverso procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei caregivers.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e sicurezza delle cure alle quali partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella Casa di Cura. In questo contesto, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali quali il Direttore Sanitario, i Dirigenti/Coordinatori infermieristici, il Medico Competente, l'RSPP, la Direzione Aziendale e più in generale tutti gli operatori sanitari nelle loro specifiche competenze bensì coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio clinico. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Tutte le strutture e funzioni della Casa di Cura, per quanto di loro competenza, collaborano con il Responsabile del rischio clinico alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e sono coinvolte nella sua realizzazione.

Il PARM 2024 della Casa di Cura A. Grimaldi è stato redatto ai sensi del Decreto Dirigenziale N. 99 del 16 dicembre 2022 "Approvazione Linee Guida per l'elaborazione del PARM" – Regione Campania.

2 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura A. Grimaldi insiste sul territori della ASL Napoli 3 Sud – DS 54.

La struttura è autorizzata ai sensi della DGRC 7301/01 con Autorizzazione n.7 del 19/11/2014 aggiornata con Autorizzazione n. 21 del 01/04/2019 (PMA di II livello) ed è Accreditata al SSN con Decreto Regionale n.54 del 29/05/2015 per le seguenti attività:

| DATI STRUTTURA | |
|--|--|
| Posti letto | 107 |
| Posti letto di area medica: <ul style="list-style-type: none">• Medicina (Cod. 26)• Neurologia | 58: <ul style="list-style-type: none">• 30• 28 |
| Posti letto di area chirurgica: <ul style="list-style-type: none">• Chirurgia Generale• Ginecologia | 49 <ul style="list-style-type: none">• 30• 19 |
| Blocchi operatori | 2 (1 relativo alla PMA) |
| Sale Operatorie | 3 (1 dedicata alla PMA) |
| Terapia Intensiva | 4 pl Chirurgia Generale attrezzati per Terapia Intensiva post-operatoria |

Piano Annuale Risk Management

| | |
|--|---|
| AMBULATORIO | Diagnostica per immagini |
| CONSULENZA SPECIALISTICA PER PAZIENTI RICOVERATI | Cardiologia Diagnostica Vascolare Esofagogastroduodenoscopia Pneumologia Psicologia |

| DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI | 2022 | 2023 |
|---|------|------|
| RICOVERI ORDINARI | 3934 | 3686 |
| RICOVERI DIURNI | 355 | 86 |
| PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC) | 1259 | 1462 |
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | 546 | 561 |

2.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi

La Legge n. 24/2017 ha introdotto – all’art. 2, comma 5 – l’obbligo di predisposizione di una Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Casa di Cura, sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

La Relazione, il cui contenuto è parte integrante del PARM, è pubblicata sul sito internet, e rendiconta le attività inerenti la gestione del Rischio Clinico nell’anno precedente alla nuova edizione del PARM.

Si rappresenta in proposito che il PARM deve includere anche le attività di prevenzione e sorveglianza delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA), in quanto esse costituiscono parte integrante della gestione del rischio clinico.

Tali azioni, adottate sulla base di priorità aziendali, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, sono rivolte principalmente al monitoraggio ed alla sorveglianza delle infezioni causate da microrganismi resistenti agli antimicrobici e al monitoraggio del corretto utilizzo di antibiotici, sia nella profilassi che nella terapia, nell’ambito di una più ampia strategia gestionale di Antimicrobial Stewardship.

In particolare, nella relazione è necessario precisare il numero degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei near miss segnalati nell’anno antecedente la redazione dell’ultimo PARM e, almeno per gli eventi sentinella, è opportuno segnalarne la tipologia, il tipo di attività di analisi esperita (es. Audit, RCA, SEA, FMEA/FMECA et al.), le successive “azioni” poste in essere e le modalità di monitoraggio programmate, al fine di valutare gli effetti delle azioni stesse. La relazione suddetta dovrà accompagnarsi alla tabella di seguito riportata.

| ANNO | Near Miss (evento evitato) | Eventi Avversi | Eventi Sentinella |
|------|-------------------------------|----------------|-------------------|
| 2018 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | 0 | 0 | 0 |

Piano Annuale Risk Management

| | | | |
|------|---|---|---|
| 2021 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | 0 | 0 | 0 |
| 2023 | 0 | 0 | 0 |

Si definisce:

- **Near Miss** o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente;
- **Evento Avverso**: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile";
- **Evento Sentinella**: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Di seguito il dettaglio eventi relativo al 2022

| Tipo di evento | Numero e % sul totale degli eventi | % di cadute nella categoria di evento | Principali fattori causali/ contribuenti ¹ | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| Near Miss | 0 | 0 | Strutturali (-%) Tecnologici (-%) Organizzativi (-%) Procedure (-%) | Strutturali (-%) Tecnologici (-%) Organizzativi (-%) Procedure (-%) | Sist. di reporting (-%) Sinistri (-%) Emovigilanza (-%) Farmacovig. (-%) Dispositivo Vigilanza (-%) ICA (-%) |
| Eventi Avversi | 0 | 0 | | | |
| Eventi Sentinella | 0 | 0 | | | |

Di seguito il dettaglio eventi relativo al 2023

| Tipo di evento | Numero e % sul totale degli eventi | % di cadute nella categoria di evento | Principali fattori causali/ contribuenti ² | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|
| Near Miss | 0 | 0 | Strutturali (-%) | Strutturali (-%) | Sist. di reporting (-%) |

1 I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

2 I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Piano Annuale Risk Management

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|--|--|
| Eventi Avversi | 0 | 0 | Tecnologici (-%) Organizzativi (-%) Procedure (-%) | Tecnologici (-%) Organizzativi (-%) Procedure (-%) | Sinistri (-%) Emovigilanza (-%) Farmacovig. (-%) Dispositivo Vigilanza (-%) ICA (-%) |
| Eventi Sentinella | 0 | 0 | | | |

2.2 Sinistrosità e Risarcimenti

La Casa di Cura A. Grimaldi opera in regime di autoritenzione del rischio ed è gestita Consulting & Service S.p.A.

| Anno | N. Sinistri Aperti | N. sinistri liquidati | Risarcimenti erogati |
|------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 2018 | - | 12 | € 36.432,04 |
| 2019 | - | 14 | € 29.644,00 |
| 2020 | - | 15 | € 39.444,66 |
| 2021 | 20 | 3 | € 24.000,00 |
| 2022 | 19 | 4 | € 29.412,00 |
| 2023 | 15 | 14 | € 273.800,00 |

3 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- Referente Rischio Clinico: redige e monitora l'implementazione del PARM, effettua analisi e valutazioni dello stesso. Invia il PARM al Direttore Sanitario;
- Direttore Sanitario: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- Direttore Amministrativo: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- Amministratore Unico: si impegna ad adottare il PARM entro il 31 marzo di ogni anno. Si impegna a fornire le risorse (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

La Tabella di seguito riporta la matrice delle responsabilità, eventualmente modificabile sulla base delle specifiche esigenze organizzative della Casa di Cura.

| Attività | Ruolo ³ | Responsabile Qualità/Referente rischio clinico | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Amministratore Unico |
|-----------------------|--------------------|--|---------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Redazione del PARM | | R | C | C | I |
| Adozione del PARM | | C | C | C | R |
| Monitoraggio del PARM | | R | C | C | I |
| Analisi e Valutazione | | R | C | C | C |

3 Matrice RCI, come da Manuale del sistema di gestione aziendale:
R – Responsabile: la persona che esegue ed assegna l'attività;
C – Coinvolto: la persona che aiuta e collabora con il R per l'esecuzione dell'attività;
I – Informato: la persona che deve essere informata al momento dell'esecuzione dell'attività.

Piano Annuale Risk Management

4 OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali della Casa di Cura A. Grimaldi nella gestione del Rischio Clinico sono:

- A) diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
- B) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo 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.
- D) partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

5 OBIETTIVI SPECIFICI

In linea con la mission aziendale e con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 59/2019, nel piano vengono monitorati gli interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, tenendo conto della peculiarità delle singole branche specialistiche presenti in struttura.

Per l'anno 2024 si confermano alcune delle attività del 2023

| | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|
| OBIETTIVO A) | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio. | | |
| ATTIVITÀ 1: | Organizzare ed effettuare almeno un nuovo corso di formazione relativo alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure. | | |
| Indicatore 1 | N. corsi effettuati in un anno | Obiettivo | Almeno uno |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | Referente rischio clinico | Direttore Sanitario |
| | | | Amministratore Unico |
| Progettazione e proposta dei corsi | | R | C |
| Effettuazione del corso | | R | C |

| | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------|
| OBIETTIVO B) | Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| ATTIVITÀ B.1: | Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES | | |
| Indicatore B.1 | n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico | Obiettivo | 100% |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | Referente rischio clinico | Direttore Sanitario |
| | | | Amministratore Unico |
| Monitoraggio operativo | | C | R |
| Invio segnalazione | | R | C |

| | |
|----------------------|---|
| ATTIVITÀ B.2: | Implementazione delle raccomandazioni ministeriali |
|----------------------|---|

Piano Annuale Risk Management

| | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|
| Indicatore B.2 | Aggiornamento e revisione procedure interne relative alle Raccomandazioni | Obiettivo | 100 % applicabili |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | Referente rischio clinico | Direttore Sanitario |
| Revisione RO Raccomandazioni | | R | I |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|-----------------------------|
| OBIETTIVO C) | Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture. | | |
| ATTIVITÀ : | Implementazione del Safety Walkaround come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. | | |
| Indicatore | N. Safety Walkaround nel in un anno | Obiettivo | Almeno uno |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | Responsabile Qualità/Referente rischio clinico | Amministratore Unico |
| Progettazione ed effettuazione SWA | | R | I |
| Incontro analisi SWA | | R | I |
| Report SWA | | R | I |

Inoltre nel 2024 la Responsabile del Rischio Clinico concluderà l'attività di formazione specifica c/o l'Università di Napoli Federico II per ricoprire il proprio ruolo con l'intenzione di individuare alcuni Facilitatori della comunicazione dell'Evento Avverso.

La Casa di Cura, in caso di nuove esigenze sopraggiunte (es. nuovi rischi individuati) e/o in caso di introduzione o cambiamenti della normativa vigente, rimodula il PARM adottato, tenendo in debita considerazione che dalla realizzazione delle attività di Clinical Risk Management programmate, ci si attende, nel lungo periodo, il conseguimento dei seguenti risultati:

- sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di inappropriatezza;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e anche dell'operatore.

6 MODALITÀ' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici enunciati nel PARM 2024 il Direttore Sanitario e la Direzione Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegna ad assicurare:

- Presentazione del PARM ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARM in formato PDF sui supporti informatici aziendali;

Piano Annuale Risk Management

- Pubblicazione del PARM sul sito internet della Casa di Cura <https://www.andreagrimaldi.com/hub/casa-di-cura-andrea-grimaldi/>;
- Iniziative di diffusione e condivisione del PARM a tutti gli operatori sanitari operanti nella struttura.

7 RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997: 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;
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero professionale dei dirigenti sanitari.;
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro – Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);
- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ... i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES.);
- Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, OMS: Safe Surgery;
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;
- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".;
- D.D. n 35 del 08/02/2021 oggetto "Istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente".;
- Determinazione della Regione Lazio n.G00164 del 11.01.2019: Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di RISK Management (PARM)".;
- Legge Regione Campania n. 20 del 23 Dicembre 2015, "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini;
- Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)".;
- Legge Regionale n. 6 del 5 aprile 2016 "Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell'economia campana".

8 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità – il problema degli errori" CommissioneTecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";

Piano Annuale Risk Management

- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997; Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009;
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=vuoto;>