

 <b>ASL Gallura</b> Azienda socio-sanitaria locale  SSD Qualità, Risk Management	<b>PIANO ANNUALE          PER          LA GESTIONE DEL          RISCHIO SANITARIO (PARS)</b>	<b>PARS 2025</b> Rev. 00 Pag. 1/14
--	--	--

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

## ASL GALLURA

	<b>Nome e funzione</b>	<b>Firme</b>
REDAZIONE Gruppo di Lavoro	Coordinatore Staff Direzione <i>Dott.ssa Pinuccia Mazzone</i>  SSD Qualità, Risk Management  IFP <i>Dott.ssa Tiziana Enne</i>  <i>Sig.ra Antonella Castelli</i>  <i>in collaborazione con il CICA (Presidente:            Dott.ssa Piera Pallazzoni)</i>	
VERIFICA	Direttore Sanitario Dott. Pietro Masia  Direttore Amministrativo Dott. Michele Baffigo	
VERIFICA FORMALE DI QUALITA'	SSD Qualità, Risk Management	
APPROVAZIONE - VALIDAZIONE - EMISSIONE	Commissario Straordinario Dott. Ottaviano Contu	

## INDICE

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. AMBITO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>4</b>
<b>4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI. ....</b>	<b>8</b>
<b>5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>11</b>
<b>7. OBIETTIVI ANNO 2025.....</b>	<b>11</b>
<b>8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO DI FORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA .....</b>	<b>12</b>
<b>9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>13</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>13</b>

## **1. Premessa**

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), è uno strumento di Clinical governance che descrive le strategie e gli obiettivi finalizzati alla gestione del rischio clinico e rischio infettivo, basato sulla rendicontazione delle attività svolte nell'anno precedente e la descrizione dell'attività in programmazione per l'anno in corso.

Tale attività è caratterizzata dalla gestione unitaria di tutti gli aspetti concernenti la sicurezza nel senso ampio del termine attraverso politiche aziendali volte a ridurre gli errori evitabili.

Il Risk Management, inteso quale processo sistematico comprendente sia la dimensione clinica che quella strategico-organizzativa, racchiude al suo interno tutti gli strumenti, metodi ed azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori.

Con tale piano l'Asl n. 2 della Gallura intende incentrare la sua azione in modo efficace nel perseguimento della sicurezza delle cure, obiettivo individuato dalla Legge (*Legge n. 24/2017 Bianco- Gelli*) quale elemento costitutivo del diritto alla salute, perseguito nell'interesse dell'individuo e della collettività, anche attraverso l'insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie.

Tale obiettivo può essere conseguito attraverso una gestione integrata del rischio, promuovendo la crescita di una "cultura della sicurezza delle cure" attenta e vicina sia al paziente che agli operatori, possibile non solo attraverso una pratica clinica efficace in quanto conforme ai migliori standard professionali, ma anche attraverso la sicurezza degli ambienti di lavoro e delle pratiche di protezione adottate dagli operatori, di un processo di comunicazione e di relazione con il paziente, non trascurando il governo del contenzioso e la gestione delle ricadute sull'immagine dell'Azienda e dei suoi professionisti.

La Legge Gelli sopramenzionata individua quale elemento cardine fondante il principio dell'inviolabilità da parte della magistratura della documentazione prodotta per la gestione del rischio clinico, intendendosi con tale termine gli audit e le altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interna, all'incident reporting.

## **2. AMBITO DI APPLICAZIONE**

Il Piano Aziendale della Gestione del Rischio Sanitario, di seguito PARS, è un documento programmatico in cui sono esplicitate le priorità di intervento per le quali saranno avviate azioni preventive, correttive e di miglioramento in ambito di sicurezza delle cure.

La gestione del rischio clinico dell'Azienda viene esercitata in conformità alle norme nazionali e regionali.

L'azienda, con tale documento, esplicita il proprio impegno per una costante promozione ed implementazione di azioni finalizzate a garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, mediante anche l'individuazione delle singole misure ritenute necessarie in riferimento alle criticità rilevate dall'analisi dei dati disponibili relativi alle annualità 2023 - 2024.

Dati che, come si dirà appresso, non sono tutti di produzione interna in quanto tengono conto della frammentazione nella gestione della materia tra più Aziende. Tale frammentazione risale alla costituzione, con legge regionale (L.R. n. 23/2014 e ss.mm.ii.), dell'Azienda unica (ATS

Sardegna) e di otto Aree Socio-Sanitarie Locali. Da quel momento la gestione del rischio e di tutti i connessi procedimenti anche in materia di accreditamento è stata oggetto di gestione concorrente e condivisa tra ATS Sardegna e l'allora ASSL di Olbia.

Nell'ambito di tale organizzazione ed in ossequio a quanto previsto dalla Legge Gelli, nel 2017 è stato istituito il Centro regionale per il Risk Management (DGR n. 38/28 del 8.8.2017).

Trattasi di un organismo tecnico che si avvale di professionisti di differenti aree disciplinari e che opera in staff alla Direzione Sanitaria di ARES Sardegna. Supporta e coordina il Network dei Referenti del rischio clinico delle Aziende Sanitarie del SSR.

Successivamente, con la Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, si è dato avvio ad una nuova riforma finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderla maggiormente aderente ai bisogni della popolazione ed è stata superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale.

Tale legge ha infatti soppresso l'ATS Sardegna e ha costituito, con decorrenza 1.1.2022, otto nuove ASL territoriali (tra cui, l'ASL n. 2 della Gallura) e l'ARES Sardegna, azienda deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR.

Nell'Atto aziendale Asl n. 2 della Gallura, approvato con deliberazione n. 94 del 24.02.2023, è stata costituita in staff alla Direzione Strategica la SSD Qualità, Risk Management, competente ad elaborare il presente atto in collaborazione con le SS.CC. Area Data Management, Direzioni di Presidio, Affari Legali di Ares Sardegna.

Il sistema aziendale per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure prevede pertanto un approccio multidisciplinare e multi-professionale, con il concorso di strutture incardinate nell'ARES Sardegna, quali il Centro Regionale per il Risk Management e la SC Affari Legali, quest'ultima competente, in particolare, per la gestione del contenzioso, considerata la stretta interconnessione tra le due dimensioni.

### **3. CONTESTO ORGANIZZATIVO.**

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale.

L'azione dell'Azienda è infatti finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

L' Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

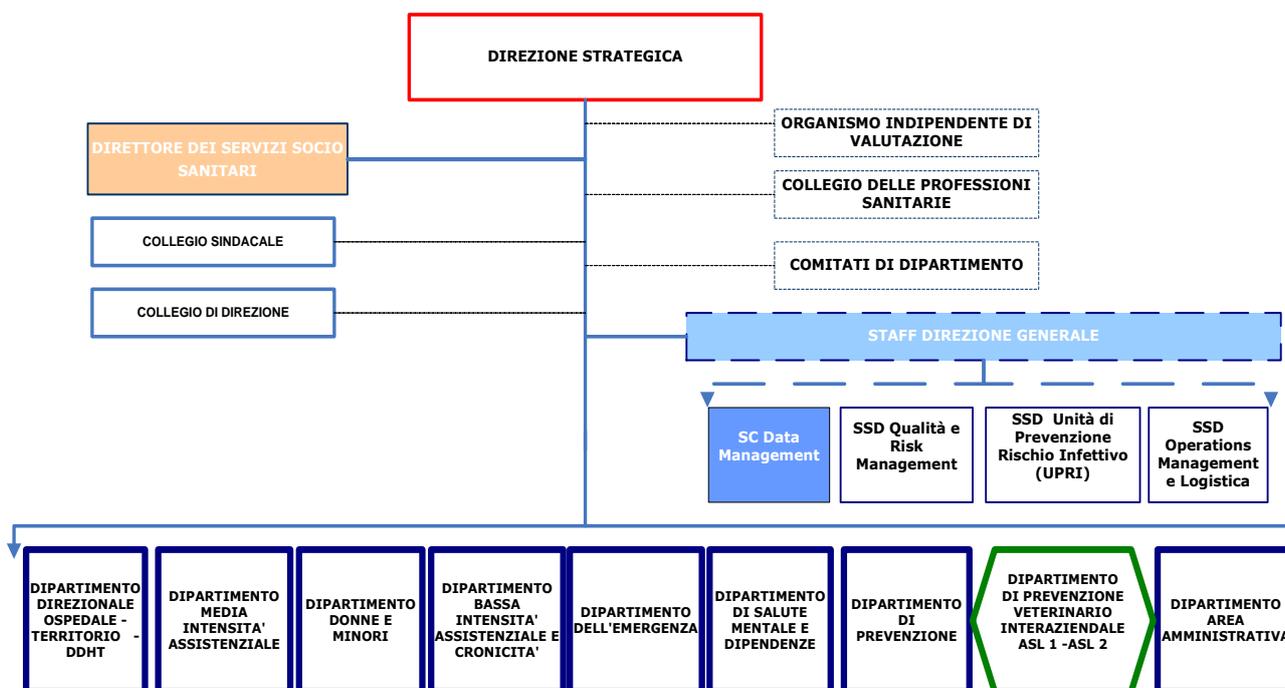
- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l’Azienda ispira l’azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l’equità e l’etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- **la qualità clinico-assistenziale, l’appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;**
- la compatibilità tra le risorse disponibili e i servizi offerti.

Con riferimento all’organizzazione aziendale si richiama l’atto aziendale che è il documento previsto dal D. Lgs. n. 502/92 che stabilisce l’organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie locali, nel rispetto dei criteri e delle linee guida stabilite con provvedimento dalla Giunta Regionale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 è stato adottato in via definitiva l’Atto Aziendale, documento che individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l’organizzazione dell’Azienda secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

Di seguito il grafico con l’assetto organizzativo dell’ASL GALLURA



Nell’ambito aziendale l’assistenza ospedaliera è garantita da **tre presidi ospedalieri**:

- P.O. “Giovanni Paolo II” di Olbia;
- P.O. “Paolo Dettori” di Tempio Pausania;
- P.O. “Paolo Merlo” di La Maddalena.

L’assistenza territoriale è articolata in **tre Distretti socio-sanitari**:

- Distretto di Olbia;
- Distretto di Tempio Pausania;
- Distretto di La Maddalena;

e in due **Dipartimenti**:

- Prevenzione One Health e Veterinario;
- Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD);

Nel comune di Olbia è presente la struttura di ricovero privata, accreditata convenzionata, Mater Olbia Hospital con un'offerta di 202 PL.

### Dati Strutturali e di Attività aggregati

Nell'anno 2024 si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Asl Gallura rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti e il corrispondente volume complessivo di giornate diminuiscono, più nello specifico, le dimissioni in regime di ricovero ordinario diminuiscono di 446 casi così come le giornate di degenza che passano da 55.111 dell'anno 2023 a 53.708 dello stesso periodo del 2024 (-1.403).

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO ASL GALLURA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	238	304	304
ORDINARIO	TOTALE CASI	6.523	6.969	6.661
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.142	4.456	4.239
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.327	2.437	2.356
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	35,67%	34,97%	35,37%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,31%	9,18%	8,44%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,00%	13,17%	14,20%
ORDINARIO	GG DEGENZA	53.708	55.111	54.560
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,2	7,9	8,2
ORDINARIO	PUNTI DRG	7.263	7.728	7.616
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,11	1,11	1,14
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	58,23%	49,67%	49,17%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	9,95%	8,76%	7,84%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	79,60%	80,20%	83,80%

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Giovanni Paolo II OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	166	166	166
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.495	3.725	3.780
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.244	2.236	2.132
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,12	1,11	1,14

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Paolo Dettori TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	56	108	108
ORDINARIO	DRG MEDICI	427	448	459
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	81	199	224
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,14	1,16	1,21

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Paolo Merlo LA MADDALENA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	16	30	30
ORDINARIO	DRG MEDICI	220	283	0
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2	2	0
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,96	0,93	0

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

Il tasso di occupazione dei posti letto può offrire informazioni utili per valutare la capacità dell'ospedale di farsi carico delle richieste di salute dei pazienti. Alti tassi di occupazione dei posti letto possono essere sintomatici di una struttura sotto pressione. Una certa capacità di posti letto disponibili è necessaria per assorbire picchi impreveduti di pazienti che necessitano di ricovero. Nei presidi ospedalieri dell'Asl Gallura, il trend del tasso di occupazione dei posti letto mostra un andamento eterogeneo, con una variabilità sui Presidi Ospedalieri di Tempio Pausania e di La Maddalena. Il Giovanni Paolo II di Olbia registrava nel 2022 il 75,83% a fronte di un 71,59% del 2024. Il Paolo Dettori di Tempio Pausania passa da un 21,85% del 2022 a un 38,93% dell'anno 2024. Per il Paolo Merlo de La Maddalena i dati sono comparabili solo su base biennale 2024/2023 (in quanto non si è registrato alcun ricovero nei dodici mesi del 2022); sono in aumento con un valore del 40,62% per il 2024 rispetto al 17,10% registrato nella annualità 2023.

ASL GALLURA			
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2024	2023	2022
<b>Totali</b>	<b>58,23%</b>	<b>49,67%</b>	<b>49,17%</b>
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	71,59%	76,28%	75,83%
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPIO	38,93%	17,81%	21,85%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	38,08%	17,10%	0,00%

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

L'analisi dell'attività ospedaliera rileva per gli accessi in Day Hospital un aumento passando dai 8.333 del 2023 ai 9.041 del 2024; aumentano i casi dai 2.521 del 2023 ai 2.828 del 2024 (+ 12,2%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2024-2023 si osserva un significativo aumento dei DRG CH del 25% e si registra un valore per i DRG MD del 3,7%.

ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL - ASL GALLURA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	28	32	32
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	9.041	8.333	6.987
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.593	1.536	1.393
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.234	985	862
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REG.	2,58%	3,25%	2,75%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,93%	15,67%	17,12%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2.213	1.921	1.661
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,76	0,74

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.242	1.259	1.174

ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	639	521	539
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,77	0,74	0,73
ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO PAOLO DETTORI TEMPIO				
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	212	181	219
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	595	464	323
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,79	0,80	0,77
ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO PAOLO MERLO LA MADDALENA				
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	1	5	5
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	139	96	0
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	0	0
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,86	0,87	0

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

### Accessi al Pronto Soccorso nei tre PP.OO. aziendali.

In ambito ospedaliero merita menzione l'attività relativa al Pronto Soccorso che è per sua natura una delle aree più problematiche all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e complessa.

Nel 2024 gli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati pari a **63.262** con un incremento del 9,46% rispetto all'anno precedente.

PRONTO SOCCORSO											
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE AZZURRO	CODICE ARANCIONE	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2024	TOTALE ACCESSI ANNO 2023	TOTALE ACCESSI ANNO 2022	DELTA 2024/2023	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL N. 2	1.854	28.248	10.461	13.055	7.969	1.675	63.262	57.793	54.438	9,46%	7,55%
	2,93%	44,65%	16,54%	20,64%	12,60%	2,65%					
PO OLBIA	828	15.804	6.862	9.129	6.456	1.406	40.485	37.188	35.040	8,87%	9,67%
	2,05%	39,04%	16,95%	22,55%	15,95%	3,47%					
PO TEMPIO	798	5.155	2.544	2.167	1.191	190	12.045	11.738	11.747	2,62%	4,54%
	6,63%	42,80%	21,12%	17,99%	9,89%	1,58%					
PO LA MADDALENA	228	7.289	1.055	1.759	322	79	10.732	8.867	7.651	21,03%	2,91%
	2,12%	67,92%	9,83%	16,39%	3,00%	0,74%					

(fonte: SC Area Data Management Asl n. 2 della Gallura)

La distribuzione degli accessi per codice triage mostra una netta prevalenza degli accessi con livello di gravità medio alto, ma il dato più significativo riguarda le differenze tra PS della stessa Asl.

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

Al fine di identificare le misure da attuare in ambito assistenziale e organizzativo, un'importanza rilevante assume l'analisi degli *eventi sentinella*, *degli eventi avversi* e dei *"near miss"*, ovvero i *quasi eventi*.

E' possibile infatti, attraverso un costante monitoraggio e un'analisi delle cause che li hanno prodotti, intervenire per ridurre le probabilità che tali eventi si ripetano e per attenuarne gli esiti in termini di gravità, pianificando le azioni correttive per la riduzione del rischio.

Si sottolinea l'importanza dell'approccio sistemico alla materia, determinato dalla consapevolezza che nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è dato dall'interazione delle diverse componenti del sistema, quali: *fattori organizzativi*, *fattori*

*tecnologici, fattori strutturali, fattori umani e tipologia di utenza.* Pertanto, l'errore è da considerare imputabile non al singolo professionista o all'equipe ma come "difetto del sistema".

Nel 2023, il sistema di segnalazione, incident reporting, ha visto l'avvio della registrazione delle segnalazioni cartacee sulla piattaforma dedicata per il Sistema Informativo regionale Monitoraggio Errori in Sanità (SIRMES). Il modesto numero delle segnalazioni ha evidenziato la necessità di riprendere la formazione del personale sui temi cardine del Rischio Clinico e sull'importanza delle segnalazioni che rappresentano una preziosa fonte di apprendimento dagli errori.

L'avvio del progetto formativo regionale per la *Rete dei referenti facilitatori per il rischio clinico e rischio infettivo*, a fine 2023, ha dato un nuovo impulso ai professionisti sanitari formati (anche se in numero limitato), che ha portato nel 2024 ad un incremento delle segnalazioni, a dimostrazione che la sensibilizzazione sull'importanza della qualità e sicurezza delle cure passa attraverso la formazione.

Inoltre ha permesso agli stessi di sperimentare l'utilizzo della piattaforma per il caricamento in autonomia delle segnalazioni, ma questa attività richiede approfondimenti ed un supporto costante. Si auspica la ripresa del percorso formativo entro la fine dell'anno.

SEGNALAZIONI PER CATEGORIA	2023		2024	
	Segnalazioni	E. Sentinella	Segnalazioni	E. Sentinella
CADUTE	14	0	31	
AGGRESSIONI	5	0	19	
ERRORI TERAPIA	1	0		1
MANCATA/ERRATA IDENTIFICAZIONE	5		21	
PREPARAZIONE PAZIENTE CHIRURGICO			8	
ETICHETTATURA CAMPIONI BIOLOGICI	3		6	
MANCATO RISPETTO PROCEDURE SANIT.	5		2	
ALTRO	2	0	13	
<b>TOTALE</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>

Fonte segnalazioni SIRMES

La categoria di evento maggiormente rappresentata è quella delle *Cadute dei pazienti*, e dall'analisi delle segnalazioni si evince che spesso i fattori contribuenti all'evento sono da ricondursi alle condizioni cliniche del paziente (cd. *fattori intrinseci*).

A seguire per numerosità, le *aggressioni ed episodi di violenza* ai danni del personale sanitario, prevalentemente a carico degli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e dei Pronto Soccorso. Il 2024 ha visto anche la segnalazione di altre categorie di eventi.

Le restanti segnalazioni hanno riguardato principalmente problematiche di tipo organizzativo, quali carenze di personale, di comunicazione, carenze di protocolli e percorsi condivisi fra le varie Strutture e Servizi aziendali ed extra aziendali.

La reportistica evidenzia una provenienza delle segnalazioni disomogenea fra le varie unità operative aziendali.

CLASSIFICAZIONE EVENTI		
	2023	2024
EVENTI CON DANNO	9	15
EVENTI SENZA DANNO	19	55
NEAR MISS	4	30

SUDDIVISIONE PER SEDE EVENTI		
	2023	2024
PO GIOVANNI PAOLO II	28	88
PO PAOLO DETTORI	6	9
PO PAOLO MERLO	1	1

CLASSIFICAZIONE EVENTI		
	2023	2024
Totale		100

SUDDIVISIONE PER SEDE EVENTI		
	2023	2024
STRUTTURE territoriali	0	2

La attività per la gestione del Rischio clinico poste in essere sono strettamente correlate alle indicazioni del "Centro regionale per il Risk Management" di ARES, che esplica funzioni di supporto e coordinamento finalizzate all'applicazione delle linee di indirizzo nelle aziende del Sistema sanitario regionale.

Tra queste, costituiscono una preziosa fonte di informazioni, il monitoraggio e la reportistica di:

- Incident reporting;
- Segnalazioni di eventi sentinella;
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza del paziente;
- Check-list di sala operatoria;
- Sistemi di monitoraggio aziendale delle Infezioni correlate all'assistenza;
- Sinistri;
- Atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Si segnala inoltre che, conformemente a quanto richiesto dall'ARIS, la SSD Qualità, Risk Management ha provveduto a compilare nella piattaforma AGENAS il questionario concernente gli adempimenti del DM 19 dicembre 2022 ovvero i dati ai relativi alle strutture accreditate ai sensi dell'art. 8 quater D.lgs. n. 502/1992 e art. 29 L.R. n. 24/2020, utilizzando i dati trasmessi da tutte le UU.OO. coinvolte e i dati relativi alla sicurezza e al rischio clinico.

#### **SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO.**

Nella tabella sottostante si indicano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico. Tali dati sono oggetto di pubblicazione nel sito istituzionale ai sensi dell'art. 4, comma 3, della L. 24/2017.

ANNO	SINISTRI APERTI	SINISTRI LIQUIDATI	RISARCIMENTI EROGATI
2020			
2021			
2022	10	0	0
2023	16	0	0
2024	2	0	0
<b>TOTALE</b>			

Fonte: Staff di Direzione Funzione legale

\*Nota: in attesa dei dati del 2020-2022 di competenza di ATS Gestione Liquidatoria

#### **5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagnia assicuratrice	Premio	Franchigia
2019 2020	31.07.2019 31.07.2020	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 17.176.282,05	€ 100.000,00
2020 2021	31/07/2020 31/07/2021	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 18.394.281,80	€ 100.000,00
2021 2022	31/07/2021 31/07/2022	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 18.394.281,80	€ 100.000,00

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagnia assicuratrice	Premio	Franchigia
2022 2023	31/07/2022 – 29/12/2023	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 30.606.040.20	€ 100.000,00
2024	29/12/2023 29/12/2024	RCTO BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL	Quota ASL n. 2 Gallura € 2.025.494,88	25%

Fonte: Staff di Direzione Funzione legale – ARES (SC Area Legale – Dipartimento Acquisti).

\*Nota: gli anni dal 2019 al 2023 vedono il premio annuale a cavallo a due annualità ed è relativo all'ATS Sardegna non vi è un parziale riferito alle singole zone per la Asl n. 2 Gallura istituita dal 1 gennaio 2022. Il Premio del 2024 è relativo alla quota ASL Gallura.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	SSD QRM	DG	DMP	Area Data Management
Redazione Piano	R	I	C	C
Adozione Piano con delibera	C	R	I	I
Monitoraggio Piano	R	I	C	C

## 7. OBIETTIVI ANNO 2025

Uno degli obiettivi del presente documento è introdurre un focus sull'introduzione della "**cultura non colpevolizzante**" (cd. *no blame culture*), delineando un percorso formativo che miri d'ora in avanti a trasferire a tutti gli operatori le conoscenze principali in materia.

Di seguito si dettano gli obiettivi aziendali individuati nell'ambito dell'Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio e assegnati alle strutture aziendali.

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire l'implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di dipartimento o Area	N° di segnalazioni nel SIRMES da parte delle unità operative sanitarie ospedaliere
	Redazione di una FMEA per Area

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	Numero di interventi con SISPAC correttamente compilata/Numero totale di interventi

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire la partecipazione ai corsi di formazione per le infezioni ospedaliere di cui al PNRR M6C2 2.2 b), PNRR M6C2 1.3.1 b) e della formazione obbligatoria (sicurezza, strategica, etc)	% di partecipanti al corso infezioni ospedaliere del PNRR M6C2 2.2 b)

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Promuovere le attività formative al fine di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il governo del rischio clinico e dell'organizzazione delle cure	Predisposizione di un protocollo antiaggressione in collaborazione con RSPP entro il 31/12

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire l'adempimento degli obblighi normativi di cui al D.Lgs 81/2008 ss.mm.ii. in materia di prevenzione, protezione e di sicurezza nei luoghi di lavoro	Numero corsi di formazione art. 37 DLgs 81/2008 erogati /numero totale di corsi di formazione art. 37 DLgs 81/2008 programmati

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire la regolamentazione e l'adeguamento procedurale per l'attuazione dei processi organizzativi funzionali alle scelte strategiche aziendali	Revisione di tutte le procedure aziendali nel rispetto della nuova modulistica approvata con deliberazione n. 294 DEL 28/05/2025.

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Garantire la definizione di un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possano comportare reazioni avverse alla trasfusione	Definizione di un progetto operativo con l'identificazione di strumenti (braccialetti identificativi) e procedure di identificazione del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali

## **8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO DI FORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA.**

La Regione Sardegna nell'ambito del PRP (Piano Regionale Prevenzione) anno 2020/2025 ha previsto il programma predefinito denominato PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico Resistenza" nel quale sono declinati gli obiettivi strategici. In coerenza con quanto indicato dalle "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e per la lotta all'antimicrobico resistenza (AMR)" allegate alla DGR n. 34/11 del 03.07.2018" il Programma definisce obiettivi, modalità, responsabilità e indicatori individuati a livello aziendale e finalizzati alla prevenzione, mitigazione e gestione delle ICA.

La ASL Gallura intende consolidare e implementare le Azioni previste dal PRP declinate attraverso il "Programma annuale di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo delle ICA e delle MRA" adottato dal Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), con l'obiettivo di:

- garantire il funzionamento e le riunioni periodiche del (CICA), aggiornato con Deliberazione del DG n°919 del 25.10.2024;
- promuovere il "Corso di formazione in infezioni ospedaliere", avviato ad aprile 2024: proseguono in tal senso le attività di promozione e monitoraggio sulla partecipazione del personale ospedaliero ai corsi per il raggiungimento dell'obiettivo finale al 30.06.2026;
- attuazione del programma PP10 del Piano Regionale di Prevenzione anno 2020-2025: di recente l'ASL Gallura grazie alle risorse regionali appositamente stanziare e assegnate, ha provveduto all'acquisto dei supporti letto per il gel idroalcolico destinati agli ospedali della Gallura, con la finalità di implementare la procedura sul lavaggio delle mani tra gli operatori sanitari, con particolare riferimento ai 5 momenti previsti

dall'OMS; inoltre al fine di sensibilizzare l'utenza, sono state acquistate e allocate nelle aree di accesso dei tre presidi ospedalieri, piantane airless per l'erogazione del gel alcolico.

Il Cica con il suo Gruppo operativo è costantemente impegnato nel promuovere la procedura sul lavaggio delle mani e su tutte le precauzioni standard e aggiuntive con re-training formativo effettuato in occasione delle varie edizioni sul Modulo B del Corso sulle Infezioni ospedaliere. Inoltre, in occasione della giornata mondiale sul lavaggio delle mani prevista dall'OMS, ha promosso la diffusione di poster informativi e organizzato in collaborazione con l'Associazione di Volontariato Ospedaliero (AVO) l'iniziativa mirata all'utenza mediante utilizzo del Box pedagogico.

È in corso la procedura di acquisto per poster e brochure con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione per attuare misure di contrasto all'antimicrobico-resistenza e contestualmente la pianificazione di eventi formativi dedicati ai Medici del territorio che si auspica possano essere realizzati entro il 2025.

A partire dal 2024 il CICA è impegnato nel monitoraggio e controllo delle infezioni del sito chirurgico, piano di sorveglianza che vede coinvolte le tre strutture chirurgiche dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia.

- definizione delle Procedure Aziendali relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: a cura del CICA – GO è in corso la stesura/revisione di procedure e istruzioni operative che mirano a migliorare l'appropriatezza assistenziale in tema di rischio infettivo con la finalità di contenere le ICA.

Il Cica si avvale delle segnalazioni dei germi sentinella tramite la piattaforma Mercurio, ne elabora i dati e attua azioni correttive mirate alla prevenzione della diffusione delle infezioni da MDR, in collaborazione con i Direttori e Coordinatori delle UUOO interessate.

Il CICA attua periodicamente ulteriori azioni preventive mediante controlli colturali di superfici nelle aree a medio e alto rischio quali ad es. Centro trasfusionale, blocco operatorio, rianimazione ecc. e di apparecchiature elettromedicali critiche (es. endoscopi).

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate	Monitoraggio e/o contenimento delle ICA

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il documento PARS 2025, approvato ed adottato con deliberazione del Direttore Generale, verrà pubblicato sul sito intranet aziendale alla sezione Qualità e Risk Management a disposizione per la consultazione e stampa da parte di tutti gli operatori;

Il documento verrà pubblicato anche sul sito web istituzionale della ASL GALLURA.

Copia del file verrà inviato ai direttori di Dipartimento, di Presidio, di Distretto per la successiva diffusione alle UU.OO afferenti attraverso la e-mail aziendale.

## 10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Dlgs. 30 dicembre 1992 n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";

- Deliberazione n. 43/17 DEL 7.12.2023 - Adozione "Aggiornamento delle Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico (deliberazione di Giunta regionale n. 38/28 dell'8.8.2017) alla luce della riforma del Sistema Sanitario Regionale (L.R. n. 24 del 11.09.2020)". Deliberazione del Direttore generale di ARES n. 126 del 30.5.2023.
- D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e ss.mm.ii.;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del SIMES;
- Delibera DG ASL Gallura n. 1109 del 20/12/2024 "Adozione progetto aziendale "Programma PP10 del PRP 2020/2025. Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza";
- Delibera DG ASL Gallura n. 614 del 17/07/2024 "Adozione Regolamento aziendale che disciplina le funzioni degli Organismi Aziendali (CICA e GO) deputati alla prevenzione, sorveglianza e controllo del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e lotta all'antimicrobico resistenza (AMR) - Approvazione del Programma Annuale di Prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza - Anno 2024";