



RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

ANNO 2024

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

U.O.S.D. Gestione del Rischio Clinico
E-mail: riskmanagement@asl.brindisi.it
Tel: 0831/536659

Redattori:
Dott.ssa Stefania Bello
Dott. Gino Elia

INTRODUZIONE

Ogni organizzazione sanitaria rappresenta un sistema complesso la cui attività si estrinseca attraverso una serie di azioni in cui intervengono molteplici fattori, umani, tecnologici, ambientali, organizzativi etc. Tale complessità fa sì che il rischio di accadimento di un 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 azienda sanitaria. Obiettivo fondamentale è garantire una sempre maggiore 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 possono essere effettuate 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).

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, garantendone anche il proprio supporto nell'individuazione delle cause e dei fattori contribuenti, nonché delle 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 2024 nonché le attività messe in atto per lo studio approfondito delle cause al fine di prevenire il verificarsi di tali eventi.

Saranno inoltre riportati i risultati dell'analisi delle richieste di risarcimento danni pervenute nello stesso anno, relative al 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 E SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI

È stata redatta dalla UOSD Gestione del Rischio Clinico la "Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss", approvata con Delibera n. 1327 del 30.05.2023 (e sua revisione approvata con Delibera n. 2475 del 20 novembre 2024) e trasmessa a tutte le articolazioni aziendali. Tale procedura ha declinato schematicamente e semplificato le modalità di segnalazione di tutti gli **eventi avversi** (con danno e senza danno, le cadute in ambito assistenziale, i comportamenti aggressivi), con particolare riguardo agli **eventi sentinella**, e dei **near miss**.

Più in dettaglio, viene richiesto all'operatore sanitario di far pervenire la segnalazione nella forma di un modulo compilato in ogni sua parte (scheda di **incident reporting**).

In caso di **caduta di paziente** la segnalazione dovrà pervenire mediante apposito modulo compilato in ogni sua parte (come da DGR n. 232 del 20 febbraio 2015), corredato della Scheda di Conley e della Scheda di valutazione dei Rischi Ambientali.

La segnalazione degli **atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari** viene effettuata dagli operatori medesimi tramite la scheda di rilevazione dei comportamenti aggressivi (per l'anno 2024 si è fatto riferimento al modulo allegato alla "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" adottata con Delibera n. 2007 del 6 dicembre 2016, ma attualmente è in vigore la scheda allegata alla Revisione della "Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss" (tenuto conto degli aggiornamenti normativi regionali).

In caso di eventi avversi con danno al paziente e che non soddisfano i criteri degli eventi sentinella ed in caso di eventi avversi senza danno al paziente, la scheda di segnalazione viene inviata tempestivamente alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura. La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate, o anche dopo aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza tutte le informazioni necessarie relative all'evento al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dello stesso, ed in tale processo può anche coinvolgere non solo la UO segnalante, ma anche la Direzione Sanitaria Aziendale o ogni altra funzione ritenuta utile. Tutte le informazioni fornite mediante segnalazione saranno mantenute riservate, nonché, ove l'operatore sanitario non volesse essere identificato, la segnalazione può anche essere anonima.

In caso di **eventi sentinella**, la scheda di segnalazione viene inviata, nel più breve tempo possibile, alla UOSD Gestione del Rischio Clinico e alla Direzione Medica di Presidio o di Macrostruttura, congiuntamente ad una relazione dettagliata sull'evento. Onde rendere acquisibile il maggior numero delle informazioni utili vi si può allegare copia della documentazione sanitaria disponibile (anche non contestualmente alla scheda di segnalazione e alla dettagliata relazione, tanto al solo fine di garantire la tempistica più celere possibile di segnalazione dell'evento). La UOSD Gestione del Rischio Clinico, dopo aver verificato la completezza e la congruità delle informazioni riportate sia nella scheda di segnalazione che nella relazione dettagliata, o anche dopo aver chiesto integrazione di informazioni/dati alla UO segnalante, analizza preliminarmente tutte le informazioni necessarie relative all'evento e provvede alla segnalazione dell'evento sentinella al Ministero della Salute mediante inserimento della scheda A nel Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) come da Decreto Ministeriale dell'11.12.2009. Con i tempi e le modalità previsti nel "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Ministero della Salute del luglio 2024, la UOSD Gestione del Rischio Clinico avvia una procedura conoscitiva al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dello stesso, ed in tale processo può anche coinvolgere non solo la UO segnalante, ma anche la Direzione Sanitaria Aziendale o ogni altra funzione ritenuta utile. La UOSD Gestione del Rischio Clinico, quindi, invia al Ministero della Salute per il tramite del SIMES la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il Piano d'azione entro 60 giorni solari dall'avvenuto invio della scheda A.

ANALISI DEI DATI

DATI RELATIVI ALLE CADUTE

Nell'anno 2024 sono state segnalate, dalle varie strutture della ASL BR, n. 77 cadute accidentali nell'ambito dell'attività assistenziale. La maggior parte delle segnalazioni ha riguardato soggetti di genere maschile n. 51 (Tabella n. 1). Per quanto riguarda l'età è emersa una media di 72 anni.

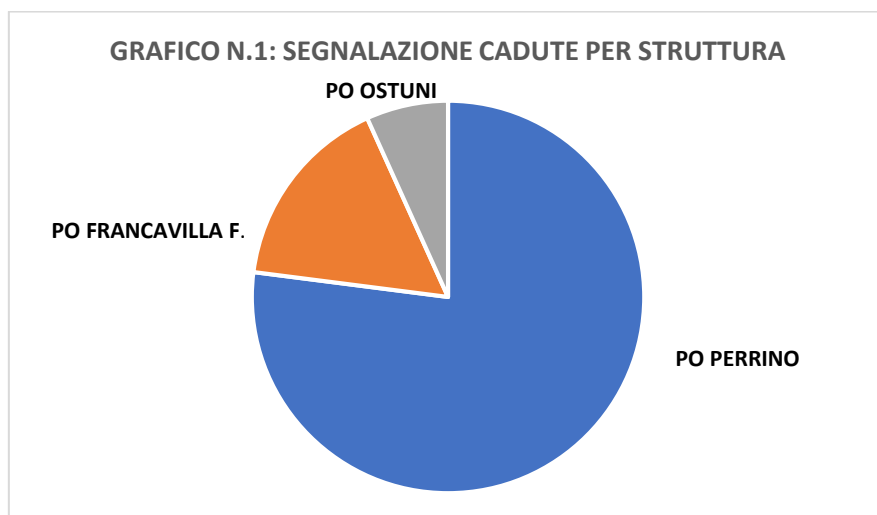
Tabella n. 1: Numero Segnalazioni cadute per genere

GENERE	N	%
Maschi	51	66
Femmine	26	34
Totale	77	100

Le segnalazioni pervenute dal P.O. Perrino di Brindisi sono state n. 60, mentre le altre strutture hanno inviato complessivamente n. 17 segnalazioni che sono meglio classificate in Tabella n. 2, Grafico n. 1.

Tabella n. 2: Segnalazioni cadute per struttura

Struttura	N	%
Presidio Osp. A. Perrino Brindisi	60	86
Presidio Osp. D. Camberlingo Francavilla Fontana	12	15
Stabilimento Osp. Ostuni	5	9
Totale	77	100

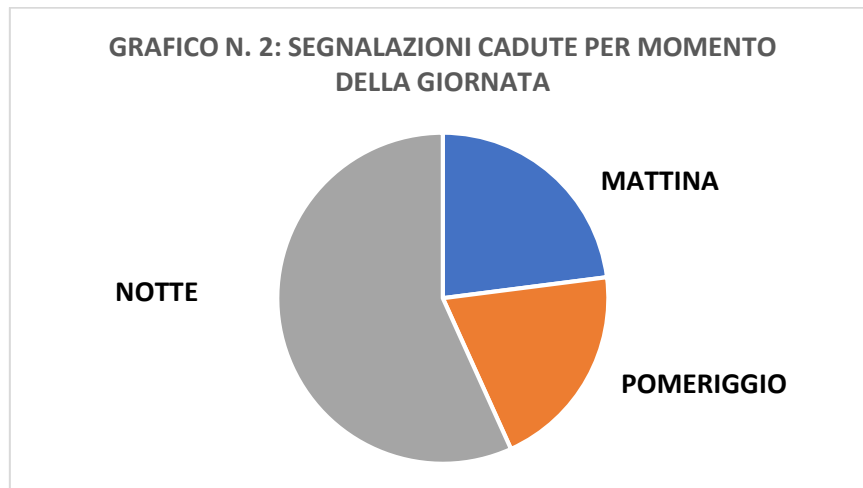


La quasi totalità delle segnalazioni per cadute nell'anno 2024 è giunto dai reparti di degenza di area medica.

Distinguendo poi le cadute per momento della giornata in cui l'evento si è verificato (Tabella 3; Grafico 2), è evidente che la loro distribuzione numerica, nei vari momenti della giornata, è indicativa di maggiore incidenza nelle ore notturne.

Tabella n. 3: Segnalazioni cadute per momento della giornata

Momento della giornata	N	%
Mattina	17	22
Pomeriggio	17	22
Notte	43	56
Totale	77	100



L'analisi delle segnalazioni ha permesso, inoltre, di rilevare come l'ambiente ove si verificano più frequentemente le cadute sia la stanza di degenza (64 su 77).

Segnalazioni cadute per fattori contribuenti

Tenuto conto che la caduta può essere sottesa da un'interazione complessa di fattori, si è ritenuto opportuno distinguere, come indicato dalla letteratura di riferimento, 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.

Dall'analisi dei fattori contribuenti (Tabella n. 6) si evince che nel 68% 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 22% delle segnalazioni vi è associazione di fattori intrinseci e fattori organizzativi e nel 10% delle cadute non sono stati segnalati (e nemmeno successivamente individuati) fattori contribuenti.

Tabella n. 6: Segnalazioni caduta per fattori contribuenti

Fattori	N	%
Intrinseci	52	68
Intrinseci/estrinseci	17	22
Estrinseci	0	0
Non segnalato/individuato	8	10
Totale	77	100

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 53% dei casi il paziente non ha riportato alcun danno, nel 27% dei casi un danno di lieve entità (escoriazioni/contusioni/ecchimosi), nel 13% dei casi un danno moderato (ferita lacero-contusa/trauma minore) e nel 7% un danno grave (trauma maggiore), come sinteticamente riportato nella Tabella n. 7.

Tabella n. 7: Classificazione per conseguenze della caduta

Conseguenze caduta	N	%
Nessuna lesione	41	53
Lesione lieve	21	27
Lesione moderata	10	13
Lesione grave	5	7
Totale	77	100

Si segnala che 4 delle 5 cadute, esitate in lesioni gravi, sono rientrate nella definizione di Evento Sentinella e come tali sono state inserite nel SIMES.

SEGNALAZIONE ALTRI EVENTI AVVERSI

Nell'anno 2024 sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri n. 12 eventi avversi/near miss dettagliati nelle Tabelle n. 8/a e 8/b.

Tabella n. 8/a: Eventi avversi

TIPOLOGIA EVENTO AVVERSO	N
Errore di via di somministrazione di farmaco	1
Stravasato di farmaco chemioterapico	1
Prelievo ematico a paziente sbagliato	1
Danno durante rimozione apparecchio gessato	1
Ritardo di ricezione e consegna di referto campione istologico	1
Rottura di filo guida/mandrino di PICC	1
Espletamento di parto precipitoso in Pronto Soccorso	1
Danno dopo esecuzione di prelievo ematico	1
Allontanamento di paziente da reparto di degenza	1
TOTALE	9

Tabella n. 8/b: Near miss

TIPOLOGIA NEAR MISS	N
Somministrazione di farmaco in soggetto allergico	1
Errata procedura di preparazione farmaco chemioterapico	1
Errore di identificazione pretrasfusione	1
TOTALE	3

SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

Nel 2024 sono stati segnalati alla UOSD Gestione del Rischio Clinico n. 4 eventi sentinella (e inseriti sulla piattaforma SIMES) avvenuti nelle strutture ASL di seguito classificati per tipologia di evento e per relativo esito (Tabella n. 9). Come già sopra riportato trattasi di tutte cadute in ambito clinico-assistenziale.

Tabella n. 9: Eventi sentinella Strutture ASL anno 2024 per Tipologia ed Esito

DESCRIZIONE TIPO EVENTO SENTINELLA	ESITO	N
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	TRAUMA MAGGIORE	4
TOTALE		4

SEGNALAZIONE ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DELLA ASL BRINDISI

Nel corso dell'anno 2024 sono pervenute 31 segnalazioni di atti di violenza nei confronti di operatori, di seguito distinte per struttura ove è avvenuto l'atto di violenza (Tabella n. 10).

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

SEDE DI LAVORO	N
PO PERRINO	24
PO OSTUNI	4
PTA Ceglie Messapica	1
GUARDIA MEDICA SEDE DI BRINDISI	2
TOTALE	31

Nella quasi totalità dei casi (30 su 31) vi è stata aggressione verbale, in 9 di esse vi è stata aggressione fisica verso operatori (in 3 con necessità di cure mediche); in 10 segnalazioni è stato riportato danno a oggetti (Tabella n. 11).

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

TIPOLOGIA AGGRESSIONE	N
Aggressione verbale	30/31
Aggressione fisica verso persone	9/31
Danno a oggetti	10/31

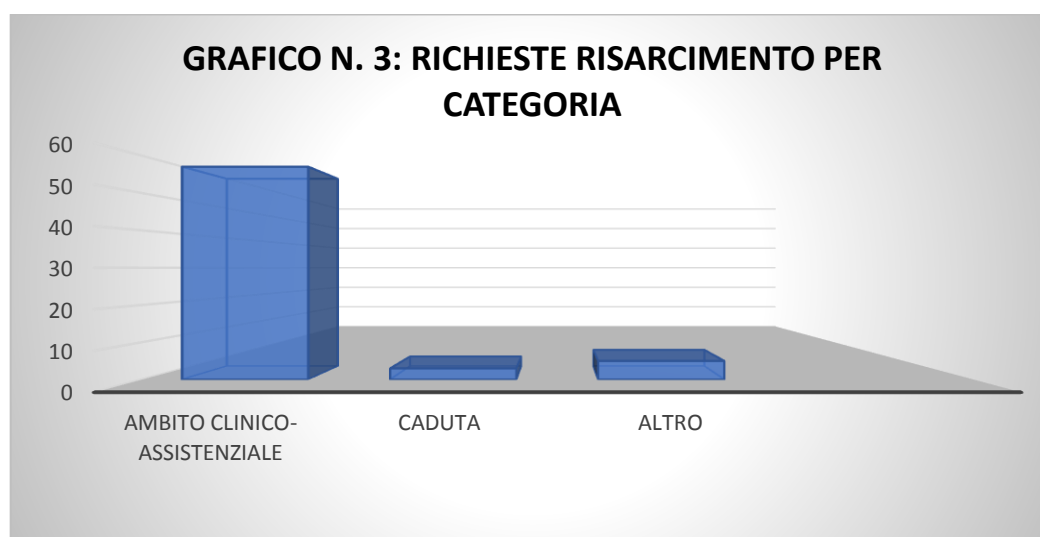
Dall'analisi dei servizi/UO di provenienza delle segnalazioni, oltre alle già nota area di maggior rischio quale le UUOO di Medicina di Emergenza-Urgenza, si evidenzia come il fenomeno degli episodi di violenza verso gli operatori interessi in maniera ubiquitaria i luoghi di lavoro della ASL, coinvolgendo reparti di degenza, direzioni di presidio e servizi ospedalieri e territoriali.

RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI PERVENUTE DI INTERESSE MEDICO LEGALE

Nel 2024 la UOSD Gestione del Rischio Clinico ha preso in carico n. 65 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 281 decies c.p.c., Atti di Citazione).

Nell'attuale analisi non sono incluse le richieste di risarcimento avanzate e in tema di randagismo e con soli danni materiali (e.g. auto). 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.

Dall'analisi dei 65 sinistri (Grafico n. 3) si evince che 57 (88%) hanno riguardato presunti danni subiti nell'ambito dell'attività clinico-assistenziale, 3 relativi a cadute ma non correlate all'ambito assistenziale e, infine, 5 da attribuirsi ad altri aspetti medico legali (3 richieste di danno riflesso, 1 richiesta per smarrimento di protesi dentale e 1 richiesta per presunta complicità da vaccino anti-Covid 19).



Distinguendo le suddette richieste di risarcimento danni sulla base dell'area interessata si rileva che la quota parte maggiore ha riguardato l'area chirurgica (40%), a seguire l'area medica (28%), poi l'area di emergenza urgenza (15%) ed infine altre aree che non raggiungono una significatività in fase di elaborazione dei dati aggregate in tabella (17%) (Tabella n. 12).

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

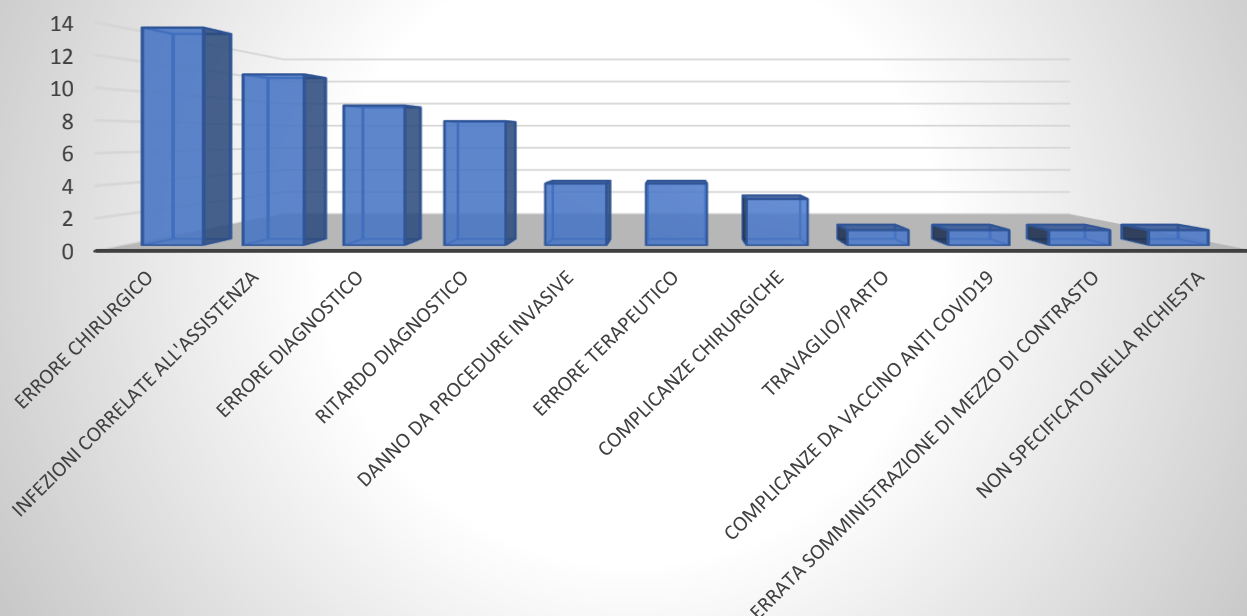
Tipologia per macroarea	N	%
Area Chirurgica	26	40
Area Medica	19	28
Area Emergenza Urgenza	9	15
Altre aree aggregate	11	17
Totale	65	100

Nella Tabella n. 13 e nel grafico n.4 riportiamo la classificazione degli eventi correlati all'ambito clinico-assistenziale.

Tabella n. 13: Richieste risarcimento relative all'ambito clinico-assistenziale

TIPOLOGIA DI EVENTO PER DANNO LAMENTATO	N	%
Errore chirurgico	14	22
Infezioni correlate all'assistenza	11	17
Errore diagnostico	9	14
Ritardo diagnostico	8	12
Danno da procedure invasive	4	6
Errore terapeutico	4	6
Complicanze chirurgiche	3	5
Travaglio/parto	1	2
Complicanza da vaccino anti COVID19	1	2
Errata somministrazione di mezzo di contrasto	1	2
Non specificato nella richiesta	1	2
TOTALE	57	100

GRAFICO N. 4: RICHIESTE RISARCIMENTO RELATIVE ALL'AMBITO CLINICO-ASSISTENZIALE



Dalla Tabella n. 14 si evince inoltre che nell'ambito delle n. 65 richieste di risarcimento, 27 dei casi erano presunti danni permanenti e in 20 casi vi è stato decesso.

Tabella n. 14: Richieste risarcimento per tipologia di esito

Richieste per tipologia di danno lamentato	N
Danno permanente	27
Decesso	20
Altro	17
Non specificato nella richiesta	1
Totale	65

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

1. Supporto all'analisi degli eventi avversi / eventi sentinella segnalati

La UOSD Gestione del Rischio Clinico, per ogni evento avverso significativo e evento sentinella segnalato nel 2024, ha analizzato il dato pervenuto e ha fornito un supporto nell'individuazione dei fattori che avevano contribuito o causato l'evento (cause e fattori umani, ambientali, legati alla comunicazione, a dispositivi medici, farmaci, mancato rispetto di linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure), con rilevazione delle criticità e definizione di un piano d'azione per ridurre la probabilità di occorrenza di un nuovo evento e di generale miglioramento del percorso di cura.

La metodologia utilizzata per l'analisi dell'evento sentinella è stata la discussione del caso, mediante audit.

2. Promozione, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale e al CIO, di un monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Le recenti pronunce della Cassazione Civile n. 5808 del 27.2.2023 e la n. 6386 del 3.3.2023 hanno affrontato la tematica delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali e, per quanto qui riguarda e di interesse, precisando in maniera dettagliata gli obblighi a carico delle strutture sanitarie in materia di prevenzione delle infezioni ed individuando le figure apicali sui quali gli stessi gravano.

In tale riferimento, gli oneri probatori da assolvere, gravanti sulla struttura sanitaria per attestare che le misure di prevenzione siano state rispettate possono compendiarsi come segue:

- a) L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
- b) L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
- c) L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami;
- d) Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
- e) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
- f) La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento;
- g) L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;
- h) L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori;
- i) Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;
- j) L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
- k) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
- l) La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;

- m) L'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

Sulla scorta di quanto innanzi, è opportuno che le azioni da intraprendere, oltre quelle tese al monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza, siano tendenzialmente orientate a soddisfare ciascuno e tutti i criteri dettati dal Supremo Consesso, anche al fine di deflazionare il contenzioso in materia.

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.
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, aggiornamento luglio 2024. Ministero della Salute.
- 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".
- "Gestione del rischio clinico - Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti". Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 20 febbraio 2015, n. 232.
- "Procedura per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori", approvata con Delibera n. 2007 del 06 dicembre 2016 della ASL Brindisi.
- "Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss", approvata con Delibera n. 1327 del 31 maggio 2023 della ASL Brindisi.
- Revisione Procedura per la segnalazione degli eventi sentinella, eventi avversi, near miss", approvata con Delibera n. 2475 del 20 novembre 2024.