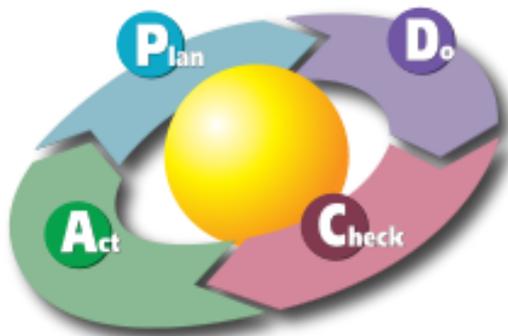




ASL Brindisi

PugliaSalute

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI
Via Napoli, 8 – 72100 Brindisi – tel. 0831.536.1



RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2020

*Documento redatto a cura della U.O.S.D. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Marzo 2021*

U.O.S.D. Risk Management

Dirigenti Medici:

Dott.ssa Sabrina Leonardi

Dott.ssa Stefania Bello

Dott. Giuseppe Lecce

Funzionari:

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

Dott.ssa Sabrina Dattoli

Commesso: *Sig. Antonio Natali*

E-mail: *riskmanagement@asl.brindisi.it*

Tel: 0831/536659

Redattori: Dott.ssa Sabrina Leonardi

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
DEFINIZIONI	3
METODOLOGIA.....	4
RISULTATI.....	5
Segnalazione cadute.....	5
Segnalazione altri eventi avversi	9
Segnalazione eventi sentinella	10
Segnalazione atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.....	10
Richieste risarcimento danni pervenute alla ASL BR di competenza della UOSD Risk Management	11
Attività messe in atto dalla U.O.S.D. Risk Management in relazione agli eventi avversi	16
Bibliografia.....	16

INTRODUZIONE

Ogni organizzazione sanitaria rappresenta un sistema complesso la cui attività si estrinseca attraverso una serie di azioni in cui intervengono fattori umani, tecnologici, ambientali, organizzativi etc. La grande complessità di un'organizzazione sanitaria fa sì che il rischio di evento avverso sia insito in essa e, di fatto, ineliminabile.

La gestione del rischio ha lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali connessi alle attività svolte nella struttura sanitaria. Obiettivo fondamentale è aumentare la sicurezza dei pazienti (ma anche di altri soggetti che interagiscono con l'organizzazione sanitaria, come operatori sanitari e visitatori) e la qualità delle prestazioni e dei processi, riducendo gli eventi avversi prevenibili e, di riflesso, le occasioni di contenzioso.

L'identificazione e l'analisi dei fattori che possono aver causato e/o contribuito all'occorrenza dell'evento avverso può essere effettuata utilizzando una metodologia di analisi validata, orientata al sistema ed ai processi (root cause analysis, audit, etc) oppure attraverso strumenti di più semplice applicazione che presuppongono un minor impiego di risorse, tempo e competenze (briefing, discussione di casi, focus group, etc).

L'identificazione delle cause profonde o cause radice è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

I sistemi di reporting degli eventi avversi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "principio dell'imparare dall'errore" e in base al principio che "se non si può misurare qualcosa, non si può migliorarla".

La U.O.S.D. Risk Management della ASL di Brindisi effettua tra le sue attività il monitoraggio continuo degli eventi avversi segnalati dagli operatori della ASL e, ove opportuno, richiede alle strutture interessate un'analisi approfondita degli stessi o fornisce il proprio supporto nell'indagine necessaria per individuarne le cause, i fattori contribuenti e le azioni da adottare per prevenire l'occorrenza di eventi analoghi.

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, all'art. 2 comma 5, prevede la "predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto".

Pertanto, nel presente documento, redatto in ottemperanza alla suddetta legge, saranno presentati, i risultati relativi al monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella segnalati dagli operatori alla U.O.S.D. Risk Management della ASL di Brindisi nell'anno 2020, nonché le attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il riverificarsi di tali eventi.

Saranno inoltre riportati i risultati dell'analisi delle richieste di risarcimento danni pervenute nello stesso anno, nell'ambito del contenzioso medico-legale, per una identificazione ex post di eventuali aree di criticità, potenzialmente a rischio di occorrenza di analoghi eventi avversi.

DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento, si utilizzano le seguenti definizioni:

- **Audit clinico:** metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (*evidence based practice*, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte.
- **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. È sufficiente che l'evento 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.
- **Near miss** (o quasi evento): 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.
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia validata finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, pertanto, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere ed inviare al Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale.

METODOLOGIA

a) Modalità di segnalazione degli eventi avversi

Nella ASL BR la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss viene effettuata dagli operatori tramite la scheda di *incident reporting* deliberata dalla Regione Puglia (DGR n. 1310 del 23 giugno 2014 così come modificata dalla DGR n. 2349 del 11 novembre 2014), mentre per la segnalazione delle cadute accidentali dei pazienti viene utilizzata l'apposita scheda adottata con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 232 del 20 febbraio 2015.

b) Modalità di segnalazione degli eventi sentinella

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene invece effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale. Sono da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, quali trauma maggiore conseguente a caduta di paziente, reintervento chirurgico, disabilità permanente, coma, morte, etc. Riguardo alla segnalazione di un evento sentinella, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda A prevista dal suddetto protocollo, inserendo in questa le informazioni essenziali sull'evento occorso; la scheda viene quindi inviata al Ministero della Salute tramite il SIMES. Dopo aver raccolto ed analizzato tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, nonché aver individuato le soluzioni da adottare per evitare il ripetersi dello stesso, tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il SIMES, entro 45 giorni solari.

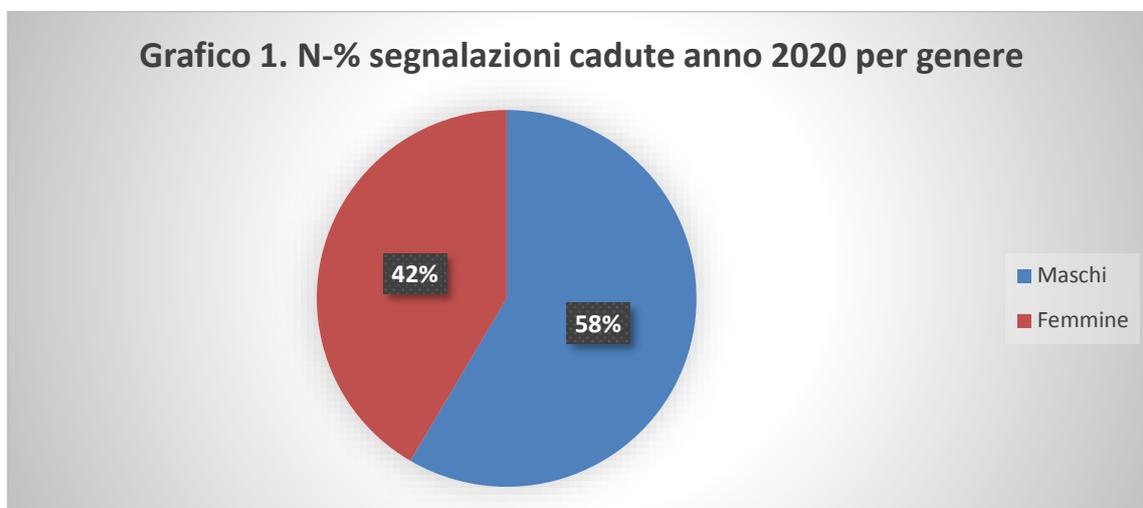
c) Modalità di segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Nella ASL BR la segnalazione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari viene effettuata dagli operatori medesimi tramite la scheda di rilevazione dei comportamenti aggressivi allegata alla "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" adottata con delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016.

RISULTATI

Segnalazione cadute

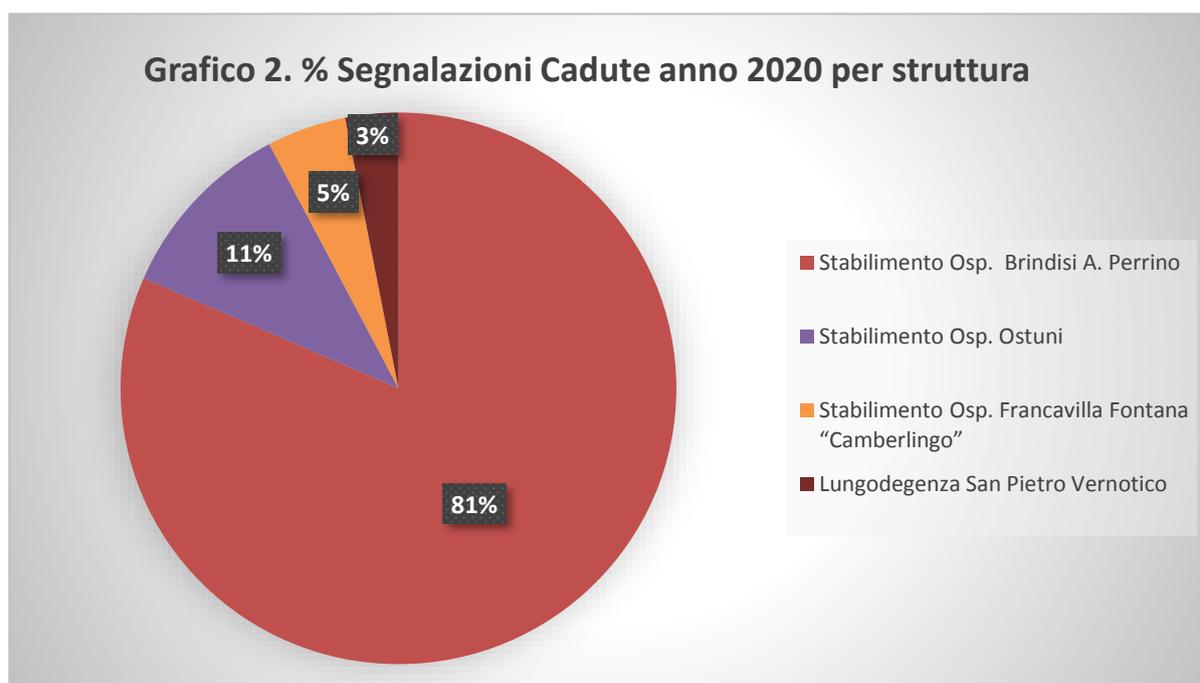
Nell'anno 2020 sono state segnalate, dalle varie strutture della ASL BR, 65 cadute accidentali. La maggior parte (58%) delle segnalazioni ha riguardato individui di genere maschile (Grafico 1).



L'81% delle segnalazioni (tabella 1, grafico 2) sono pervenute dal P.O. Perrino di Brindisi, le altre strutture hanno inviato in totale 12 segnalazioni (19%).

Tabella 1. Segnalazioni cadute anno 2020, per struttura

Struttura	N	%
Stabilimento Osp. Brindisi A. Perrino	53	81
Stabilimento Osp. Ostuni	7	11
Stabilimento Osp. Francavilla Fontana "Camberlingo"	3	5
Lungodegenza San Pietro Vernotico	2	3
TOTALE	65	100

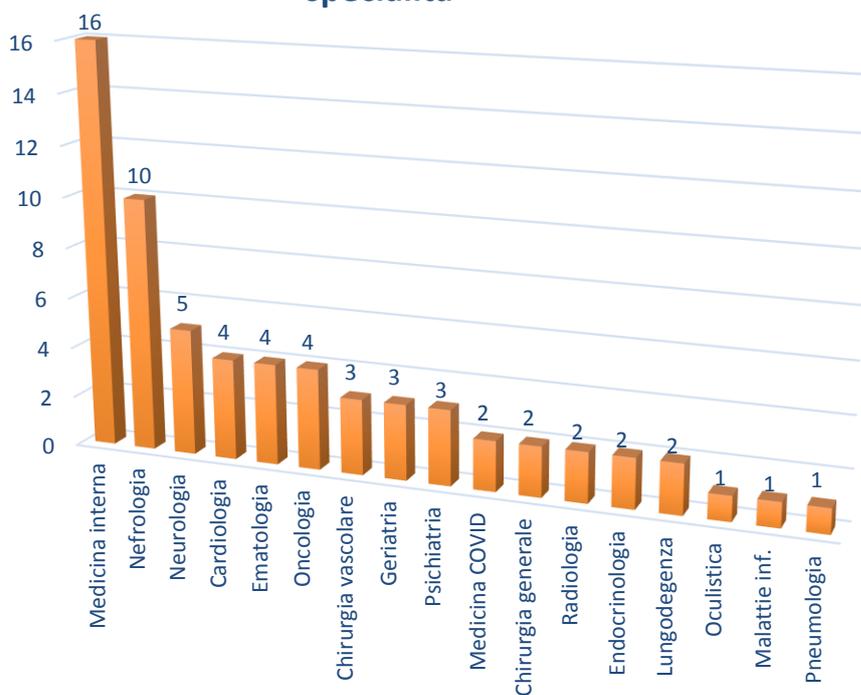


La tabella 2 e il grafico 3 mostrano come il maggior numero di segnalazioni per cadute nell'anno 2020 sia giunto dalla U.O.C. di Medicina Interna (n. 16, pari al 25% del totale), seguita dalla U.O.C. Nefrologia (n. 10, pari al 15% del totale) e dalla UOC Neurologia (n. 5, pari al 9% del totale).

Tab. n. 2 Segnalazioni cadute anno 2020 per Specialità

Specialità	N	%
Medicina interna	16	25
Nefrologia	10	15
Neurologia	5	9
Cardiologia	4	6
Ematologia	4	6
Oncologia	4	6
Chirurgia vascolare	3	5
Geriatrics	3	5
Psichiatria	3	5
Medicina COVID	2	3
Chirurgia generale	2	3
Radiologia	2	3
Endocrinologia	2	3
Lungodegenza	2	3
Oculistica	1	1
Malattie inf.	1	1
Pneumologia	1	1
Totale	65	100

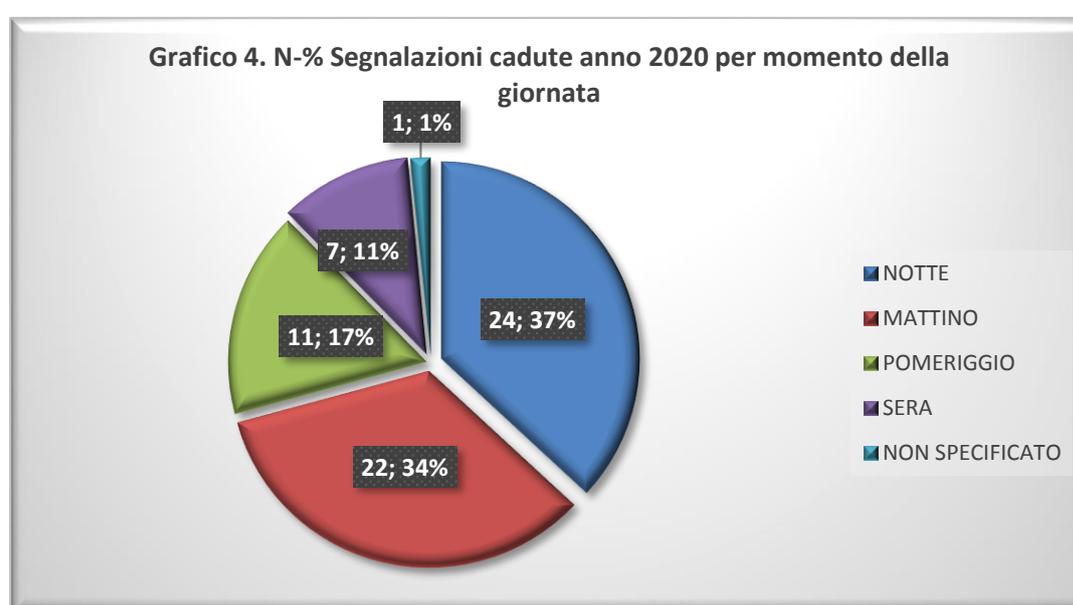
Grafico 3. N. Segnalazioni cadute anno 2020 per specialita'



Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento si è verificato (tabella 3; grafico 4), è evidente come il maggior numero di casi segnalati nel 2020 si sia verificato durante la notte (n. 24; 37%) e il mattino (n. 22; 34%).

Tabella 3. Segnalazioni cadute anno 2020, per momento della giornata

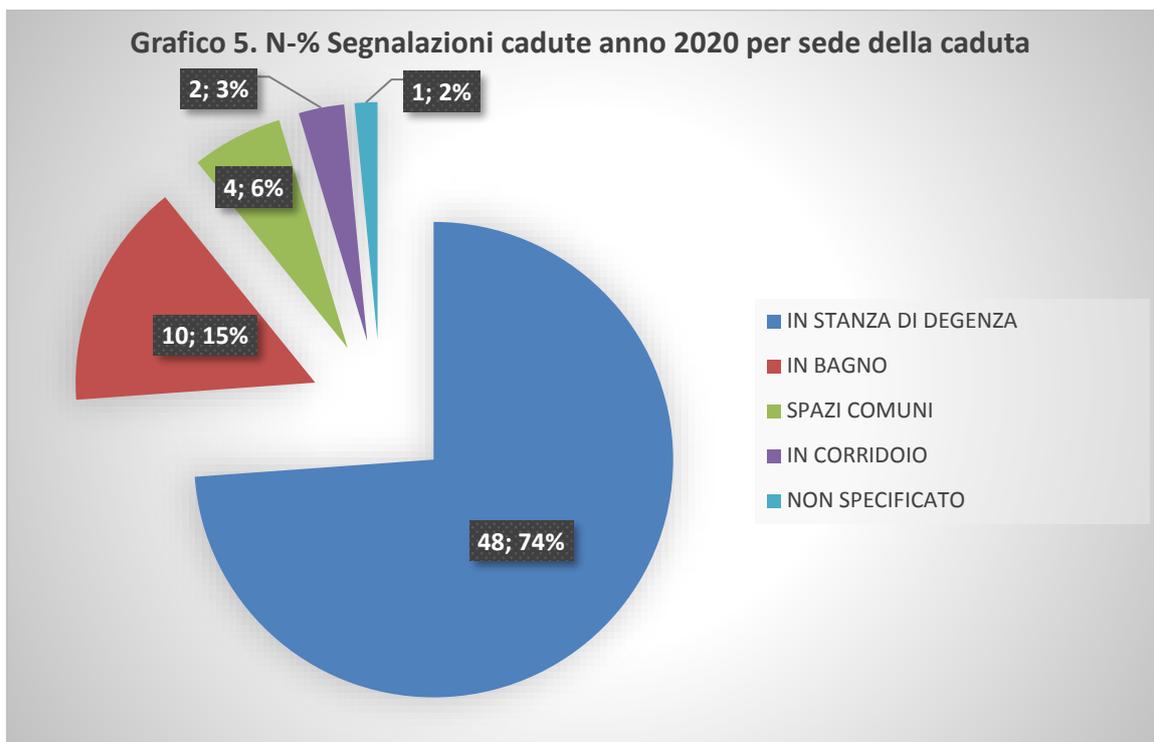
Momento della giornata	N.	%
NOTTE	24	37
MATTINO	22	34
POMERIGGIO	11	17
SERA	7	11
NON SPECIFICATO	1	1
Totale	65	100



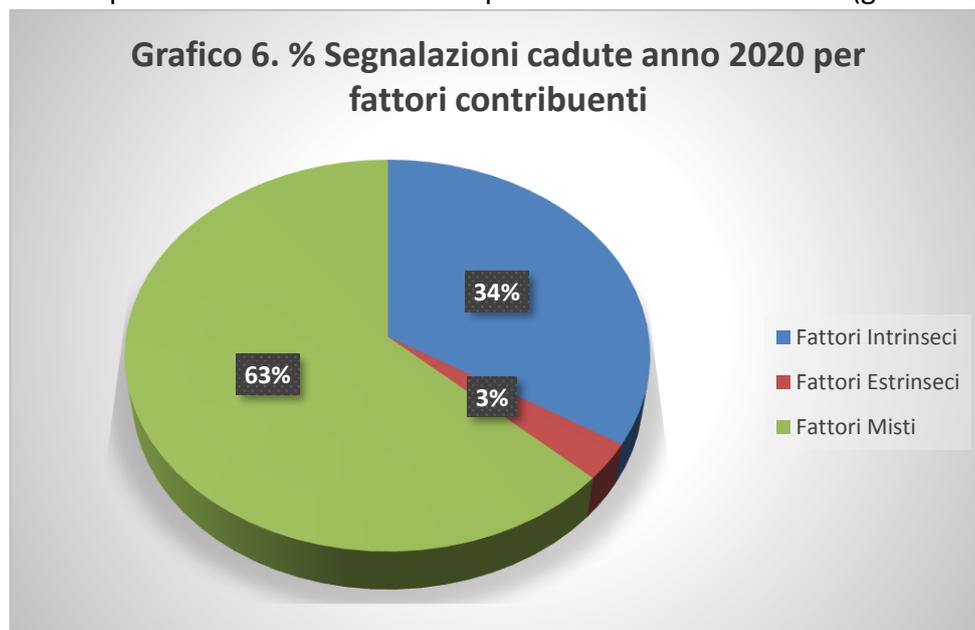
L'analisi delle segnalazioni ha permesso inoltre di individuare come le sedi più frequenti delle cadute (tabella 4, grafico 5) siano state la stanza di degenza (n. 48, pari al 74%), seguita dal bagno della stanza di degenza (n. 10, pari al 15%).

Tabella 4. Segnalazioni cadute anno 2020 per sede della caduta

Sede	N	%
IN STANZA DI DEGENZA	48	74
IN BAGNO	10	15
SPAZI COMUNI	4	6
IN CORRIDOIO	2	3
NON SPECIFICATO	1	2
Totale	65	100



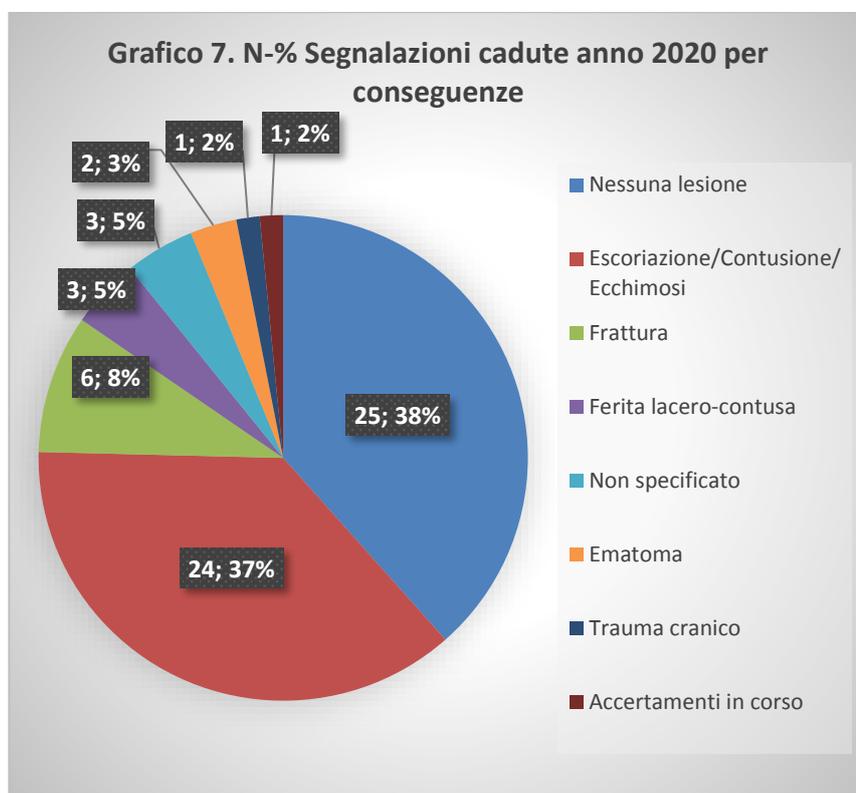
In considerazione del fatto che la caduta è causata da un'interazione complessa di fattori legati alle condizioni di salute del paziente (fattori intrinseci), agli aspetti organizzativi, alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari, oltre che alle circostanze, si è ritenuto opportuno distinguere sinteticamente i fattori contribuenti la caduta in fattori intrinseci (legati al paziente), fattori estrinseci (organizzativi, strutturali) e fattori misti (sia intrinseci che estrinseci). Nei fattori organizzativi viene compresa anche la mancata adozione di misure preventive come l'utilizzo, ove richiesto, della scheda di Conley per valutare il rischio di caduta del paziente. I fattori implicati nel 34% delle cadute sono risultati i fattori intrinseci, ossia legati alle patologie sofferte e ai farmaci utilizzati dai pazienti che ne aumentavano il rischio cadute indipendentemente dalle eventuali misure messe in atto per prevenire le stesse; nel 63% delle segnalazioni ai fattori intrinseci erano associati fattori organizzativi. Solo nel 3% dei casi i fattori contribuenti potevano essere considerati prevalentemente estrinseci (grafico 6).



Riguardo alle conseguenze della caduta (tabella 6, grafico 7), nel 38% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, mentre il 37% ha riportato escoriazioni/contusioni/ecchimosi e l'8% una frattura. Le conseguenze dell'evento non sono state riportate in n. 3 segnalazioni.

Tabella 6. Segnalazioni cadute anno 2020 per conseguenze della caduta

Conseguenze Caduta	N	%
Nessuna lesione	25	38%
Escoriazione/Contusione/Ecchimosi	24	37%
Frattura	6	8%
Ferita lacero-contusa	3	5%
Non specificato	3	5%
Ematoma	2	3%
Trauma cranico	1	2%
Accertamenti in corso	1	2%
Totale	65	100



Segnalazione altri eventi avversi

Nell'anno 2020 sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri 5 eventi avversi e 1 near miss, come indicato in tabella 7.

Tabella 7. N° altri eventi avversi/near miss anno 2020 per tipologia

TIPOLOGIA DI EVENTO	N.
CONTATTO CON CHEMIOTERAPICO	1
LESIONE CUTANEA DA RIMOZIONE CEROTTO	1
STRAVASO CHEMIOTERAPICO	2
ERRATA SOMMINISTRAZIONE FARMACO	1
MALFUNZIONAMENTO DISPOSITIVO MEDICO	1
Totale	6

Segnalazione eventi sentinella

Nel 2020 sono stati segnalati alla U.O.S.D. Risk Management n. 3 eventi sentinella. Nella tabella 8 sono riportati la tipologia di evento sentinella e il relativo esito.

Tabella 8. N° Eventi sentinella anno 2020 per Tipo ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	Mancata diagnosi	1
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Infortunio sul lavoro	1
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	Trauma Maggiore	1
Totale		3

Segnalazione atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Nel corso dell'anno 2020 sono pervenute n. 27 segnalazioni di atti di violenza nei confronti di operatori sanitari, di cui il 78% a carico di personale operante presso la Guardia Medica della ASL BR (n. 21 casi totali tra sede di Brindisi, San Michele S.no e Villa Castelli). Del totale delle segnalazioni, l'81% si è caratterizzato per episodi di aggressione verbale, il 15% per episodi di violenza verbale e fisica. Un episodio ha invece comportato un'aggressione fisica con un periodo di prognosi, segnalato anche come evento sentinella.

Tabella 9. Episodi di violenza contro operatori sanitari per sede di lavoro

SEDE DI LAVORO	N	%
GUARDIA MEDICA BRINDISI	17	63
GUARDIA MEDICA SAN MICHELE S.NO	3	11
GUARDIA MEDICA VILLA CASTELLI	1	4
118 – PPIT MESAGNE	1	4
SPDC - DSM	2	7
NEFROLOGIA PO PERRINO	1	4
RADIOLOGIA PO PERRINO	2	7
TOTALE	27	100

Grafico 8. % Episodi di violenza contro operatori sanitari per sede di lavoro (*le sedi della Guardia medica sono state accorpate)

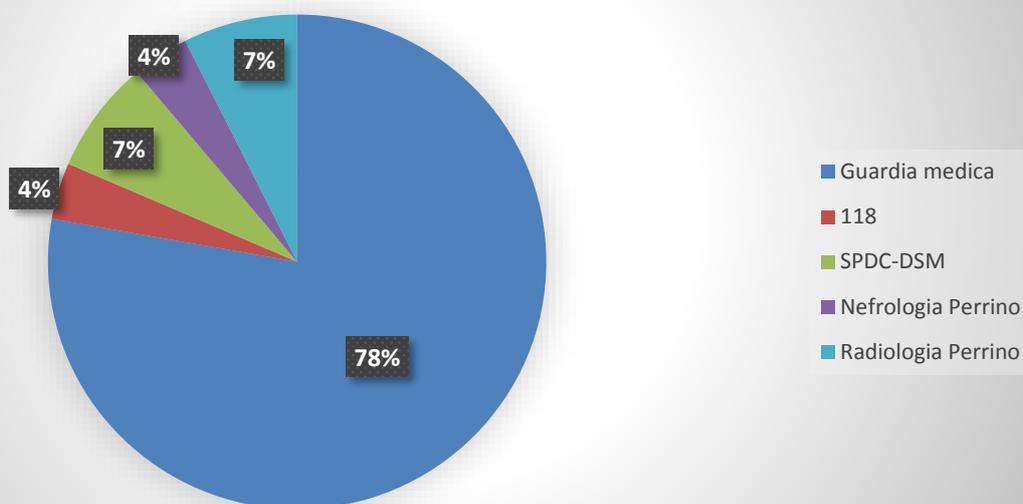
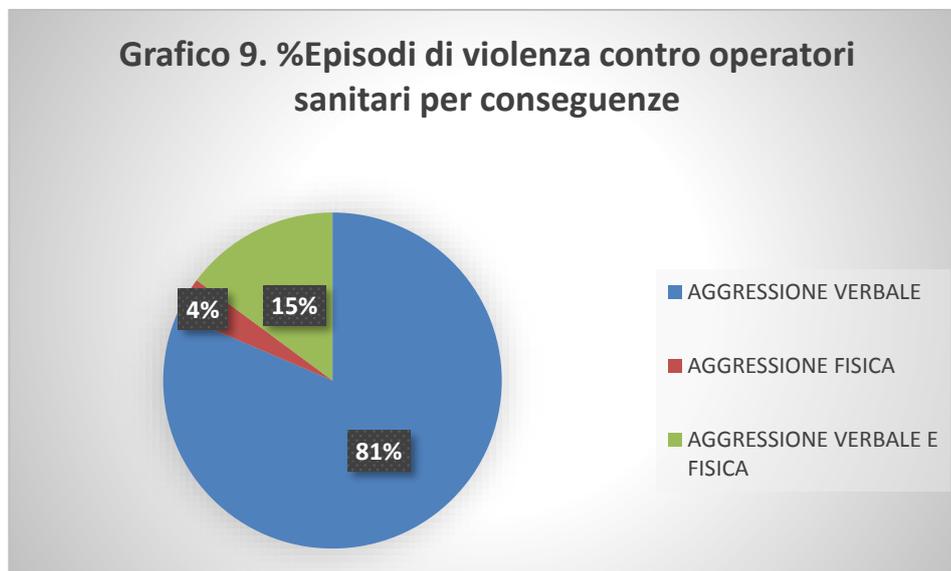


Tabella 10. Episodi di violenza contro operatori sanitari per conseguenze

CONSEGUENZE	N	%
AGGRESSIONE VERBALE	22	81
AGGRESSIONE FISICA	1	4
AGGRESSIONE VERBALE E FISICA	4	15
TOTALE	27	100

Grafico 9. %Episodi di violenza contro operatori sanitari per conseguenze

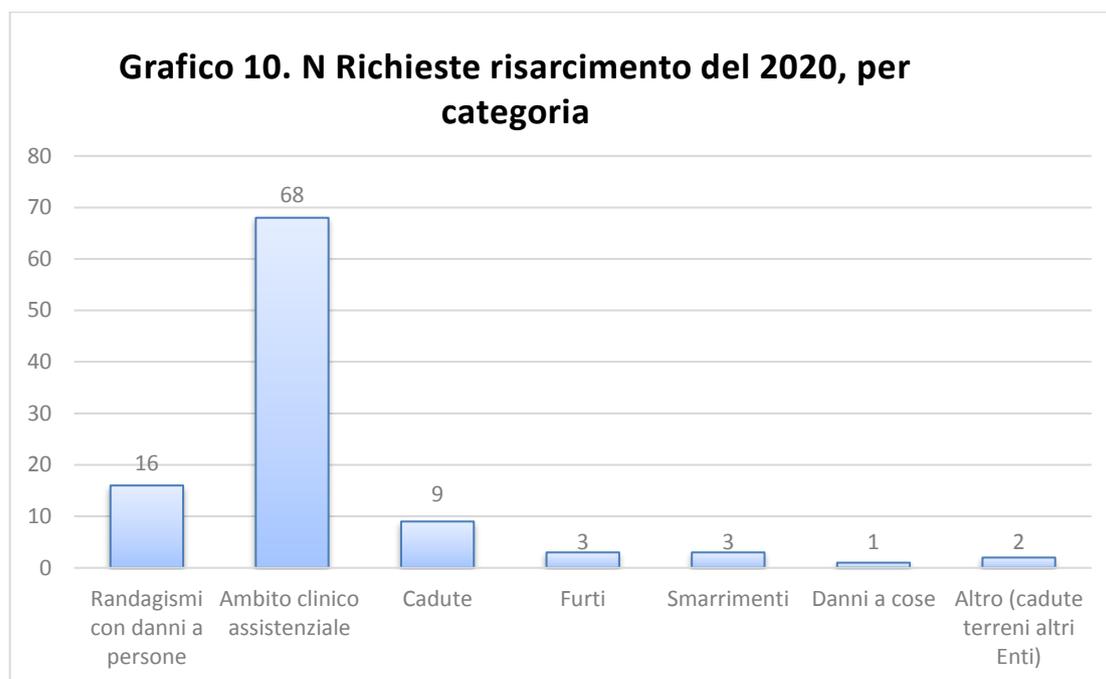


Richieste risarcimento danni pervenute alla ASL BR di competenza della UOSD Risk Management

Nel 2020 sono pervenute alla UOSD Risk Management n. 103 richieste di risarcimento danni (azioni giudiziali, medio-conciliazioni, richieste stragiudiziali), 1 delle quali non è presa in considerazione nel presente documento a causa della mancanza di informazioni fondamentali per la sua classificazione. Delle restanti 102, n. 16 riguardavano sinistri provocati da cani randagi e in cui si erano verificate danni alle persone e n. 2 riguardavano cadute avvenute su terreni in comodato d'uso ad altri Enti.

Nel totale riportato non sono inclusi i sinistri per randagismo in cui siano stati lamentati solo danni a animali o cose (auto, etc), i sinistri privi di implicazioni di tipo medico legale ed, in generale, le evoluzioni di precedenti richieste risarcimento (per esempio dalla fase stragiudiziale alla media conciliazione, alla fase giudiziale).

Nel grafico 10 si riporta schematicamente la distribuzione delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Risk Management nel corso dell'anno 2020.

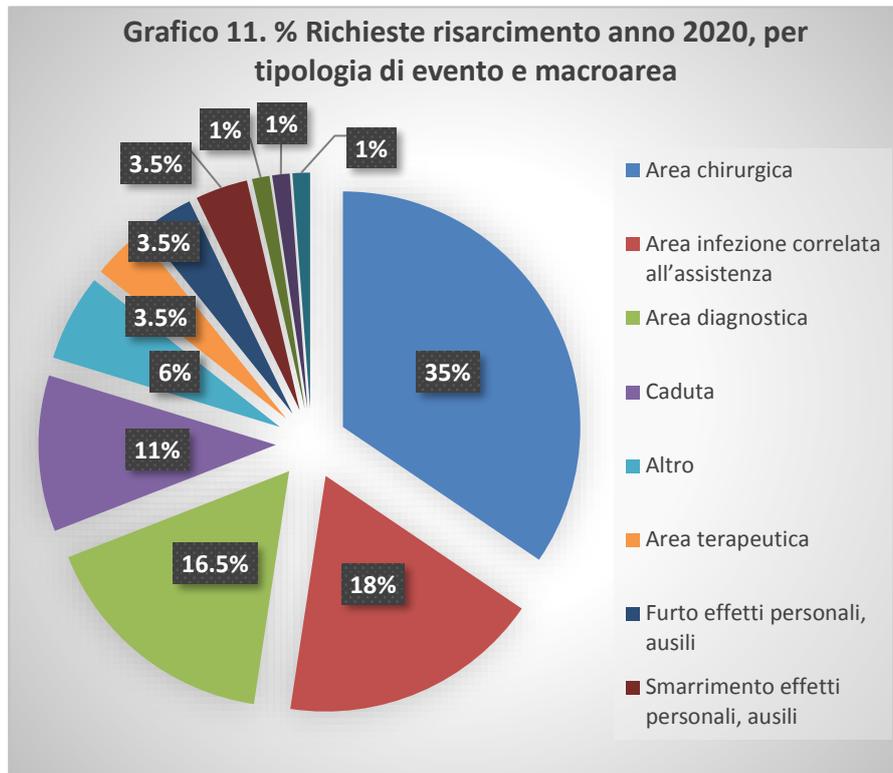


Escludendo i sinistri per randagismo con danni alle persone (n. 16 richieste) e le cadute su terreni in comodato d'uso ad altri Enti (n. 2 richieste), dei restanti 84 casi, il 81% ha riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinica o assistenziale (n. 68 richieste), l'11% ha riguardato cadute di pazienti o visitatori (n. 9 richieste), il 3.5% presunti furti (n. 3 richieste), il 3.5% smarrimenti (n. 3 richieste) di effetti personali o ausili, l'1% danneggiamento a cose (n. 1 richiesta).

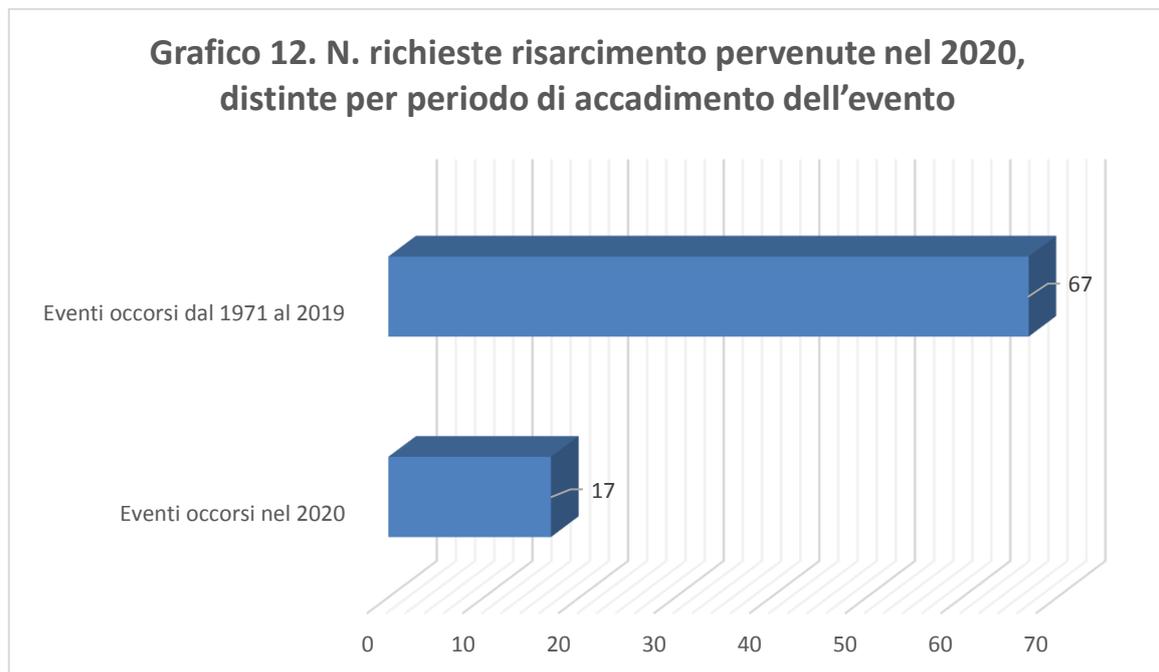
Distinguendo le suddette 84 richieste risarcimento per tipologia di area interessata (tabella 11, grafico 11), è evidente che, nel 2020, la maggiore frequenza ha riguardato prestazioni dell'area chirurgica (35%), seguite dalle presunte ICA (18%), da contestazioni relative alla correttezza o tempestività della diagnosi (16.5%) e dalle cadute in ambito sanitario (11%).

Tabella 11. Richieste risarcimento pervenute nell'anno 2020, per tipologia di evento e macroarea interessata (*sono esclusi i sinistri per randagismo e le cadute su terreni in gestione ad altri Enti).

Tipologia di evento/macroarea	N	%
Area chirurgica	29	35
Area infezione correlata all'assistenza	15	18
Area diagnostica	14	16.5
Caduta	9	11
Altro	5	6
Area terapeutica	3	3.5
Furto effetti personali, ausili	3	3.5
Smarrimento effetti personali, ausili	3	3.5
Danneggiamento a cose	1	1
Area della prevenzione	1	1
Area anestesiologicala	1	1
Totale	84	100



Le date di accadimento degli eventi relativi alle n. 84 richieste risarcimento, si collocavano tra il 1971 e il 2020 e di questi eventi, 17 si erano verificati nel corso del 2020 (grafico 12).



Dalla tabella 12 e dal grafico 13, in cui le richieste risarcimento relative all'ambito clinico assistenziale sono distinte per specialità di attribuzione dell'evento, si evince che le branche maggiormente interessate sono state l'Ortopedia-Traumatologia (25%), la Neurochirurgia (12%) e l'Ostetricia-Ginecologia (10%). Nella tabella 13 sono invece riportate le richieste di risarcimento per danni da caduta accidentale, suddivise per specialità/luogo in cui si è verificato l'evento.

Tabella 12. Richieste risarcimento relative alla pratica clinico/assistenziale pervenute nel 2020, per Specialità (*sono escluse le cadute, i presunti furti, gli smarrimenti, i danni a cose)

SPECIALITA'	N	%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	25
NEUROCHIRURGIA	8	12
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7	10
CHIRURGIA GENERALE	6	9
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	9
CARDIOLOGIA - UTIC	5	7
PRONTO SOCCORSO	4	6
TRASFUSIONALE	3	4
CHIRURGIA VASCOLARE	2	3
RADIOLOGIA	2	3
MEDICINA INTERNA	1	1.5
ONCOLOGIA	1	1.5
CGU/CHIRURGIA PLASTICA	1	1.5
NEFROLOGIA	1	1.5
EMATOLOGIA	1	1.5
OCULISTICA	1	1.5
PNEUMOLOGIA	1	1.5
TERAPIA INT. NEONATALE	1	1.5
TOTALE	68	100%

Grafico 13. % Richieste risarcimento relative alla pratica clinico/assistenziale del 2020, per Specialità

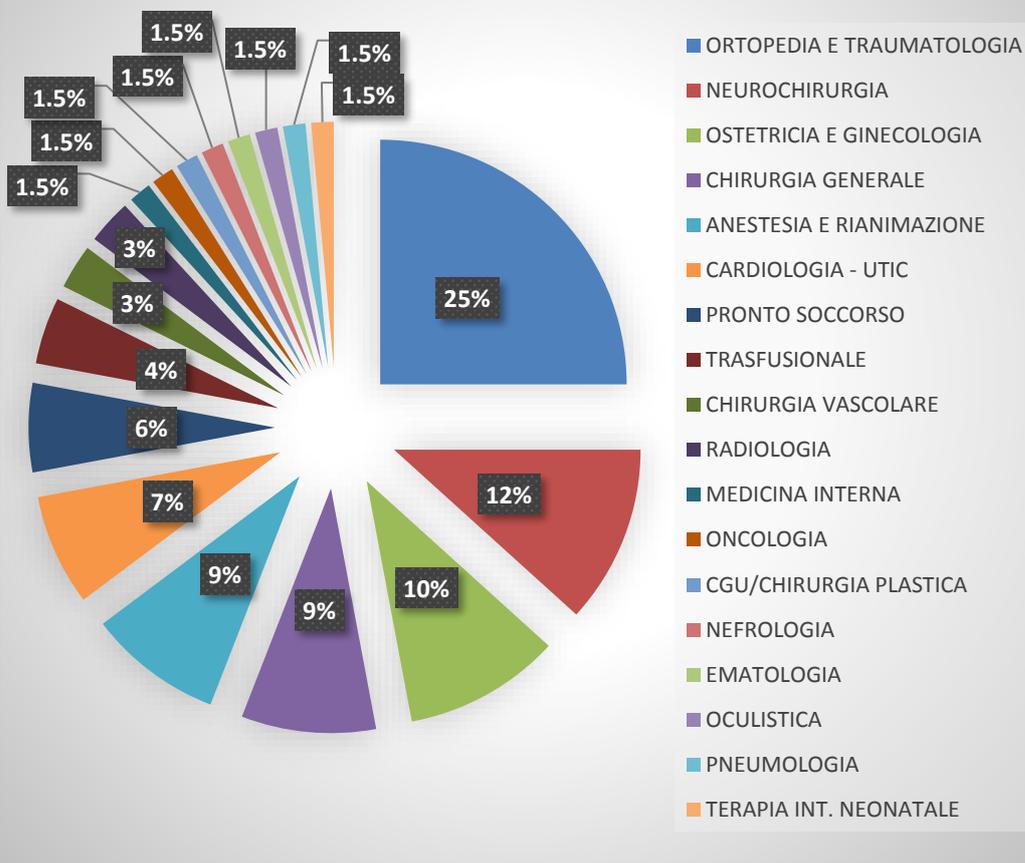


Tabella 13. Richieste risarcimento per caduta pervenute nel 2020, per Specialità/Luogo

(*sono esclusi i sinistri per cadute su terreni in gestione ad altri Enti)

SPECIALITA' - LUOGO	N	%
AREE COMUNI POLIAMBULATORI DISTRETTI – PO PERRINO	4	45
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	33
RADIOLOGIA	1	11
PSICHIATRIA	1	11
TOTALE	9	100

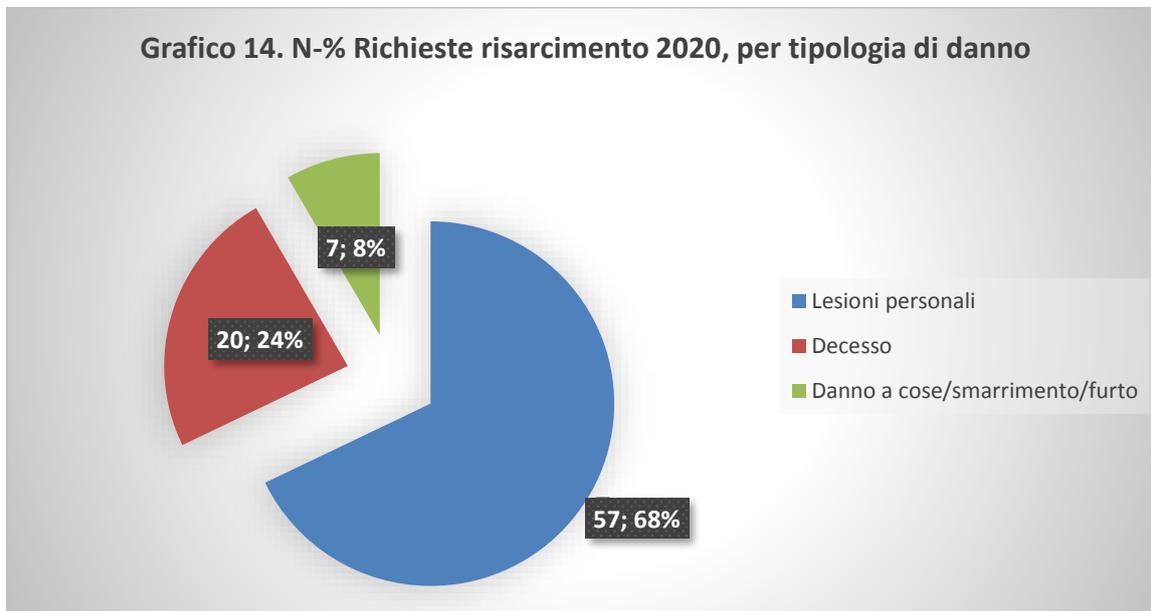
Dalla tabella 14 e grafico 14 si evince inoltre che nell'ambito delle 84 richieste risarcimento, i danni lamentati sono rappresentati da lesioni personali nel 68% dei casi, seguite da decessi nel 24 % dei casi.

Tabella 14. Richieste risarcimento pervenute nel 2020, per tipologia di danno lamentato

(*sono esclusi i sinistri per randagismo e le cadute su terreni in gestione ad altri Enti).

Tipologia di danno	N	%
Lesioni personali	57	68
Decesso	20	24
Danno a cose/smarrimento/furto	7	8
Totale	84	100

Grafico 14. N-% Richieste risarcimento 2020, per tipologia di danno



Attività messe in atto dalla U.O.S.D. Risk Management in relazione agli eventi avversi

1. Richiesta di relazione sugli eventi avversi
La U.O.S.D. Risk Management, per ogni evento avverso nella cui segnalazione erano carenti le informazioni sulle conseguenze e sugli interventi messi in atto al fine di prevenire lo stesso o il ripetersi di eventi analoghi, ha richiesto una relazione al reparto o al servizio interessato, stimolando in questo modo l'analisi approfondita del caso.
2. Supporto all'analisi degli eventi sentinella segnalati
La U.O.S.D. Risk Management, per ogni evento sentinella segnalato nel 2020, ha fornito un supporto all'analisi dello stesso e all'individuazione dei fattori che avevano contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con evidenziazione delle criticità migliorabili e definizione di un piano d'azione per ridurre la probabilità di occorrenza di un nuovo evento. Generalmente la metodologia utilizzata per l'analisi dell'evento sentinella è stata la discussione del caso.
3. Implementazione delle procedure per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti (DRG n. 232 del 20.02.2015), delle procedure per la gestione degli effetti personali di proprietà degli utenti (Delibera ASL BR n. 1019 del 28.05.2018) e per la prevenzione dello smarrimento degli ausili personali (Delibera ASL BR n. 1516 del 22.09.2015).
4. Promozione, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, di un monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza relativo all'ultimo biennio (2019-2020).

Bibliografia

- 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. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 23 giugno 2014, n. 1310: Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting".
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 11 novembre 2014, n. 2349: Modifica ed Integrazione della DGR n. 1310 del 23 giugno 2014 - Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente. Adozione procedure "Incident Reporting".
- Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232 "Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti".
- Delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016 della ASL BR: "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori".