



RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

ANNO 2022

Marzo 2023

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

U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico

Dirigenti Medici:

Dott.ssa Stefania Bello

Dott. Giuseppe Lecce

Funzionari:

Dott.ssa Maria Rosaria De Fazio

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

Assistente Amm.vo: *Maria Francesca Pomes*

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

Tel: 0831/536659

Redattori:

Dott.ssa Stefania Bello

Dott.ssa Maria Teresa Delgiudice

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. Gestione del Rischio Clinico 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, garantendo anche 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, e.g. con la nota metodologia dell'Audit.

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 sanitari alla U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico della ASL di Brindisi nell'anno 2022, 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 6 dicembre 2016.

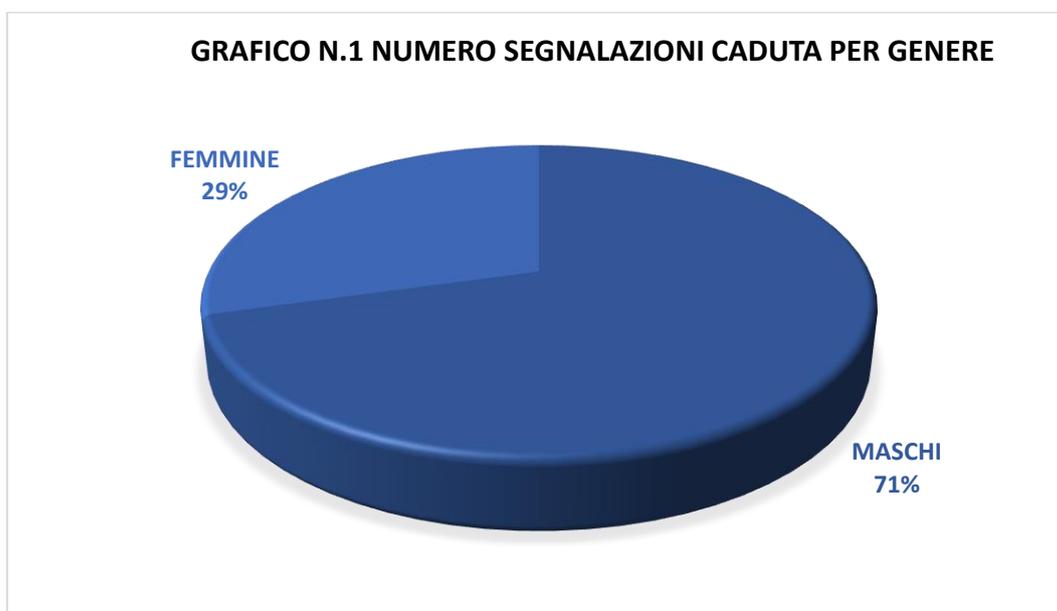
RISULTATI

SEGNALAZIONE CADUTE

Nell'anno 2022 sono state segnalate, dalle varie strutture della ASL BR, n 85 cadute accidentali. La maggior parte delle segnalazioni ha riguardato soggetti di genere maschile (71% vs 29%) (Tabella 1, Grafico 1). Per quanto riguarda l'età è emersa una media di 71 anni ed una mediana di 67 anni.

Tabella n. 1: Numero Segnalazioni caduta per genere

GENERE	N	%
Maschi	61	71
Femmine	24	29
Totale	85	100

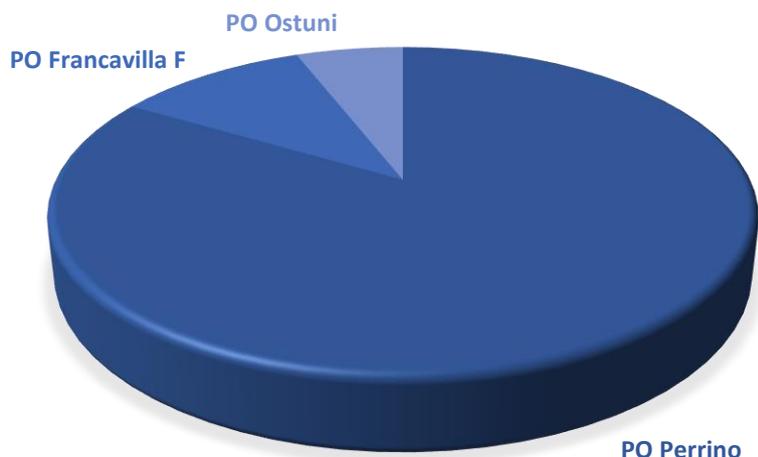


L83% (n. 71) delle segnalazioni sono pervenute dal P.O. Perrino di Brindisi, mentre le altre strutture hanno inviato complessivamente n. 14 segnalazioni (17%.) meglio dettagliate in Tabella 2, Grafico 2.

Tabella n. 2: Segnalazioni caduta per struttura

Struttura	N	%
Presidio Osp. Brindisi A. Perrino	71	83
Presidio Osp. Francavilla Fontana Camberlingo	9	11
Stabilimento Osp. Ostuni	5	6
Totale	85	100

GRAFICO N. 2: SEGNALAZIONI CADUTA PER STRUTTURA

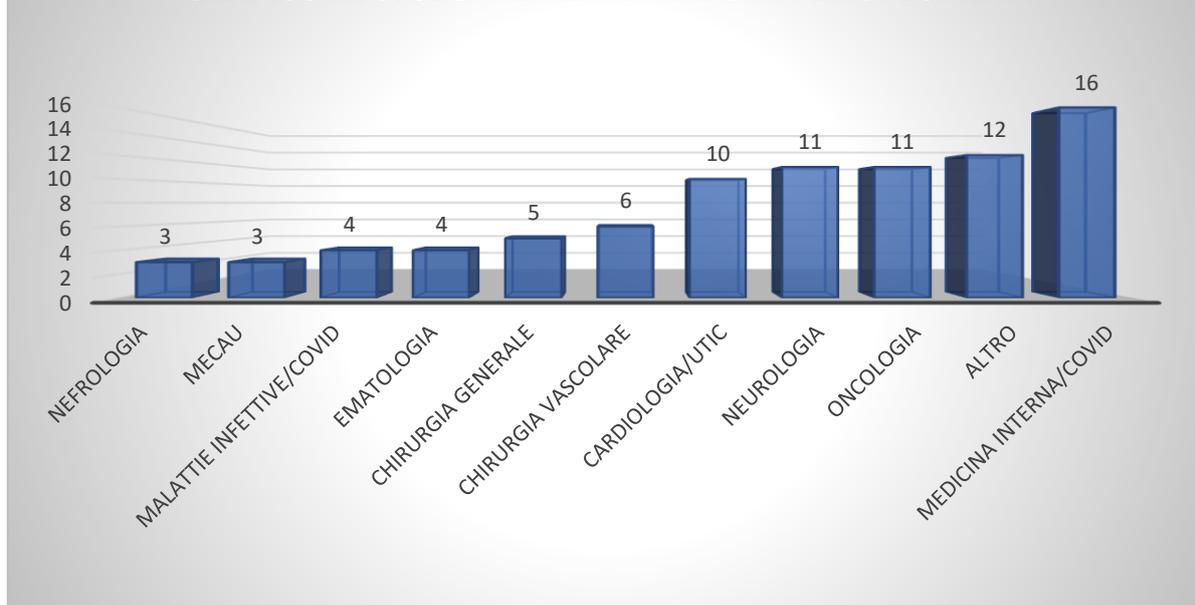


La Tabella 3 e il Grafico 3 mostrano come il maggior numero di segnalazioni per cadute nell'anno 2022 sia giunto dalla UOC di Medicina Interna (n. 16 pari al 18% del totale), seguita dalle UUOCC di Neurologia e Oncologia (n. 11, pari al 12% del totale) e Cardiologia (n. 10, pari al 11% del totale)

Tabella n. 3: Segnalazioni caduta per specialità

SPECIALITA'	N
Nefrologia	3
MECAU	3
Malattie Infettive/COVID	4
Ematologia	4
Chirurgia Generale	5
Chirurgia Vascolare	6
Cardiologia/UTIC	10
Neurologia	11
Oncologia	11
Altro	12
Medicina Interna/COVID	16
Totale	85

GRAFICO N. 3: SEGNALAZIONI CADUTA PER SPECIALITÀ



Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento si è verificato (Tabella 4; Grafico 4), è evidente che la loro distribuzione numerica, nei vari momenti della giornata, è pressoché sovrapponibile: mattina, n. 24 pari a 28 %, pomeriggio n. 23 paria al 27 % e notte n. 21 pari al 25%.

Tabella n. 4: Segnalazioni caduta per momento della giornata

Momento della giornata	N	%
Mattino	24	28
Pomeriggio	23	27
Notte	21	25
Sera	13	15
Non specificato	4	5
Totale	85	100

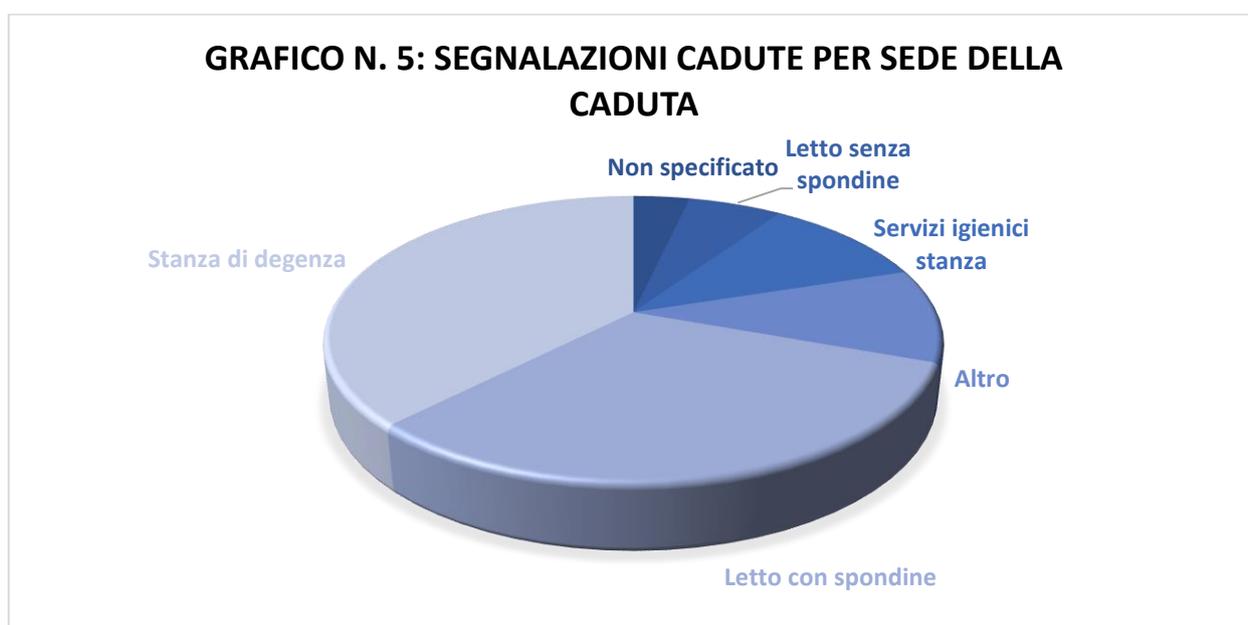
GRAFICO N. 4: SEGNALAZIONI CADUTA PER MOMENTO DELLA GIORNATA



L'analisi delle segnalazioni ha permesso, inoltre, di rilevare come le sedi ove si verificano più frequentemente le cadute (Tabella 5, Grafico 5) siano state le stanze di degenza (n.32, 38%), seguita dal letto con spondine (n.27, 32%).

Tabella n. 5: Segnalazioni cadute per sede della caduta

SEDE	N	%
Non specificato	3	3
Letto senza spondine	5	6
Servizi igienici stanza	9	10
Altro	9	11
Letto con spondine	27	32
Stanza di degenza	32	38
Totale	85	100



Segnalazioni cadute per fattori contribuenti

Tenuto conto che la caduta può essere sottesa da un'interazione complessa di fattori si è ritenuto opportuno distinguere sinteticamente i fattori contribuenti la caduta in fattori intrinseci (legati al paziente ed al suo stato di salute), 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 della scheda di Conley, strumento con il quale viene valutato il rischio intrinseco di caduta del paziente.

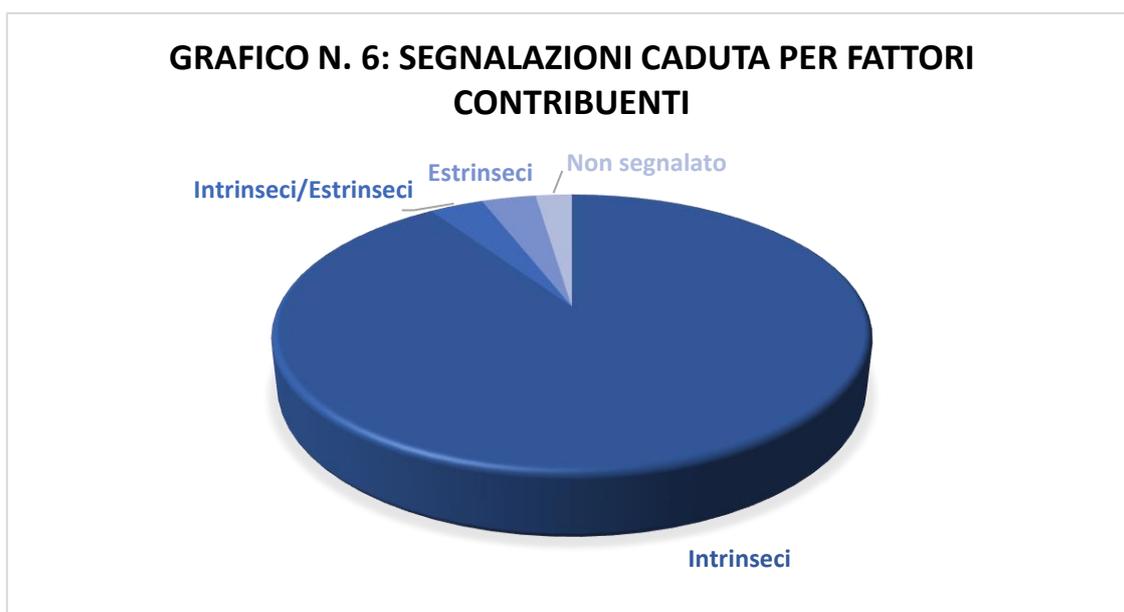
Nel 77% delle cadute i fattori determinanti sono proprio quelli intrinseci, ossia legati alle patologie e ai farmaci utilizzati dai pazienti, correlati ad un maggior rischio di caduta indipendentemente dalle eventuali misure preventive.

Nel 4% delle segnalazioni vi era associazione di fattori intrinseci e fattori organizzativi.

Solo nel 4% dei casi i fattori contribuenti potevano essere considerati prevalentemente estrinseci (Tabella 6, Grafico 6).

Tabella n. 6: Segnalazioni caduta per fattori contribuenti

Fattori	N	%
Intrinseci	77	91
Intrinseci/estrinseci	3	4
Estrinseci	3	4
Non segnalato	2	1
Totale	85	100

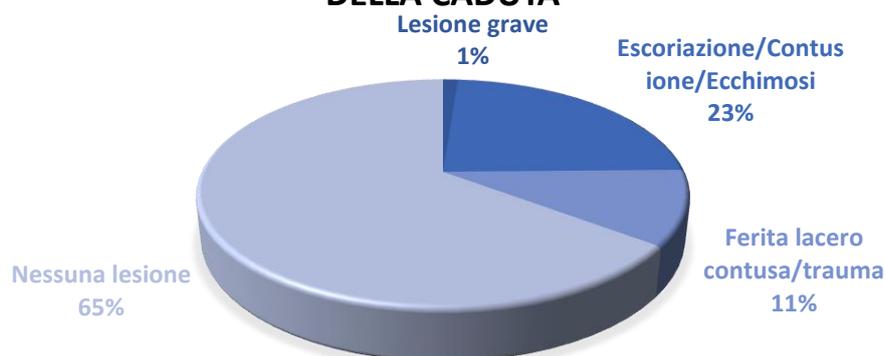


Riguardo alle conseguenze della caduta (Tabella 7, Grafico 7), nel 65% dei casi il paziente non ha riportato alcun danno, nel 23% dei casi ha riportato un danno di lieve entità (escoriazioni/contusioni/ecchimosi), nell'11% dei casi ha riportato un danno moderato (ferita lacero/contusa/trauma), nell' 1% un trauma maggiore (frattura).

Tabella n. 7: Segnalazioni caduta per conseguenze della caduta

Conseguenze caduta	N	%
Nessuna lesione	55	65
Escoriazione/Contusione/Ecchimosi	20	23
Ferita lacero contusa/trauma	9	11
Frattura	1	1
Totale	85	100

GRAFICO N. 7: SEGNALAZIONI CADUTA PER CONSEGUENZE DELLA CADUTA



SEGNALAZIONE ALTRI EVENTI AVVERSI

Nell'anno 2022 sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri n. 13 eventi avversi come indicato in Tabella n. 8.

Tabella n. 8: Altri eventi avversi/near miss per tipologia

TIPOLOGIA EVENTO	N
Stravasamento farmaco	2
Errata somministrazione di terapia radiante	2
Malfunzionamento apparecchiatura	2
Malfunzionamento ascensore	1
Malfunzionamento informatico	1
Assenza medica	1
Presunta reazione a mezzo di contrasto	1
Rottura fiala morfina	1
Doppia etichettatura provetta gruppo sanguigno	1
Smarrimento campione ematico	1
Errata sede di somministrazione farmaco	1
TOTALE	14

SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

Nel 2022 sono stati segnalati alla UOSD Gestione del Rischio Clinico n. 6 eventi sentinella. Nella Tabella n. 9 sono riportati la tipologia di evento sentinella e il relativo esito.

Tabella n. 9: Eventi sentinella anno 2022 per Tipologia ed Esito

TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N.
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DEL PAZIENTE	Trauma Maggiore	2
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	Decesso	1
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	Contusione moderata	1
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO IN OSPEDALE	Decesso	1
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Decesso	1
Totale		6

SEGNALAZIONE ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI

Nel corso dell'anno 2022 sono pervenute n. 12 segnalazioni di atti di violenza nei confronti di operatori sanitari.

Nella tabella n. 10 vengono distinte per sede ove è avvenuta l'aggressione.

Tabella n.10: Episodi di violenza contro operatori sanitari per sede di lavoro

SEDE DI LAVORO	N
PO PERRINO - UOC PRONTO SOCCORSO	8
PO PERRINO - UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	1
PO PERRINO – UOC SPDC	1
CSM BRINDISI	1
118 - BRINDISI	1
TOTALE	12

Del totale delle segnalazioni, il 58% si è caratterizzato per episodi di aggressione verbale, il 25% per episodi di aggressione verbale e fisica ed il 17% per aggressione fisica (Tabella 11, Grafico 8).

Tabella n.11: Episodi di violenza contro Operatori sanitari per tipologia di aggressione

TIPOLOGIA AGGRESSIONE	N	%
Aggressione Verbale	7	58
Aggressione fisica	2	17
Aggressione verbale e fisica	3	25
TOTALE	12	100

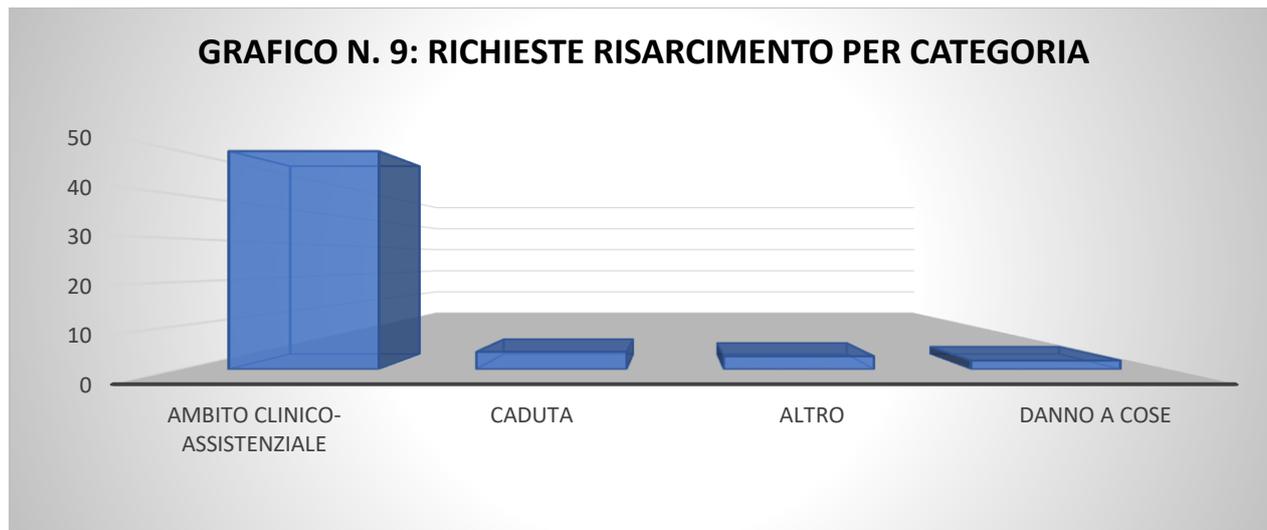


RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI PERVENUTE ALLA ASL BR DI COMPETENZA DELLA UOSD GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nel 2022 la UOSD Gestione del Rischio Clinico ha preso in carico n. 59 sinistri nella forma di richieste di risarcimento danno stragiudiziali (lettere di messa in mora) oppure nella forma di azioni giudiziali contro la ASL Brindisi (inviti a mediazione, ricorsi ex art. 696 bis c.p.c. e 702 bis c.p.c., Atti di Citazione).

Nel totale riportato non sono incluse le richieste di risarcimento avanzate contro la ASL Brindisi per randagismo e con soli danni materiali (e.g. auto) o ad animali (e.g. animali da allevamento e/o da compagnia). Parimenti non sono inclusi i sinistri privi di implicazione di tipo medico legale e, in generale, le evoluzioni di richieste di risarcimento pervenute a questa ASL in anni precedenti a quello in esame (e.g. azioni giudiziali per sinistri già aperti in fase stragiudiziale), e pertanto conteggiati nei rispettivi anni di apertura.

Nel Grafico n. 9 si riporta schematicamente la distribuzione delle richieste di risarcimento pervenute alla UOSD Gestione del Rischio Clinico nel corso dell'anno 2022 suddivise per categoria.

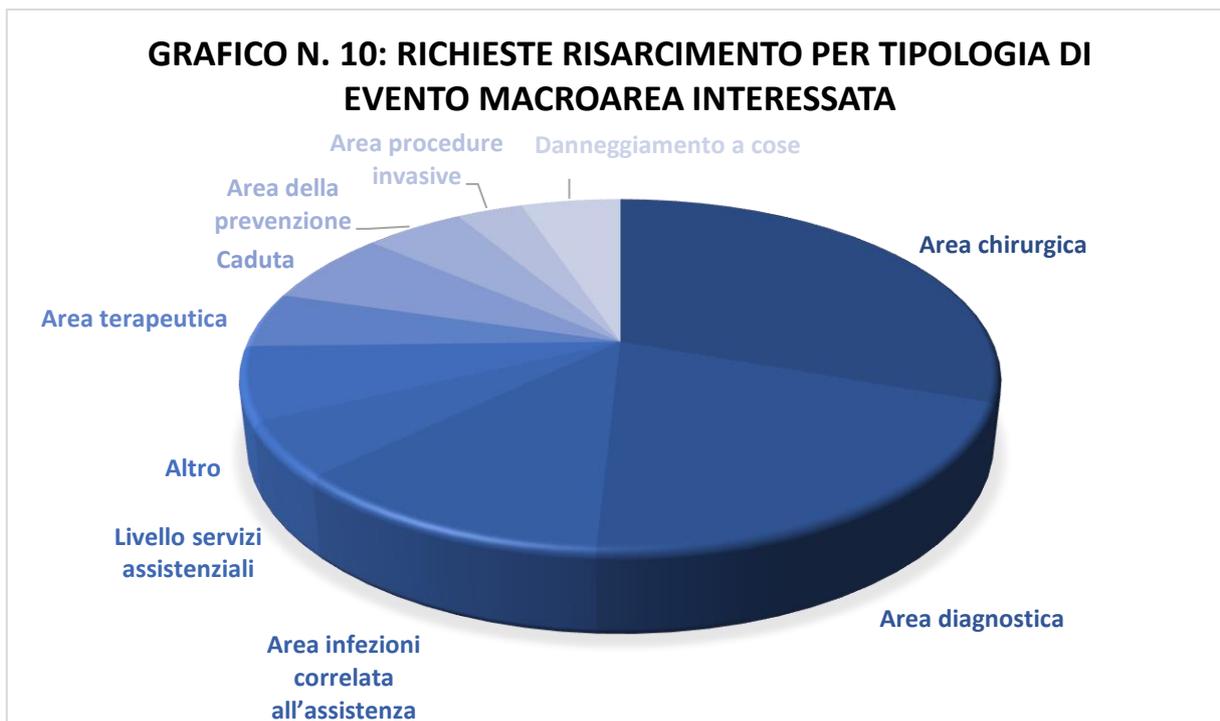


Del totale dei 59 sinistri, l'84% ha riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinico-assistenziale (n. 50 richieste), il 6% relative a cadute (n. 4 richieste), il 5% da attribuirsi ad altre problematiche (n. 3 richieste) e il 3% danneggiamento a cose, *i.e.* smarrimento di effetti personali/protesi (n. 2 richieste).

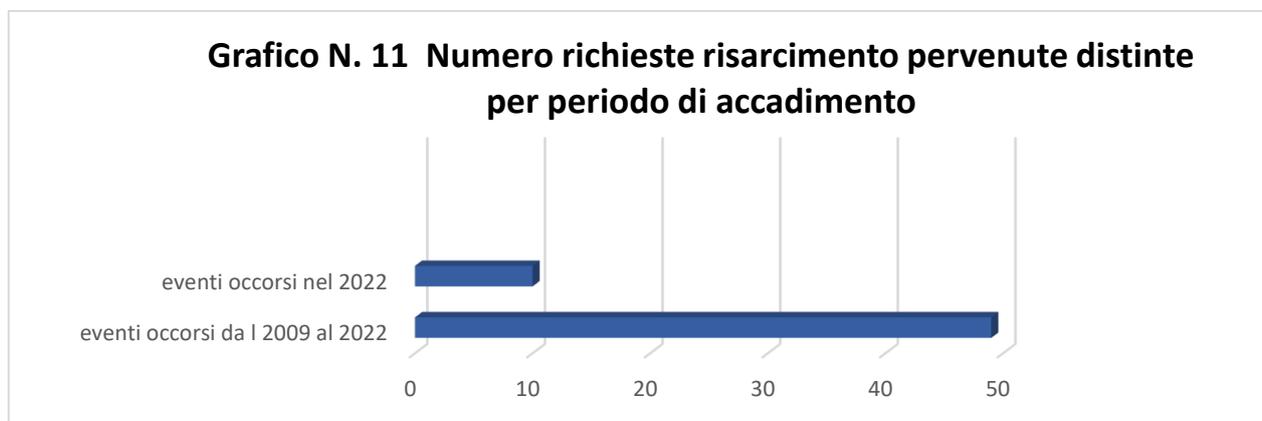
Distinguendo le suddette richieste di risarcimento danni subiti nell'ambito dell'attività clinico-assistenziale per tipologia di area interessata (Tabella n. 12, Grafico n. 10), si rileva che la maggiore frequenza ha riguardato prestazioni dell'area chirurgica (31%), contestazioni relative alla correttezza o tempestività della diagnosi (20%), seguite dalle presunte infezioni correlate all'assistenza (12%).

Tabella n. 12: Richieste risarcimento per tipologia di evento macroarea interessata

Tipologia evento/macroarea	N	%
Area chirurgica	18	31
Area diagnostica	12	20
Area infezioni correlata all'assistenza	7	12
Livello servizi assistenziali	3	5
Altro	4	7
Area terapeutica	3	5
Caduta	4	7
Area della prevenzione	3	5
Area procedure invasive	2	3
Danneggiamento a cose	3	5
Totale	59	100



Le date di accadimento degli eventi relativi alle n. 59 richieste risarcimento si collocano tra il 2009 e il 2022 e di questi eventi n. 10 si sono verificati nel corso del 2022 (Grafico n. 11).

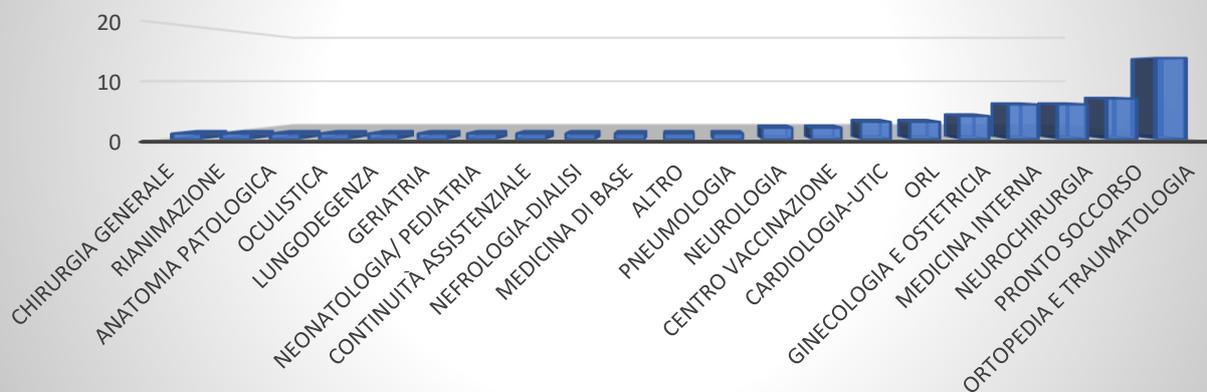


Dalla Tabella n. 13 e dal Grafico n. 12, in cui le richieste risarcimento relative all'ambito clinico-assistenziale sono distinte per specialità di attribuzione dell'evento, si evince che le branche maggiormente interessate sono state l'Ortopedia-Traumatologia (23%), il Pronto Soccorso (12%), e la Neurochirurgia (10 %).

Tabella n. 13: Richieste risarcimento relative alla pratica clinico-assistenziale per Specialità

Specialità	N	%
Chirurgia Generale	1	2
Rianimazione	1	2
Anatomia Patologica	1	2
Oculistica	1	2
Lungodegenza	1	2
Geriatrics	1	2
Neonatologia/ Pediatria	1	2
Continuità assistenziale	1	2
Nefrologia-Dialisi	1	2
Medicina di base	1	2
Altro	1	2
Pneumologia	1	2
Neurologia	2	3
Centro vaccinazione	2	3
Cardiologia-UTIC	3	4
ORL	3	4
Ginecologia e Ostetricia	4	7
Medicina Interna	6	10
Neurochirurgia	6	10
Pronto Soccorso	7	12
Ortopedia e Traumatologia	14	23
TOT	59	100

GRAFICO N. 12: RICHIESTE RISARCIMENTO RELATIVE ALLA PRATICA CLINICO-ASSISTENZIALE PER SPECIALITÀ

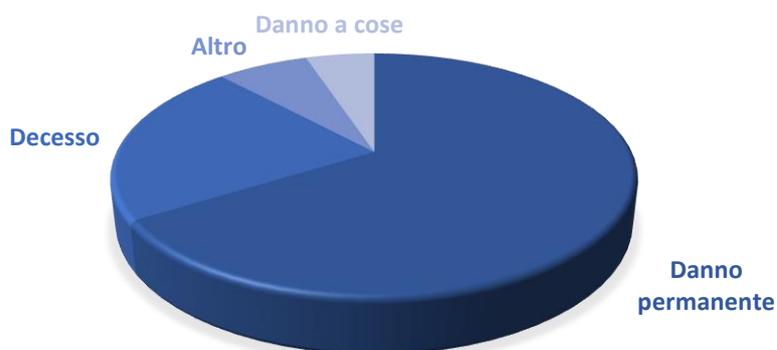


Dalla Tabella n. 14 e Grafico n. 13 si evince inoltre che nell'ambito delle n.59 richieste di risarcimento, il 67% dei casi erano presunti danni permanenti, mentre nel 22% dei casi trattavasi di decesso.

Tabella n. 14: Richieste risarcimento per tipologia di danno lamentato

Richieste risarcimento pervenute nel 2021, per tipologia di danno lamentato	N	%
Danno permanente	39	67
Decesso	13	22
Altro	4	6
Danno a cose	3	5
Totale	59	100

GRAFICO N. 13: RICHIESTE RISARCIMENTO PER TIPOLOGIA DI DANNO LAMENTATO



SINISTRI CORRELATI ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19

Nel 2022 sono pervenute a questa UOSD n. 5 richieste di risarcimento relative a prestazioni clinico-assistenziali nell'ambito dell'emergenza epidemiologica per Covid-19. Dei suddetti n. 5 sinistri n. 2 sono esitati con il decesso del paziente.

Tabella n. 14: N Sinistri o Procedimenti Penali nel 2022 nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, suddivisi per Struttura, U.O., Tipologia di danno ed evento lamentato

Ambito Struttura Specialità	CIVILE			Tipologia Danno	Tipologia Evento
	PO Perrino	PO Ostuni	HUB		
Medicina	1			Contagio da SARS COV2	Decesso
Nefrologia	1			Contagio da SARS COV2	Lesioni permanenti
Medicina		1		Contagio da SARS COV2	Decesso
Prevenzione			1	Vaccino anti SARS - COV2	Lesioni permanenti
Prevenzione			1	Vaccino anti SARS - COV2	Lesioni permanenti
SUBTOTALE	2	1	2		
TOTALE	5				

ATTIVITÀ MESSE IN ATTO DALLA U.O.S.D. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN RELAZIONE AGLI EVENTI AVVERSI

1. Richiesta di relazione sugli eventi avversi

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, 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 UOSD Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento sentinella segnalato nel 2022, 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. Promozione, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, di un monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

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".