



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

- ANNO 2023 -

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	2
1.1. Contesto Organizzativo.....	3
1.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel quinquennio.....	4
1.3. Descrizione della posizione assicurativa: Autoritenzione attraverso il CoVaSi	5
2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	6
3. MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ DEL PARM.....	8
4. OBIETTIVI e ATTIVITÀ.....	9
5. ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	10
6. ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	13
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	15
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	16

1. PREMESSA

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità, ha posto come cardine strategico la gestione del rischio clinico e ne ha definito e promosso negli ultimi anni una serie di raccomandazioni a partire dal documento "Risk Management in Sanità: il problema degli errori" del marzo 2004.

La Regione Lazio, nel recepire il documento ministeriale, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, ha definito le linee di indirizzo regionali, adottate con la determinazione 1 aprile 2014 n. G04112, per la stesura, a cura delle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere, dei Piani Aziendali di Risk Management.

La Casa di Cura Aurelia Hospital, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

La gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze dell'Alta Direzione aziendale.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager, fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Inoltre, il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS.

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

1.1 Contesto Organizzativo

AURELIA HOSPITAL			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	256 accreditati 35 privati	Blocchi Operatori	2
		Sale Operatorie	7
		Terapie Intensive	1
Posti letto diurni	7 day surgery 1 day hospital 5 riabilitazione	UTIC	1
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	4928	Ricoveri diurni	469
Accessi PS	17043	Prestazioni ambulatoriali erogate	7472
Branche specialistiche	15		

Reparto	Posti letto privati	Posti letto ordinari SSR
Ostetricia Ginecologia	8	
Chirurgia vascolare	6	
Chirurgia plastica	6	
Medicina generale	1	
Neurochirurgia	6	
Ortopedia	6	
Riabilitazione cod. 56	2	
Totale regime privato	35	
Cod. 43 urologia		10
Cod. 36 orto traumatologia		20
Cod. 34 oculistica		
Cod. 09 chirurgia generale		54
Day Surgery Multispecialistico		7
Cod. 37 ginecologia		5
Cod. 29 nefrologia		10
Cod. 26 medicina generale		26
Cod. 08 cardiologia		18
Day Hospital Medico		1
Cod. 56 riabilitazione		49
Day Hospital Riabilitativo		5
Cod. 50 UTIC		8
Cod. 49 Terapia Intensiva		11
Breve Osservazione		12
Totale generale	35	236

Specifichiamo oltre i dati presentati in tabella che l'Aurelia Hospital è sede di DEA (Dipartimento di Emergenza) di 1° Livello.

Sono presenti presso la struttura due Centri di Dialisi Ambulatoriali accreditati per un totale di 37 posti.

Sono accreditate prestazioni ambulatoriali per esami diagnostici (RMN, Radiologia, Laboratorio Analisi) e visite in diverse specialità.

Sono presenti due blocchi operatori ciascuno con 3 sale. Inoltre, è presente una ulteriore sala chirurgica di tipo PC2H.

Ai sensi del DCA U00045 del 11.3.2020 sono stati attivati **20 posti letto di RSA Intensiva** – R1 a partire dal 20.3.2020.

1.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo 2018-2022

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	65 (76.4%)	100%	Strutturali (50%) Organizzativi (50%)	Strutturali (50%) Tecnologiche (50%)	Sistemi di reporting (100%)
Evento Avverso	20 (23.5%)	100%	Strutturali (50%) Organizzativi (50%)	Strutturali (50%) Tecnologiche (50%)	Sistemi di reporting (100%)
Evento Sentinella	/	/	/	/	/
Totale Eventi	85				

Dall'analisi degli eventi occorsi nel 2022, si evidenzia un aumento del 10% delle segnalazioni da parte degli operatori sanitari, ma si conferma una scarsa attitudine alla segnalazione di eventi di particolare gravità (quali appunto gli eventi sentinella). Pertanto, saranno organizzati appositi corsi di formazione sull'utilità delle attività di *incident reporting*.

Tab. 3 Sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L. 24/2017)

*I sinistri ed i risarcimenti sono unicamente relativi a quelli correlati al rischio clinico, escludendo in tal modo quelli riferiti a danni di altra natura.

La tabella dei sinistri erogati nel periodo 2018-2022, durante il quale la struttura si trovava in autorizzazione, dimostra la proficua collaborazione del Comitato Valutazione Sinistri nella

gestione del contenzioso medico-legale con un risarcimento anche nell'ultimo anno in linea con i volumi assistenziali e la complessità delle prestazioni erogate dalla struttura.

Anno	N° richieste risarcimento	N° sinistri erogati*	Risarcimenti erogati*
2018	26	4	€ 1.551.000,00
2019	20	7	€ 1.632.103,00
2020	15	4	€ 625.000,00
2021	10	10	€ 974.619,00
2022	19	6	€ 1.017.773,00
TOTALE	90	36	€ 5.800.495,00

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA:

AUTORITENZIONE - IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

- Anno di istituzione: 2013

Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio clinico di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDNTE

Per quanto riguarda gli obiettivi proposti nel PARS 2022, il grado di raggiungimento è stato il seguente:

Obiettivo: Creare e diffondere la "cultura della sicurezza delle cure" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito alla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico alla luce della Legge 24/17 e della Legge 219/2017.	SI	COMPLETATO
Obiettivo: migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione	SI	COMPLETATO
Monitoraggio delle cartelle cliniche (100) al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria	SI	COMPLETATO
Analisi delle richieste risarcimento e del contenzioso	SI	COMPLETATO
Obiettivo: favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Incentivare gli operatori sanitari ad avviare audit programmati nei propri reparti al fine di analizzare la casistica di maggior interesse	SI	COMPLETATO
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito alle corrette linee di comportamento per il contenimento della diffusione dei microrganismi alert (compreso il SARS CoV 2) e la prevenzione delle ICA	SI	COMPLETATO
Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito al corretto uso degli antibiotici con particolare attenzione alla profilassi antibiotica peri-operatoria	SI	COMPLETATO
Obiettivo: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Adesione alle Buone Pratiche Cliniche e ai Protocolli/Procedure o Linee Guida prodotte a livello regionale e/o nazionale	SI	Completato
Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Produzione di report trimestrali sull'epidemiologia microbiologica locale e sui casi di ICA sostenute da microrganismi alert.	SI	Completato
Messa a punto di un sistema per il controllo del consumo degli antibiotici (consumo cumulativo dell'intera Struttura e consumo attribuito al singolo reparto).	SI	Completato

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige, promuove ed è responsabile del coordinamento dell'applicazione dello stesso, tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Amministrativo
Redazione PARS (eccetto i punti: relativi a relazione sui risarcimenti, posizione assicurativa e attività per la gestione del rischio infettivo)	C	R	C	C	C
Redazione consuntiva su eventi avversi e risarcimenti erogati	C	C	R	I	C
Redazione obiettivi e attività per la prevenzione del rischio infettivo	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	I	I	R	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C
Monitoraggio gestione del rischio infettivo	R	C	I	I	I

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

4. OBIETTIVI e ATTIVITÀ

Il presente Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario della Casa di Cura Aurelia Hospital, in accordo con la mission aziendale, si pone una serie di obiettivi strategici che si vanno ad integrare anche con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative

alla qualità e alla gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia di rischio clinico. La finalità di tutte le linee di attività, con la più specifica progettualità annuale che è delineata nel presente PARS ed anche riguardo l'azione di miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato e in ogni singolo progetto. Segnatamente, lo scopo sostanziale è quello di elevare la soglia di probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "near misses", attraverso un'azione di analisi e di governo dei principali processi clinico-gestionali e successivo avvio di specifiche attività preventive e/o correttive. L'intenzione di base è, quindi, quella di intervenire sulle condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi che costituiscono, nel loro insieme, i cosiddetti "errori latenti" che, come è noto, hanno un elevatissimo grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Nello specifico gli obiettivi strategici individuati per il 2022 sono:

1. Creare e diffondere la "cultura della sicurezza delle cure" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

5. ATTIVITÀ

Per garantire il raggiungimento degli Obiettivi, la Casa di Cura Aurelia Hospital, attraverso l'integrazione delle funzioni coinvolte, ha individuato le seguenti attività:

1. **Creare e diffondere la "cultura della sicurezza delle cure" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno**
 - a) Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito alla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico alla luce della Legge 24/17 e della Legge 219/2017.

Obiettivo: 1
Attività: A
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2023
Standard: effettiva effettuazione degli incontri

Fonte: ufficio formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Risk Manager
Progettazione dell'incontro	R
Esecuzione dell'incontro	R

2. migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi:

- a) analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione:

Obiettivo: 2			
Attività: A			
Indicatore: produzione di almeno 2 report nel corso del 2023			
Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI			
Fonte: COVASI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	I	R	I
Esecuzione dell'incontro	C	R	C

- b) monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria:

Obiettivo: 2
Attività: C
Indicatore: Analisi di almeno 100 cartelle cliniche nel corso del 2023
Standard: effettiva esecuzione dell'analisi
Fonte: Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RM	Direzione Sanitaria
Analisi cartella clinica	I	R	C
Valutazione qualità e appropriatezza	I	R	C
Elaborazione report	I	R	C
Presentazione report	C	R	C

c) analisi delle richieste di risarcimento e del contenzioso:

Obiettivo: 2			
Attività: C			
Indicatore: elaborazione di almeno un report sulle richieste di risarcimento pervenute e sull'analisi del contenzioso dell'anno 2023			
Standard: effettiva esecuzione dell'analisi			
Fonte: Ufficio Legale			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RM	Ufficio Legale
Produzione dati	I	R	C
Raccolta ed elaborazione dati	I	R	R

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

a) incentivare gli operatori sanitari ad avviare audit programmati nei propri reparti al fine di analizzare la casistica di maggior interesse.

Obiettivo: 3			
Attività: A			
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 audit clinici in ogni reparto ospedaliero			
Standard: effettiva esecuzione dell'AUDIT			
Fonte: Ufficio Qualità			

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Ufficio Qualità	RM	Direzione Sanitaria
Analisi procedura	I	R	C
Valutazione qualità e appropriatezza	I	R	R
Elaborazione revisione	I	R	C

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:

A. Organizzazione di periodici incontri per l'informazione e formazione degli operatori sanitari in merito al corretto uso degli antibiotici per contrastare l'antibiotico-resistenza, attraverso sviluppare programmi di antimicrobial stewardship

Obiettivo: 1	
Attività: A	
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2023	
Standard: Effettiva effettuazione degli incontri	
Fonte: CCICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	CCICA
Progettazione dell'incontro	CCICA
Esecuzione dell'incontro	CCICA

B. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano, attraverso la creazione di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS)

Obiettivo: 1	
Attività: B	
Indicatore: Istituzione del gruppo multidisciplinare	
Standard: Effettiva istituzione del gruppo	

Fonte: CCICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	CCICA
Istituzione del gruppo di lavoro	CCICA

2. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale:

A. Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

Obiettivo: 2			
Attività: A			
Indicatore: Monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche per aree di degenza			
Standard: Effettivo monitoraggio			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Ufficio Qualità	CCICA	Direzione Sanitaria
Analisi procedura	I	R	C
Valutazione qualità e appropriatezza	I	R	R
Elaborazione revisione	I	R	C

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

A. Produzione di report trimestrali sull'epidemiologia microbiologica locale e sui casi di ICA sostenute da microrganismi alert.

Obiettivo: 3
Attività: A

Indicatore: Produzione di almeno 2 report nel corso del 2023		
Standard: Effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione CCICA		
Fonte: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Elaborazione del report	C	R
Organizzazione riunione CCICA	R	C
Presentazione del report	C	R

B. Messa a punto di un sistema per il controllo del consumo degli antibiotici (consumo cumulativo dell'intera Struttura e consumo attribuito al singolo reparto).

Obiettivo: 2		
Attività: C		
Indicatore: Elaborazione di almeno un report sul consumo di antibiotici nel 2023		
Standard: Conoscenza consumo antibiotici per singolo reparto		
Fonte: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Farmacia	CCICA
Produzione dati	R	I
Raccolta ed elaborazione dati	C	R

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- ✓ Presentazione del Piano all'interno della Direzione Generale;
- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli

- esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017;
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità);
 - Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
 - Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
 - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
 - Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
 - Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
 - Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
 - Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
 - Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
 - Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";
 - Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
 - Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
 - Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
 - Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);
 - Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";

- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante “Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani”;
- Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2022 – Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti;
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”.
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- 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 reperibili sul sito del Ministero della Salute:
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
- <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
-