

**PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO
SANITARIO
(PARS)
*Anno 2025***

ISTITUTO SAN GIORGIO

INDICE

1. Contesto organizzativo	.....
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	.....
3. Descrizione della posizione assicurativa	.....
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	.....
5. Matrice delle responsabilità	.....
6. Obiettivi e attività	.....
<i>6.1 Obiettivi</i>	.....
<i>6.2 Attività</i>	.....
7. Modalità di diffusione del documento	.....
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	.....

B0 - AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica alle attività della Struttura, sia per il Residenziale che per Centro Diurno, per Disturbi del Comportamento Alimentare ed Obesità Istituto San Giorgio, con sede in Via San Giorgio n.3 01038 - Soriano nel Cimino (VT) P.IVA- CF 02233980560 ASL Viterbo: Codice struttura SSR: 301521, sito web <https://www.codess.org/sito/istituto-san-giorgio/>. Ente gestore e titolare: ISTITUTO SAN GIORGIO s.r.l.

B1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

B1.1. LA STRUTTURA

L'Istituto San Giorgio è una struttura terapeutica-riabilitativa che si occupa di Disturbi del Comportamento Alimentare ed Obesità attiva ed autorizzata dalla Regione Lazio con Determinazione Direzione Regionale n. G08729 del 21/06/2017 e il 29/08/2019 con D.C.A. n.U00308 ha ottenuto L'Accreditamento Istituzionale; confermato da Deliberazione n.162 del 5/04/2022.

La Struttura è accreditata per 20 posti letto residenziali e 10 posti per il centro diurno, ambedue dedicati sia all'età evolutiva (12-17 anni) sia per l'età adulta. È inoltre autorizzata per n.10 posti per centro diurno privati.

L'Istituto accoglie pazienti provenienti da tutta Italia. Ad oggi il maggior numero di invii proviene dalle Asl territoriali della Regione Lazio e della Regione Abruzzo.

L'equipe è formata da un gruppo di persone spinte dalla volontà di mettere a disposizione la propria sensibilità e professionalità verso una causa comune, il cui principio cardine può essere così racchiuso: "noi partiamo dalla persona e non dal sintomo".

Si rivolge anche alle famiglie come parte integrante e fondamentale dei percorsi riabilitativi con la prospettiva del reinserimento all'interno del proprio nucleo di appartenenza.

La missione dell'Istituto San Giorgio s.r.l. si sostanzia nei seguenti punti:

- La persona, considerata come valore e risorsa prima che portatrice di uno specifico problema, è al centro dell'attenzione: è sempre da accogliere ascoltare, rispettare, promuovere.
- Progettazione ed erogazione di servizi di cura e di riabilitazione rivolti a soggetti minori ed adulti affetti da disturbi psichiatrici, disturbi della alimentazione e della nutrizione.
- Attività di progettazione di percorsi psicoterapici per la gestione di comorbilità con disturbi d'ansia, disturbi somatoformi e sindromi posttraumatiche.
- Attività di ricerca ed innovazione al fine di articolare e potenziare l'offerta di servizi al territorio.

La stretta integrazione con i Servizi sanitari, con quelli socio-assistenziali ed educativi, e con il resto delle reti formali ed informali è la condizione di base per il perseguimento degli obiettivi sopra indicati.

All'interno della Struttura sono presenti due Equipe multidisciplinari distinte.

Per il Regime Residenziale l'Equipe comprende: 1 Direttore di Struttura, 1 Direttore Sanitario, 1 Psichiatra, 1 Coordinatrice area psico/riabilitativa, 1 Coordinatrice Infermieristica, 4 Psicologi/psicoterapeuti, 1 Medico endocrinologo, 1 Medico Nutrizionista, 3 Biologi Nutrizionisti, 1 Fisioterapista, 4 Infermieri, 2 TeRP, 1 Educatore, 1 Tecnico di Psicologia, 1 Assistente sociale.

Per il Centro Diurno l'equipe comprende: 1 Direttore Sanitario, 2 Psicologo/psicoterapeuta, 1 Medico endocrinologo, 1 Dietista, 1 Fisioterapista, 1 Infermiere, 2 TeRP, 1 Assistente sociale.

ISTITUTO SAN GIORGIO	
DATI STRUTTURALI	
ASL territorialmente competente	ASL VITERBO

B1.2 Dati di attività Residenziale

	N° Posti letto	N° pazienti inseriti / anno	N° pazienti dimessi/ anno	N° pazienti residenti /anno
Anno 2021	20	41	44	57
Anno 2022	20	42	35	52
Anno 2023	20	38	35	56
Anno 2024	20	23	27	43

B1.2 Dati di attività Centro Diurno

	N° Posti letto	N° pazienti inseriti / anno	N° pazienti dimessi/ anno	N° pazienti presenti /anno
Anno 2021	10	15	11	17
Anno 2022	10	17	17	22
Anno 2023	10	21	16	26
Anno 2024	10	16	16	25

B1.3 Organizzazione per la gestione del rischio infettivo

Nel 2020 è stato istituito presso la nostra Struttura il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).

Il CC-ICA è composto dal Dott. Andrea Cellie (Direttore Sanitario- Psichiatra), dal Dott. Marco Petrucci (Direttore di Struttura), e dalla Coordinatrice Infermieristica Erica Perello.

Secondo uno studio condotto da Yuriko Fukuta, e Robert R. Muder, pubblicato su Infect Control Hosp Epidemiol. 2013;34(1):80-88, i pazienti psichiatrici in comunità hanno un minor numero di comorbidità rispetto a pazienti ricoverati in reparti di terapia intensiva o in cliniche.

Il loro rischio infettivo è più simile a quello dei pazienti ambulatoriali. Si stima che nei centri diurni la problematica di ICA è sovrapponibile in toto a quella dei pazienti ambulatoriali.

Ci sono alcune somiglianze tra l'ambiente residenziale di assistenza a lungo termine e l'ambiente di cura psichiatrica: entrambi i gruppi di residenti tendono a rimanere per lunghi periodi di tempo e frequentano eventi congregati, come una terapia di gruppo o ricreativa.

B2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Per l'anno 2024 la struttura ha predisposto la relazione annuale consuntiva ai sensi dell'art. 2 c. 5 L 24/2017 in quanto nell'annualità indicata si sono verificati 35 eventi avversi, 27 dei quali si riferiscono a episodi di autolesionismo attraverso l'uso di taglianti, quali temperini, e ingestione incongrua di sapone liquido.

N. 5 cadute accidentali (con danni lievissimi), n.1 tentativo di defenestrazione, n.2 episodi di allontanamento volontario dall'Istituto, entrambi sono stati posti in essere dalla paziente, senza comportare danni alla stessa.

Ciascun evento avverso è stato documentato tramite gruppi Gestione Rischio Clinico, finalizzati ad analizzare l'evento, le cause e le opportune azioni di miglioramento, ove necessario, in particolare per limitare gli eventi autolesivi sono state disposte le seguenti azioni di miglioramento:

1. bonifiche di ingresso (anche per gli ospiti del centro diurno) e a sorpresa nelle camere, nei vari momenti della giornata;
2. utilizzo dei saponi per l'igiene personale e per il bucato, dosati dagli operatori, in appositi bicchierini numerati e nominativi. I bicchierini vengono riconsegnati vuoti. Il personale effettua inoltre dei controlli giornalieri per il recupero di eventuali bicchierini non pervenuti.
3. consegna di farmaci/integratori contattati per la copertura dell'uscita riabilitativa, direttamente ai familiari o delegati, secondo la terapia impostata per il singolo paziente (a scopo precauzionale).

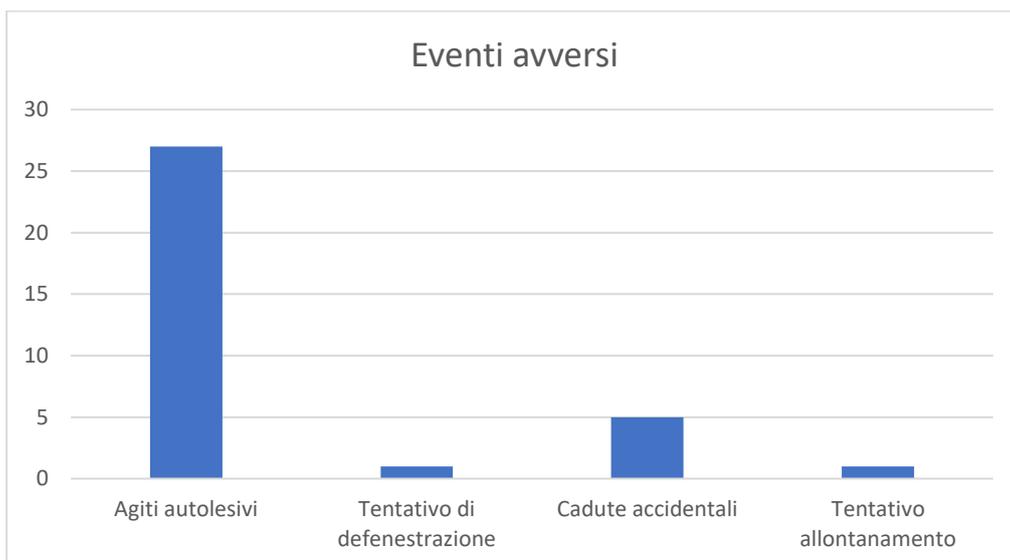


Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

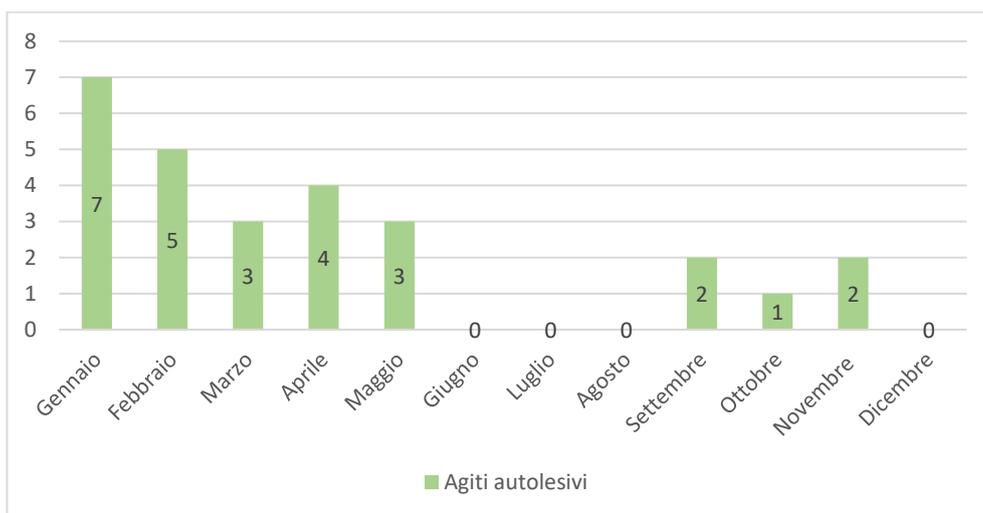


Tabella 3 – Distribuzione mensile agiti autolesivi

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Legati al paziente (85%) Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (15%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (50%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Farmaco vig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi	35 (100%)			
Eventi Sentinella	0			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale.

Nessuno degli eventi avversi ha provocato danni tali da esitare in sinistri e richieste di risarcimento.

Tabella sinistrosità/risarcimenti

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti Erogati
2019	0	0
2020	1	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
Totale	1	0

B3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'azienda ha stipulato nuova apposita polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla citata L. 24 08/03/2017 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine della gestione di eventuali contenziosi

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia Ass.	Franchigia	Brokeraggio
2020	30/06/2020	Generali Italia Spa	€ 15.000,00	Aon Spa
2021	30/06/2021	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2022	30/06/2022	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2023	30/06/2023	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2023 -2025	30/06/2025	Generali Italia Spa	€ 80.000,00	Aon Spa/MARSH

B4 RESOCONTO ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

La Struttura ha predisposto e attuato nel 2024 il piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) di cui si fornisce di seguito sintetico resoconto.

B4.1 RESOCONTO PARS 2024

Obiettivo: formazione e sensibilizzazione alla rilevazione attiva dei quasi errori ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Interventi formativi e di sensibilizzazione in una prospettiva generale di attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano	Sì	Compilazione MD64 (Scheda di segnalazione spontanea degli eventi)

Obiettivo: Prevenzione e gestione di aggressioni etero e autodirette ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Diffusione e formazione sul rischio aggressione verso il personale	PARZIALMENTE	Confronto tra gli operatori e la direzione sanitaria affrontato durante un incontro d'equipe.
Attività 2- Realizzazione di un corso di formazione in materia di prevenzione e gestione di agiti autolesivi	PARZIALMENTE	In attesa di disponibilità del relatore, tali tematiche sono state affrontate e discusse nelle riunioni d'equipe settimanali.
Attività 3- Adozione di una procedura di identificazione precoce e presa in carico dei soggetti a rischio di comportamenti autolesivi	SI	Presentazione caso clinica prima del ricovero da parte del Direttore Sanitario con specifiche indicazioni sulla gestione del pz. Utilizzo checklist bonifica ingresso.

Obiettivo: Adeguata gestione del paziente durante lo svolgimento di attività dul territorio ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Sensibilizzazione del gruppo pazienti per favorire l'integrazione di gruppo e l'acquisizione di nuove conoscenze e interessi, attraverso la partecipazione	SI	Effettuate 4 uscite sul territorio (mostra con installazioni, fattoria didattica, cinema, corso pittura in biblioteca)

ad eventi ed attività sul territorio.		
---------------------------------------	--	--

Obiettivo Maggiore cura e attenzione verso l'igiene personale del paziente ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Sensibilizzazione e attenzione per l'igiene quotidiana	Si	Sensibilizzazione in collaborazione con Infermiere e Operatore

Obiettivo Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica (SIA) ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Sensibilizzazione e formazione per il corretto consumo di SIA	SI	Incontro formativo e sensibilizzazione del personale di struttura.

B5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Risk Manager	Coord Struttura	Coordinatore Infermieristico	Resp.Clinico	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	R	.
Adozione PARS	I	R	C	R	.
Monitoraggio PARS	R	C	C	R	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I= Interessato

B6 OBIETTIVI E ATTIVITA'

B6.1 OBIETTIVI

Si ritiene anzitutto fondamentale promuovere a tutti i livelli dell'organizzazione la cultura della sicurezza delle cure come elemento costante di attenzione nel lavoro quotidiano. Questa sensibilizzazione sarà perseguita sia attraverso un'attività specifica e mirata di formazione, sia con l'adozione di opportuni strumenti organizzativi e documentali che favoriscano la rilevazione pronta, contestuale e blame-free di qualsiasi situazione potenzialmente suscettibile di esitare in un evento lesivo.

Inoltre, dall'analisi degli eventi avversi registrati riportati nella relazione consuntiva 2024 (cap. B2) risultano le seguenti aree prioritarie di intervento:

- Poiché a fronte di registrazione di 35 eventi avversi non si sono osservate segnalazioni di near miss è necessario prevedere interventi formativi e di sensibilizzazione del personale a una rilevazione attiva dei quasi-errori in una prospettiva generale di attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano.
- Dato il setting psichiatrico è opportuno stimolare e mantenere l'attenzione sia sul rischio di aggressione nei confronti del personale che per la prevenzione e gestione degli eventi autolesivi.
- Data la fascia di età dell'utenza si ritiene opportuno e riabilitativo integrare il gruppo pazienti nel territorio
- Alla luce dell'età e delle condizioni cliniche degli ospiti si ritiene inoltre fondamentale curare l'attenzione all'igiene quotidiana degli ospiti durante la giornata, data la difficoltà a mantenere una spontanea attenzione da parte degli utenti stessi

Il PARS intende proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'anno precedente in ambito di prevenzione dei rischi e, in coerenza con la mission aziendale, sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici non legati alla gestione del rischio infettivo.

B6.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO: FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE ALLA RILEVAZIONE ATTIVA DEI QUASI ERRORI		
ATTIVITÀ 1 - Interventi formativi e di sensibilizzazione in una prospettiva generale di attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano		
INDICATORE Aggiornamento scheda segnalazione spontanea degli eventi ed esecuzione di un corso formativo		
STANDARD Compilazione raccolta MD64		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Aggiornare tabella	R	C
Raccolta MD64	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: PREVENZIONE E GESTIONE DI AGGRESSIONI ETERO E AUTO DIRETTE		
ATTIVITÀ 1 - Diffusione e formazione sul rischio aggressione verso il personale		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025		
STANDARD Diffusione/formazione di almeno il 65% del personale		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

ATTIVITÀ 2 - Realizzazione di un corso di formazione in materia di prevenzione e gestione di agiti autolesivi		
INDICATORE Esecuzione entro il 31/12/2025		
STANDARD Formazione di almeno il 65% degli operatori (Medico, Psicologi, TeRP, Infermieri)		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direttore di Struttura/Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Erogazione del Corso	I	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

ATTIVITÀ 3 - Adozione di una procedura per l'identificazione precoce e presa in carico dei soggetti a rischio di comportamenti autolesivi			
INDICATORE Esecuzione entro il 31/12/2025			
STANDARD Procedura diffusa a tutti gli operatori e implementata			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore di Struttura/Risk Manager	Coordinatore	Direzione Sanitaria
Redazione procedura	R	C	C
Diffusione procedura	I	R	R
Implementazione procedura	I	C	R
Verifica implementazione	R	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: ADEGUATA GESTIONE DEL PAZIENTE DURANTE LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUL TERRITORIO		
ATTIVITÀ 1 - Sensibilizzazione del gruppo pazienti per favorire l'integrazione di gruppo e l'acquisizione di nuove conoscenze e interessi, attraverso la partecipazione ad eventi ed attività sul territorio viterbese.		
INDICATORE almeno 3 uscite sul territorio entro il 31/12/2025		
STANDARD Coinvolgimento di almeno il 95% dei pazienti		
FONTE Area Psico-Riabilitativa		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Aumento sorveglianza	C	R
Esecuzione di attività	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: MAGGIORE CURA E ATTENZIONE VERSO L'IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE		
ATTIVITÀ 1 - Sensibilizzazione e attenzione per l'igiene quotidiana		
INDICATORE Compilazione MD97 Check list controllo ospiti		
STANDARD Sensibilizzazione dei pazienti		
FONTE Coordinatore infermieristico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Coord. infermieristico	Direzione Sanitaria
Progettazione di incontri formativi e sensibilizzazione	R	C
Monitoraggio quotidiano	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: MONITORAGGIO CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA (SIA) IN RELAZIONE ALLO STANDARD MINIMO DEFINITO DALL'OMS		
ATTIVITÀ 1 - Sensibilizzazione e formazione per il corretto consumo di SIA		
INDICATORE Attivazione incontro formativo corretto uso di SIA		
STANDARD Sensibilizzazione di almeno 80% degli operatori		
FONTE Coordinatore infermieristico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Coord. infermieristico	Direzione Sanitaria
Progettazione di incontri formativi e sensibilizzazione	R	C
Monitoraggio trimestrale	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: DIFFUSIONE PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SU IGIENE MANI			
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di una edizione di un corso su "Pirim (Piano Intervento Regionale Igiene Mani)"			
INDICATORE Esecuzione entro il 31/12/2025			
STANDARD Range di accettabilità dei partecipanti 95%			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore	Direzione Sanitaria
Redazione procedura	R	C	C
Diffusione procedura	I	R	R
Implementazione procedura	I	C	R
Verifica Implementazione	R	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione "Documento Valutazione Rischio Legionella"			
INDICATORE Esecuzione programma controllo Legionella			
STANDARD Esecuzione almeno 1 campionamento annuo			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore	Direzione Sanitaria
Diffusione documento	R	I	C
Verifica esecuzione campionamento	I	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

B7 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

L'Istituto San Giorgio srl promuove il coinvolgimento attivo della direzione e di tutto il personale nelle attività di prevenzione del rischio sanitario nei processi clinico-assistenziali, così come un'adeguata corretta formazione del pubblico e degli utenti. Le modalità di diffusione del presente documento saranno pertanto attuate attraverso i seguenti canali:

- Presentazione al Consiglio di Amministrazione
- Pubblicazione sul sito internet della struttura <https://www.codess.org/sito/istituto-san-giorgio>
- Trasmissione via e-mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto dell'ASL di Viterbo
- Invio tramite mail in formato pdf all'indirizzo: crcc@regione.lazio.it
- Diffusione del documento agli operatori con attestazione di ricezione (mail con lettura obbligatoria su E-personam)
- Affissione in bacheca
- Presentazione in almeno una riunione del personale di struttura

B8 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Determinazione Regione Lazio G00643 del 25/01/2022 – Adozione documento indirizzo per l’elaborazione Piano Annuale Gestione Rischio Sanitario (PARS)
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria. Determinazione 20/07/2021 N. G09850 adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. 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;
7. 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;