



KENTRON S.R.L.

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

KENTRON S.r.L. – CENTRO GIOVANNI PAOLO II

Verificato da: Direttore Sanitario

Approvato da : Amministratore Unico

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l'organizzazione sanitaria, gli operatori sanitari e i pazienti.

La **Legge 24/2017, cd. "Legge Gelli-Bianco"**, recante le disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, ha normato e rafforzato il concetto che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e di gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale. Inoltre, sancisce all'articolo 1 che *"la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività"* specificando peraltro che *"la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative"*.

Il presente Piano Annuale del Centro Giovanni Paolo II – Kentron S.r.l., predisposto dalla Direzione Sanitaria con il supporto del Risk Manager e del Responsabile Qualità, costituisce lo strumento programmatico aziendale finalizzato alla pianificazione, implementazione, monitoraggio e riesame delle azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico, organizzativo ed assistenziale, in coerenza con i principi di sicurezza delle cure, appropriatezza clinica, miglioramento continuo della qualità e tutela della persona assistita.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 ha introdotto l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, di attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Risk Management), promuovendo percorsi strutturati di audit clinico- organizzativo e metodologie di analisi dei processi interni, incluse le segnalazioni anonime dei quasi-eventi, finalizzate all'individuazione delle criticità ricorrenti e alla messa in sicurezza dei percorsi assistenziali.

Successivamente, la Legge 8 marzo 2017, n. 24 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le

professioni sanitarie”) ha ulteriormente consolidato tale assetto, sancendo che la sicurezza delle cure costituisce parte integrante del diritto alla salute. In particolare, l’art. 2, comma 5, prevede l’obbligo per le strutture sanitarie di redigere una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle relative cause e sulle iniziative correttive adottate, con pubblicazione sul sito istituzionale quale strumento di trasparenza nei confronti dei cittadini.

Il quadro normativo è stato ulteriormente rafforzato dal Decreto 19 dicembre 2022 (“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”), che subordina l’accreditamento istituzionale – sia per nuove strutture sia per l’attivazione di nuove attività – alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni e agli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio, attribuendo centralità agli indicatori di qualità, sicurezza e appropriatezza.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il presente **Piano Annuale** di Risk Management e Sicurezza delle Cure (PARS) – anno 2026 del Centro Giovanni Paolo II – Kentron S.r.l., predisposto dalla Direzione Sanitaria e del Responsabile Qualità, costituisce lo strumento programmatico aziendale finalizzato alla pianificazione, implementazione, monitoraggio e riesame delle azioni di prevenzione e gestione del rischio clinico, organizzativo ed assistenziale, in coerenza con i principi di sicurezza delle cure, appropriatezza clinica, miglioramento continuo della qualità e tutela della persona assistita.

Il **Centro Giovanni Paolo II – Kentron S.r.l.**, quale struttura sanitaria accreditata con il Servizio Sanitario Regionale della **Regione Puglia**, eroga prestazioni sanitarie ad elevata integrazione clinico-assistenziale attraverso differenti setting operativi, comprendenti:

- attività di **Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi apparecchiature diagnostiche (TAC e RMN)** accreditate al SSR;
- attività di **riabilitazione funzionale in regime residenziale**, per patologie in fase acuta neurologiche, ortopediche e disautonomizzanti, con **60 posti letto accreditati**;
- attività di **riabilitazione in regime semiresidenziale**, con **60 accessi accreditati complessivi** rivolti a soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- attività di **riabilitazione domiciliare**, articolata in n. 3 moduli organizzativi, con capacità erogativa pari a **75 prestazioni domiciliari giornaliere**.

Tale articolazione organizzativa configura un modello assistenziale complesso, caratterizzato da elevata multidisciplinarietà professionale, continuità assistenziale tra setting differenti e presa in carico di pazienti caratterizzati da significativa fragilità clinica, funzionale e sociosanitaria.

DATI STRUTTURALI	
Struttura	STRUTTURA SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA
Mq. Complessivi	8000 SU TRE LIVELLI

ORGANIZZAZIONE		
Risorse umane al 31.12.2025	n. di cui n. donne e n. maschi	Ruolo sanitario n. Ruolo Amministrativo e Generale n.
Unità funzionali	n. Posti	Tipologia assistenziale
Riabilitazione ex art 26		
Regime residenziale	60	SSN
Regime semiresidenziale	60	SSN
Riabilitazione domiciliare	75 prestazioni die	SSN
AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
Risonanza Magnetica Nucleare – RMN ad alto campo		<i>regime di convenzionamento con S.S.N. e privatistico</i>
Tomografia Assiale Computerizzata – TAC		<i>regime di convenzionamento con S.S.N. e privatistico</i>
Ecografia – ECO		<i>solo in regime privatistico</i>
Ecocolordoppler -ECD		<i>solo in regime privatistico</i>
Radiologia Tradizionale – RX		<i>solo in regime privatistico</i>
Mammografia		<i>solo in regime privatistico</i>

1. Relazione consuntiva per l'anno 2025 sugli eventi avversi (art .2 comma 5 della legge 8 marzo 2017 n.24)

Quando un errore rischia di causare danni a un paziente ma viene intercettato prima che si verifichi un evento avverso, ci troviamo di fronte a un "Quasi Evento" o "Near Miss". Al contrario, un "Evento Avverso" si verifica quando un imprevisto legato all'assistenza sanitaria provoca danni non intenzionali al paziente. È importante notare che non tutti gli eventi avverso possono essere prevenuti, ma solo quelli derivanti da errori. Un "Evento Sentinella", indicato come gravissimo, comporta disabilità temporanee o permanenti e può portare al decesso del paziente. In caso di Eventi Avverso/Sentinella, è fondamentale utilizzare tecniche di analisi dell'evento come RCA o

Audit Clinico per identificare fattori eliminabili o riducibili al fine di implementare azioni di miglioramento.

La Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Nel corso del 2025, nessun evento sentinella né eventi avverso/near miss sono stati segnalati dalle diverse unità organizzative aziendali, come mostrato chiaramente nella tabella.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono state: n. 0

Tipodi evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'Interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
NearMiss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (0%)		
Eventi avverso	0(0%)	(0%)	Organizzativi (0%)		Sistemi di reporting (%)
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)	Procedure (0%) Comunicazione (0%)		

2. Relazione annuale per l'anno 2025 inerente i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni (L. 24/2017 art. 4 co.3)

In data 1° aprile 2017 è stata promulgata la Legge n. 24/2017, anche nota come Legge Gelli - Bianco, in tema di responsabilità del personale sanitario.

Volendo favorire la costruzione di organizzazioni sicure, il legislatore ha voluto non solo implementare meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili ma ha anche istituito dei Centri Regionali, che hanno il compito di gestire il rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

In tale contesto, l'art. 2 co. 5 della Legge Gelli – Bianco, prevede che le strutture sanitarie redigano e rendano pubbliche:

- Una relazione annuale inerente i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, nell'ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario.
- Una relazione annuale di Risk Management, ovvero una relazione relativa al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, tramite l'esercizio dei compiti di promozione delle attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Con la nuova Legge Gelli – Bianco, il legislatore è orientato a promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo, al tempo stesso, la trasparenza nei confronti del cittadino.

La Kentron S.r.l., in adempimento all'obbligo derivante dalla Legge Gelli – Bianco, di seguito riporta i valori del liquidato riferiti all'ultimo quinquennio e suddivisi per anno.

Gli importi liquidati, ovviamente, potrebbero riferirsi ad eventi e richieste risalenti anche ad anni precedenti.

IMPORTO RISARCIMENTI DANNI EROGATI - Secondo disposizione Legge Gelli Art. 4, comma 3

ANNO	IMPORTO RISARCIMENTO EROGATO
2021	0
2022	0
2023	6.600,00
2024	0
2025	0

3. Descrizione della posizione assicurativa

Attualmente la nostra struttura non ha sottoscritto alcuna polizza assicurativa, ma opera sotto il regime di autoassicurazione.

4. Resoconto delle attività svoltesi nell'anno 2025

- **Esito controlli documentazione sanitaria**

Esito controlli documentazione sanitaria

I verbali scaturiti dai controlli effettuati dall'ufficio UVARP della ASL di Bari – DSS n. 5 riguardanti l'appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione di tipo TRIP per l'anno 2025, hanno prodotto i seguenti risultati:

Le verifiche effettuate sono state n. 12 per un totale di Cartelle verificate pari a n. 369. Sono state contestate n. 11 cartelle. Il motivo è stato la inapproprietezza del setting di riferimento con il passaggio ad un setting inferiore per 5 cartelle e per le restanti n. 6 cartelle la contestazione è stata relativa a giorni di ricovero inappropriato.

Privacy

Presenza dell'informativa e relativo consenso informato al trattamento dei dati pari al 85% della cartelle cliniche controllate.

Consenso informato all'atto medico

Presenza del consenso informato all'atto medico è pari al 98% delle cartelle cliniche controllate.

Emovigilanza e vigianza sui dispositivi medici 2025

Riguardo l'emovigilanza, nel corso del 2025 non è stato registrato alcun evento critico. Al pari nessun evento è stato riferito in relazione alla vigilanza sui dispositivi medici.

Reclami 2025

Nel 2025 non si è verificato alcun reclamo scritto. Ci sono state solo indicazioni verbali relative ai menù della mensa.

Nel corso del 2026 la Direzione Sanitaria, provvederà al monitoraggio costante di tale processo di supporto, controllando sia i reclami che i Questionari di Gradimento somministrati all'utenza.

5. RELAZIONE PARS 2026

5.1 - Obiettivi Strategici di Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio Clinico

In coerenza con i principi sanciti dalla **Legge 8 marzo 2017 n. 24** (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita), con le Raccomandazioni Ministeriali in materia di prevenzione del rischio sanitario, nonché con gli indirizzi regionali vigenti in tema di qualità e sicurezza delle cure nelle strutture sanitarie accreditate, la nostra struttura individua per l'anno **2026** specifici obiettivi strategici finalizzati al rafforzamento del sistema di prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio clinico, con particolare attenzione agli eventi prevenibili ad elevato impatto assistenziale.

Gli obiettivi annuali sono definiti secondo criteri di:

- misurabilità;
- appropriatezza clinico-organizzativa;
- aderenza alle evidenze scientifiche;
- miglioramento continuo;
- valutazione periodica degli outcome;
- integrazione tra governo clinico, risk management e sicurezza del paziente.

OBIETTIVO N. 1

Riduzione del rischio di cadute accidentali

Finalità

Ridurre l'incidenza delle cadute accidentali nei setting residenziale, semiresidenziale e domiciliare attraverso un sistema strutturato di valutazione precoce del rischio, sorveglianza clinico-assistenziale, adeguamento ambientale e monitoraggio continuo degli eventi.

Azioni programmate

Saranno implementate le seguenti misure:

- valutazione del rischio caduta all'ingresso mediante scale validate;
- rivalutazione periodica programmata;
- sorveglianza attiva dei soggetti ad elevato rischio;
- formazione continua del personale;
- coinvolgimento caregiver nei percorsi domiciliari.

Indicatori (KPI)

- numero cadute / 1.000 giornate assistenziali;
- % valutazioni eseguite entro 24 ore;
- % rivalutazioni effettuate;
- trend annuale degli eventi.

OBIETTIVO N. 2

Miglioramento della sicurezza del percorso terapeutico e della gestione dei medicinali personali dell'assistito

Finalità

Garantire sicurezza, tracciabilità e appropriatezza nella gestione dei medicinali personali consegnati dall'assistito e somministrati dal personale infermieristico.

Azioni

- riconciliazione terapeutica all'ingresso;
- verifica farmaci consegnati;
- registrazione nominativa;
- controllo integrità/scadenza;
- corretta conservazione;
- tracciabilità somministrazione;
- gestione near miss farmacologici.

KPI

- % riconciliazione terapeutica entro 24 ore;
- % farmaci correttamente registrati;
- numero near miss farmacologici;
- difformità prescrittive intercettate.

OBIETTIVO N. 3

Sicurezza del percorso riabilitativo residenziale, semiresidenziale e domiciliare

Finalità

Garantire elevati standard di sicurezza nei percorsi riabilitativi mediante monitoraggio continuo dei processi assistenziali.

Azioni

- rivalutazione periodica PAI/PTRI;
- gestione trasferimenti;
- monitoraggio eventi;
- audit percorsi.

KPI

- eventi avversi trattamento;
- segnalazioni domicilio;
- audit assistenziali.

OBIETTIVO N. 4**Rafforzamento della sicurezza clinico-organizzativa nelle attività di Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia (TAC/RMN)****Finalità**

Garantire sicurezza clinica, tecnologica ed organizzativa nei percorsi diagnostici ad elevata complessità.

Azioni

- check-list identificazione paziente;
- gestione mezzo di contrasto;
- monitoraggio reazioni avverse;
- manutenzioni programmate;
- formazione operatori;

KPI

- eventi avversi diagnostici;
- reazioni avverse MDC;
- % manutenzioni eseguite;

MATRICE OPERATIVA DI ATTUAZIONE – ANNO 2026

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Obiettivo Strategico n.1 – Riduzione del rischio di cadute accidental	Valutazione rischio caduta all'ingresso con scale validate (es. Morse/Conley/Tinetti)	Coordinatore Infermieristico / Referente Rischio Clinico	% valutazioni eseguite entro 24 h	≥ 95%	Immediata all'ingresso – monitoraggio mensile

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
i					
	Rivalutazione periodica programmata	Coordinatore Infermieristico / Medico Responsabile	% rivalutazioni effettuate nei tempi previsti	≥ 90%	Trimestrale / al mutare condizioni cliniche
	Sorveglianza attiva soggetti ad alto rischio	Infermieri / OSS / Fisioterapisti	% pazienti fragili con piano prevenzione personalizzato	100%	Continuativa
	Verifica ambientale aree assistenziali	Ufficio Tecnico / RSPP / Coordinatore Area	N. non conformità ambientali rilevate	Riduzione ≥ 20%	Verifica trimestrale
	Formazione personale	Ufficio Formazione / Risk Manager	% operatori formati	100%	Annuale con aggiornamento
	Coinvolgimento caregiver nei percorsi domiciliari	Case Manager / Assistente Sociale / Infermiere	% caregiver istruiti con evidenza documentale	≥ 90%	All'attivazione PAI e follow-up
	Monitoraggio eventi	Risk Manager / Direzione Sanitaria	N. cadute / 1.000 giornate assistenziali	Riduzione ≥ 10% vs baseline 2025	Report trimestrale

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Obiettivo Strategico n.2 – Sicurezza del percorso terapeutico e gestione medicinali	Riconciliazione terapeutica all'ingresso	Medico Responsabile / Infermiere	% riconciliazioni entro 24 h	≥ 95%	Entro 24 h dall'ingresso

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
personali					
	Verifica farmaci consegnati	Infermiere referente terapia	% farmaci verificati	100%	All'ingresso
	Registrazione nominativa	Infermiere	% registrazioni complete	100%	Contestuale presa in carico
	Controllo integrità/scadenza	Infermiere / Farmacista consulente	% controlli effettuati	100%	Ad ogni consegna
	Corretta conservazione	Coordinatore Infermieristico	N. NC conservazione farmaci	0 NC maggiori	Monitoraggio mensile
	Tracciabilità somministrazione	Infermiere	% somministrazioni tracciate	100%	Continuativa
	Audit terapeutici	Direzione Sanitaria / Risk Manager	N. audit effettuati	≥ 2/anno	Semestrale
	Gestione near miss farmacologici	Risk Manager	N. near miss intercettati e analizzati	100% analizzati	Continuativa

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Obiettivo Strategico n.3 – Sicurezza del percorso riabilitativo	Rivalutazione PAI/PTRI	Direttore Sanitario / Fisiatra / Team Riabilitativo	% rivalutazioni nei tempi	≥ 95%	Mensile / secondo setting
	Gestione trasferimenti intersetting	Coordinatore sanitario	% trasferimenti con check-list completa	100%	Ad ogni trasferimento
	Check-list sicurezza domicilio	Case Manager / Fisioterapista / Infermiere	% domicili verificati	100%	Prima attivazione e rivalutazione

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
	Monitoraggio eventi assistenziali	Risk Manager	N. eventi avversi correlati al trattamento	Riduzione $\geq 10\%$	Trimestrale
	Audit percorsi	Direzione Sanitaria	N. audit	≥ 2 /anno	Semestrale

Obiettivo strategico	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Obiettivo Strategico n.4 – Sicurezza clinico-organizzativa TAC/RMN	Check-list identificazione paziente	TSRM / Medico Radiologo	% check-list compilate	100%	Ad ogni esame
	Gestione mezzo di contrasto	Radiologo / Infermiere / TSRM	% valutazioni pre-esame complete	100%	Pre-esame
	Monitoraggio reazioni avverse	Direttore Sanitario / Radiologia	N. reazioni avverse registrate e analizzate	100% analizzate	Continuativa
	Manutenzioni programmate	Ufficio Tecnico / Ingegneria Clinica	% manutenzioni eseguite	100%	Da piano manutentivo
	Formazione operatori	Direzione / Formazione	% operatori aggiornati	100%	Annuale
	Audit sicurezza diagnostica	Risk Manager	N. audit sicurezza	≥ 1 /anno	Annuale

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ PARS 2026

Ai fini della corretta attuazione del presente Piano, il **Centro Giovanni Paolo II – Kentron S.r.l.** adotta un modello organizzativo di attribuzione delle responsabilità fondato sul criterio **RACI**, finalizzato a garantire chiarezza decisionale, accountability gestionale, efficacia operativa e tracciabilità delle funzioni.

Legenda

- **A (Accountable)** = responsabilità finale / approvazione / supervisione;
- **R (Responsible)** = responsabilità operativa di esecuzione;

- **C (Consulted)** = supporto tecnico-professionale / consultazione;
- **I (Informed)** = funzione informata.

Processo / Attività	Direzione Aziendale	Direttore Sanitario	Risk Manager	Responsabile Qualità	Direttore Sanitario Riabilitazione	Referente Diagnostica	Personale Infermieristico	Equipe Riabilitativa	Ufficio Tecnico
Adozione e approvazione PARS	A	R	C	C	I	I	I	I	I
Coordinamento generale Piano	I	A	R	C	C	C	I	I	I
Analisi rischio clinico	I	A	R	R	C	C	C	C	C
Gestione rischio cadute	I	A	R	C	R	I	R	R	C
Prevenzione LdP	I	A	R	C	R	I	R	R	C
Gestione farmaci personali	I	A	C	C	C	I	R	I	I
Sorveglianza ICA	I	A	R	R	C	C	R	R	C
Sicurezza diagnostica TAC/RMN	I	A	C	C	I	R	I	I	R
Gestione rischio domiciliare	I	A	R	C	R	I	C	R	C
Incident reporting	I	A	R	R	C	C	R	R	C
Audit interni	I	A	R	R	C	C	C	C	C
Audit fornitori esterni	I	A	C	R	I	I	I	I	R
Riesame annuale	C	A	R	R	C	C	I	I	C

7. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet Kentron S.r.L. Centro Giovanni Paolo II;
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

Riordino della disciplina in materia sanitaria.

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229

Norme per la razionalizzazione del SSN.

DPR 14 gennaio 1997

Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.

D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008

Gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure.

Decreto Ministero della Salute 11 dicembre 2009

Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Legge 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita (Legge Gelli-Bianco).

DM 15 dicembre 2023 n. 232

_Regolamento sul monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario e trasparenza dei dati relativi agli eventi avversi.

Raccomandazioni del Ministero della Salute

Circolare Ministeriale n. 52/1985

Lotta contro le infezioni ospedaliere.

Circolare Ministeriale n. 8/1988

Lotta contro le infezioni ospedaliere – sorveglianza.

D.Lgs. 31 luglio 2020, n. 101

Attuazione della direttiva Euratom in materia di protezione contro i pericoli derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

Legge Regionale Puglia 2 maggio 2017, n. 9

Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

Regolamenti regionali attuativi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie.

Disciplina regionale in materia di riabilitazione territoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare ex art. 26 Legge 833/1978.

Legge Regionale 2 maggio 2017, n. 9

Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3

Regolamento Regionale 5 febbraio 2010, n. 3

Regolamento Regionale 23 luglio 2019, n. 16

Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 15