

## **Regione Lazio**

**DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643

**Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".**

**OGGETTO:** Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE  
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

**SU PROPOSTA** del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e 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 n. 18/94 recante “Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;

**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”;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020 n. 1044, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Massimo Annicchiarico;

**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;

**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 (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

**VISTO** il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;

**VISTO** il DCA n. U00517 del 24 dicembre 2019, recante “Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”;

**VISTO** il DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. recante i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie";

**VISTO** il DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 recante “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”;

**VISTA** la Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 ‘Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";

**VISTA** la Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 ‘Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";

**RITENUTO** prioritario per la Regione Lazio assicurare un adeguato coordinamento delle politiche di gestione del rischio sanitario al fine ultimo di garantire a tutti gli utenti un omogeneo trattamento, dando risposte alla collettività in termini di efficienza, trasparenza ed equità;

**CONSIDERATA** la necessità di favorire una visione unitaria del rischio sanitario da parte delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale nonché dell’ARES 118;

**CONSIDERATA** la necessità di diversificare gli adempimenti documentali in relazione alla specifica complessità organizzativa e assistenziale delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale, nonché dell’ARES 118;

**VISTO** il “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico, i cui contenuti sono stati presentati agli operatori delle strutture pubbliche e private del SSR nel corso dell’incontro in videoconferenza tenutosi il 17 dicembre 2021, che forma parte integrante del presente provvedimento;

#### **DETERMINA**

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

1. di approvare il “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” che si allega e forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l’ARES 118, nell’elaborazione e nell’adozione del PARS, si attengano a quanto previsto dal suddetto Documento;
3. di stabilire inoltre che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l’ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail ([crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it)) entro il 28 febbraio di ogni anno;
4. di stabilire che, nelle more della loro revisione e aggiornamento, a far data dall’approvazione della presente Determinazione, in tutti i documenti regionali dove siano contenute le parole: Piano Annuale di Risk Management o PARM, ovvero Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza o PAICA, queste si intendano sostituite con quelle: Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario o PARS;
5. di stabilire che il PARS, associato alla implementazione delle attività in esso previste, rappresenti un’evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell’ottemperanza ai requisiti di autorizzazione e accreditamento della Regione Lazio in tema di gestione del rischio clinico e infettivo.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica o pubblicazione sul Bollettino Ufficiale

della Regione Lazio.

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

**IL DIRETTORE**  
**Massimo Annicchiarico**



REGIONE  
LAZIO

# DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

*25 gennaio 2022*



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO

# DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

## INDICE

1.0	Introduzione .....	3
2.0	Ambito di applicazione .....	4
3.0	Scadenze temporali .....	4
<b>A. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO PER ACUZIE E POST-ACUZIE</b>		5
A0.	Ambito di applicazione .....	6
A1.	Contesto organizzativo .....	6
A2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	9
A3.	Descrizione della posizione assicurativa .....	10
A4.	Resoconto delle attività del Piano precedente .....	10
A5.	Matrice delle responsabilità .....	11
A6.	Obiettivi e attività .....	12
	A6.1 Obiettivi .....	12
	A6.2 Attività .....	12
A7.	Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo .....	13
	A7.1 Obiettivi .....	13
	A7.2 Attività .....	14
A8.	Modalità di diffusione del documento .....	16
A9.	Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	16
<b>B. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE O STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA</b>		17
	La valutazione del rischio sanitario .....	18
B0.	Ambito di applicazione .....	19
B1.	Contesto organizzativo .....	20
B2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	20
B3.	Descrizione della posizione assicurativa .....	20
B4.	Resoconto delle attività del Piano precedente .....	21
B5.	Matrice delle responsabilità .....	21
B6.	Obiettivi e attività .....	21
	B6.1 Obiettivi .....	21
	B6.2 Attività .....	22
B7.	Modalità di diffusione del Piano .....	23
B8.	Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	23
<b>C. ARES 118</b>		24
C1.	Contesto organizzativo .....	25
C2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	25
C3.	Descrizione della posizione assicurativa .....	25
C4.	Resoconto delle attività del Piano precedente .....	25
C5.	Matrice delle responsabilità .....	25
C6.	Obiettivi e attività .....	25
	C6.1 Obiettivi .....	25
	C6.2 Attività .....	25
C7.	Modalità di diffusione del Piano .....	26
C8.	Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	26

## 1.0 INTRODUZIONE

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del *commitment* regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria *policy* su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento è stato diviso in due sezioni principali: la prima riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie; la seconda le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.

Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

## 2.0 AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a **tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) nonché all'ARES 118**. A questo proposito, fatto salvo quanto ulteriormente specificato ai successivi punti A1 e B1, si sottolinea quanto segue:

- A) **Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie autorizzate**: l'elaborazione del PARS (associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza ai requisiti organizzativi generali previsti dall'Allegato C del DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. ai paragrafi "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni" e "Direzione di Struttura";
- B) **Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate**: l'elaborazione del PARS (associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza agli specifici requisiti ulteriori previsti dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo.

**NB**: le Strutture che erogano prestazioni che non rientrano nell'ambito di applicazione di questo documento (ad es. strutture di assistenza semiresidenziale o domiciliare) dovranno ottemperare a quanto previsto dagli specifici criteri di autorizzazione e accreditamento in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo, in quanto i contenuti di questo documento non surrogano né sostituiscono quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione e accreditamento.

## 3.0 SCADENZE TEMPORALI

Il termine per la trasmissione del documento via mail in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico ([crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it)) è fissato al **28 febbraio** dell'anno solare a cui il documento si riferisce.

**NB**: fatte salve modifiche legislative o specifiche necessità regionali che rendano necessaria la revisione del documento, eventuali deroghe a quanto in esso previsto, ovvero la definizione di nuovi obiettivi e/o attività specifiche saranno oggetto di specifica comunicazione da parte della competente Area regionale alle Strutture del SSR.



**A. AZIENDE SANITARIE LOCALI E  
STRUTTURE CHE EROGANO  
PRESTAZIONI IN REGIME DI  
RICOVERO OSPEDALIERO A  
CICLO CONTINUATIVO E  
DIURNO PER ACUZIE E POST-  
ACUZIE  
(Allegato A)**

## A0. AMBITO DI APPLICAZIONE

Sono tenute all'elaborazione del PARS:

1. **Aziende Sanitarie Locali** (compresi i Presidi Ospedalieri di loro competenza);
2. **Tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie**, come di seguito specificate:
  - a) AZIENDE OSPEDALIERE;
  - b) POLICLINICI UNIVERSITARI;
  - c) ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS);
  - d) OSPEDALI CLASSIFICATI;
  - e) CASE DI CURA;
3. **Tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per post-acuzie**, come di seguito specificate:
  - a) LUNGODEGENZA (COD. 60);
  - b) RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD. 56).

Per l'elaborazione del PARS le strutture sopra elencate dovranno utilizzare lo schema previsto nell'Allegato A (disponibile in forma modificabile sul *Cloud* regionale), seguendo le istruzioni di seguito riportate.

## A1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

In questa sezione deve essere descritto il contesto organizzativo della Struttura, presentando in una tabella la sintesi dei principali dati di produzione. Per le aziende sanitarie locali si suggerisce di presentare i dati sia a livello aggregato che suddivisi per singolo presidio ospedaliero (Tabelle 1 e 2).

Nella tabella 3 è riportato un esempio valido per: Aziende Ospedaliere; Policlinici Universitari; IRCCS; Ospedali classificati; Case di cura.

Nella Tabella 4 è riportato un esempio valido per strutture di Lungodegenza o di Recupero e riabilitazione funzionale.

**NB: le tabelle riportano un *data set* minimo, integrabile secondo le diverse necessità della struttura.**

In relazione alla gestione del rischio infettivo, in questo capitolo andrà previsto uno specifico paragrafo o una tabella che descriva le specificità organizzative della Struttura sul tema come, ad esempio: data di costituzione e composizione<sup>1</sup> del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA), definizione di un programma di *Antimicrobial Stewardship*, presenza di una UO di Igiene Ospedaliera, presenza di uno o più reparti di malattie infettive, ecc.

<sup>1</sup> A tal proposito si ricorda che indicazioni sulla composizione minima del CCICA sono contenute nella circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985 (*Lotta contro le infezioni ospedaliere*) che stabilisce che: "il comitato coadiuvato dal Direttore Sanitario deve comprendere almeno un rappresentante delle aree funzionali, ma gli esperti in igiene, in malattie infettive ed in microbiologia devono costituire le figure essenziali, così come è fondamentale la presenza del dirigente del personale Infermieristico". La Regione Lazio, con la Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 (*Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)*) ha integrato queste indicazioni con l'"inserimento del RM [Risk Manager] quale componente effettivo del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) qualora non già presente".

**Tabella 1 – Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati a livello aziendale AZIENDE SANITARIE LOCALI**

<b>DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA</b>			
<b>DATI STRUTTURALI<sup>(A)</sup></b>			
<b>Estensione territoriale</b>	in Km <sup>2</sup>	<b>Popolazione residente</b>	Numero
<b>Distretti Sanitari</b>	Indicare	<b>Presidi Ospedalieri Pubblici</b>	Indicare
<b>Posti letto ordinari</b>	Numero	<b>Medicina</b>	Numero
		<b>Chirurgia</b>	Numero
		<b>Ecc.</b>	Numero
<b>Posti letto diurni</b>	Numero	<b>Servizi Trasfusionali</b>	Numero
<b>Blocchi Operatori</b>	Numero	<b>Sale Operatorie</b>	Numero
<b>Terapie Intensive</b>	Numero	<b>UTIC</b>	Numero
<b>DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE</b>			
<b>Ricoveri ordinari</b>	Numero	<b>Ricoveri diurni</b>	Numero
<b>Accessi PS</b>	Numero	<b>Neonati o parti</b>	Numero
<b>Branche specialistiche</b>	Solo il numero	<b>Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici</b>	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 – Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero AZIENDE SANITARIE LOCALI**

<b>DENOMINAZIONE DEL P.O.</b>			
<b>DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O.<sup>(A)</sup></b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	n.	<b>Medicina</b>	
		<b>Chirurgia</b>	
		<b>Ecc.</b>	
<b>Posti letto diurni</b>		<b>Servizi Trasfusionali</b>	
<b>Numero Blocchi Operatori</b>		<b>Numero Sale Operatorie</b>	
<b>Numero ricoveri ordinari</b>		<b>Numero ricoveri diurni</b>	
<b>Numero accessi PS</b>		<b>Numero neonati o parti</b>	

(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 – Esempio di presentazione dei dati di attività AZIENDE OSPEDALIERE, POLICLINICI UNIVERSITARI, IRCCS, OSPEDALI CLASSIFICATI, CASE DI CURA**

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

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

**Tabella 4 – Esempio di presentazione dei dati di attività LUNGODEGENZA, RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE**

<b>DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	Numero		
<b>DATI DI ATTIVITÀ<sup>(A)</sup></b>			
<b>Ricoveri ordinari</b>	Numero	<b>Ricoveri diurni</b>	Numero
<b>Branche specialistiche</b>	Solo il numero	<b>Prestazioni ambulatoriali erogate</b>	Numero, escluse le analisi di laboratorio
<b>Ecc.</b>		<b>Ecc.</b>	

## A2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 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 (Tabella 5), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

**Tabella 5 – Eventi segnalati nel 20.. (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss			Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi					
Eventi Sentinella					

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 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 (Tabella 6), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

**Tabella 6 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
20..			
20..			
20..			
20..			
20..			
<b>Totale</b>			

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

**NB:** si ricorda che, come ribadito al punto A9. *Modalità di diffusione del documento*, anche al fine di poter ottemperare agli obblighi della L. 24/2017, il PARS **deve essere disponibile (come documento o come link che rimanda al documento) sulla home page della Struttura.**

### A3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anche in questo caso è sufficiente una presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella, come nell'esempio seguente (Tabella 7), 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 copertura assicurativa. Quelle che gestiscono direttamente i sinistri potranno limitarsi ad indicare la Deliberazione o l'atto amministrativo con cui si è introdotta la gestione diretta.

**Tabella 7 –Descrizione della posizione assicurativa**

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

### A4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione, per il PARS 2022, occorre inserire una relazione sintetica sulle attività previste sia nel PARM che nel PAICA del 2021, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata (Tabella 8), modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

A partire dal PARS 2023 la relazione riguarderà le attività del PARS precedente.

**Tabella 8 –Resoconto delle attività del Piano precedente**

Obiettivo...(specificare) <sup>(A)</sup>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	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): Gli obiettivi regionali non vanno modificati. È possibile eventualmente identificarne di ulteriori.

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

## A5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di *budget*) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

**NB:** in questa sezione non bisogna elencare le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività di cui ai punti A7 e A8, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

La Tabella 9 riporta un esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

**Tabella 9 –Matrice delle responsabilità**

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di psuporto
Redazione PARS (eccetto i punti: A2, A3 e A7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	C	I	C

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

## A6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

In questo capitolo andranno declinati gli obiettivi e le relative attività **ad esclusione** di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, per i quali si rimanda al punto A7, in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

### A6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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.

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

### A6.2 Attività

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto A6.1. È evidente che fra attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza. Ad esempio, l'obiettivo A) 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* per la diffusione di dati e *report* sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo della checklist di sala operatoria).

L'obiettivo B), 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); o, ancora, nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali o internazionali. In quest'ambito potrebbero rientrare anche attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture o quelle di promozione della umanizzazione delle cure.

**Le Strutture sono chiamate a declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici di cui al punto A6.1.**

**NB:** le attività legate a:

- a. Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili
- b. Implementazione dei documenti regionali applicabili
- c. Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure
- d. Partecipazione a comitati (ad es.: Comitato Valutazione Sinistri, CCICA, ecc.)

**non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività** in quanto si tratta di attività mandatorie e/o routinarie. Potranno eventualmente rientrare fra le attività ulteriori che le Strutture potranno definire, 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 alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in



altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Si consiglia di indicare *standard* realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

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 10.

**NB:** le attività pluriennali vanno declinate e sviluppate per singolo anno. Pertanto nel Piano dovranno essere riportate solo le attività previste per quell'anno solare.

**Tabella 10 – Esempio di declinazione di un'attività**

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> 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.

## A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo andranno declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

### A7.1 Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) 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;
- C) 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).

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

## A7.2 Attività

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto A7.1. È evidente che fra attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

**Le Strutture sono chiamate a declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici di cui al punto A7.1.**

Le Strutture potranno definire ulteriori attività sulla base delle proprie specifiche esigenze.

Di seguito si elencano alcune attività legate agli obiettivi previsti. Le attività precedute da **(M)** sono da considerarsi mandatorie, quelle precedute da **(FR)** sono fortemente raccomandate. Risulta evidente come il numero delle attività **(FR)** sia superiore al numero minimo di azioni obbligatorie per il PARS: l'auspicio è che, con una attenta opera di pianificazione pluriennale, le Strutture riusciranno a implementarle tutte. Ad esempio, relativamente all'esecuzione delle indagini di prevalenza, è auspicabile che nel corso degli anni sia possibile effettuarle per tutte le ICA:

- A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:*
1. **(FR)** Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
  2. **(FR)** Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici;
- B) *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:*
1. **(M)** Allegare il Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse;
- C) *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 CRE:*
1. **(FR)** Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
  2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
  3. **(M)** Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE;
  4. **(FR)** Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*;
  5. **(FR)** Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria;
  6. Elaborazione di *report* su:
    - a. Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
    - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
  7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
    - a. Prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*;

- b. Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
- c. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
- d. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
- 8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
- 9. **(M)** Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*).

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Si consiglia di indicare *standard* realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

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 11.

**NB:** Le attività pluriennali vanno declinate e sviluppate per singolo anno. Pertanto nel Piano dovranno essere riportate solo le attività previste per quell'anno solare.

**Tabella 11 – Esempio di declinazione di un'attività**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>UO Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

## A8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso nella struttura. Ricordando che **la pubblicazione del documento (o la presenza di un *link* che rimandi direttamente al documento) sulla *home page* della struttura è obbligatoria**, si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

1. Presentazione al Collegio di Direzione/Consiglio di Amministrazione;
2. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto;
3. Pubblicazione sull'*intranet*.

**NB:** Entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le Strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARS in formato pdf nativo all'indirizzo [crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul *cloud* regionale.

## A9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici e alla normativa regionale e nazionale utilizzati per la redazione del documento.

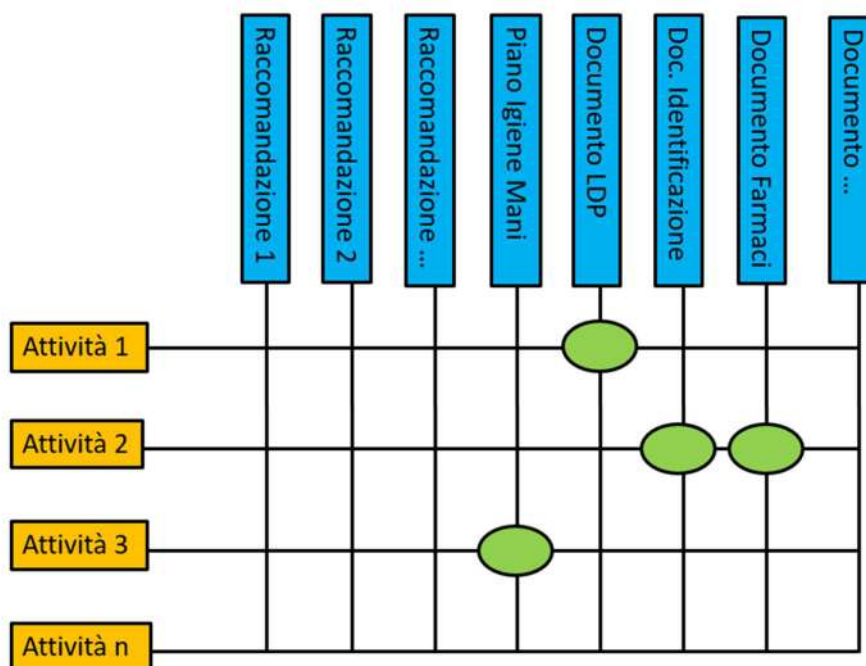
**B. STRUTTURE CHE EROGANO  
PRESTAZIONI IN REGIME  
RESIDENZIALE O STRUTTURE DI  
ASSISTENZA TERRITORIALE  
EXTRA-OSPEDALIERA  
(Allegato B)**

## LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Di seguito è descritta una metodologia di mappatura del rischio con cui costruire una matrice da cui derivare un sistema procedurale minimo che sia in grado di garantire i requisiti di base per la gestione del rischio clinico in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento, i documenti di indirizzo regionale e le Raccomandazioni del Ministero della Salute in materia di sicurezza delle cure.

Il punto di avvio della valutazione del rischio prevede l'individuazione delle attività clinico-assistenziali poste in essere nella struttura. Alla ricognizione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata, disponendo i documenti contenenti gli adempimenti richiesti (requisiti di autorizzazione e accreditamento, documenti regionali, raccomandazioni ministeriali, ecc.) lungo l'asse delle ascisse e le attività clinico-assistenziali erogate lungo quello delle ordinate. A questo punto occorre valutare in quali punti queste si intersecano, in tutto o in parte, con gli adempimenti documentali o con le indicazioni contenute in linee guida o buone pratiche utilizzate in contesti organizzativi simili. Questi punti di intersezione rappresentano le evidenze documentali di cui la Struttura deve disporre per dimostrare di governare i potenziali rischi specifici legati all'erogazione delle attività clinico-assistenziali (Figura 1).

**Figura 1 – Esempio di mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice**



A puro titolo di esempio, in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) le intersezioni fra le attività clinico-assistenziali di seguito elencate e le raccomandazioni e i documenti regionali, possono essere le seguenti:

1. Valutazione quotidiana generale del paziente, gestione della terapia farmacologica, effettuazione di visite specialistiche interne ed esterne alla Struttura:
  - a. Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;
  - b. Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto;
  - c. Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;
  - d. Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;
  - e. Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi;

- f. Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide;
  - g. Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica;
  - h. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.
2. Soddisfamento dei bisogni fondamentali dell'individuo compresa la gestione delle limitazioni motorie e la prevenzione delle iatrogenesi dovute alla sindrome da immobilizzazione e delle infezioni correlate all'assistenza:
    - a. Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute;
    - b. Piano regionale sulla prevenzione delle cadute;
    - c. Documento di indirizzo regionale sulle lesioni da pressione;
    - d. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.
  3. Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto- etero- lesive:
    - a. Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente;
    - b. Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;
    - c. Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori.

Dalla mappatura, in sintesi, si evince immediatamente il numero dei documenti di cui, attraverso un processo di sintesi, contestualizzazione e redazione, occorrerà dare evidenza della implementazione all'interno della Struttura.

In conclusione il modello proposto consente di:

- Orientare il *Risk Manager* nel processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura sanitaria;
- Agevolare la stesura del numero minimo di documenti (istruzioni operative e/o procedure) necessario a garantire il governo del rischio (anche infettivo) presente nella Struttura;
- Individuare i nodi a più elevato impatto organizzativo al fine di produrre procedure selettivamente orientate alle specifiche della Struttura in esame.

## **B0. AMBITO DI APPLICAZIONE**

Sono tenute all'elaborazione del PARS tutte le strutture residenziali pubbliche e private del SSR di seguito elencate:

- a) RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA);
- b) PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI;
- c) STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE;
- d) CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE);
- e) CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E AIDS;
- f) STRUTTURE RESIDENZIALI PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA;
- g) OSPEDALE DI COMUNITÀ/PROSSIMITÀ
- h) STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI (S.R.T.R. ADOLESCENTI PER TRATTAMENTI COMUNITARI INTENSIVI E PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI);
- i) STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Per l'elaborazione del PARS le strutture sopra elencate dovranno utilizzare lo schema previsto nell'Allegato B (disponibile in forma modificabile sul *Cloud* regionale), seguendo le istruzioni di seguito riportate.

**NB: rientrano nell'ambito di applicazione della sezione B solo le strutture che costituiscono presidi autonomi.** Sono pertanto **escluse** le strutture che, pur rientrando nell'elenco di cui al punto B1, sono da ritenersi articolazioni organizzative di strutture polifunzionali che erogano prestazioni rientranti nel punto A1 come, ad esempio, una RSA che sia all'interno di una struttura che prevede anche un reparto di lungodegenza: in questo caso il PARS dovrà essere elaborato secondo le indicazioni contenute nella sezione A.

## B1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

In questa sezione deve essere descritto il contesto organizzativo della Struttura, presentando in una tabella i principali dati di produzione. Nelle tabelle è riportato un *data set* minimo, integrabile secondo le diverse specificità.

**Tabella 12 – Esempio di presentazione dei dati di attività**

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente			
Posti letto	Numero	Eventuali divisioni (es-RSA, Hospice, ecc.)	Numero
			Numero
			Numero
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza	Numero	Prestazioni ambulatoriali	Numero
Prestazioni domiciliari	Numero	...	Numero

In relazione alla gestione del rischio infettivo, in questo capitolo andrà previsto uno specifico paragrafo che descriva le specificità organizzative della Struttura sul tema come, ad esempio: data di costituzione e composizione<sup>2</sup> del CCICA (se presente), definizione di un programma di buon uso degli antibiotici eventualmente in collaborazione con la ASL territorialmente competente

## B2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Si rimanda a quanto detto al capitolo A2.

## B3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Si rimanda a quanto detto al capitolo A3.

<sup>2</sup> Si rimanda alla nota 1 a pag. 6.



## B4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Si rimanda a quanto detto al capitolo A4.

## B5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 13, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni azione in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

**Tabella 13 – Matrice delle responsabilità**

AZIONE	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile Affari/Generali *	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	C	-
Adozione PARS	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	C	I	C

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

\*Se presente

## B6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### B6.1 Obiettivi

In considerazione della complessità organizzativa e assistenziale delle Strutture di cui al punto B1, si è ritenuto di integrare gli obiettivi che, nella sezione A, sono divisi nei punti A7.1 e A8.1. Gli obiettivi strategici sono pertanto i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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;
- 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;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

## B6.2 Attività

In questa sezione vanno elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto B6.1. La scelta delle priorità è legata alla specificata valutazione del rischio sanitario. A titolo di esempio si elencano di seguito alcune attività che, ove correlabili ai risultati di questa fase, vanno considerate come mandatorie (**M**) o fortemente raccomandate (**FR**). Il numero fra parentesi rimanda a una specifica attività prevista dal Progetto 7.3 del PRP:

- A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:*
1. (**FR**) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA (7.3.1.4);
  2. (**FR**) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici (7.3.3.6);
- B) *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:*
1. (**M**) Allegare il Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse;
- C) *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 CRE:*
1. (**FR**) Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE (7.3.2.1);
  2. (**FR**) Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE (7.3.2.1);
  3. (**M**) Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE (7.3.2.2);
  4. (**FR**) Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*;
  5. Elaborazione di *report* su:
    - a. Diffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento (7.3.2.4);
    - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti (7.3.3.4).
  6. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
    - a. Prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*;
    - b. Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
    - c. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
    - d. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
  7. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
  8. (**FR**) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*).

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Si consiglia di indicare *standard* realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

**Le Strutture sono chiamate a declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici di cui al punto B6.1.**

**NB:** le attività legate a:

- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili
- Implementazione dei documenti regionali applicabili (diversi dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani)
- Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure

**non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività** in quanto si tratta di attività mandatorie e/o routinarie. Potranno eventualmente rientrare fra le attività ulteriori che le Strutture potranno definire, sulla base delle specifiche esigenze.

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 14.

**NB:** le attività pluriennali vanno declinate e sviluppate per singolo anno. Pertanto nel Piano dovranno essere riportate solo le attività previste per quell'anno solare.

**Tabella 14 – Esempio di declinazione di un'attività**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> UO Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

## B7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso nella struttura. Ricordando che **la pubblicazione del documento (o la presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura è obbligatoria**, si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

- Presentazione al Consiglio di Amministrazione;
- Pubblicazione sull'*intranet*.

**NB:** entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le Strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARS in formato pdf nativo all'indirizzo [crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul *cloud* regionale.

## B8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A9.

**C. ARES 118**  
**(Allegato C)**

## **C1. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

In questa sezione deve essere descritto il contesto organizzativo della Struttura, presentando in una tabella i principali dati di produzione, sulla base del modello utilizzato negli scorsi anni per l'elaborazione del PARM e del PAICA adattandolo, se necessario, alle indicazioni contenute in questo documento. In relazione alla gestione del rischio infettivo, in questo capitolo andrà previsto uno specifico paragrafo che descriva le specificità organizzative della Struttura sul tema come, ad esempio, la data di costituzione e la composizione<sup>3</sup> del CCICA.

## **C2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A2.

## **C3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A3.

## **C4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A4.

## **C5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A5.

## **C6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ**

### **C6.1 Obiettivi**

In considerazione dell'assoluta specificità della Struttura, si è ritenuto di integrare gli obiettivi che, nella sezione A, sono divisi nei punti A7.1 e A8.1. Gli obiettivi strategici sono pertanto i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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) 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;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

<sup>3</sup> Si rimanda alla nota 1 a pag. 6.

**B6.2 Attività**

In questa sezione vanno elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto C6.1. La scelta delle priorità è legata alla specificità valutazione del rischio sanitario.

**In considerazione della sua assoluta specificità, la Struttura è chiamata a declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici di cui al punto C6.1.**

**NB:** le attività legate a:

- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili
- Implementazione dei documenti regionali applicabili (diversi dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani)
- Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure
- Partecipazione a comitati (ad es.: Comitato Valutazione Sinistri, CCICA, ecc.)

**non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività** in quanto si tratta di attività mandatorie e/o routinarie. Potranno eventualmente rientrare fra le attività ulteriori che la Struttura potrà definire, sulla base delle specifiche esigenze.

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 15.

**NB:** le attività pluriennali vanno declinate e sviluppate per singolo anno. Pertanto nel Piano dovranno essere riportate solo le attività previste per quell'anno solare.

**Tabella 15 – Esempio di declinazione di un'attività**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"</b>		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
<b>STANDARD SI</b>		
<b>FONTE</b> UO Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

## C7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A8.

## C8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si rimanda a quanto descritto al capitolo A9.