



**ASL Oristano**

Azienda socio-sanitaria locale

**SERVIZIO SANITARIO**

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE DI ORISTANO**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 949 DEL 23/12/2025**

Proposta n. PDTD/2025/992 del 18/12/2025

**STRUTTURA PROPONENTE: SSD RISK MANAGEMENT, QUALITA' E FORMAZIONE  
PERMANENTE**

Dott. Gian Franco Puggioni

**OGGETTO: Approvazione procedura aziendale Audit & Feedback (A&F) della ASL n. 5  
di Oristano**

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Ruolo	Soggetto	Firma Digitale
L'istruttore		
Il Responsabile del Procedimento	Dr.ssa Valentina Piga	
Il Direttore della SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	Dr Gian Franco Puggioni	Firma apposta in calce al documento

La presente Determinazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda Socio-sanitaria Locale n. 5 di Oristano

SI [ ]

NO [ X ]

DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO [ ]

La presente Determinazione è soggetta al controllo preventivo ex art. 41 della L.R. N. 24/2020

SI [ ]

NO [ X ]

## **IL DIRETTORE DELLA SSD RISK MANAGEMENT QUALITA' E FORMAZIONE PERMANENTE**

**VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*” e ss.mm.ii.

**VISTE** la L.R. n. 24 del 11/09/2020 “*Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore*” e ss.mm.ii così come integrata e modificata dalla L.R. n. 8 dell’11/03/2025;

**ATTESO** che con Deliberazione del Direttore Generale Asl Oristano n. 26 del 24/01/2023 è stato adottato l’Atto Aziendale definitivo, dichiarato conforme, ai sensi dell’art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, con D.G.R. n. 3/41 del 27/01/2023.

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL n. 5 di Oristano n. 1 del 07/05/2025 con la quale si prende atto del conferimento dell’incarico e la successiva deliberazione n. 209 del 05/11/2025 con la quale si prede atto della proroga dell’incarico;

**RICHIAMATA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 3 del 13.05.2025, avente ad oggetto “*Conferma del funzionigramma aziendale e della definizione e attribuzione di attività, atti e provvedimenti alle SS.CC. e SSD afferenti all’Area di Staff, alla tecnostruttura amministrativa e ai distretti sociosanitari dell’ASL n. 5 di Oristano*”;

**VISTA** la Deliberazione D.G. n. 269 del 15/06/2023, con la quale è stato conferito al Dott. Gian Franco Puggioni, l’incarico di direzione della Struttura Semplice Dipartimentale Risk Management, Qualità e Formazione Permanente, afferente all’Area di Staff della ASL 5 di Oristano;

**DATO ATTO** che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all’oggetto dell’atto, ai sensi della Legge n. 190 del 06/11/2012 e norme collegate.

**RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. di (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n.80 del 05/04/2013);

### **RICHIAMATI**

- il DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- il DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la Legge n. 24/2017 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- il Programma Nazionale Esiti 2025 (PNE);

**CONSIDERATO** che ai fini del miglioramento della qualità nell’assistenza sanitaria sono obiettivi strategici:

- La trasparenza del sistema sanitario nei confronti dei cittadini e dei pazienti e le azioni per promuoverne i diritti;
- Le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;

- Le buone pratiche organizzative;
- La garanzia di una sanità sicura.

**RILEVATA** l'importanza a livello nazionale del programma di rete EASY-NET finalizzato alla valutazione dell'efficacia dell'A&F nel miglioramento di differenti situazioni cliniche in vari contesti organizzativi e normativi, ricorrendo ad un insieme di indicatori principalmente basati sulle banche dati del Servizio sanitario nazionale (SSN).

**PREMESSO** che la SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente dall'anno 2024:

- ha avviato, attraverso un'iniziale attività di formazione su "Metodologia e strategie di implementazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali (PCA/PDTA) nella Asl n.5 di Oristano", la costruzione e implementazione dei PDTA Aziendali per la gestione di specifici problemi di salute (Delibera n. 183 del 20/03/2024);
- ha approvato n. 5 Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) aziendali (Delibera n. 800 del 06/12/2024);
- ha promosso e sta implementando a livello aziendale la metodologia e le strategie per la costruzione dei percorsi clinico assistenziali (PCA/PDTA) nell'ASL di Oristano;

**RILEVATA** l'importanza di monitorare i PDTA aziendali implementati attraverso l'utilizzo della metodologia dell'Audit & Feedback;

**CONSIDERATO** che:

- "*L'audit clinico-organizzativo è un processo di miglioramento della qualità e degli esiti per il paziente attraverso una revisione sistematica della conformità dell'assistenza prestata rispetto a criteri precisi, ed è finalizzato alla realizzazione dei necessari cambiamenti. Attraverso gli audit clinico-organizzativi gli aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente*" ("Principles for Best Practice in Clinical Audit" NICE, 2002 - L'AUDIT CLINICO Ministero della Salute, maggio 2011);
- L'audit clinico ha l'obiettivo di monitorare l'aderenza al PDTA, identificare punti di forza e criticità del processo in esame, definire eventuali azioni di miglioramento attraverso il monitoraggio degli indicatori presenti nel PDTA;
- Il feedback, che si affianca all'audit tanto da comprenderli nel termine unico di Audit & Feedback (A&F), è finalizzato a cambiare i comportamenti nella logica del "rinforzo organizzativo" per perseguire, nella strada di miglioramento continuo della qualità, migliori risultati organizzativi e clinico-assistenziali;

**CONSIDERATA** altresì la partecipazione del team della SSD Risk Management, Qualità e Formazione permanente alla Community of Practice per esperti in Clinical Governance e Audit & Feedback di CERISMAS (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) – Milano (Determina n. 66 del 10/02/2025)

**VALUTATA** l'opportunità di approvare il sopraindicato documento allegato al presente atto, per costituirne parte integrante e sostanziale;

**PRECISATO** che l'applicazione del documento che si approva non comporterà costi aggiuntivi a carico del Sistema Sanitario Regionale;

## **DETERMINA**

*Per i motivi espressi in premessa, che si richiamano integralmente*

- 1. DI APPROVARE** la procedura aziendale Audit & Feedback (A&F) con il Format Report Audit Clinico;
- 2. DI DARE ATTO** che dal presente provvedimento non derivano oneri economici a carico dell'Azienda Sanitaria;
- 3. DI TRASMETTERE** copia della presente Determinazione alla S.C. Affari Generali e Area delle funzioni legali per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line;

**IL DIRETTORE DELLA SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente**  
**Dott. Gian Franco Puggioni**

### **ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE**

### **ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE**

- Procedura Linee Guida Audit & Feedback (A&F) con il Format Report Audit Clinico.

Si attesta che la presente Determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL 5 di Oristano dal 23/12/2025 al 07/01/2026

Il Direttore della Struttura Complessa Servizio Affari Generali e Area delle funzioni legali ASL

5 di Oristano o suo DELEGATO \_\_\_\_\_