

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2019



INTRODUZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico all'interno della struttura socio-sanitaria gestita dalla Società Cooperativa Sociale La Valle ai sensi della Legge 08/03/2017 n.24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il presente lavoro è stato realizzato anche in considerazione delle ultime evidenze scientifiche in materia di *risk management*, in particolare per ciò che concerne le fasi del processo di individuazione dei rischi e del loro controllo/gestione. Cinque sono le fasi del processo di gestione del rischio: 1) Stabilire il contesto; 2) Identificare i rischi; 3) Analizzare i rischi; 4) Valutare i rischi; 5) Controllare i rischi. In parallelo col processo centrale, sono richieste doti di comunicazione e di consultazione. Monitorare e revisionare è parte intrinseca del processo in modo da assicurare che venga eseguito tempestivamente. In questo modo l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il controllo sono sempre aggiornati. La gestione del rischio è quindi un processo ricorsivo, soggetto ad aggiornamenti, e non si esaurisce nell'identificazione iniziale del rischio.

Il presente lavoro è stato condotto con il coinvolgimento dei Responsabili dei vari settori di attività nonché dei diretti operatori interessati. Oltremodo il presente lavoro vede la partecipazione attiva del Responsabile aziendale del risk management.

Il presente manuale è divulgato ed illustrato a tutti gli operatori (nei vari livelli di responsabilità) al fine di rendere il lavoro stesso effettivamente concreto ed attualizzato. Eventuali ed opportune modifiche sostanziali ed aggiornamenti/implementazioni del documento devono essere portate a conoscenza del personale operante in struttura.

Il presente documento è altresì redatto ai sensi della determinazione nr. G00164 del 11/01/2019 della Regione Lazio, Direzione regionale SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – Area RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA avente oggetto “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)””.

Indicazione della struttura:

LA VALLE CENTRO DI RIABILITAZIONE

Via Sant’Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT)

ASL di competenza: LATINA – Codice struttura SSR: 120383.

Ambito di attività: riabilitazione territoriale ex art.26 – ambulatorio di FKT.

Titoli autorizzativi: DCA 232/2018 – DCA 168/2018 – DCA 167/2016.

Trasparenza: <https://riabilitazione.lavalle.it/trasparenza/privacy-2/>

INDICE

1. Contesto organizzativo;
2. Matrice delle responsabilità del PARM;
3. Obiettivi;
4. Attività;
5. Modalità di diffusione del PARM;
6. Riferimenti normativi;
7. Bibliografia e sitografia;
8. Notifica eventi avversi e sinistri;
9. Aggiornamento del documento.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 L’AZIENDA.

La Società Cooperativa Sociale “La Valle” (*di seguito la Cooperativa*) è una Organizzazione senza scopo di lucro che opera da oltre trentacinque anni nel campo dei servizi socio-sanitari ed assistenziali.

La Cooperativa è composta da quaranta soci, lavoratori e non, ed ha un capitale sociale sottoscritto pari ad € 100.302,00. Ha sede legale in Gaeta (LT) - CAP 04024 - alla Via Sant’Agostino, snc. Opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Latina (Sud-pontino – distretti socio sanitari 4 e 5) ed ha due sedi operative dove si svolgono i servizi erogati: Via Sant’Agostino snc e Via Marconi 40/42, entrambe site nel Comune di Gaeta (LT).

È iscritta alla Camera del Commercio di Latina al numero 72437 e all’Albo nazionale delle Cooperative con il numero A126514. Il numero della Partita Iva e del Codice fiscale è 01088620594. La Posta elettronica

certificale aziendale è coop.lavalle@legalmail.it; la mail di contatto è info@riabilitazione.lavalle.it; il centralino degli Uffici amministrativi è il +39.0771.741739; il web site istituzionale è www.riabilitazione.lavalle.it.

Il core business della Cooperativa è la gestione di servizi socio sanitari e socio assistenziali riabilitativi.

La Società, al fine del presente documento, gestisce le seguenti attività:

- **Titolo:** La Valle Centro di riabilitazione.
- Oggetto:** Centro di riabilitazione ambulatoriale “ex art.26 L.833/78” in regime di accreditamento con il SSR; Servizi di riabilitazione e medicina fisica in regime di autorizzazione; Presidio di riabilitazione semiresidenziale “ex art.26 L.833/78” in regime di accreditamento con il SSR; Servizi di riabilitazione domiciliare in regime di autorizzazione.
- Sede:** Via Sant’Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT).
- Contatto:** Tel.: +39.0771.740796 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.

Tabella 1 – Aziende e strutture territoriali: presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
Posti letto ordinari	n.-	Medicina	0
		Chirurgia	0
		Riabilitazione ambulatoriale	30
		Riabilitazione semiresidenziale	25
		Ambulatorio di FKT	n.d.
Posti letto diurni	0	Servizi Trasfusionali	0
Numero Blocchi Operatori	0	Numero Sale Operatorie	0
Numero ricoveri ordinari	0	Numero ricoveri diurni	0
Numero accessi PS	0	Numero neonati o parti	0

(A): DCA 232/2018.

1.2 RISK MANAGER E L’UNITÀ DI VALUTAZIONE.

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio.

È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l’applicazione del presente documento e, di concerto con l’Unità di valutazione del rischio clinico e la direzione strategica (Direzione medica ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi socio sanitari erogati.

L’Unità di valutazione del rischio clinico è un organo collegiale composto dalla direzione strategica, dal Risk Manager e dai referenti delle varie unità operative. In questo caso esso è composto da:

- ✓ Referente reparto di riabilitazione ambulatoriale ex art.26;
- ✓ Referente reparto di riabilitazione semiresidenziale ex art.26;

- ✓ Referente reparto di riabilitazione ambulatoriale FKT;
- ✓ Direzione sanitaria;
- ✓ Direzione amm.va;
- ✓ Risk Manager;
- ✓ RSPP ed RLS.

1.3 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre 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. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".

Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2018 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (80%) Sinistri (20%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi ^(A)	0			
Eventi Sentinella ^(A)	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata pertanto non sarà condotta alcuna relazione consuntiva.

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la seguente tabella esplicitiva:

Tabella 5 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2014	0	0
2015	0	0
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
Totale	0	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

1.4 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Cooperativa con deliberazione del suo Consiglio di Amministrazione del 31/12/2018 ha deliberato che la struttura socio sanitaria gestita provvederà ad assumere in proprio la gestione dei sinistri e/o eventi avversi ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ed in particolare alla luce dell'art.10, comma 1) e 6) ove si stabilisce la possibilità dell'operatività delle "...altre misure analoghe...".

1.5 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

In questa sezione viene riportata una relazione sintetica sulle attività previste nel PARM dell'anno precedente, sulla loro realizzazione e/o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

Obiettivo...(specificare)		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1...(specificare)	SÌ	Indicare i riferimenti o, quando possibile, le evidenze documentali dell'attività
Attività 2...(specificare)	NO	Evidenziare criticità o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell'attività

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Strategica che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

In questa sezione si elencano le responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM. Di seguito la matrice delle responsabilità della struttura in oggetto:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario (A)	Direttore Amministrativo (A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di deliberazione	R	C	C	C	C
Adozione PARM con deliberazione	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

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

(A) dell'azienda/struttura.

OBIETTIVI

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.
- E. Identificare ed analizzare i potenziali rischi.
- F. Attuare protocolli ed azioni tese alla mitigazione dei rischi eventualmente riscontrati ed analizzati.

Relativamente alle infezioni correlate all'assistenza (di seguito ICA), si rimanda al documento "LINEE GUIDA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE DELLA INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)".

ATTIVITÀ

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza. Ad esempio, l'obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure potrà essere declinato in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti, all'utilizzo dell'intranet della struttura per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie. L'obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, invece, potrà articolarsi nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk

assessment (come l'Incident Reporting, il Safety WalkRound o l'analisi delle cartelle cliniche) o di risk analysis (come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nell'esempio della Tabella 6. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vanno declinate e sviluppate per singolo anno.

Tabella 6 – Esempio di declinazione di un'attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico".		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/06/2019		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITÀ 1 – Controllo cartelle riabilitative/cliniche e documentazione connessa.		
INDICATORE Controllo di almeno il 10% delle cartelle riabilitative/cliniche e del 5% dell'ulteriore documentazione connessa (moduli di processo)		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

ATTIVITÀ 1 – Coinvolgimento nell’Unità di valutazione del rischio clinico del Responsabile dei lavoratori per la sicurezza e dell’RSPP.

INDICATORE

Presenza nelle attività dell’Unità di valutazione delle figure sopra indicate.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

ATTIVITÀ 1 – Report sulle novità in tema di linee guida / aggiornamenti normativi / circolari / nuove disposizioni introdotte dalla Regione.

INDICATORE

Esecuzione del report con cadenza semestrale.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO E) Identificare ed analizzare i potenziali rischi.

ATTIVITÀ 1 – Sedute semestrali dell’Unità di valutazione del rischio in cui si analizzano le attività prestate e si delineano/identificano potenziali rischi.

INDICATORE

Svolgimento delle sedute e codifica delle risultanze.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO F) Attuare protocolli ed azioni tese alla mitigazione dei rischi eventualmente riscontrati ed analizzati.

ATTIVITÀ 1 – Emanazione e diffusione dei protocolli redatti.

INDICATORE

Avvenuta diffusione/comunicazione dei protocolli/documenti emanati.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

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.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

- a. Pubblicazione sul sito web istituzionale www.riabilitazione.lavalle.it;
- b. Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- c. Presentazione agli Operatori della struttura;
- d. Invio via mail alle Direzioni e/o Uffici distrettuali competenti del SSR;
- e. Rilascio copia alle Direzioni sanitarie della struttura.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. 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"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";

5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
9. 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”;
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
11. 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”;
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”;
14. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
15. 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”.

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;

NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile è tenuto ad informare sia la Direzione tecnica/sanitaria che la proprietà della Società senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 48 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.

La notifica deve presentare un contenuto minimo di informazioni e tali da consentire il controllo e di verificare l'accaduto denunciato.

AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento è aggiornato con cadenza annuale ovvero in caso di novità normative/regolamentarie e/o di esigenze di natura gestionale. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso dovrà essere pubblicizzata con le stesse modalità della precedente edizione.

L'aggiornamento consiste:

- a) nella verifica di eventuali integrazioni e/o modifiche normative, ovvero nella promulgazione/applicazione di nuove Leggi e regolamenti attinenti alla materia trattata;
- b) nella verifica dei processi tecnico/organizzativi al fine di riscontrare la loro validità, sicurezza ed aderenza ai requisiti normativi rispetto alle attività effettivamente espletate;

L'aggiornamento del presente documento viene condotto dal Responsabile con l'apporto professionale dell'Unità di valutazione e la Direzione sanitaria.

L'aggiornamento si espleta con la redazione di apposito verbale che dà conto delle verifiche effettuate ed indica le eventuali azioni correttive e/o integrative e modificative da apportare ai vari documenti.

Data approvazione e presentazione: 05/02/2019.

Firme:

Responsabile del Risk Management: (dott. Cristian LECCESE)

