

 ASL Gallura Azienda socio-sanitaria locale SSD Qualità, Risk Management	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)	PARS 2026 Rev. 01 Pag. 1/16
--	---	--

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) ASL GALLURA

	Nome e funzione	Firme
REDAZIONE Gruppo di Lavoro	-Coordinatore Staff Direzione Dott.ssa Pinuccia Mazzone -Responsabile SSD Qualità, Risk Management Dott.ssa Elvira Anna Solinas - Medico legale in formazione specialistica Dott.ssa Sara Mariotti - in collaborazione con il CICA (Presidente: dott.ssa Piera Pallazzoni) e con gli affari legali (Avv. Maria Assunta Luciano)	
VERIFICA	-Direttore Sanitario Dott. Roberto Passaro -Direttore Amministrativo Dott. Michele Baffigo	
VERIFICA FORMALE DI QUALITA'	-SSD Qualità, Risk Management	
APPROVAZIONE - VALIDAZIONE - EMISSIONE	-Direttore Generale Ing. Antonio Irione	

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	3
2. AMBITO DI APPLICAZIONE	3
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	11
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	11
7. OBIETTIVI ANNO 2026.....	12
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO DI FORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA.	13
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	15
10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	15

1. Premessa

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) rappresenta uno dei principali strumenti di Clinical Governance, attraverso il quale vengono definite le strategie e gli obiettivi finalizzati alla gestione del rischio clinico e del rischio infettivo. Il documento si basa sull'analisi delle attività svolte nell'anno precedente e sulla programmazione degli interventi da realizzare nell'anno in corso, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di eventi avversi, contenere la sinistrosità aziendale e promuovere il miglioramento continuo della qualità delle cure.

Il PARS costituisce, pertanto, lo strumento di pianificazione e coordinamento delle politiche aziendali per la sicurezza delle cure, orientando interventi finalizzati alla prevenzione e alla gestione dei rischi lungo tutto il percorso assistenziale. Tale approccio coinvolge l'intera organizzazione, valorizzando il contributo di tutti i professionisti sanitari e promuovendo la partecipazione attiva dei pazienti.

Il Risk Management ha un ruolo centrale nel raggiungimento degli obiettivi del PARS attraverso il processo di gestione della sicurezza delle cure, inteso come processo sistematico che integra gli aspetti clinici e strategico-organizzativi, e prevede l'identificazione, l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi, a tutela di pazienti e operatori.

Attraverso una gestione strutturata del rischio, si pongono al centro i bisogni dei cittadini, favorendo la collaborazione multidisciplinare tra gli operatori sanitari e la diffusione di una cultura della responsabilità condivisa e del miglioramento continuo.

In questa prospettiva, l'Azienda Socio-sanitaria - ASL n. 2 Gallura orienta la propria azione al perseguimento della sicurezza delle cure, riconosciuta dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco) come elemento costitutivo del diritto alla salute e interesse primario sia dell'individuo sia della collettività. Il raggiungimento di tale obiettivo richiede una gestione integrata del rischio, fondata non solo sull'adozione delle migliori pratiche cliniche, ma anche sulla sicurezza degli ambienti di lavoro, sull'applicazione di adeguate misure di protezione per gli operatori, su un'efficace comunicazione con il paziente e su un'attenta gestione del contenzioso e delle possibili ricadute sull'immagine aziendale.

La Legge Gelli-Bianco attribuisce inoltre particolare rilievo agli strumenti di gestione del rischio clinico, prevedendo la tutela della documentazione prodotta nell'ambito delle attività di prevenzione e analisi degli eventi avversi. Tra queste rientrano gli audit clinici, i sistemi di *Incident Reporting (IR)* e le altre metodologie finalizzate allo studio dei processi assistenziali, strumenti essenziali per favorire l'apprendimento organizzativo, individuare le criticità e promuovere il miglioramento della sicurezza delle cure.

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 2023-2024-2025. I dati antecedenti agli anni appena citati, 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 superata 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 con ruolo di "centrale di committenza" deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR.

Nell'Atto aziendale ASL n. 2 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'ASL n. 2 Gallura contribuisce alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, promuovendo la tutela della salute e il benessere della popolazione nel territorio di competenza, in collaborazione con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. La sua attività è orientata a garantire servizi sanitari di qualità, appropriati e continui, perseguendo il miglioramento dello stato di salute dei cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e dei principi di efficacia, efficienza e sostenibilità.

Nel rispetto di tali principi, l'ASL n.2 Gallura svolge quindi la propria attività attraverso i seguenti servizi direttamente gestiti:

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

- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

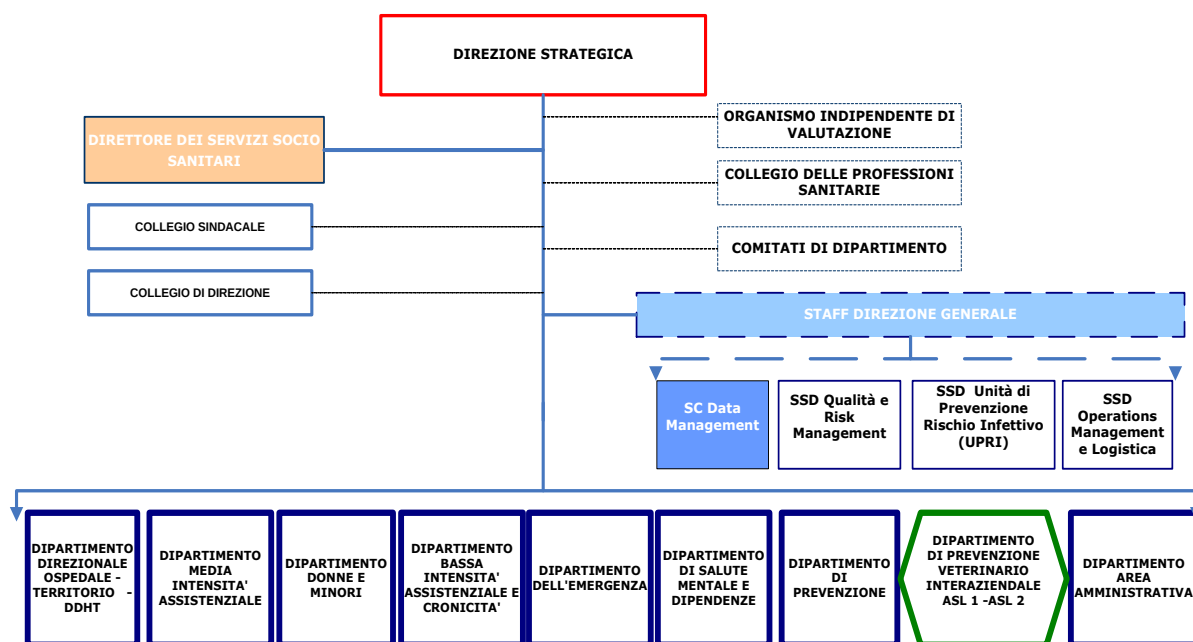
I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l'Azienda ispira l'azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- 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.

In riferimento all'organizzazione aziendale, si richiama l'Atto Aziendale che è il documento di riferimento 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 approvato formalmente dalla Giunta Regionale.

Nel caso dell'ASL Gallura, l'Atto Aziendale attualmente in vigore è stato adottato in via definitiva con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24 febbraio 2023. Il documento 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 dai seguenti **tre presidi ospedalieri**, le cui Unità Operative risultano afferenti a 5 diversi dipartimenti, suddivisi per intensità di cure:

- 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** afferenti al Dipartimento Direzionale Ospedale-Territorio (DDHT):

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

e in due ulteriori **Dipartimenti**:

- Prevenzione;
- 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 posti letto (PL).

Dati Strutturali e di Attività aggregati

Nell'anno 2025 si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'ASL Gallura rispetto all'anno precedente. Il numero complessivo di dimissioni per acuti diminuisce, e di conseguenza si riduce anche il corrispondente volume complessivo di giornate di degenza. Nello specifico, le dimissioni in regime di ricovero ordinario diminuiscono di 469 casi mentre le giornate di degenza passano da 53.708 dell'anno 2024 a 51.783 del 2025. Con riferimento all'attività di ricovero dei DRG CH in regime ordinario per il biennio 2025-2024 questa si conferma costante con appena meno 0,2% e si rileva un trend in forte riduzione per i DRG MD del 11,8%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2025-2023 evidenzia una diminuzione dei DRG CH del 4,7%, mentre per i DRG MD la riduzione raggiunge la soglia del 18%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO ASL GALLURA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	241	244	304
ORDINARIO	TOTALE CASI	6.054	6.523	6.969
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.655	4.142	4.456
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.322	2.327	2.437
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	38,35%	35,67%	34,97%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,42%	9,31%	9,18%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,42%	14,00%	13,17%
ORDINARIO	GG DEGENZA	51.783	53.708	55.111
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,6	8,2	7,9
ORDINARIO	PUNTI DRG	6.847	7.263	7.728
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,13	1,11	1,11
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	8,23%	7,66%	7,96%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	81,30%	79,60%	80,20%

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

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Giovanni Paolo II OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	178	172	166
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.095	3.495	3.725
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.232	2.244	2.236
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,13	1,12	1,11

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

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Paolo Dettori TEMPIO				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	47	56	108
ORDINARIO	DRG MEDICI	374	427	448
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	90	81	199
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,15	1,14	1,16

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

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO Paolo Merlo LA MADDALENA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	16	16	30
ORDINARIO	DRG MEDICI	186	220	283
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	0	2	2
ORDINARIO	PESO MEDIO	1	0,96	0,93

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

L'analisi dell'attività ospedaliera rileva per gli accessi in Day Hospital una diminuzione passando dai 9.041 dei primi dodici mesi del 2024 ai 8.844 del 2025; diminuiscono anche i casi dai 2.828 del 2024 ai 2.743 del 2025 (-3%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2025-2024 si osserva un calo dei DRG CH del 2,6%, e la stessa tendenza si conferma anche per i DRG MD del 3,4%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2025-2023 per i DRG CH si registra una crescita rilevante del 22,03%, ma è opportuno tenere in considerazione che il dato su base triennale potrebbe risentire di una bassa numerosità della casistica, mentre per i DRG MD la casistica è sostanzialmente stabile con appena un meno 0,2%.

ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL - ASL GALLURA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	22	26	32
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	8.844	9.041	8.333
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.539	1.593	1.536
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.202	1.234	985
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REG.	2,92%	2,58%	3,25%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,53%	13,93%	15,67%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2.144	2.213	1.921
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,78	0,76

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

ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA				
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	13	15	15
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.250	1.242	1.259
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	693	639	521
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,77	0,74
ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO PAOLO DETTORI TEMPIO				
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	8	12	12
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	203	212	181
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	509	595	464
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,79	0,79	0,80

ATTIVITA' DI RICOVERO DI DAY HOSPITAL - PO PAOLO MERLO LA MADDALENA				
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	1	1	5
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	86	139	96
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	0	0
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,90	0,86	0,87

(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 2025 gli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati pari a 67.281 con un incremento del 6,35% rispetto all'anno precedente.

PRONTO SOCCORSO									
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE AZZURRO	CODICE ARANCIONE	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2025	TOTALE ACCESSI ANNO 2024	DELTA 2025/2024	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL Gallura	1.970	30.137	21.097	12.429	1.648	67.281	63.262	6,35%	6,50%
	2,93%	44,79%	31,36%	18,47%	2,45%				
PO OLBIA	1.088	16.547	12.673	9.974	1.359	41.641	40.485	2,86%	8,80%
	2,61%	39,74%	30,43%	23,95%	3,26%				
PO TEMPIO	729	5.367	5.259	2.014	210	13.579	12.045	12,74%	3,59%
	5,37%	39,52%	38,73%	14,83%	1,55%				
PO LA MADDALENA	153	8.223	3.165	441	79	12.061	10.732	12,38%	1,83%
	1,27%	68,18%	26,24%	3,66%	0,66%				

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

La distribuzione degli accessi per codice triage mostra un leggero aumento degli accessi con livello di gravità medio-alto (52%) e medio-basso (48%) con l'esclusione dei "traumi" o "inviati dal medico di famiglia", 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 individuare e implementare misure assistenziali e organizzative volte a garantire la sicurezza del paziente e a rafforzare la gestione del rischio clinico, riveste un ruolo fondamentale l'analisi delle segnalazioni pervenute al Sistema Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIRMES) e/o tramite *Incident Reporting (IR)*.

L'analisi consente di classificare gli eventi segnalati nelle seguenti categorie:

- **Eventi sentinella (ES):** eventi avversi di particolare gravità, generalmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che richiedono un'immediata analisi delle cause e l'adozione di interventi correttivi;
- **Eventi avversi (EA) / eventi senza danno:** gli eventi avversi sono episodi correlati all'assistenza sanitaria che determinano un danno al paziente, mentre gli eventi senza danno sono situazioni in cui l'evento si verifica ma non produce conseguenze cliniche, pur evidenziando una criticità del sistema;
- **Near miss (NM) o quasi eventi:** errori o circostanze potenzialmente in grado di causare un danno al paziente, ma che non lo determinano grazie a un intervento tempestivo, a fattori casuali o al funzionamento delle barriere di sicurezza.

Il monitoraggio sistematico di tali eventi, unitamente all'analisi delle cause che ne hanno determinato il verificarsi, rappresenta uno strumento essenziale per individuare le criticità del sistema assistenziale, ridurre la probabilità di ricorrenza degli eventi e limitarne gli effetti in termini di gravità. Tale processo consente, inoltre, di pianificare e attuare azioni correttive e preventive finalizzate al miglioramento continuo della qualità delle cure e alla riduzione del rischio clinico.

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 aveva visto l'avvio della registrazione delle segnalazioni cartacee di IR sulla piattaforma dedicata per il Sistema Informativo regionale Monitoraggio Errori in Sanità (SIRMES). Il modesto numero delle segnalazioni evidenziava 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, aveva dato un nuovo impulso ai professionisti sanitari formati (anche se in numero limitato), che ha portato nel 2024 e nel 2025 ad un incremento delle segnalazioni, a dimostrazione che la sensibilizzazione sull'importanza della qualità e sicurezza delle cure passa attraverso la formazione e attraverso l'implementazione di una cultura *no blame*. Inoltre ha permesso agli stessi di sperimentare l'utilizzo della piattaforma SIRMES per il caricamento in autonomia delle segnalazioni, attività che richiede comunque ulteriori approfondimenti ed un supporto costante.

SEGNALAZIONI PER CATEGORIA	2023		2024		2025	
	Segnalazioni	E. Sentinella	Segnalazioni	E. Sentinella	Segnalazioni	E. Sentinella
CADUTE	14	0	31	0	47	0
AGGRESSIONI	5	0	19	0	22	1
ERRORI TERAPIA / ES. STRUMENTALI	1	0	0	1	5	0
MANCATA/ERRATA IDENTIFICAZIONE DEL PZ	5	0	21	0	3	0
GESTIONE PAZIENTE CHIRURGICO/OSTETRICA	0	0	8	0	7	0
RITARDO GESTIONE PZ URGENTE	0	0	0	0	2	0
ETICHETTATURA CAMPIONI BIOLOGICI	3	0	6	0	7	0
MANCATO RISPETTO PROCEDURE SANIT.	5	0	2	0	5	0
MANCATA/ERRATA COMPILAZIONE DOC. SANITARIA	0	0	0	0	1	0
ALTRO	2	0	13	0	1	0
TOTALE	35	0	100	1	100	1

(fonte: segnalazioni SIRMES e mail di IR)

CLASSIFICAZIONE EVENTI 2025	n.	% ¹	Di cui/n. cadute	% cadute ¹	Principali fattori causali/contribuienti ²	Fonte del dato
NEAR MISS	21	63,7%	0	0	Strutturali= Organizzativi= 4 Individuali ³ = Più di un fattore contribuente=	I.Reporting/SIRMES
EVENTI AVVERSI	11	33,3%	9	27%	Strutturali= Organizzativi/Individuali ³ =8 Più di un fattore contribuente=	I.Reporting/SIRMES
EVENTI SENTINELLA	1	3%	0	0	Strutturali= Organizzativi= Individuali ³ =1 Più di un fattore contribuente=	I.Reporting/SIRMES
TOTALE	33	100%	9	27%		

(1) Sul totale degli eventi complessivi verificatisi nel 2025 (EA+ES+NM).

(2) Strutturali, Tecnologici, Organizzativi (comprendenti Procedure/Comunicazione).

(3) Indica quelle particolari condizioni del paziente che hanno contribuito, più di altri fattori, al verificarsi dell'evento o della caduta.

La categoria di evento maggiormente rappresentata è quella delle *Cadute dei pazienti*, soprattutto nei reparti internistici, e dall'analisi delle segnalazioni si evince che spesso i fattori contribuienti all'evento sono da ricondursi alle condizioni cliniche del paziente (cd. *fattori individuali*) e solo in alcuni casi a fattori strutturali.

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 2025 ha visto anche la segnalazione di ulteriori 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.

CLASSIFICAZIONE EVENTI			
	2023	2024	2025
EVENTI CON DANNO	9	15	12
EVENTI SENZA DANNO	19	55	67
NEAR MISS	4	30	21
TOTALE	32	100	100

(fonte: segnalazioni SIRMES e mail di IR)

SUDDIVISIONE PER SEDE EVENTI			
	2023	2024	2025
PO GIOVANNI PAOLO II	28	88	86
PO PAOLO DETTORI	6	9	8
PO PAOLO MERLO	1	1	1
STRUTTURE territoriali	0	2	5

(fonte: segnalazioni SIRMES e mail di IR)

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 (SISPAC);
- Sistemi di monitoraggio aziendale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- Sinistri;
- Atti di violenza contro gli operatori sanitari.

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	0	0	0
2021	0	0	0
2022	10	0	0
2023	16	0	0
2024	2	0	0
2025	18	2	2
TOTALE	46	2	2

(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
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
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%
2025	29/12/2024 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	Medico legale	Funzione legale	Area Data Management
Redazione Piano	R	I	C	C	C	C
Adozione Piano con delibera	C	R	I	C	C	I
Monitoraggio Piano	R	I	C	C	C	I

R=responsabile

C= coinvolto

I= informato

7. OBIETTIVI ANNO 2026

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

Di seguito si dettagliano 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	Numero di segnalazioni (<i>Near Miss</i> ed Eventi Avversi) per 1000 giornate di degenza
Garantire il governo dei processi di Risk Management al fine di ridurre il rischio clinico e dei processi di Health Technology Assessment	Incidenza di infezioni nosocomiali (es. infezioni del sito chirurgico, polmoniti da ventilazione)
	Monitoraggio delle cadute con danno all'interno dei reparti.
	% di azioni correttive implementate
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)
	% di partecipanti al corso per l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario del PNRR M6C 2 1.3.1 (b))
Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	Numero di interventi con SISPAC correttamente compilata/Numero totale di interventi
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 di sopralluoghi effettuati/numero dei sopralluoghi programmati
	Elaborazione DVR per rischio specifico
	Numero pareri elaborati/numero totale pareri richiesti*100
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	Censimento e mappatura Piani di Emergenza e evacuazione (PEE) - Numero strutture censite/numero totale strutture asl *100
	Rapporto tra PEE redatti/aggiornati e PEE necessari - Numero PEE redatti ex novo +PEE vetusti aggiornati / Numero totale PEE mancanti o da aggiornare *100
	Formazione base FOR3 Addetti antincendio - Numero dipendenti che hanno concluso il corso FOR 3/Numero totale dei dipendenti individuati nel piano formativo *100

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE
	Numero di addetti che hanno effettuato l'aggiornamento FORM 3/numero totale degli addetti con certificato scaduto/in scadenza*100
	Esercitazioni di emergenza - Numero prove di evacuazione effettuate con verbale/ numero totale dei presidi ospedalieri ASL *100
Garantire la sorveglianza sanitaria dei dipendenti nell'ambito della tutela sui luoghi di lavoro	Aggiornamento del DVR STRESS LAVORO CORRELATO
Garantire la corretta predisposizione dei certificati di infortunio/malattia professionale e relativa denuncia INAIL	N° di registrazioni e analisi effettuate/numero totale di registrazioni da effettuare
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

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

La Regione Sardegna con la delibera n. 31/14 del 17/06/2026 nell'ambito dell'approvazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2026-2031 ha disposto la proroga, per tutto il 2026, dei programmi predefiniti e liberi del PRP 2020/2025. Quest'ultimo 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.

A seguito dei recenti cambiamenti organizzativi regionali e aziendali, l'ASL Gallura sta provvedendo all'aggiornamento della delibera di composizione del Comitato per le Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) che, risulta composto dal Direttore medico di Presidio in qualità di Presidente, Igienista, Microbiologo, Infettivologo, Infermiera Specialista del Rischio Infettivo (ISRI), Farmacista ospedaliero, Responsabile Servizio Tecnico, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Manager, Referente delle Professioni Sanitarie, Medico Competente, Rappresentante Dipartimenti ospedalieri, Medico Assistenza territoriale e UVT, Infermiere esperto in assistenza territoriale, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), Funzionario Amministrativo con compiti di segreteria.

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" e secondo quanto stabilito anche dal Programma Predefinito PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza" del Piano Nazionale di Prevenzione, il presente Programma definisce obiettivi, modalità, responsabilità e indicatori individuati a livello aziendale e finalizzati alla prevenzione, mitigazione e gestione delle ICA.

Il Programma 2025-2027 delle Infezioni Correlate all'assistenza dell'ASL Gallura intende proseguire nel percorso intrapreso e consolidare le azioni già previste e implementate nel precedente Programma, nel Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025 e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).

Dette azioni mirano a:

- 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo mediante:
 - a) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
 - b) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.
- 2) 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

Si illustrano di seguito le azioni del programma avviate dal CICA-GO a partire dal 2024, realizzate e/o in corso di realizzazione/consolidamento:

- Incontri periodici CICA-GO (Gruppo Operativo);
- Promozione dell'adozione di un canale di comunicazione virtuale per la diffusione formale delle attività del CICA mediante attivazione della casella di posta elettronica dedicata al CICA (2024);
- Partecipazione attiva alla ricorrenza internazionale per la Giornata mondiale per l'igiene delle mani, promossa dall'OMS, dedicata all'importanza dell'igiene per la prevenzione delle ICA (edizione 2024 -2025- 2026-2027);
- Partecipazione alla giornata mondiale per l'utilizzo appropriato degli antibiotici con la realizzazione di poster e locandine acquistate con i fondi del programma PP10 del PRP 2020-2025, distribuite nelle strutture ospedaliere e territoriali (2025);
- Utilizzo dei fondi PP10 per l'acquisto di beni da utilizzare nell'ambito delle azioni di miglioramento attraverso corsi formativi rivolti al personale sanitario (ospedaliero e territoriale), mirati alla diffusione delle misure di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (2024-2025-2026);
- Attività di progettazione e realizzazione di *re-training* formativo sull'implementazione delle precauzioni standard e aggiuntive nei reparti di degenza (2024 -2025 -2026- 2027);
- Attività di promozione e consulenze dei moduli formativi A-B-C del corso PNRR sulle Infezioni Ospedaliere (2024-2025 -2026);
- Partecipazione dei Componenti CICA al Corso formatori aziendali in Infezioni Ospedaliere (Modulo D – 2024-2025);
- Realizzazione di 25 edizioni del corso "modulo B" in forma residenziale per un totale di 815 operatori sanitari ospedalieri formati nell'ambito del corso PNRR sulle Infezioni Ospedaliere: formazione sulle precauzioni standard e aggiuntive e sull'antibiotico resistenza ad integrazione dei filmati proiettati al personale sanitario ospedaliero (2024-2025 -2026);
- Raggiungimento target PNRR per ASL Gallura del 102% fissato al 30 giugno 2026. Realizzazione n. 4 edizioni del Corso Formativo Aziendale sulla gestione dei rifiuti sanitari presso i PP.OO. della Gallura: utilizzo delle Precauzioni Standard (4 ed. nel 2025 – 4 ed. previste per il 2026);
- Monitoraggio e gestione ospedaliera delle segnalazioni di germi sentinella e MDRO tramite Piattaforma Mercurio (2024-2025-2026-2027);

- Monitoraggio e gestione delle notifiche delle malattie infettive da inviare al SISP ad implementazione della procedura CICA sulla gestione e notifica delle malattie infettive e diffuse (2024-2025-2026);
- Stesura, revisione e diffusione di Procedure e Istruzioni Operative e pubblicazione nel sito intranet aziendale dedicato al CICA (2024-2025 –2026-2027);
- Promozione ed esecuzione da parte di referenti individuati del CICA-GO al Corso FAD per formatori degli osservatori dell'adesione alla pratica dell'igiene delle mani, offerto dall'Istituto Superiore di Sanità (2025-2026);
- Monitoraggio consumo gel idroalcolico e successiva condivisione dei dati alle UUOO ospedaliere dei PP.OO. (2024-2025-2026-2027);
- Monitoraggio ambientale relativo alle sanificazioni delle superfici e dispositivi elettromedicali con l'utilizzo del bioluminometro ad implementazione della procedura emanata dal CICA sulla sanificazione delle superfici (2024-2025-2026-2027);
- Progettazione, attuazione e valutazione delle azioni correttive in rapporto alle criticità di igiene ospedaliera riscontrate ad implementazione delle procedure standard e aggiuntive nella prevenzione delle ICA (2024-2025-2026-2027);
- Indagini microbiologiche sulle superfici c/o il Centro trasfusionale (2024-2025-2026-2027);
- Indagini microbiologiche c/o l'endoscopia attraverso le analisi degli endoscopi utilizzati (2024-2025-2026-2027);
- Monitoraggio sullo smaltimento conforme dei rifiuti sanitari in ambito ospedaliero ad implementazione della procedura CICA in corso di aggiornamento (2024-2025-2026-2027);
- Consulenze sull'utilizzo dei disinfettanti come da Guida sull'utilizzo degli antisettici e disinfettanti emanata dal CICA (2024-2025-2026-2027);
- Consulenze sui trasporti interni dei pazienti in isolamento ad implementazione delle precauzioni aggiuntive (2024-2025-2026-2027);
- Monitoraggio e Gestione delle Infezioni del Sito Chirurgico (Piano di Sorveglianza 2024-2025-2026-2027);
- Realizzazione di 1 prontuario sull'uso degli antibiotici da diffondere mediante pubblicazione sulla pagina intranet dedicata (in fase di stesura);
- Educazione sanitaria dei pazienti assistiti a domicilio e dei *care giver* a cura del GO (in programmazione 2026-2027).

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il documento PARS 2026, 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

- D Lgs. 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)";

- 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";
- Delibera n. 31/14 del 17/06/2026 - "Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni rep. atti n. 69/CSR del 21 maggio 2026, concernente l'approvazione del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2026-2031. Condivisione della visione, dei principi, delle priorità e della struttura del PNP e impegno all'adozione, in coerenza, del nuovo Piano regionale della prevenzione (PRP) 2026-2031".