



ANFFAS ONLUS
TIGULLIO EST
dal 1958 la persona al centro

Associazione Nazionale di Famiglie
di Persone con Disabilità Intellettive e/o Relazionali

ANFFAS TIGULLIO EST di CHIAVARI ONLUS
Iscritta all'Anagrafe Unica delle Onlus prot. 6737/2008
Personalità Giuridica ex D.G.R. 156 del 14/02/2003
Cod. Fisc. 90046760105 – Partita Iva: 02659340992

ALL 05.0.1 (Rev. 00)
(Contenuto aggiornato al 22/01/2026)

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS ANNO ANALIZZATO 2025)

UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	
NOMINATIVI	FIRME
EGELE BARGHINI FOLGORI (LEGALE RAPPRESENTANTE)	
DOTT. MASSIMO CONTI (DIRETTORE SANITARIO)	
DOTT.SSA FEDERICA CABONA	
SIG. DANILO SOLARI	

Chiavari, 22/01/2026

Via San Francesco, 27 – 16043 Chiavari (GE)
Tel. 0185.325097 – Fax. 0185.325097
www.anffastigullioest.it – anffas.chiavari@libero.it – anffastigullioest@pec.it

Socio Anffas Nazionale
Socio Anffas Regione Liguria

→ 1 Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni qualificate e sicure. La possibilità di un "Evento avverso" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile. La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari e analisi delle criticità.

Tale approccio è definito Gestione del Rischio Clinico che, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, definito come "sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

Del resto, la gestione del rischio in ambito sanitario era una attività già prevista nella Legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi.

La Legge Gelli (Legge 8 Marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorretutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. In questa dimensione, la Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

La gestione del rischio clinico è un processo finalizzato ad identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza delle cure. Tale attività ha pertanto l'obiettivo di ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure erogate presso la struttura.

Il "**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)**" è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, in continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti.

Tale strumento è espressione dell'impegno della Direzione ai fini della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la realizzazione di interventi coordinati che coinvolgono l'intera organizzazione sanitaria attraverso l'integrazione di competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali. L'adozione della filosofia del miglioramento continuo è un approccio imprescindibile ai fini della programmazione delle attività sanitarie orientate alla qualità e alla sicurezza. Tale finalità è ottenuta attraverso:

- la standardizzazione di alcune fasi del processo clinico-assistenziale attraverso l'utilizzo di Raccomandazioni ministeriali e regionali e l'osservanza di linee guida cliniche evidence - based;
- la misurazione, tramite l'analisi e la valutazione degli eventi;
- il reporting, ovvero la segnalazione tempestiva degli eventi da parte degli operatori necessaria per la mappatura dei rischi presenti, l'identificazione delle criticità e delle opportune azioni di miglioramento.

Il tema della sicurezza delle cure, richiamato dalla 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", prevede l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio clinico con la

funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori (Art. 1: “La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. 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. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale”). Il PARS, pertanto, fa riferimento a tutti gli ambiti organizzativi in una visione sistemica tramite tre dimensioni “core”:

- clinica, incentrata sull’out come dei trattamenti sanitari;
- tecnica, incentrata sugli aspetti tecnologico-strutturali;
- legale e assicurativa, incentrata sulla prevenzione e gestione del contenzioso.

Il PARS, rappresentando l’esplicitazione delle modalità di analisi, prevenzione e gestione del rischio clinico, favorisce un confronto trasparente con gli stakeholders in un’ottica di accountability e di promozione condivisa delle iniziative finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Poiché la sicurezza dei pazienti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell’appropriatezza clinico-organizzativa e rappresenta una delle aree di attività del governo clinico, il PARS rientra nell’ambito degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Il “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” comprende, altresì, gli adempimenti relativi alla L. 24/2017:

- 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;
- dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio, verificati nell’ambito dell’esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La programmazione delle attività aziendali finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico contenuta nel PARS è incentrata sulle seguenti azioni strategiche:

- predisposizione del “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e di procedure aziendali specifiche;
- diffusione di Raccomandazioni ministeriali;
- sviluppo e attuazione di metodologie per l’analisi degli eventi avversi e relativo feedback agli operatori sull’esito della valutazione;
- identificazione delle situazioni in grado di generare una condizione di rischio (mappatura dei rischi generali e specifici) tramite sopralluoghi nelle unità organizzative e interviste agli operatori (swa);
- diffusione della cultura della segnalazione degli eventi tramite incident reporting;
- raccolta e analisi dei dati provenienti dai sistemi di segnalazione (eventi avversi, eventi sentinella e near miss), dall’analisi delle cartelle cliniche e da reclami, infortuni e sinistri;
- monitoraggio dell’attività aziendale tramite reportistica;
- definizione e realizzazione delle azioni finalizzate ad individuare, ridurre e prevenire l’incidenza di eventi avversi con il coinvolgimento attivo di tutto il personale (valutazione delle priorità di intervento, analisi costi-benefici, analisi dell’impatto dell’azione proposta, definizione delle modalità operative di realizzazione e della tempistica, valutazione dell’efficacia dell’azione realizzata);
- attivazione dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale (SIMES, Centro Regionale Rischio Clinico) qualora previsti;
- attuazione di eventi formativi continui finalizzati alla promozione della competenza tecnico-

professionale degli operatori e alla prevenzione di eventuali procedimenti inerenti alla malpractice professionale;

- attivazione di iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregivers nella promozione della sicurezza delle cure;
- coordinamento della funzione di clinical risk management con la gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e la compliance aziendale.

→ 2 Contesto Organizzativo

Per definire il contesto della struttura si rimanda ai seguenti documenti:

- Carta dei servizi in ultima versione;
- Organigramma aziendale aggiornato;
- Riesame della Direzione;
- Procedura sull'erogazione del servizio;
- Autorizzazioni comunali all'esercizio;
- Adempimenti in tema di sicurezza ed ambienti di lavoro (D.lgs 81/08 e s.m.i.) e privacy.

→ 3 Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)

La stesura del presente PARS coniuga i precedenti documenti elaborati in materia di rischio clinico e gestione delle infezioni correlate all'assistenza, e ha lo scopo di:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
 - sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
 - armonizzare la gestione del rischio infettivo in osservanza alle disposizioni nazionale e regionali in materia;
- Il PARS si prefigge inoltre l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come un'opportunità di apprendimento e tutte le attività concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

→ 4 Gestione del rischio infettivo

Con la delibera di Giunta Regionale n. 1230/2023 è stato emanato il nuovo manuale di accreditamento della regione Liguria che prevede, tra gli altri requisiti, anche in ossequio ai criteri stabiliti dal Ministero della Salute del dicembre 2022, l'elaborazione di un piano aziendale per la prevenzione e gestione delle ICA - Infezioni correlate all'assistenza. Le Infezioni Correlate all'Assistenza Sanitaria rappresentano una minaccia per la sicurezza dei pazienti in quanto più della metà sono considerate prevenibili.

Fondamentale è il ruolo svolto dalla Formazione del personale sanitario su questi temi e dalla informazione dei pazienti e dei loro parenti su ciò che possono fare per prevenire le ICA.

Obiettivo del presente documento è:

- Promuovere l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza";

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

Il PARS è elaborato nel rispetto delle Linee Guida di settore e rappresenta, tra gli altri, lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi e sicurezza delle cure dei pazienti.

All'interno dell'organizzazione aziendale il referente per il controllo delle ICA è individuato nel Direttore Sanitario che, coinvolgendo l'équipe e la Direzione Aziendale ha definito per l'anno in corso i seguenti obiettivi:

- programmare una formazione specifica del personale sulla materia;
- realizzare una istruzione operativa per il personale sull'igiene delle mani;
- realizzare delle dispense informative ad uso dei pazienti e/o familiari;
- Revisionare la procedura di sanificazione e disinfezione ambientale per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

Il Gruppo per la gestione del rischio clinico, istituito presso la struttura ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza;
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA;

Per un maggior approfondimento di dette funzioni si rimanda alla documentazione allo scopo predisposta.

→ 5 Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti erogati.

Si riportano in tabella gli eventi segnalati nel 2025.

Tipo di Evento	Numero	Fonte del dato	
QUASI EVENTI	0	INCIDENT REPORTING	0
		DENUNCIA SINISTRI	0
		SEGNALAZIONE ICA	0
EVENTI AVVERSI	5	INCIDENT REPORTING	5
		DENUNCIA SINISTRI	0
		SEGNALAZIONE ICA	0
EVENTI SENTINELLA	0	INCIDENT REPORTING	0
		DENUNCIA SINISTRI	0
		SEGNALAZIONE ICA	0

Per un maggior dettaglio del dato si rimanda al registro degli eventi avversi che indica anche le azioni di miglioramento intraprese.

Si riportano in tabella la situazione della sinistrosità relativa all'ultimo quinquennio.

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0	0
2022	1	1	1
2023	1	0	0
2024	1	1	1
2025	0	1	1
Totale	3	3	3

^(A) **SINISTRI LIQUIDATI:** processo tecnico e amministrativo che porta alla chiusura di una pratica. Un sinistro è considerato "liquidato" quando la compagnia ha terminato tutte le operazioni di accertamento, stima del danno e definizione della somma dovuta. Comprende la decisione finale sull'importo. Un sinistro può essere liquidato "con pagamento" (se viene riconosciuto un danno) o "senza seguito" (se la richiesta viene respinta o il danno non è indennizzabile).

^(A) **RISARCIMENTI EROGATI:** il termine "erogazione" si riferisce specificamente all'atto monetario, ovvero l'uscita finanziaria dalle casse della compagnia verso il danneggiato. Il risarcimento è l'oggetto della liquidazione. Si può avere un'erogazione parziale (un "acconto") prima che il sinistro sia ufficialmente liquidato (chiuso) del tutto.

Descrizione della posizione assicurativa.

Periodo di vigenza della polizza	Compagnia Assicurazioni	Premio	Franchigia
31/12/2025 – 31/12/2026	COMPAGNIA CATTOLICA	1.286,23 EURO	NO

→ 6 Matrice delle responsabilità del PARS.

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGR), che lo redige e ne monitorizza l'implementazione tenendo in considerazione la normativa di riferimento;
 - quella della Direzione Aziendale che s'impegna a fornire la copertura finanziaria per attuare gli obiettivi del PARS.

Azione	U.G.R.	Direzione aziendale	Direttore Sanitario	Altro personale sanitario
Redazione PARS	R	C	R	I
Adozione PARS	R	C	R	C
Monitoraggio PARS	R	I	C	I

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

→ 7 PARS Obiettivi per la Gestione del Rischio Sanitario.

I tre obiettivi strategici definiti per l'anno in corso sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture.

→ 8 Attività per la Gestione del Rischio Sanitario.

OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
ATTIVITÀ 1 – Effettuazione del Corso di formazione sulla gestione del rischio clinico
INDICATORE: Formazione del personale (sanitario e non) addetto alle attività frontali con le Pcd (persone con disabilità) e del personale con responsabilità inerenti al Rischio Clinico (es. RAQ) secondo i parametri indicate nello "Standard" durante l'anno in esame.
STANDARD: il personale viene formato secondo la seguente frequenza: <ul style="list-style-type: none"> ogni 3 anni; a personale subentrato nell'anno dell'assunzione; a tutto il personale ad ogni rinnovo del manuale di accreditamento.
REVISIONE ANNO 2025: Tutto il personale preso in esame, nell'anno 2025, in conformità ai parametri definiti dagli standard vigenti, ha completato l'iter formativo previsto attraverso la fruizione di corsi in modalità FAD (Formazione a Distanza) asincrona, erogati dal partner OMNIA Consulting.
ATTIVITÀ 2 – Istituzione delle riunioni periodiche dell'U.G.R.
INDICATORE: Esecuzione di almeno una riunione a semestre
STANDARD: Numero minimo di riunioni pari a 2/anno

REVISIONE ANNO 2025:

Nel 2025 sono state effettuate 3 riunioni dell'UGR, di cui una inerente la verifica dei parametri e la stesure del presente documento.

OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

ATTIVITÀ – Revisione ed aggiornamento del sistema documentale per renderlo rispondente alla realtà aziendale in un'ottica di gestione del rischio clinico e prevenzione delle ICA.

INDICATORE: verifica ed eventuale revisione del sistema documentale nell'ottica del rischio clinico e della prevenzione delle ICA

STANDARD: Verifica ed eventuali revisioni della documentazione nell'anno solare in esame.

REVISIONE ANNO 2025:

La documentazione relativa alla gestione del rischio clinico è stata esaminata e si ritiene essere pertinente e corrispondente alla realtà dell'Associazione.

La documentazione relativa alla prevenzione delle ICA è stata esaminata e si ritiene essere pertinente e corrispondente alla realtà dell'Associazione.

ATTIVITÀ 2 – Effettuazione di un Safety Walk Around (SWA)

INDICATORE: Esecuzione di almeno una passeggiata per la sicurezza entro l'anno solare in esame.

STANDARD: Effettuazione di una passeggiata per la sicurezza almeno una volta all'anno

REVISIONE ANNO 2025:

Nel 2025 sono state effettuati 2 SWA.

OBIETTIVO C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori delle strutture

ATTIVITÀ – Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari e non

INDICATORE: Incontro dedicato sulla istruzione operativa e frequenza del corso sulla gestione dei conflitti

STANDARD: Effettuazione dell'incontro di formazione interno e frequenza di almeno il 50% del personale di struttura ad un corso sulle tecniche di gestione dei conflitti.

REVISIONE ANNO 2025:

Effettuato, nell'anno in oggetto, il corso sulla prevenzione degli atti di violenza e della gestione dei conflitti al 50% del personale sanitario. Il restante 50% del personale, come preventivato (vedi piano di formazione), verrà formato nell'anno 2026.

L'Associazione ha mantenuto alta l'attenzione verso gli atti di violenza attraverso l'adozione di una specifica istruzione operativa e periodici confronti con gli operatori durante le riunioni di equipe.

OBIETTIVO D) – prevenzione e gestione delle emergenze sanitarie: codificare sia la continuità assistenziale all'interno delle strutture durante i trattamenti, sia le modalità delle dimissioni degli utenti che ne fanno richiesta e per le quali è necessario programmare interventi di concerto con i servizi territoriali sanitari e sociali.

ATTIVITÀ – Prevenzione e gestione delle emergenze sanitarie
INDICATORE: verifica ed eventuale revisione del sistema documentale nell’ottica della prevenzione/gestione delle emergenze sanitarie
STANDARD: Verifica ed eventuali revisioni della documentazione nell’anno solare in esame.
REVISIONE ANNO 2025: La documentazione relativa alla gestione delle emergenze PO08 – Continuità assistenziale è stata revisionata in data 13/01/2026.

→ **9 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo.**

- d) I tre obiettivi strategici definiti per l’anno in corso sono:
- e) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- f) Realizzare una istruzione operativa per il personale sull’igiene delle mani;
- g) Revisione della procedura di sanificazione e disinfezione ambientale nell’ottica del contenimento delle infezioni correlate all’assistenza.

→ **10 Attività per la Gestione del Rischio Infettivo**

OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
ATTIVITÀ – Effettuazione del Corso di formazione sulla gestione delle ICA
INDICATORE: Esecuzione di un corso entro l’anno solare in esame.
STANDARD: Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato al corso di almeno il 50% dell’organico
REVISIONE ANNO 2025: Effettuato, nell’anno in oggetto, il corso sulla gestione delle ICA al 50% del personale sanitario. Il restante 50% del personale, come preventivato (vedi piano di formazione) , verrà formato nell’anno 2026. L’Associazione ha mantenuto alta l’attenzione verso la gestione delle ICA attraverso l’adozione di una specifica istruzione operativa e periodici confronti con gli operatori durante le riunioni di equipe.

OBIETTIVO B) – Revisione della dispensa informativa per il personale sull’igiene delle mani
ATTIVITÀ – Predisporre, verificare e/o aggiornare una istruzione operativa sull’igiene delle mani ad uso del personale
INDICATORE: verifica ed eventuale revisione del sistema documentale nell’ottica della prevenzione/gestione delle emergenze sanitarie

STANDARD: Verifica ed eventuali revisioni della documentazione nell'anno solare in esame.

REVISIONE ANNO 2025:

Istruzione operativa - IO 05.9 – “Igiene delle mani” è stata esaminata e si ritiene essere pertinente e corrispondente alla realtà dell'Associazione.

OBIETTIVO C) – Revisione della procedura di sanificazione e disinfezione ambientale nell'ottica del contenimento delle infezioni correlate all'assistenza

ATTIVITÀ – revisione della procedura di sanificazione e disinfezione ambientale nell'ottica del contenimento delle infezioni correlate all'assistenza

INDICATORE: Predisposizione della dispensa entro l'anno solare in esame.

STANDARD: Verifica ed eventuali revisioni della documentazione nell'anno solare in esame.

REVISIONE ANNO 2025:

Istruzioni operative utilizzate dal personale dipendente per la pulizia del Residenziale sono presenti e coerenti con le attività svolte in Struttura.

Nel mese di ottobre, pur ritendole coerenti con il lavoro svolto in Struttura, è stata richiesta una revisione alla ditta che svolge il servizio di pulizia della Struttura Semiresidenziale non ancora pervenuta al momento della stesura del presente documento.

LEGENDA

	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO
	OBIETTIVO RAGGIUNTO

→ **11 Modalità di diffusione del PARS.**

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà a cura della Direzione Aziendale tramite la pubblicazione sul sito (www.anffastigullioest.it) nella sezione “trasparenza”..

→ **12 Riferimenti normativi.**

- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992: *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*
- D.P.R. 14 gennaio 1997: *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed*

organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo n°254, 28 luglio 2000: *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.*
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. *Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.*
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.*
- Circolare Ministeriale n.52/1985: *Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.*
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: *Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.*
- DM 24 luglio 1995: *Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale.* GU n. 263, 10 novembre 1995
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.
- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
- D.G.R. 1230/2023 Aggiornamento del Manuale di Accredimento Istituzionale della Regione Liguria di cui alla DGR 1185/2017 e delle Procedure di Accredimento Istituzionale di cui alla DGR n. 945/2018.

