



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Febbraio 2022

<i>Presidente del CDA</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>
<i>Dott. Carlo Mariotti</i>	<i>Dott. Vinicio D'Annunzio</i>

Carlo Mariotti

Vinicio D'Annunzio

INDICE

INDICE.....	2
0. INTRODUZIONE.....	3
0.1 Ambito di applicazione.....	3
0.2 Scadenze temporali.....	3
0.3 Struttura del PARS.....	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	4
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	6
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E DEL PAICA PRECEDENTE.....	7
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	8
6. OBIETTIVI E ATTIVITA'.....	9
6.1 Obiettivi.....	9
6.2 Attività.....	10
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	15
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	16
8.1 Bibliografia e Sitografia	16
8.2 Riferimenti Normativi	16

0. INTRODUZIONE

0.1 Ambito di applicazione

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e delle persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", **il documento presente risulta predisposto in quanto la struttura risulta accreditata al Servizio Sanitario Regionale (di seguito strutture e SSR).**

0.2 Scadenze temporali

Il presente documento risulta predisposto secondo i termini temporali previsti e fissati al **15 febbraio** dell'anno solare a cui il documento si riferisce. Entro il **28 febbraio** successivo risulta trasmesso via mail in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico (crrc@regione.lazio.it).

NB: eventuali deroghe alle scadenze sopra indicate saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente Area regionale.

0.3 Struttura del PARS

Il presente documento, fatte salve specifiche e motivate necessità, è elaborato rispettando la struttura proposta dalla Regione Lazio. Quando possibile, i Dati sono stati inseriti nelle tabelle proposte dalla stessa.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

In questa sezione è descritto il contesto organizzativo del Centro Riabilitativo Vaclav Vojta, struttura di riferimento per la riabilitazione ambulatoriale e semiresidenziale, nella presentando in una tabella i principali dati di produzione.

Tabella 1 - Confronto fra i dati 2021 vs 2020

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2021 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2021)	n. 116 (Semiresidenziali)	Mantenimento elevato	n. 40
		Mantenimento medio	n. 76
	n. 694 (Ambulatoriali)	Estensivo elevato	n. 6
		Estensivo medio	n. 154
		Estensivo lieve	n. 97
		Mantenimento elevato	n. 351
		Mantenimento medio	n. 51
		Mantenimento lieve	n. 35

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2021 al 31/12/2021.

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2020 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2020)	n. 104 (Semiresidenziali)	Mantenimento elevato	n. 40
		Mantenimento medio	n. 64
	n. 458 (Ambulatoriali)	Estensivo elevato	n. 6
		Estensivo medio	n. 125
		Estensivo lieve	n. 71
		Mantenimento elevato	n. 210
		Mantenimento medio	n. 33
		Mantenimento lieve	n. 13

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2020 al 31/12/2020.

2. 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 e delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza** 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 la nostra struttura ha raccolto nella tabella seguente i dati relativi agli ultimi due anni di attività relativi agli eventi accorsi nella struttura, nella struttura sono presenti le schede di dettaglio:

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2019-2021 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti 2021 ^(B)	Azioni di miglioramento 2021	Fonte del dato 2021
Near Miss ^(A)	0			
Eventi Avversi ^(A)	3 (2021)	Problemi infrastrutturali (33%): mancato fissaggio pannello	Organizzative (75%) Sinistro Assicurativo (25%)	Sistemi di reporting (100 %)
	3 (2020)	Patologie collegate a disfunzioni motorie (33 %) (per le cadute e gli urti)		
	5 (2019)	Patologie collegate a turbe psichiche (33%) (Danni personali con prognosi)		
Eventi Sentinella ^(A)	1 (2021)	Un Evento sentinella: Patologie collegate a turbe psichiche (un evento - per le aggressioni agli operatori)		
	0 (2020)			
	4 (2019)			
Eventi correlati alle ICA (COVID)	Op. 22 Paz. 9 (2021)	Esposizione esterna al COVID con positività conclamata (100 %)	Allontanamento fino a doppio tampone negativo (100 %)	Sistemi di reporting (100 %)
	Op. 7 (2020)			
	Paz. 34 (2020)			

(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.

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 la struttura pubblica i dati relativi ai Sinistri denunciati e i risarcimenti riconosciuti:

Tabella 3 - 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)
2021	n. 1 sinistro	Risarcimento in atto
2020	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2019	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2018	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2017	n. 2 sinistri	Nessun risarcimento
Totale	n. 2 sinistri	Nessun risarcimento

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

NB: si ricorda che, come ribadito al capitolo 5 (MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS), anche al fine di poter ottemperare agli obblighi della L. 24/2017, **il PARS devono essere pubblicato sul sito pubblico della struttura.**

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Sono presentate, in forma sintetica dei dati sotto forma di tabella delle polizze assicurative contratte dalla nostra struttura a copertura delle RCT (Responsabilità Civile contro Terzi in ambito sanitario) di cui riportiamo i dati salienti:

Tabella 4 - Elenco polizze attive sulla struttura

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	08/04/2022	Allianz	3'400,00 Euro	250,00 Euro x Sinistro	/

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E DEL PAICA PRECEDENTE

In questa sezione è stato inserito una sintetica presentazione sulle attività previste nel PARM e PAICA dell'anno precedente (già presentati come un unico documento), sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

Tabella 5 - Resoconto attività anno precedente

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Costituzione del comitato per il rischio clinico e CCICA	Sì	In data 20/08/2021 è stata approvata la costituzione del Comitato Rischio Clinico che integra il CCICA, prima riunione 22/09/2021
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"	Sì	In data 06/11/2021 si è conclusa la formazione organizzata dal RSPP con titolo "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico" che ha coinvolto tutto il personale della struttura
ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa avanzata dedicata al personale afferente al Comitato per il Rischio Clinico e CCICA	No	Per problemi connessi alla Pandemia non è stato possibile svolgere il corso avanzato, l'attività sarà riproposta nel prossimo anno
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	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali	Sì	Sono state attivate Azioni a seguire degli eventi più importanti (Esempio "Orecchino" con circolare a seguire in data 25/10/2021)
ATTIVITÀ 2 – Gestire l'emergenza COVID (come già attivato nel 2020) con la raccolta della documentazione e condivisione con il personale e mantenere la tensione / attenzione sul problema pandemia	Sì	Molte circolari emesse a seguito del variare delle situazioni. Evidenze nel DOX COVID-19

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS 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.

È bene sottolineare che in questa sezione non bisogna elencare le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività di cui al punto 4, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 6 - Matrice delle Responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Risk Manager / Referente per il Comitato Rischio Clinico (CCICA)	Referente Amministrativo	Presidente / Consiglio di amministrazione	Segreteria Generale	Segreteria
Redazione PARS (eccetto i punti: 1, 2, 3, 7 e 8)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti 1, 2 e 3	R	C	C	I	C	C
Redazione punto 7 e 8	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7 e 8)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7 e 8	R	C	I	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1 Obiettivi

I sette obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- 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. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- F. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- G. 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 enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

La nostra strutture sceglie dare priorità ai seguenti macro obiettivi, da cui scaturiranno le attività per perseguirli: **A, B, F e G**

NB: è mandatorio per le strutture declinare un minimo di cinque attività distribuite su almeno due obiettivi a scelta fra quelli A), B) o C).

Sulla base di particolari esigenze e necessità istituzionali, la Regione si riserva di definire ulteriori obiettivi che saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente Area regionale.

Le strutture, fatto salvo il vincolo sopracitato, potranno definire in questo capitolo ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

6.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti e scelti dalla nostra struttura. A mero titolo esplicativo le 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.

NB: Le attività sopra elencate sono da considerarsi un mero esempio. Le strutture potranno definirne ulteriori sulla base delle specifiche esigenze.

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 7. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vanno declinate e sviluppate per singolo anno.

NB: Sulla base di eventuali particolari esigenze e necessità istituzionali, la Regione si riserva di definire ulteriori attività che saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente Area regionale.

Tabella 7 - Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa avanzata dedicata al personale afferente al Comitato per il Rischio Clinico e CCICA		
INDICATORE		
Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2021		
STANDARD		
Sì		
FONTE		
Comitato Rischio Clinico e CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidenza	Comitato Rischio Clinico e CCICA
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

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 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali

INDICATORE

Attivare un'azione di "mitigazione del rischio" estesa a fronte di un Evento e/o NearMiss

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitato Rischio Clinico e CCICA	Medici Referenti
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

ATTIVITÀ 2 – Gestire l'emergenza COVID (come già attivato nel 2020) con la raccolta della documentazione e condivisione con il personale e mantenere la tensione / attenzione sul problema pandemia

INDICATORE

Emissione di almeno una circolare / comunicazione ogni 1-2 mesi

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitato Rischio Clinico e CCICA	Presidenza
Proposta di circolari e comunicazioni	R	C
Approvazione	C	R
Distribuzione	R	I

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

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 1 – Implementare la cultura della pulizia delle mani

INDICATORE

Attività formativa e implementazione di un monitoraggio dei consumi di Gel Alcolico e dei DPI specifici (100%)

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitato Rischio Clinico e CCICA	Segreterie
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	R	C
Esecuzione Azioni	R	C

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio dell'inquinamento batterico nelle aree frequentate e sulle attrezzature utilizzate dai Pazienti

INDICATORE

Scelta, campionamento e analisi dei dati raccolti e presentazione degli stessi per sviluppo di successive azioni

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Comitato Rischio Clinico e CCICA	Medici Referenti
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

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

OBIETTIVO G) 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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

ATTIVITÀ 1 – Rendere la struttura autonoma nel monitoraggio dell'andamento della Pandemia da COVID-19

INDICATORE

Attivare l'accreditamento regionale interno per i Tamponi Rapidi COVID-19 per Operatori e Pazienti

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

Azione	Comitato Rischio Clinico e CCICA	Medici Referenti
Raccolta e analisi	R	I
Definizione Azioni	R	C
Esecuzione Azioni	C	R

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello della struttura. Ricordando che la pubblicazione sul sito *internet* della struttura è obbligatoria, si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

1. Presentazione al Collegio di Direzione;
2. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto;
3. Pubblicazione sull'Intranet della struttura.

NB: si ribadisce che entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARM in formato pdf nativo all'indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

8.1 Bibliografia e Sitografia

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio

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;

8.2 Riferimenti Normativi

In questa sezione andranno elencati i riferimenti alla normativa regionale e nazionale, nonché quelli scientifici, inerenti la gestione del rischio clinico. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

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".