

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164

Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".

Oggetto: Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Area Specialistica;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTA la DGR n. 271 del 5 giugno 2018 con la quale è stato conferito ai sensi del combinato disposto dell’art. 162 e dell’allegato “H” del suddetto Regolamento regionale n. 1 del 2002 al Dott. Renato Botti, soggetto esterno all’Amministrazione regionale, l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTO il_DCA n. U00052 del 22.02.2017 Programma Piano Operativo 2016-2018 relativo al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR);

CONSIDERATO, in particolare, che nell’ambito della DCA n. U00052 del 22.02.2017 - rientra, fra l’altro, la Gestione del Rischio Clinico che prevede il Consolidamento dell’attività di Risk Management a livello Regionale avente la *“Predisposizione di un Documento “Linee Guida per la redazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*

VISTA la 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”;

CONSIDERATO che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

CONSIDERATO che il Centro Regionale Rischio Clinico (di seguito CRRC) ha la funzione di soddisfare i debiti informativi e gli adempimenti previsti dalla legge 24/2017 e in particolare quelli previsti dall'art. 2, c. 5 e dall'art. 4, c. 3;

VISTO il documento "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico i cui contenuti sono stati presentati dal CRRC ai Risk Manager delle strutture pubbliche e private del SSR il 21 dicembre 2018;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, che vengano integralmente richiamate:

1. di approvare il documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" (Allegato1) che forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che le Aziende ed Enti del SSR, nell'elaborazione e nell'adozione del PARM, dovranno attenersi a quanto previsto dalle suddette Linee Guida;
3. di stabilire che per l'anno 2019 il termine per la presentazione del PARM è fissato al 15 febbraio 2019;
4. di stabilire inoltre che le Aziende ed Enti del SSR trasmettano il PARM in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2019;
5. di stabilire che per i successivi anni, fatte salve eventuali deroghe che saranno comunicate dalla competente Area regionale alle strutture del SSR, il termine per la presentazione e la trasmissione del PARM siano quelli stabiliti ai precedenti punti 3 e 4.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionali del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

IL DIRETTORE REGIONALE

Renato Botti



REGIONE
LAZIO

LINEE GUIDA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Gennaio 2019



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

INDICE

INTRODUZIONE

A) Ambito di applicazione	pag. 3
B) Scadenze temporali	pag. 3
C) Struttura del PARM	pag. 3

1. PREMESSA

1.1. <i>Contesto organizzativo</i>	pag. 4
1.2. <i>Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</i>	pag. 6
1.3. <i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	pag. 7
1.4. <i>Resoconto delle attività del PARM precedente</i>	pag. 7

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

3. OBIETTIVI

4. ATTIVITÀ

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

A) 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 è rivolto a tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale** (di seguito *strutture* e *SSR*).

B) Scadenze temporali

Il termine per la presentazione del PARM è fissato al **15 febbraio** dell’anno solare a cui il documento si riferisce. Entro il **28 febbraio** successivo il PARM dovrà essere 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.

C) Struttura del PARM

Il PARM, fatte salve specifiche e motivate necessità, dovrà essere elaborato rispettando la struttura di seguito proposta. Quando possibile, sono stati inserite tabelle contenenti suggerimenti ed esempi.

1. PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

In questa sezione deve essere descritto il contesto organizzativo della struttura, presentando in una tabella i principali dati di produzione. Per le aziende e le strutture con articolazioni territoriali si suggerisce di presentare i dati a livello aggregato e suddivisi per singolo presidio ospedaliero, come riportato nelle tabelle 1 e 2. Nella tabella 3 è riportato un esempio valido per le aziende e le strutture ospedaliere, nonché per i policlinici universitari. Nelle tabelle è riportato un *data set* minimo, integrabile secondo le diverse necessità della struttura.

In considerazione della sua assoluta specificità, per la descrizione del contesto organizzativo e dei relativi dati di attività, l'ARES 118 potrà riprendere lo schema utilizzato negli scorsi anni.

Tabella 1 – Aziende e strutture territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati

DATI STRUTTURALI^(A)			
Estensione territoriale	in Km ²	Popolazione residente	Numero
Distretti Sanitari	Indicare	Presidi Ospedalieri Pubblici	Indicare
Posti letto ordinari	Numero	Medicina	Numero
		Chirurgia	Numero
		Ecc.	Numero
Posti letto diurni	Numero	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	Numero, escluse le analisi di laboratorio

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

Tabella 2 – Aziende e strutture territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
Posti letto ordinari	n.	Medicina	
		Chirurgia	
		Ecc.	
Posti letto diurni		Servizi Trasfusionali	
Numero Blocchi Operatori		Numero Sale Operatorie	
Numero ricoveri ordinari		Numero ricoveri diurni	
Numero accessi PS		Numero neonati o parti	

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

Tabella 3 – Aziende e strutture ospedaliere e policlinici universitari: Esempio di presentazione dei dati di attività

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	Numero	Medicina	Numero
		Chirurgia	Numero
		Ecc.	Numero
Posti letto diurni	Numero	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	Numero	Centro Procreazione Medicalmente Assistita	Numero
Hub	Specificare la rete	Ecc.	
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate	Numero, escluse le analisi di laboratorio
Ecc.		Ecc.	

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

1.2 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** 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 20.. (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)		Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%)
Eventi Avversi ^(A)				Sinistri (%)
Eventi Sentinella ^(A)				Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) Ecc.

(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 è pertanto necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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)
20..		
20..		
20..		
20..		
20..		
Totale		

(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.)

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

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anche in questo caso è necessaria una presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella, come nell'esempio seguente, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati. La tabella è ovviamente compilabile solo dalle strutture che hanno una polizza assicurativa. Quelle che gestiscono direttamente i sinistri potranno limitarsi ad indicare la deliberazione/atto con cui si è introdotta la gestione diretta.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
20..					
20..					
20..					

1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

In questa sezione occorre inserire una relazione sintetica sulle attività previste nel PARM dell'anno precedente, 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.

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

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

2. 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.

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 PARM.

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:

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	-
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.

3. OBIETTIVI

I quattro 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.

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.

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)".

4. 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.

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 6. 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 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 GG/MM/AAAA		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

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 crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

6. 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”.

7. 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;