

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N°5 DI ORISTANO**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 126 DEL 18/02/2026

Proposta PDTD/2026/136 del 17/02/2026

STRUTTURA PROPONENTE: SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente

Dott. Gian Franco Puggioni

OGGETTO: Aggiornamento della Rete Aziendale dei Facilitatori del Rischio Clinico e Qualità

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 (titolo/qualifica)	Firma Digitale
L'istruttore e Responsabile del Procedimento	Coll.re Amm.vo Valentina Piga	
Il Direttore del Servizio	Direttore SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente d.m. 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 ☒ DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO ☐

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

SI ☐ NO ☒

IL DIRETTORE SSD RISK MANAGEMENT, QUALITÀ 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 della Direttrice Generale della ASL n. 5 di Oristano n. 1 del 07/01/2026 avente ad oggetto: *“Preso d'atto del contratto di prestazione d'opera intellettuale per lo svolgimento dell'incarico di Direttore Generale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale n. 5 di Oristano stipulato tra la Regione Autonoma della Sardegna e la Dott.ssa Grazia Cattina in forza della Delibera di Giunta Regionale n. 68/3 del 31/12/2025.”*

RICHIAMATA la Deliberazione della Direttrice Generale n. 2 del 12/01/2026, 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 n. 269 del 15/06/2023 con la quale è stato conferito al Dott. Gian Franco Puggioni l'incarico di Direzione della SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente;

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);

RICHIAMATA la Delibera del Direttore Generale n. 93 del 15/03/2023 in cui veniva costituita la Rete Aziendale dei Referenti e dei Facilitatori per lo svolgimento delle attività correlate alla prevenzione e alla gestione del Rischio Clinico, alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure e al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 02/04/2015 *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

RICHIAMATO l'art. 1 della Legge n. 208 del 28/12/2015:

- comma n. 522 dal quale si evince che *“Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle*

attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti;

- *comma n. 539 dal quale si evince che "...le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:*

a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari;

b) rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;

d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 46/17 del 22/09/2015 con la quale sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione del Rischio Clinico al fine di implementare un modello di gestione dello stesso che abbia come perno i professionisti che operano all'interno delle strutture sanitarie;

VISTA la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza della cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 38/28 del 8 agosto 2017 con la quale sono state ridefinite le linee di indirizzo per il modello organizzativo del Risk Management che recepiscono quanto disposto dalla legge 8 marzo 2017 n. 24;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 61/28 del 18 dicembre 2018 avente ad oggetto "Progetto formativo di livello regionale per la rete del Risk Management e dei Referenti delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antimicrobico resistenza";

VISTO il nuovo piano di azione globale sulla sicurezza delle cure 2021-2030 (Global Patient Safety Action Plan 2021-2030) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 2/15 del 20 gennaio 2022 avente ad oggetto "Adozione di linee operative per il Risk Management nel Sistema Sanitario Regionale";

VISTA la deliberazione del Direttore Generale ARES Sardegna n. 304 del 27 dicembre 2022 avente ad oggetto "Linee di indirizzo per l'implementazione dell'utilizzo dell'applicativo informatico SIRMES (Sistema

Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) per la segnalazione degli eventi, l'incident reporting e la gestione integrata dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria”;

RITENUTO necessario aggiornare la Rete Aziendale dei Facilitatori del Rischio clinico e della Qualità indicati nell'allegato alla presente delibera (Allegato 1) per farne parte integrante e sostanziale;

DETERMINA

Per i motivi espressi in premessa, che si richiamano integralmente

- 1. DI APPROVARE** l'aggiornamento della Rete Aziendale dei Facilitatori del Rischio Clinico e Qualità indicati nell'allegato alla presente delibera (Allegato 1) per farne parte integrante e sostanziale;
- 2. DI STABILIRE** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico della ASL di Oristano;
- 3. DI TRASMETTERE** alla S.C. Affari Generali, Assetto Organizzativo e Comunicazione per la pubblicazione all'Albo Pretorio on-line dell'ASL di Oristano;

IL DIRETTORE DELLA SSD RISK MANAGEMENT, QUALITÀ E FORMAZIONE PERMANENTE

Dott. Gian Franco Puggioni

ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

Allegato n. 1 - Aggiornamento della Rete Aziendale dei Facilitatori del Rischio Clinico e Qualità

ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente Determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL 5 di Oristano dal 18/02/2026 al 05/03/2026

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

5 di Oristano o suo DELEGATO _____