

# DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE



DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA  
PERSONA

REGIONE BASILICATA

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA  
E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI  
13AB

STRUTTURA PROPONENTE

COD.

N° 13AB.2015/D.00272

DEL 11/6/2015

Codice Unico di Progetto:

**OGGETTO**

APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI PRODOTTI DAL GRUPPO DI COORDINAMENTO REGIONALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN ATTUAZIONE DELLA DGR 137/2015

**UFFICIO RAGIONERIA GENERALE**

**PREIMPEGNI**

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma	Capitolo	Importo Euro

**IMPEGNI**

Num. Impegno	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno	Num. Impegno Perente

**LIQUIDAZIONI**

Num. Liquidazione	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

**VARIAZIONI / DISIMPEGNI / ECONOMIE**

Num. Registrazione	Bilancio	Missione. Programma	Capitolo	Importo Euro	Num. Impegno	Atto	Num. Atto	Data Atto

**ACCERTAMENTO**

Importo da accertare

**Note**

La presente Determinazione Dirigenziale non comporta visto di regolarità contabile.

Visto di regolarità contabile

IL DIRIGENTE Elio Manti

DATA 18/06/2015

Allegati N. 2

Atto soggetto a pubblicazione  Integrale  Per oggetto  Per oggetto + Dispositivo

## IL DIRIGENTE

### VISTE

- la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernete la “ Riforma dell’organizzazione regionale”
- la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. del 13 dicembre 2004, disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06
- la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 relativa alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali “ Presidenza della Giunta” e “Giunta Regionale”;
- la D.G.R. n. 695/2014 di conferimento degli incarichi di direzione delle strutture dirigenziali dei Dipartimenti regionali della Presidenza della Giunta e della Giunta;

### VISTE

- L.R. n. 4 del 27.1.2015 “Collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2015”
- L.R. n. 5 del 27.1.2015 “Legge di Stabilità Regionale 2015”
- L.R. n. 6 del 27.1.2015 “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2015-2017”
- D.G.R. n. 114 del 3.2.2015 Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese del “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2015-2017”

**VISTA** la DGR 137 del 10 febbraio 2015 che ha approvato il documento di “ Istituzione del Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23 febbraio 2011” dando mandato alle Aziende Sanitarie regionali della attuazione dei contenuti programmatici;

### ATTESO

**che** la predetta deliberazione delinea un sistema costituito da:

Gruppo Regionale di coordinamento per la gestione del rischio clinico ( GRC)

Gruppo aziendale di coordinamento per la gestione del rischio clinico (GAC) che deve essere integrato con esperti esterni della materia al fine di garantire completezza di valutazione e trasparenza;

Funzione aziendale per la gestione del rischio clinico;

Rete dei referenti aziendali per la gestione del rischio clinico (rete);

**che** il GRC, di fatto istituito con DGR n. 238/2011, e nominato con la DD 72AB/2011/D/540 del 25.10.2011 a seguito della indicazione da parte delle Aziende Sanitarie dei propri referenti, svolge la propria attività in qualità di organo tecnico del Dipartimento regionale con funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica di quanto pianificato;

## DATO ATTO

**che** tra i compiti assegnati al GRC dalla predetta DGR n. 137/2015 è ricompreso quello di emanare linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico nelle Aziende del SSR;

**che** tra le funzioni operative del medesimo GRC vi è quella di garantire un ruolo di supporto e di consulenza (anche mediante l'attivazione della Task Force);

**che** la DGR 662 del 19 maggio 2015 – Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziario per i Direttori Generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali – anno 2015 – 2017- prevede, tra gli obiettivi di interesse strategico regionale, la messa in atto di azioni finalizzate alla sicurezza del paziente e alla riduzione del rischio clinico, prevedendo esplicitamente per le Aziende del SSR :

- il Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015

-la Redazione del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico, da inviare al Dipartimento regionale Politiche della Persona entro il 30 giugno;

**RITENUTO** necessario di adottare formalmente i primi documenti, prodotti dal GRC e di seguito elencati:

- **Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico** nelle aziende del sistema sanitario regionale, di cui le Aziende del SSR dovranno tener conto nella definizione dei propri piani aziendali subordinatamente al coerente recepimento della DGR n. 137/2015 e con contestuale individuazione di tutte le articolazioni strutturali e funzionali ivi previste per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente,

-**Regolamento operativo del Gruppo di Pronto intervento regionale** per il rischio clinico nelle strutture sanitarie della regione Basilicata (task force)- ex DGR n. 238/2011 e DGR n. 137/2015- che si allegano alla presente determinazione quali parti integrati e sostanziali;

## D E T E R M I N A

Per quanto esposto in premessa e che si intende integralmente riportato di :

**approvare i documenti -Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico** nelle aziende del sistema sanitario regionale e - **Regolamento operativo del Gruppo di Pronto intervento regionale-** elaborati dal Gruppo Regionale di coordinamento per la gestione del rischio clinico (GRC), allegati alla presente determinazione di cui costituiscono parte integrate e sostanziale;

**dare mandato** alle Aziende del SSR di attuarne i contenuti ;

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O. **Maria Luisa Zullo**

IL DIRIGENTE **Giuseppe Montagano**

La presente determinazione è firmata con firma digitale certificata. Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della determinazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

### OGGETTO

**APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI PRODOTTI DAL GRUPPO DI COORDINAMENTO REGIONALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN ATTUAZIONE DELLA DGR 137/2015**

### UFFICIO CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA

Note

Visto di regolarità amministrativa

IL DIRIGENTE **Anna Roberti**

DATA **18/06/2015**

### OSSERVAZIONI

IL DIRIGENTE GENERALE **Donato Pafundi**

La presente determinazione è consultabile, previa autorizzazione sulla rete intranet della Regione Basilicata all'indirizzo <http://attidigitali.regione.basilicata.it/AttiDigitali>

## **Elenco Firme del provvedimento n. 13AB.2015/D.00272 del 11/06/2015**

Numero Certificato: 19A4DBDAA4AA0F8CE0A65C477263792F

Rilasciato a: dnQualifier=12317836, SN=Zullo, G=Maria Luisa,  
SERIALNUMBER=IT:ZLLMLS59D51L062Z, CN=Zullo Maria Luisa, O=non presente, C=IT

Valido da: 26/08/2013 2.00.00

fino a: 27/08/2019 1.59.59

documento firmato il : 05/06/2015

---

Numero Certificato: 6DFF3B83475A1B9987DA5D528509EC60

Rilasciato a: dnQualifier=12348372, SN=Montagano, G=Giuseppe,  
SERIALNUMBER=IT:MNTGPP58R03F839X, CN=Montagano Giuseppe, O=non presente, C=IT

Valido da: 10/09/2013 2.00.00

fino a: 11/09/2019 1.59.59

documento firmato il : 05/06/2015

---

Numero Certificato: 0F3BDF9C3B69859DA7CC58826AF0BE37

Rilasciato a: dnQualifier=12823797, SN=Pafundi, G=Donato Vincenzo,  
SERIALNUMBER=IT:PFNDTV55E28A519T, CN=Pafundi Donato Vincenzo, O=non presente,  
C=IT

Valido da: 03/03/2014 1.00.00

fino a: 03/03/2020 0.59.59

documento firmato il : 11/06/2015

---

Numero Certificato: 2167D750F06CD8D62366B1D485ACE265

Rilasciato a: dnQualifier=12760018, SN=Roberti, G=Anna,  
SERIALNUMBER=IT:RBRNNA53S65F495D, CN=Roberti Anna, O=non presente, C=IT

Valido da: 11/02/2014 1.00.00

fino a: 12/02/2020 0.59.59

documento firmato il : 18/06/2015

---

Numero Certificato: 48987B2B63F1D19606FECBA7F4967E1B

Rilasciato a: dnQualifier=14056466, SN=Manti, G=Elio,  
SERIALNUMBER=IT:MNTLEI60A27F158H, CN=Manti Elio, O=non presente, C=IT

Valido da: 02/03/2015 1.00.00

fino a: 02/03/2021 0.59.59

documento firmato il : 18/06/2015

---





REGIONE BASILICATA

## SISTEMA REGIONALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente

### LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE AZIENDE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

#### A) PREMESSA

La DGR n. 137 del 10 febbraio 2015, ad oggetto “Istituzione del Sistema Regionale di gestione del Rischio clinico e della sicurezza del Paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23 febbraio 2011”, affida al Gruppo Regionale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente l’emanazione delle linee di indirizzo sopra emarginate al fine di:

- integrare le attività rivolte al miglioramento della qualità, alla gestione del rischio e al miglioramento della sicurezza e dell’appropriatezza;
- migliorare la sicurezza e la qualità delle cure;
- migliorare l’organizzazione del lavoro (benessere organizzativo, burn-out, etc);
- migliorare le tecniche di comunicazione, percezione del rischio e l’organizzazione della sicurezza per prevenire l’errore umano come causa di incidenti ed eventi avversi in sanità;
- favorire ed incentivare la trasparenza nelle strutture sanitarie per migliorare il rapporto di fiducia tra SSR e cittadini al fine di garantire l’equità nell’accesso alle cure.

A mente della citata Delibera di Giunta Regionale le presenti linee guida rappresentano un atto di indirizzo regionale sulle attività di gestione del rischio clinico per la stesura del piano annuale aziendale, con l’individuazione degli indicatori di attuazione del medesimo piano ai fini della redazione del report a consuntivo delle attività svolte in ciascuna azienda.

#### B) CRONOPROGRAMMA 2015

##### 1) Introduzione

Per l’anno 2015, in considerazione del tempo residuo di detto anno solare, si ritiene prioritario incentrare le attività per la gestione del rischio clinico in ciascuna Azienda sanitaria della Regione Basilicata, subordinatamente al coerente recepimento da parte di ciascuna di esse della DGR n. 137/2015 citata in premessa con contestuale individuazione di tutte le articolazioni strutturali e funzionali ivi previste per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente, sulle seguenti:

1) implementazione di almeno 12 delle raccomandazioni ministeriali, di cui 10 obbligatorie comuni a tutte le Aziende sanitarie e le rimanenti 2 a scelta tra le rimanenti in relazione alle specificità di ciascuna Azienda, tra le seguenti pubblicate nel sito WEB del Ministero della Salute all’indirizzo:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza)

RACCOMANDAZIONI			
Numero	Titolo	Data	Allegati
<b>COMUNI</b>			
<small>*Le “Raccomandazioni” datate marzo 2008 sono state oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell’Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi - e del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.</small>			
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008*	-



REGIONE BASILICATA

**SISTEMA REGIONALE DI  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

RACCOMANDAZIONI			
Numero	Titolo	Data	Allegati
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008*	All.1 alla raccomandazione 2 - Feedback (doc, 165 Kb)
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008*	All.1 alla raccomandazione 3 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione (pdf, 90 Kb) All.2 alla raccomandazione 3 - Checklist (pdf, 60 Kb) All.3 alla raccomandazione 3 - Feedback (doc, 160 Kb)
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008*	All. 1 alla raccomandazione 4 - Feedback (doc, 175 Kb)
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Marzo 2008*	All.1 alla raccomandazione 5 - Feedback (doc, 180 Kb)
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008*	All.1 alla raccomandazione 7 - Prima implementazione con i risultati dell'indagine 2009 (pdf, 3 Mb) All.2 alla raccomandazione 7 - Seconda implementazione con i risultati dell'indagine 2011 (pdf, 2 Mb) All.3 alla raccomandazione 7 - Feedback (pdf, 80 Kb)
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	All.1 alla raccomandazione 9 - Feedback (doc, 100 Kb)
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) N.B. La Raccomandazione è stata sottoposta all'attenzione del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti, per cui potrebbe subire delle modifiche	Gennaio 2010	All.1 alla raccomandazione 11 - Feedback(doc, 178 Kb)
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010	All.1 alla raccomandazione 12 - Feedback (pdf, 88 Kb)
13	Prevenzione e gestione della caduta del	Novembre	All.1 alla raccomandazione 13 -



REGIONE BASILICATA

## SISTEMA REGIONALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente

RACCOMANDAZIONI			
Numero	Titolo	Data	Allegati
	<b>paziente nelle strutture sanitarie</b>	2011	<b>Feedback</b> (doc, 176 Kb)
<b>SPECIFICHE</b>			
<small>*Le "Raccomandazioni" datate marzo 2008 sono state oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi - e del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti.</small>			
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008*	All.1 alla raccomandazione 6 - Integrazione (pdf, 125 Kb) All.2 alla raccomandazione 6 - Feedback (doc, 175 Kb)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	All.1 alla raccomandazione 8 - Feedback (doc, 100 Kb)
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	All.1 alla raccomandazione 10 - Feedback(doc, 180 Kb)
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012	-
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	All.1 alla raccomandazione 15 - Check list (doc, 30 Kb) All.2 alla raccomandazione 15 - Feedback (doc, 180 Kb)
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	-
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Dicembre 2014	-

2) avvio delle procedure per l'attuazione di un sistema di video-audio-registrazione ambientale delle attività chirurgiche di sala operatoria.

### 2) Scopo

Le attività programmate delle presenti linee di indirizzo rispondono a criteri di:

- a) sicurezza,
- b) efficacia;
- c) centralità del Paziente;
- d) tempestività;
- e) efficienza;
- f) equità.



**REGIONE BASILICATA**

## **SISTEMA REGIONALE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

### **3) Obiettivi**

In relazione al punto 1 indicato in introduzione (implementazione delle raccomandazioni ministeriali agli operatori sanitari per la sicurezza del paziente):

1. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
2. ridurre gli eventi avversi;
3. ridurre i sinistri;
4. favorire la visione unitaria delle diverse “sicurezze” aziendali avuto riguardo in particolare oltre che della sicurezza dei pazienti anche della sicurezza degli operatori e alla sicurezza delle apparecchiature;
- 5) promuovere l’integrazione tra le diverse UUOO aziendali coinvolte nel governo clinico;
- 6) facilitare i processi di integrazione tra le Strutture aziendali deputate alla funzione per la gestione del rischio clinico e per la sicurezza del paziente.

In relazione al punto 2 (attuazione di un sistema di videoregistrazione delle attività chirurgiche):

- 1) valutazione di fattibilità giuridico-amministrativa e
  - 2) definizione delle modalità e procedure attuative
- da parte di esperti del settore individuati dall’Azienda sanitaria capofila per tale attività da identificarsi nell’AOR San Carlo di Potenza per il maggior volume di attività chirurgica ivi svolta, di concerto con le rimanenti Aziende sanitarie regionali, con ripartizione dei relativi oneri economici in quota proporzionale come prevista per il Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri, nell’ottica di assicurare maggiori livelli di trasparenza per tale delicato settore di assistenza ospedaliera, avuto riguardo della necessità di consentire l’accesso alle video-audio-registrazioni soltanto a seguito della ricorrenza di un evento dannoso sospetto, a salvaguardia dei diritti sia dei pazienti che degli operatori sanitari, previo provvedimento dell’Autorità Giudiziaria.

### **4) Strumenti**

Al fine del raggiungimento degli obiettivi devono essere previsti i seguenti strumenti:

1. Definizione del livello organizzativo e funzionale dell’articolazione Aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico adeguata alla complessità assistenziale ed al livello del rischio, nel rispetto delle previsioni della DGR n. 137 del 10 febbraio 2015;
2. Partecipazione del Responsabile Aziendale per il Rischio Clinico quale componente permanente del Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri (DIGS), qualora non già presente, con relativo adeguamento delle modalità operative del medesimo DIGS;
3. Mappatura dei rischi e della sinistrosità aziendali mediante:
  - a) analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting,
  - b) processo interno di auditing,
  - c) analisi delle segnalazioni di farmacovigilanza aziendale;
  - d) analisi retrospettiva degli indicatori ottenuti tramite Schede di Dimissione Ospedaliera
  - d) monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria;
  - e) analisi dei reclami pervenuti all’URP o alla Direzione Sanitaria;
  - f) analisi del contenzioso (richieste di risarcimento dei danni);
  - g) analisi del fenomeno infortunistico (cadute in reparto);
  - h) monitoraggio del flusso informativo SIMES;
4. Attività di formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza ed all’apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio,
5. Introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali,
6. Attività di informazione ai cittadini e caregivers,



**REGIONE BASILICATA**

**SISTEMA REGIONALE DI  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

**5) Azioni**

Le Aziende devono esplicitare le azioni che intendono intraprendere al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti al punto 3, attraverso almeno le seguenti azioni:

1. Inserimento, nel processo di Budgeting e di valutazione delle performance, di obiettivi per la gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure,
2. Implementazione del sistema informatico di gestione delle attività del DIGS e di quelle relative al Rischio Clinico in ciascuna azienda sanitaria regionale;
3. Monitoraggio dell'uso della checklist di sala operatoria;
4. Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali, in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure,

**6) Indicatori**

Gli indicatori da utilizzare al fine di misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti, secondo la logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), sono i seguenti:

In relazione al punto 1 indicato in introduzione (implementazione delle raccomandazioni ministeriali agli operatori sanitari per la sicurezza del paziente), ciascuna Azienda Sanitaria dovrà:

- 1) individuare le raccomandazioni da implementare;
- 2) definire per ciascuna raccomandazione:
  - gli obiettivi specifici,
  - i relativi indicatori,
  - le figure responsabili per l'implementazione della specifica raccomandazione,
  - il relativo cronoprogramma di attuazione.

Gli elementi valutativi per ritenere esaustiva l'implementazione delle raccomandazioni individuate da ogni Azienda Sanitaria saranno pertanto i seguenti:

PER CIASCUNA RACCOMANDAZIONE IMPLEMENTATA			
Efficacia degli obiettivi specifici individuati	Validità degli indicatori e obiettivi numerici utilizzati	Adeguatezza delle responsabilità aziendali individuate	Rispetto del cronoprogramma prestabilito
PER IL COMPLESSO DELLE RACCOMANDAZIONI IMPLEMENTATE			
Adeguatezza del numero delle raccomandazioni efficacemente implementate			

In relazione al punto 2 (attuazione di un sistema di videoregistrazione delle attività chirurgiche), le Aziende Sanitarie dovranno dare concreto avvio, mediante idonei atti deliberativi, alle procedure per la definizione delle modalità attuative dell'obiettivo specifico indicato al punto 3 del cronoprogramma. L'elemento valutativo di pertinenza sarà, pertanto il seguente:

Emanazione dei provvedimenti amministrativi nell'ottica del perseguimento dell'obiettivo specifico prefissato.
--

**7) Riferimenti normativi**

La normativa di riferimento per le attività inerenti alla gestione del rischio clinico è la seguente:

1. D. Lgs 502/92
2. D. P.R. 14/01/97
3. D. Lgs 229/99
4. D. Lgs 254/00
5. D. Lgs 81/08
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità



**REGIONE BASILICATA**

**SISTEMA REGIONALE DI  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

7) DGR di Basilicata emanate sul tema del rischio clinico, quali richiamate in premessa.

### **8) Riferimenti bibliografici**

- 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 “Save 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](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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. ISO Norme 9001:2000-e- 19011 Joint Commission
9. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>



**REGIONE BASILICATA**

**SISTEMA REGIONALE DI  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

**REGOLAMENTO OPERATIVO  
DEL GRUPPO DI PRONTO INTERVENTO REGIONALE PER IL RISCHIO  
CLINICO NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA  
(TASK FORCE)  
-ex DGR n. 238/2011 e DGR n. 137/2015-**

**A) PREMESSA**

Il presente regolamento operativo disciplina la costituzione e le attività della Task Force da attivarsi, secondo quanto previsto dalla DGR n. 238/2011, *“in caso di necessità, come strumento di collegamento e di integrazione tra le attività svolte dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e le Singole Aziende”* Sanitarie della Regione Basilicata.

La funzione operativa della Task Force è stata assegnata dalla DGR n. 137/2015, ad oggetto *“Istituzione del Sistema Regionale di gestione del Rischio clinico e della sicurezza del Paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23 febbraio 2011”*, al Gruppo Regionale per il Rischio Clinico (GRC), di cui ad entrambe le citate DDGRR.

**B) COSTITUZIONE**

In seno al Dipartimento Regionale delle Politiche alla Persona è costituito con atto formale il **Gruppo di Pronto Intervento Regionale per il Rischio Clinico nelle Strutture Sanitarie della Regione Basilicata (Task Force)**, formato da:

- Componenti stabili del GRC, nelle persone già nominate dalla Regione in rappresentanza del Dipartimento regionale Politiche della Persona e delle singole Aziende Sanitarie di Basilicata;
- eventuali Figure Tecniche Specialistiche, di volte in volta individuate in relazione alle specifiche tematiche affrontate con atto di nomina del Dipartimento Regionale competente.

Nell'ambito di tale Task Force assume le funzioni di Coordinamento il Dirigente Regionale Componente del GRC o, in sua assenza, il Componente più anziano del GRC.

**C) SEDE**

La sede per le attività organizzative della Task Force è nel Dipartimento regionale Politiche della Persona.

**D) AMBITI DI COMPETENZE E ATTIVITA'**

La Task Force svolge attività ispettiva:

- ordinaria programmata, sulla base di un programma annuale predefinito;
- per eventi straordinari, a richiesta dei Direttori Generali delle Singole Aziende Sanitarie regionali o del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale alla Salute.

L'attività ispettiva ordinaria programmata è indirizzata alla verifica periodica del grado di attuazione delle linee di indirizzo sul rischio clinico nelle Strutture sanitarie regionali, nonché alla verifica dei seguiti scaturiti da precedenti azioni ispettive condotte per eventi straordinari.

Quella per eventi straordinari è volta all'accertamento dei fatti e alla verifica, nel contempo, degli eventuali profili di responsabilità.



**REGIONE BASILICATA**

**SISTEMA REGIONALE DI  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

**Gruppo Regionale di Coordinamento  
per la Gestione del Rischio Clinico e  
per la Sicurezza del Paziente**

### **E) ATTIVAZIONE E FUNZIONAMENTO**

La Task Force, per l'attività straordinaria, è attivata a richiesta:

- del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria interessata
- del Direttore del Dipartimento Regionale Politiche della Persona

secondo un codice di priorità, in relazione alla gravità dei fatti in disamina, stabilito dal Coordinatore della Task Force, articolato nella maniera seguente:

- codice rosso (CR): attivazione immediata
- codice giallo (CG): attivazione non oltre le 48 ore;
- codice verde (CV): attivazione non oltre 72 ore.

Il Coordinatore stabilisce il calendario dei lavori e procede alla convocazione dei Componenti stabili del GRC, ad eccezione del Componente rappresentante dell'Azienda Sanitaria interessata dall'evento, dandone comunicazione ai Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie ed al Direttore del Dipartimento Regionale.

Le eventuali Figure Tecniche Specialistiche, ove necessitanti a giudizio del Dipartimento Regionale competente in relazione alle specifiche tematiche affrontate, sono individuati e nominati dal medesimo Dipartimento Regionale competente. Tali Componenti ulteriori sono del pari convocati dal Coordinatore, che ne dà informazione al Direttore del Dipartimento Regionale competente.

I Componenti stabili del GRC intervengono in attività di servizio, con priorità di svolgimento rispetto a quelle ordinarie svolte nella struttura di appartenenza, con l'istituto del comando temporaneo.

Le riunioni della Task Force hanno validità con la presenza di non meno di tre Componenti.

La relazione sull'attività istruttoria svolta dalla Task Force è trasmessa, in via ufficiale, dal Coordinatore al Direttore Generale del Dipartimento Regionale competente.