



Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)

AOU Sassari

2025



Documento elaborato dalla SSD Qualità, accreditamento, clinical governance, risk management con il contributo della SC Direzione Medica di Presidio, igiene, epidemiologia e infezioni ospedaliere, della SC Programmazione, controllo di gestione e flussi informativi, della SC Gestione Infermieristica e della SSD Affari generali, Legali, Comunicazione e URP.



INDICE

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO -----	4
2. CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE-----	10
3. SSD QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, CLINICAL GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT-----	20
4. INCIDENT REPORTING 2023-----	21
5. FMEA 2023 -----	23
6. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2023-----	24
7. AREA CHIRURGICA 2023-----	25
8. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2023-----	25
9. PERCORSO NASCITA 2023-----	26
10. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2023-----	27
11. DELIBERE 2023-----	28
12. INCIDENT REPORTING 2024-----	29
13. FMEA 2024 -----	33
14. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2024-----	34
15. AREA CHIRURGICA 2024-----	36
16. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2024-----	36
17. PERCORSO NASCITA 2024-----	39
18. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2024-----	40
19. TRASPORTO SANITARIO 2024-----	41
20. PERCORSO DONAZIONE D'ORGANO 2024-----	42
21. DELIBERE 2024-----	42
22. PORZIONE ASSICURATIVA E SINISTRI 2020-2024-----	43
23. ATTIVITÀ/ OBIETTIVI PREVISTI PER L'ANNO 2025-----	47
24. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO-----	53
25. NORMATIVA, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA-----	54
26. ALLEGATI-----	55



1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

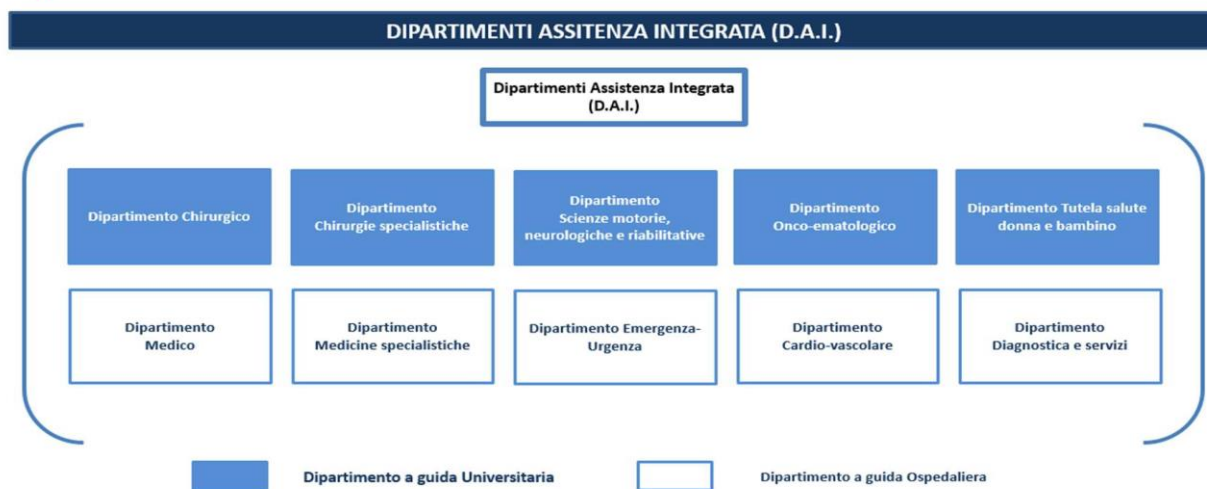
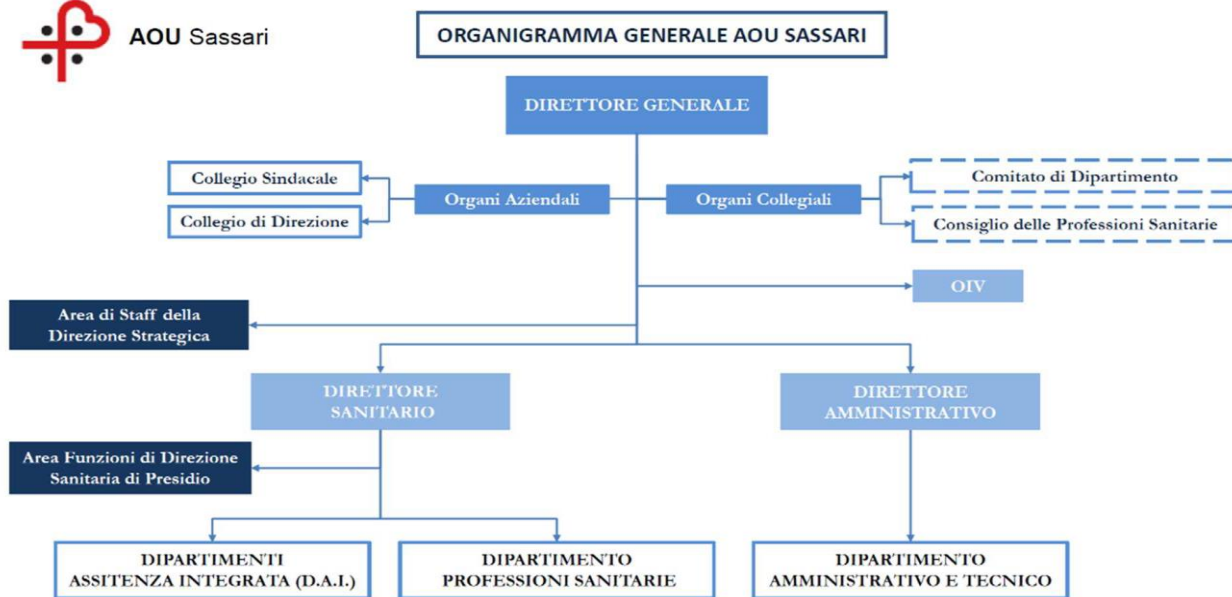
L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2 del 27 aprile 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 3, lettera b, e dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006, in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari del 11 ottobre 2004. Così come previsto dalla Legge Regionale citata, l'AOU di Sassari fa parte del Sistema Sanitario Regionale, mediante il quale sono assicurati i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sull'intero territorio regionale.

L'AOU di Sassari è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari. Nel periodo intercorrente tra il 2014 ed il 2020, le diverse riforme regionali hanno previsto il passaggio alla AOU di Sassari di due Presidi Ospedalieri dell'ex ASL 1, nello specifico:

- attraverso la previsione dell'art. 9, comma 1, lettera b della Legge Regionale n. 23/2014 e la Deliberazione della Giunta Regionale n. 67/20 del 29 dicembre 2015, l'AOU di Sassari ha assorbito con decorrenza 01 gennaio 2016 – attraverso un processo di incorporazione per fusione - il P.O. “SS. Annunziata”;
- attraverso la previsione dell'art. 18, comma 3, della L.R. n. 24/2020 l'AOU di Sassari ha acquisito l'Ospedale Marino di Alghero “Regina Margherita” e le cui modalità attuative di passaggio sono state disciplinate attraverso la DGR n. 13/57 del 6 aprile 2023.

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari ha subito un'ulteriore trasformazione per via dell'approvazione nel 2022 del nuovo atto aziendale e delle successive modificazioni intervenute nel corso del 2023.

Nella tabella seguente sono indicate le Aree del Governo aziendale, così come previste nell'ultimo Atto Aziendale approvato:



Direzione aziendale

Con la Deliberazione della Giunta della Regione Autonoma della Sardegna n. 51/33 del 30.12.2021 è stato nominato quale Direttore Generale dell'AOU di Sassari il Dott. Antonio Lorenzo Spano.

Con la Deliberazione n. 472 del 20.06.2022 è stata nominata la Dott.ssa Maria Dolores Soddu quale Direttrice Amministrativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari e con la Deliberazione del



Direttore Generale n. 1216 del 29.12.2023 è stata nominata della Direttrice Sanitaria Dott.ssa Lucia Anna Mamei.

Nell'atto Aziendale vigente sono espresse la Mission ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli, dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interesse.

La Mission

La Mission dell'Aou di Sassari nel ruolo di Hub del Centro Nord Sardegna, consiste “nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca con il fine di assicurare i più elevati livelli di salute possibili mettendo il paziente al centro del percorso di cura e dei servizi offerti, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario”.

Valori di riferimento

L'AOU di Sassari si pone come obiettivo quello di definire, aggiornare e far crescere all'interno delle proprie strutture un sistema di valori di riferimento sia per il presente che per il futuro attraverso una forte adesione di tutti i professionisti che vi operano.

Nell'erogazione dei servizi sanitari, l'Azienda ospedaliero universitaria si impegna a rispettare i seguenti principi fondamentali:

1. universalità. 2. imparzialità. 3. passione e responsabilità. 4. consapevolezza. 5. senso di appartenenza e lealtà. 6. fiducia, equità e trasparenza. 7. ascolto e apertura. 8. evoluzione e flessibilità. 9. centralità della persona. 10. assenza di dolore. 11. partecipazione allargata.

Il concetto principale che sintetizza la mission dell'AOU di Sassari è: “Far sentire il paziente accolto e protetto”.

Nell'assolvimento delle funzioni conferite, l'AOU SS concorre all'implementazione dei principi di riforma del Servizio Sanitario Regionale sia garantendo una risposta clinica e assistenziale costruita intorno alla persona sia sviluppando la sua funzione di ricerca al fine di soddisfare i bisogni di salute. L'AOU SS s'impegna inoltre a garantire la promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, sia per i pazienti che per gli operatori, con un percorso di integrazione tra ospedale e territorio e con il fine ultimo di far sentire il paziente al centro del sistema sanitario.

Rapporti con l'Università

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari è Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari.

Essa è sede della formazione del Medico e dell'Odontoiatra e dei professionisti sanitari e, con le sue strutture, è naturalmente inclusa nella rete formativa integrata tra strutture Universitarie e strutture



accreditate del SSR per la formazione di Medici Specialisti e nella rete formativa integrata delle Professioni Sanitarie.

Contesto socio demografico

La distribuzione demografica del territorio regionale si presenta come segue:

*Fonte: Sardegna Statistiche

SUPERFICIE TERRITORIALE, POPOLAZIONE RESIDENTE E DENSITÀ ABITATIVA PER PROVINCIA AL 31 DICEMBRE 2022*			
Territorio	Popolazione residente	Superficie territoriale (in km2)	Densità abitativa (abitanti/km2)
Sassari	474.739	7.691,75	62
Nuoro	198.520	5.637,97	35
Oristano	150.325	2.990,41	50
Sud Sardegna	334.198	6.530,67	51
Città metropolitana di Cagliari	420.364	1.248,66	337
Sardegna	1.578.146	24.099,46	65

La popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio 2022 ammonta a 1.579.181 abitanti. A livello regionale si osserva un continuo calo demografico da cinque anni consecutivi, in linea con il trend registrato a livello nazionale. Oltre il continuo calo demografico, nel corso degli anni, il numero dei decessi si attesta al di sopra del numero dei nati.

La Regione Sardegna rileva un indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100) della popolazione pari a 221,7, valore superiore a quello nazionale pari a 178,4, ancora in crescita rispetto agli anni precedenti e con intensità maggiore rispetto al resto d'Italia, inoltre, l'età media della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (46,8 anni vs 45,4).

L'incidenza degli ultra 65enni (indice di invecchiamento: rapporto percentuale tra la popolazione anziana - 65 e oltre - e il totale della popolazione) è pari al 24,4% della popolazione regionale, superiore del 23,2% rispetto al riferimento nazionale e in aumento rispetto agli anni precedenti, mentre la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), attualmente pari al 11,0%, è inferiore al dato nazionale (13,0%).

L'indice di dipendenza degli anziani (rapporto tra la popolazione anziana e quella in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100) è in continuo aumento, superando il valore nazionale (37,7 anziani su 100



individui in età lavorativa; 36,2 Italia) a riprova del tendenziale e progressivo invecchiamento della popolazione.

L'aumento dell'età della popolazione residente, e la conseguente fragilità, determina un costante incremento della richiesta di servizi sanitari, per il cui soddisfacimento (urgenza e complessità), ci si rivolge principalmente all'hub ospedaliero, anche in relazione alla relativa difficoltà di presa in carico da parte delle strutture sanitarie territoriali.

Posti letto dell'AOU di Sassari

(secondo allegato alla D.G.R. n. 59/1 del 4 dicembre 2018 e successive modifiche e integrazioni)

POSTI LETTO ORDINARI	N.		POSTI LETTO DAY HOSPITAL/ DAY SURGERY	
	ORD.		DH/DS	PL TOT
SC Cardiocirurgia	18	SC Cardiocirurgia	0	18
SC Cardiologia Clinica ed Interventistica	49	SC Cardiologia Clinica ed Interventistica	0	49
SC Chirurgia Generale e d'urgenza	45	SC Chirurgia Generale e d'urgenza	0	45
SC Clinica Chirurgica	27	SC Clinica Chirurgica	0	27
SC Breast Unit	4	SC Breast Unit	0	4
SC Chirurgia Maxillo-facciale	4	SC Chirurgia Maxillo-facciale	1	5
SC Chirurgia pediatrica e neonatale	11	Chirurgia pediatrica e neonatale	0	11
SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	5	SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	1	6
SC Chirurgia Vascolare ed endovascolare	21	SC Chirurgia Vascolare ed endovascolare	0	21
SC Ematologia	15	SC Ematologia	10	25
SC Geriatria	22	SC Geriatria	0	22
SC Clinica Malattie Infettive e tropicali	18	SC Clinica Malattie Infettive e tropicali	4	22
SC Medicina Emergenza-urgenza	18	SC Medicina Emergenza-urgenza	0	18
SC Medicina Interna	38	SC Medicina Interna	0	38
SC Clinica Medica	18	SC Clinica Medica	0	18
SSD Patologia Medica	15	SSD Patologia Medica	0	15
SSD day hospital Area Medica	2	SSD day hospital Area Medica	2	4
SSD Epatologia	6	SSD Epatologia	0	6
SC Nefrologia, dialisi e trapianti	16	SC Nefrologia, dialisi e trapianti	0	16
SC Neurochirurgia	16	SC Neurochirurgia	0	16
SC Clinica Neurologica	22	SC Clinica Neurologica	5	27
SSD Stroke Unit	8	SSD Stroke Unit	0	8
SC Neuropsichiatria infantile	7	SC Neuropsichiatria infantile	1	8
SC Clinica Oculistica	0	SC Clinica Oculistica	5	5
SSD Clinica Odontoiatrica	0	SSD Clinica Odontoiatrica	1	1
SC Clinica Ortopedica	21	SC Clinica Ortopedica	2	23
SC Traumatologia ed Ortopedia	22	SC Traumatologia ed Ortopedia	0	22



SC Ortopedia e Traumatologia (Alghero)	12	SC Ortopedia e Traumatologia (Alghero)	2	14
SC Clinica Ostetrica e Ginecologica	46	SC Clinica Ostetrica e Ginecologica	6	52
SC Clinica Otorinolaringoiatrica	14	SC Clinica Otorinolaringoiatrica	1	15
SC Clinica Pediatria	20	SC Clinica Pediatria	13	33
SC Clinica Urologica	20	SC Clinica Urologica	3	23
SC Centro Ustioni	5	SC Centro Ustioni	0	5
SC Terapia Intensiva emergenza-urgenza (plesso SSA)	13	SC Terapia Intensiva emergenza-urgenza (plesso SSA)	0	13
SSD Cardioanestesia	4	SSD Cardioanestesia	0	4
SC Terapia Intensiva Generale e post-operatoria	23	SC Terapia Intensiva Generale e post-operatoria	0	23
SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (Alghero)	35	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (Alghero)	0	35
SC Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	12	SC Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	0	12
SC Terapia Intensiva neonatale e neonatologia - TIN	24	SC Terapia Intensiva neonatale e neonatologia - TIN	0	24
SC Oncologia Medica	6	SC Oncologia Medica	17	23
SC Pneumologia Clinica e interventistica	21	SC Pneumologia e interventistica	0	21
SSD Reumatologia	2	SSD Reumatologia	7	9
SSD Endoscopia Bronchiale interventistica	6	SSD Endoscopia Bronchiale interventistica	0	6
Day Surgery Area Chirurgica	0	Day Surgery Area Chirurgica	6	6
SSD Dermatologia	6	SSD Dermatologia	0	6
SC Neuro riabilitazione e riabilitazione funzionale	52	SC Neuro riabilitazione e riabilitazione funzionale	0	52
SSD Traumatologia dello sport e tecniche chirurgiche ortopediche innovative (Alghero)	3	SSD Traumatologia dello sport e tecniche chirurgiche ortopediche innovative (Alghero)	2	5
SC Medicina Nucleare	2	SC Medicina Nucleare	0	2
PL Ordinari	774	PL DH	89	863

Accessi in PS

Struttura Erogante	Centro di Rilevazione	2023	2024
		N. Accessi	N. Accessi
	PS		
Plesso Cliniche San Pietro	Ostetrico-Ginecologico e OBI	6.058	6.743
	Pediatrico e OBI	9.786	10.704
	Totale stabilimenti	15.844	17.447
Plesso SS. Annunziata	Medicina emergenza-urgenza	47.051	49.421
	TOTALE AOU SS	62.895	66.868

Ricoveri

STRUTTURA EROGANTE	2023			2024		
	RICOV.	NON	TOTALI	RICOV.	NON RICOV.	TOTALI



		RICOV.				
Plesso Cliniche di San Pietro	2.133	13.711	15.844	2.103	15.344	17.447
Plesso SS. Annunziata	9.700	37.351	47.051	9.744	39.677	49.421
TOTALE	11.833	51.062	62.895	11.847	55.021	66.868

2. CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

2.1 Normativa Nazionale

Con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, si definiscono, all’art. 5 - Standard generali di qualità, comma 3, Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello:

- documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi.
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia.
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani.
- Programmi di formazione specifica.

All’art. 5.4. Standard per le strutture di II Livello:

- le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.
- Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

Per la legge 24 del 8 marzo 2017, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”:

- 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, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La legge 24 dell'8 marzo 2017 modifica il testo dell'art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, «... 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 inappropriata 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 sul sito internet della sanitaria.

In ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi a rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone



pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

Il Ministro della Salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), istituito con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 11 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 8 del 12 gennaio 2010.

2.2 Legge Regionale 24 del 11.09.2020

Il 24 settembre del 2020 è stata pubblicata sul BURAS la Legge 24 dell'11/09/2020 sulla “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”.

È stato istituito un nuovo ente, l'ARES (Azienda regionale della salute), con alcune funzioni centralizzate quali gli acquisti, la selezione del personale tramite concorso, il supporto tecnico per la sua formazione, la componente economica e contributiva, oltre che le procedure di accreditamento ECM.

Inoltre, il controllo della qualità dei servizi erogati, la congruità e pertinenza dei ricoveri, nonché la gestione delle infrastrutture informatiche e di connettività e la diffusione della cultura della Sanità Digitale. Ha sede in ARES il “Centro regionale per il risk management”.

2.3 Principali delibere e linee di indirizzo regionali sulla gestione del Rischio Clinico

Con la **DGR n. 40/27 del 7.8.2015** - Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia - è stata resa obbligatoria l'adozione, da parte delle aziende sanitarie regionali, della Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico di sala operatoria (SISPaC); documento che prende spunto dalla check list prevista dall'OMS e dal Ministero della Salute e si completa con ulteriori due fasi riferite alle verifiche da effettuare nel percorso perioperatorio del paziente chirurgico.

La **Delib.G.R. n. 46/17 del 22.9.2015** - Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico e revoca Delib.G.R. n. 5/20 del 29.1.2013 e n. 37/11 del 12.9.2013 - ha ridefinito le linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico nella Regione Sardegna, con un modello organizzativo alla base dello sviluppo di un sistema integrato di gestione del rischio clinico e la definizione di una rete di professionisti impegnati nel risk management, con un sistema di segnalazione e reporting.



La **DGR n. 38/28 DEL 8.8.2017**, ha integrato e modificato le linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico istituendo il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente con le seguenti funzioni indicate dalla legge n.24 del 2017:

- monitoraggio prevenzione e gestione del rischio sanitario;
- attivazione percorsi di audit;
- studio dei processi interni e delle criticità più frequenti con segnalazione anonima del quasi errore e attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione della emersione della medicina difensiva anche attraverso l'analisi del Piano Nazionale Esiti (PNE);
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- assistenza tecnica sulla valutazione della prevenibilità degli eventi 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;
- raccolta dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e trasmissione annuale, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità;
- definizione delle linee progettuali annuali per lo sviluppo della funzione di gestione del rischio clinico in tutta la Regione;
- monitoraggio dello stato di implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'OMS per la sicurezza dei pazienti,
- Inoltre, ulteriori funzioni aggiuntive:
 - formazione e gestione della rete dei cittadini impegnati nei percorsi di qualità e sicurezza delle cure;
 - lotta alle infezioni correlate all'assistenza e promozione dell'utilizzo appropriato degli antibiotici sinergicamente con i programmi regionali di prevenzione;
 - monitoraggio dell'integrazione tra le aree rischio clinico, legale e medicina legale nel caso di contenzioso;
 - raccordo con il Ministero della Salute, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per adempiere agli obblighi informativi previsti e per collaborare alla definizione delle linee guida e buone pratiche assistenziali.



Con la **DGR n. 49/41 del 27.10.2017** è stata istituita la rete del cittadino Tramas coinvolgendo direttamente i cittadini nei percorsi di miglioramento di qualità dei processi assistenziali, definendo i compiti e gli obiettivi all'interno di un progetto realizzato da A.ge.nas e portato avanti dalla Regione Sardegna all'interno di tutte le Aziende Sanitarie. Percorso cui ha partecipato anche l'AOU di Sassari nel 2018.

Con la **DGR n. 34/11 del 03.07.2018** sono state deliberate “Le linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla lotta all'antibiotico resistenza, istituendo il Comitato per la lotta alle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), l'organismo responsabile della prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'uso responsabile degli antimicrobici nelle Aziende Sanitarie regionali, con la **DGR n. 61/28 del 18.12.2018** il “Progetto formativo di livello regionale per la rete del risk management e dei referenti delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico resistenza Biennio 2018- 2019.

La **DGR N. 2/15 del 20.01.2022**-Adozione linee operative per il risk management nel Sistema Sanitario Regionale (SSR)-richiamando la L.R. n. 24 del 11.9.2020 (concernente la “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 che prevede l'accentramento presso l'ARES di varie funzioni precedentemente svolte in autonomia presso le Aziende Ospedaliere Universitarie di Cagliari e di Sassari e l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione G. Brotzu di Cagliari) e la Deliberazione n. 44/36 del 22.9.2017 -Modalità organizzative e di funzionamento del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, ha individuato le seguenti azioni prioritarie da svolgere e i conseguenti obiettivi operativi che tengono conto del mutato quadro sanitario legato alla pandemia Covid-19.

1: Implementazione Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIRMES)

Il SIRMES era stato individuato dalla deliberazione di Giunta regionale n. 38/28 del 8.8.2017 “Integrazione e modifica delle linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico.

Deliberazione di Giunta regionale n. 46/17 del 22.9.2015” come sistema informativo per l'introduzione del sistema di segnalazione e apprendimento nelle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna con l'obiettivo di consentire alle singole Aziende di acquisire le necessarie informazioni per un governo del rischio clinico autonomo, ma anche integrato a livello regionale con l'utilizzo di processi e flussi standardizzati. Attraverso questo sistema informatico si vuole implementare un sistema di segnalazione spontanea degli eventi avversi; infatti l'obiettivo del sistema di incident reporting è di aumentare il livello di governo della sicurezza del paziente (patient safety) attraverso:



- la comprensione, condivisione e utilizzo dello strumento della segnalazione volontaria degli eventi avversi;
- la promozione di una cultura della sicurezza dei pazienti, basata non più su logiche punitive, ma sul principio che gli errori esistono, alcuni sono inevitabili, ma molti possono essere prevenuti se si impara a identificarli e ad apprendere dagli stessi.

L'uso del sistema di incident reporting attraverso il Sistema Informativo Regionale di Monitoraggio degli errori in Sanità (SIRMES) ha l'intento di:

- identificare nella Regione Sardegna le aree di rischio;
- monitorare i processi assistenziali attraverso una serie di indicatori;
- creare le condizioni necessarie perché le informazioni su una pratica clinica siano utilizzate a fini del governo dei servizi sanitari;
- favorire pratiche assistenziali sicure per i pazienti e gli operatori in un'ottica di miglioramento;
- continuo e dell'imparare dall'errore;
- creare condizioni organizzative e assistenziali che conducono ai migliori risultati clinici, definiti sulla base di standard condivisi e integrati;
- alimentare flussi informativi ministeriali.

Obiettivi operativi:

1. prosecuzione delle attività sull'utilizzo dell'applicativo, per la parte relativa al rischio clinico, in tutte le strutture ospedaliere della regione contemporaneamente all'attivazione dell'edizione del corso sul risk management;
2. alimentazione flusso sinistri nelle Aziende Sanitarie a partire dal 01/01/2022 (AOU Sassari e ARNAS Brotzu hanno iniziato con il caricamento dei dati nel 2020) che in automatico alimentano il flusso SIMES nazionale;
3. ampliamento delle segnalazioni anche agli eventi che pervengono agli URP;
4. utilizzo del SIRMES nel caso di eventi avversi o quasi eventi per mancato procurement nei trapianti di organo e nel sistema dell'emergenza urgenza – servizio di elisoccorso, estendendo la formazione sul sistema ai coordinatori locali dei trapianti e loro collaboratori e ai professionisti impegnati nell'attività di elisoccorso;
5. estensione del Sistema alle strutture del territorio, cure domiciliari e telemedicina;
6. attivazione di almeno 5 percorsi di audit in ogni azienda oltre agli audit su eventi sentinella;
7. avvio del monitoraggio dell'integrazione delle aree rischio clinico, legale e medicina legale nel caso di contenzioso;
8. analisi dei rischi specifici legati all'evento pandemico da Covid-19, adeguamento dei modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento e attivazione dei relativi percorsi di miglioramento.



Azione 2: Monitoraggio e implementazione percorso Sicurezza in Chirurgia

Con deliberazione della Giunta regionale n. 40/27 del 7.8.2015, sono state approvate le Linee regionali per la sicurezza in chirurgia per definire a livello regionale un percorso comune sulla sicurezza degli interventi chirurgici e con deliberazione della Giunta regionale n. 44/35 del 5.9.2018 “Integrazione delle linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia di cui alla Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015”, sono state approvate le schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPAC) relativamente al percorso di Cardiologia, Interventistica e Oculistica, la scheda integrata per la sicurezza della paziente in Sala Parto e la Scheda Conta garze e strumenti.

Obiettivi operativi:

1. aggiornamento SISPAC, schede specialistiche e Scheda conta garze con possibile uso di applicativi;
2. monitoraggio annuale con gli indicatori previsti nelle delibere;
3. avvio del programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs).

Azione 3: Monitoraggio e implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 35/37 del 9.7.2020 “La gestione del rischio clinico in ostetricia. Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito alla valutazione del rischio ostetrico. Adozione della Scheda di valutazione del rischio ostetrico”, è stato adottato uno strumento fondamentale alla pianificazione e condivisione delle attività e dei comportamenti dei professionisti, in ambiti in cui la complessità è intrinseca, quale l’area materno infantile, e la cui applicazione deve trovare riscontro all’interno del SSR. Nel 2019 ha, inoltre, preso avvio il percorso formativo sulla Gestione del rischio clinico nelle emergenze in sala parto.

Obiettivi operativi:

1. aggiornamento della scheda per l’identificazione del rischio ostetrico a seguito della raccolta dei feedback dei professionisti che la utilizzano;
2. monitoraggio annuale sull’utilizzo;
3. estensione della scheda con gli opportuni adeguamenti alle strutture territoriali (consultori);
4. riavvio del percorso formativo sulla gestione delle emergenze in Ostetricia, dedicato ai professionisti dei punti nascita, completamento della prima fase, avvio della seconda con la formazione delle equipe di formatori in ogni punto nascita e contemporaneo avvio della terza fase di monitoraggio;
5. partecipazione ai progetti nazionali sulla sicurezza del percorso nascita;
6. definizione linee indirizzo per la gestione domiciliare della gestante covid-19 positiva e specificità per il monitoraggio domiciliare e ospedaliero.

Azione 4: Gestione dei Sinistri e della Responsabilità Professionale nella Regione Sardegna

La Regione, ha avviato una politica di gestione del rischio clinico volta a migliorare la qualità dei servizi e delle cure erogate agli utenti, con l’obiettivo di prevenire gli errori e migliorare la sicurezza del paziente. In tale contesto intende costruire un rapporto di massima fiducia tra le strutture del SSR e i



propri assistiti favorendo, ove ne ricorrano i presupposti, le procedure finalizzate ad assicurare un equo ristoro del danno. L'intento è di assicurare, prioritariamente, un costante e stretto coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri onde garantire a tutti gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità. Con deliberazione della Giunta regionale n. 44/36 del 5 settembre 2018, sono state adottate le linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in attuazione delle azioni previste nella deliberazione di Giunta regionale n. 6/25 del 31/01/2017 sull'attuazione del modello regionale per la gestione della responsabilità sanitaria.

Obiettivi operativi:

1. aggiornamento tavolo e gruppo di coordinamento regionale;
2. monitoraggio del modello a supporto delle attività di stipula della copertura assicurativa regionale;
3. monitoraggio sinistri attraverso un Comitato Valutazione Sinistri per la second opinion e valutazione sulla prevedibilità degli eventi in caso di contenzioso;
4. avvio del corso di formazione appositamente previsto nel PFA di ATS.

Azione 5: Infezioni Correlate Assistenza (ICA)

Con deliberazione della Giunta regionale n. 34/11 del 3.7.2018 sono state definite le linee di indirizzo per la costituzione degli organismi per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e lotta all'antimicrobico resistenza (AMR), con lo scopo di definire un'uniforme gestione del rischio infettivo e garantire l'adozione a tutti i livelli e in tutte le sedi, delle pratiche assistenziali dimostratesi efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e la promozione in qualsiasi ambito sia umano che animale, l'uso responsabile degli antimicrobici.

Obiettivi operativi:

1. avvio del percorso per la misurazione e gestione delle infezioni previsto nella DGR suindicata;
2. proseguo della campagna OMS per il lavaggio delle mani;
3. prosecuzione del progetto Sepsis Agenas a cui la Regione ha aderito nel 2019.

Azione 6: Istituzione Comitato Tecnico Scientifico

L'allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 44/36 del 22.9.2017 definisce le modalità organizzative e di funzionamento del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente e prevede il Comitato Tecnico scientifico come organo multiprofessionale e multidisciplinare che supporta il Centro regionale nell'elaborazione delle strategie e dei programmi annuali e contribuisce ad approfondimenti in tema di qualità e sicurezza delle cure.

Obiettivi operativi

1. nomina componenti e avvio lavori del Comitato Tecnico Scientifico.

Azione 7: Medicina Difensiva



La deliberazione della Giunta regionale n. 38/28 del 8.8.2017 prevede tra le funzioni del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione della emersione della medicina difensiva anche attraverso l'analisi del Piano Nazionale Esiti (PNE).

Obiettivi operativi

1. studio della dimensione del fenomeno;
2. analisi dei critical points e avvio attività.

Azione 8: Empowerment dei Cittadini

La deliberazione della Giunta regionale n. 49/41 del 27.9.2017 ha istituito la rete regionale del cittadino prevedendo tra i suoi compiti la partecipazione a gruppi di lavoro su temi specifici riguardanti la qualità e la sicurezza delle cure nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Obiettivi operativi

1. coinvolgimento dei cittadini nelle pratiche per la gestione del rischio sanitario, la sicurezza dei pazienti e nella redazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (es: PDTA SLA e Malattie neuromuscolari).

Azione 9: Umanizzazione delle Cure

La regione partecipa dal 2017 al progetto Agenas sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle cure nelle strutture sanitarie.

Obiettivi operativi

1. monitoraggio progetto Agenas sui piani di miglioramento degli ospedali;
2. estensione del progetto alle RSA.

Azione 10: Prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione della pratica dell'Handover tra ospedale e territorio.

Qualunque sia l'accesso al servizio sanitario regionale, è fondamentale la sincronia tra le strutture sanitarie affinché la risposta nei passaggi avvenga in modo integrato e completo, in tempi utili, misurabili e concordabili per consentire l'appropriato percorso al paziente, evitando ritardi e difficoltà nella presa in carico con compromissione sulle capacità di recupero e la qualità della cura. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento della rete territoriale è rappresentato dalla Centrale operativa territoriale (COT).

All'interno di questo strumento di coordinamento saranno attivate procedure operative, standard, protocolli di handover per stabilire canali di comunicazione chiari con i diversi professionisti dei servizi sanitari durante la transizione dell'assistenza, la definizione di indicatori che consentiranno di monitorare, misurare e di conseguenza migliorare:

- il ritardo o l'interruzione del percorso terapeutico;



- gli incontri interdisciplinari e interprofessionali;
- i ricoveri ripetuti (il paziente torna nel reparto di origine perché non ha funzionato il sistema);
- a tale scopo si utilizzerà il sistema di gestione del territorio previsto nella parte della cartella informatizzata.

Obiettivi operativi:

1. applicazione di strumenti per l'integrazione e l'interazione tra ospedale e territorio;
2. miglioramento della comunicazione tra professionisti;
3. riduzione dei ritardi e delle interruzioni di percorso terapeutico;
4. implementazione di procedure operative e protocolli standard tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza avendo come riferimento le Centrali Operative Territoriali.

Azione 11: Formazione

Con la Delib.G.R. n. 963 del 21.12.2021 l'ATS ha approvato il Piano annuale di formazione (PAF) nel quale sono inserite le attività formative previste per le attività di risk management.

Obiettivi operativi

Avvio o completamento delle attività previste nel PAF ATS:

1. formazione per la rete del risk management e dei referenti delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antimicrobico resistenza in adempimento alla Delib.G.R. n. 61/28 del 18.12.2018;
2. gestione delle emergenze ostetriche in regione Sardegna attivazione della fase II e III come da determina Ats n. 6251 del 19.7.2018, e integrazione di 6 giornate formative di condivisione di casi clinici;
3. la sicurezza delle cure nei Team di chirurgia Delib.G.R. n. 40/27 del 7.8.2015 – Delib.G.R. n. 44/35 del 5.9.2018;
4. lean management in pronto soccorso – avvio sperimentale;
5. modello delle responsabilità sanitaria – area legale e medicina legale – Delib.G.R. n. 38/10 del 28.7.2015;
6. percorso di ascolto e mediazione dei conflitti in sanità – Delib.G.R. n. 38/10 del 28.7.2015;
7. progetto OMS lavaggio mani.

Azione 12: Adempimenti legati ai flussi informativi ministeriali

1. raccolta dati dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati sugli eventi avversi e sul contenzioso e trasmissione a livello nazionale all'Osservatorio Nazionale per le Buone pratiche;
2. assolvimento debito informativo SIMES;
3. monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali con l'obiettivo di inserire la partecipazione delle strutture private accreditate, di aumentare la percentuale di raccomandazioni implementate a regime



nelle strutture pubbliche e di avviare un percorso per l'omogeneizzazione a livello regionale delle procedure relative alle 19 raccomandazioni ministeriali;

4. raccolta e invio Buone pratiche per la sicurezza delle cure ad Agenas;

5. monitoraggio raccomandazioni OMS sulla sicurezza dei pazienti;

6. raccordo con Ministero della Salute, Agenas, Commissione Salute e Istituto Superiore di Sanità per adempimento obblighi informativi previsti e collaborazione per la definizione di linee guida e buone pratiche assistenziali.

Con la **DGR 46/29 del 22.12.2023** sono state adottate le “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 una gestione integrata del rischio clinico”, così come definite nell'allegato 2 della deliberazione, demandando al Centro regionale per il risk management l'attività di supporto e coordinamento finalizzata all'applicazione delle Linee di indirizzo nelle aziende del Sistema sanitario regionale.

3. SSD QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, CLINICAL GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT

La struttura (fino al 2023 SC Qualità Accreditemento Gestione del rischio) è collocata, nell'organigramma del nuovo Atto Aziendale, nell'Area Funzioni di Direzione Sanitaria di Presidio dove interagisce e collabora, lavorando costantemente con gli operatori dei Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI) per le funzioni di competenza assegnate, con le altre strutture dell'Area organizzativa e, in particolare, con la Direzione Medica di Presidio, la Medicina Legale, la Farmacia Ospedaliera. Interagisce inoltre con le strutture dell'Area di Staff della Direzione (dove sono inquadrati anche il Servizio aziendale di Prevenzione e Protezione e la Sorveglianza Sanitaria, nonché la Formazione, strutture indispensabili alla gestione della sicurezza sanitaria aziendale), il Dipartimento delle Professioni sanitarie, il Dipartimento Tecnico-Amministrativo,

La sua missione è quella di contribuire a supportare le UU.OO. dell'AOU nell'attuazione della clinical governance, secondo le strategie indicate dalla Direzione Aziendale, le normative e le linee d'indirizzo nazionali e regionali, sopra sintetizzate, per lo sviluppo ed il miglioramento sistematico della qualità dei servizi sanitari e della sicurezza sanitaria dell'AOU di Sassari.

**4. INCIDENT REPORTING 2023**

In accordo con la normativa regionale e nazionale ed alle esigenze di contenimento del rischio sanitario, in AOU SS è stato ulteriormente implementato il sistema di **incident reporting**, richiesto anche dalla normativa relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie (Legge 5 agosto 2022, n. 118,; D.M. del 19/12/2022). Particolare attenzione è stata posta nel canalizzare il flusso di segnalazioni di criticità, near miss, eventi avversi e sentinella attraverso il **SIRMES**-Sistema Informativo Regionale Monitoraggio Eventi in Sanità, sistema agganciato al SIMES nazionale. L'uso della piattaforma regionale non è stato peraltro esente da criticità di esecuzione, legate sia a problematiche intrinseche alla stessa (certamente da aggiornare e migliorare), sia al numero relativamente esiguo degli operatori aziendali formati sul Sistema (circa 25, nel 2022).

Nel 2023 è stato appositamente deliberato il documento "Gestione segnalazione aziendale rischi ed eventi avversi - incident reporting", revisione della "Procedura per la gestione degli eventi sentinella" in essere dal 2017, con lo scopo di garantire un'adeguata gestione degli eventi sentinella, degli eventi avversi e di qualsiasi evento relativo a rischi per la sicurezza di pazienti e utenti, favorendo le segnalazioni degli operatori delle Strutture dell'AOU di Sassari, secondo le indicazioni del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale alla Sanità, Igiene e Assistenza Sociale della Sardegna.

SEGNALAZIONI EVENTI ANNO 2023

	<i>Segnalazioni caricate sul SIRMES</i>
Aggressioni operatori	15
Aggressioni, specifica	4 fisiche
Cadute	90
Cadute, specifica	13 con danno (da lieve a grave)
Evento senza danno tot.	2
Evento senza danno, specifica	1 (emovitreo da distacco di retina) 1 (rischio mancato procurement)
Eventi sentinella tot.	5
Eventi sentinella	1 (sepsi da ICA) 1 (gestione pz. con politrauma e necrosi cutanea) 1 (decesso pz in attesa di int. chir.) 1 (gestione pz con emorragia) 1 (arresto cc in attesa di int. ch.)
Near Miss tot.	1
Near Miss	1 (tentativo anticonservativo Neurops. Inf.)
TOTALE EVENTI SEGNALATI	113



4.1 AUDIT realizzati nel 2023 “caricati” nel SIRMES, con le azioni di miglioramento indicate: vedi **Tabella 1**, allegata al presente documento.

4.2 Segnalazioni cadute pazienti 2023

Nel 2023 il numero totale di cadute dei pazienti nei reparti è stato di 90 di cui 13 con danno; 2 cadute da barella, 3 da carrozzina, le altre dal letto o da posizione eretta. Delle. 90 cadute, 32 sono avvenute di notte, 25 di mattina, 19 di sera e 14 nel pomeriggio.

CADUTE 2023

STRUTTURE PLESSO SS.Ann.	N. CADUTE	CON DANNO
MEDICINA INTERNA	32	4
GERIATRIA	12	2
NEFROLOGIA	2	0
PATOLOGIA MEDICA	8	1
CARDIOCHIRURGIA	1	0
REC. E RIABILITAZIONE	2	0
CHIRURGIA VASCOLARE	1	0
CARDIOCHIRURGIA	2	0
CH. GEN. D'URGENZA	1	1
CARDIOLOGIA	1	0
NEFROLOGIA	2	0
TOTALI	64	8
STRUTTURE PLESSO LE CLINICHE	N. CADUTE	CON DANNO
CLINICA NEUROLOGICA	8	0
CL. CHIRURGICA	2	0
GINECOLOGIA	2	0
ORL	6	2
CLINICA ORTOPEDICA	1	0
CLINICA MEDICA	1	0
EMATOLOGIA	4	2
UROLOGIA	1	1
TOTALI	25	5
STRUTTURE PLESSO MARINO DI ALGHERO	N. CADUTE	CON DANNO
REC. E RIABILITAZ. F.	1	0
TOTALI	1	0
TOTALE GENERALE	90	13

4.3 Segnalazioni episodi di violenza contro operatori

Il 02.07.2019 con delibera n.537 è stata approvata una procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori con apposita scheda di segnalazione da compilare a cura degli operatori sanitari. L'obiettivo è quello di far emergere quanto più possibile il fenomeno, monitorandolo costantemente al fine di un contrasto prevalentemente con azioni di formazione e informazione.

SEGNALAZIONE AGGRESSIONI 2023

STRUTTURE	N. AGGRESSIONI	VERBALI	FISICHE	A DANNO DI CHI
PRONTO SOCCORSO	10	9	1	MEDICI E INFERMIERI
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	1	1	MEDICI E INFERMIERI
MEDICINA INTERNA	2	1	1	MEDICI E INFERMIERI
PS PEDIATRICO	1	0	1	MEDICI E INFERMIERI
TOTALI	15	11	4	

5. FMEA 2023

Sono state inoltre condotte, in linea con quanto condiviso con il Centro regionale di Risk management e con la Direzione aziendale, con appositi gruppi di professionisti, tre **FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)**, analisi proattive per individuare elementi di rischio in processi ritenuti particolarmente critici in base a segnalazioni, ispezioni e verifiche, confronti con gli operatori sanitari, eventi segnalati, indicando possibili azioni migliorative. Si è scelto quindi di predisporre:

1. una FMEA relativa al processo di ricovero in area medica area gravata da costante sovraffollamento e gestione di pazienti in posti letto aggiuntivi;
2. una FMEA sul rischio infettivo correlato al percorso peri-operatorio del paziente da sottoporre a chirurgia generale;
3. una FMEA riferita al percorso di Procreazione Medicalmente Assistita aziendale sede, da anni, di attività cliniche e di laboratorio particolarmente delicate e complesse, con grosse criticità logistico-strutturali, ma con la possibilità di miglioramenti anche dovuti a previsti investimenti sul settore.



6. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2023

Nell'ambito delle azioni relative al contrasto delle ICA è stato aggiornata la composizione della CICA (vedi DDG f.f. n.750 del 20.09.2019 avente per oggetto “Costituzione Rete locale dei referenti per la gestione del rischio infettivo e presa d'atto della necessaria nomina da parte del CICA dei referenti della "antimicrobial stewardship" in attuazione delle Linee di Indirizzo Regionali di cui alla D.G.R. n. 34/11 del 3 luglio 2018 - Parziale modifica della DDG f.f. n. 276 del 27.03.2019 con riguardo alla composizione del "Gruppo Operativo per la gestione del rischio infettivo" (GO) - Individuazione del funzionario amministrativo con compiti di segreteria del "Comitato per la lotta alle Infezioni correlate all'Assistenza" -CICA”), anche in relazione alla organizzazione relativa al nuovo atto aziendale AOU SS.

Sulla base della vigente normative, delle line guida, tenendo conto anche della recente giurisprudenza (sentenze Corte di Cassazione del 27/02/2023 n.5808 e 03/03/2023 n.6386), indicando inoltre il ruolo attivo nella prevenzione specifica che deve essere svolto anche dai Direttori di Dipartimento aziendali, sono state condivise le dovute azioni di ulteriore miglioramento ed implementazione relative a:

- protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali
- modalità preparazione, conservazione ed uso disinfettanti
- qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento
- attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica
- sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio
- redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti da comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella
- indicazione della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio infettivo

Evidenziato come il notevole sovraffollamento delle strutture e la necessità di isolare i pazienti (tenendo conto dell'aumento dei casi di patologie a carattere respiratorio, sia stagionali che Covid-19) rappresenti ancora una criticità sentita anche a livello aziendale: i direttori delle UU.OO. sono stati formalmente invitati, in ragione delle caratteristiche specifiche di ciascun reparto, sia in termini organizzativi che di personale, a redigere un piano di emergenza identificando aree specifiche da dedicare ai degenti sottoposti a misure di isolamento, recependo il Decreto assessoriale n. 17 del 04.05.2023 “Aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale n. 1/6 del 3.01.2023 e ss.mm.ii. inerente “Gestione ospedaliera dei pazienti affetti dalla malattia Covid-19 e indicazioni sulla gestione del ricovero di pazienti positivi al virus Sars-CoV2”.



Continuato il monitoraggio del consumo di antimicrobici riscontrando una riduzione di circa il 50% dell'uso degli antibiotici sottoposti ad osservazione (Carbapenemi), diminuzione favorita dall'adozione delle schede informative diffuse dal CICA.

Istituiti tre gruppi di lavoro, uno per l'igiene delle mani, uno per la stesura della procedura di ricondizionamento degli endoscopi e uno per l'implementazione del "Water Safety Plan".

Proseguite le azioni di monitoraggio e controllo per il contenimento della diffusione delle Legionella in Azienda e dei batteri antimicrobico resistenti.

Nel sito internet aziendale sono riportati i documenti relativi alla CICA, al link:

<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=15&s=11&v=9&c=5398&esn=Primo+piano&na=1&n=10>

7. AREA CHIRURGICA 2023

Con la DGR 19/61 del 1.06.2023 sono state aggiornate le "Linee di indirizzo per il percorso sicurezza in chirurgia" con revisione delle checklist SISPaC (chirurgica con scheda contagarze, di sala parto, cardiologia interventistica e oculistica) già adottate dall'AOU SS con delibera DG n. 232 del 13.03.2019. Con frequenza semestrale è continuato il monitoraggio dell'uso delle checklist: nelle verifiche del 2023 sono emerse problematiche relative alla completezza della loro compilazione (non verificati formalmente alcuni item, specie quelli che riguardano i controlli di base postoperatori nel reparto).

Persistono difficoltà nell'uso della nuova scheda conta garze per cui, in attesa di una revisione/aggiornamento, è stato ritenuto più sicuro, in accordo con gli operatori, continuare nell'utilizzo delle schede di uso già consolidato.

8. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2023

Soprattutto per la progressive riduzione dei servizi offerti dalla rete degli ospedali spoke nel contesto del territorio regionale e, più in generale, dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, correlata ad un grave ridimensionamento della disponibilità di professionisti sanitari, si è determinate, anche nell'AOU SS, con tendenza al peggioramento, una condizione di costante "sovraffollamento" nel Dipartimento di Emergenza-Accettazione e nei reparti di area medica, con lo stazionamento prolungato dei pazienti in Pronto Soccorso. Il sovraffollamento si aggrava, in particolare, durante periodi epidemici stagionali che acquisiscono patologie croniche in pazienti fragili non presi in carico dal territorio; in queste circostanze, in assenza di soluzioni alternative, si deve ricorrere al ricovero su barella/letto aggiuntivo o, seppure più raramente, in "appoggio" presso altri reparti di degenza, al fine di poter garantire, comunque, le cure dovute al paziente.



Il fenomeno è aggravato dal progressivo aumento della degenza media legato all'incremento della complessità delle patologie trattate, sia per l'invecchiamento della popolazione, che per il fenomeno dell'assistenza sospesa durante il periodo dell'emergenza pandemica. I reparti dell'area medica sono i più colpiti da tale fenomeno, in quanto rappresentano il fulcro del processo di cura dei pazienti che oggi impegnano maggiormente le risorse del SSN/SSR, ovvero i pazienti complessi e "fragili", di età avanzata, con comorbidità importanti e spesso con rilevanti problematiche sociali, che rendono estremamente complesso e lungo il processo di dimissione dall'ospedale. Risulta infatti in progressivo incremento la complessità della casistica trattata con le conseguenti ricadute nelle tempistiche assistenziali e il conseguente forte incremento del rischio sanitario (es. cadute, infezioni, possibili errori diagnostico-terapeutici e, in relazione agli operatori, rischio aggressioni e stress lavoro correlate).

In relazione al sovraffollamento, oltre al costante monitoraggio dell'attività di ricovero e del rischio correlate, è stato deliberato il documento: "Piano di riorganizzazione del flusso di ricoveri urgenti di area medica nell'AOU di Sassari" (DDG n.207 del 23.02.2023) con l'obiettivo di riorganizzare i percorsi di presa in carico dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso e necessitano di cure in ambito di ricovero, al fine di contenere il sovraffollamento delle strutture interessate.

9. PERCORSO NASCITA 2023

Con la DGR n. 35/37 del 09.07.2020 è stata approvata la Scheda di Valutazione del Rischio Ostetrico quale strumento funzionale alla gestione del rischio clinico in ostetricia, Scheda di valutazione adottata anche dall'AOU di Sassari all'interno della SC di Ginecologia e Ostetricia. Dopo implementazione, l'utilizzo della scheda di valutazione del rischio Ostetrico viene monitorato a campione per verificarne il grado di compilazione e di aderenza.

La proporzione di parti con taglio cesareo primario e la proporzione di parti vaginali eseguiti in donne con pregresso TC nell'AOU SS, si discostano ancora dalla media nazionale e da quanto raccomandato dagli standard nazionali e internazionali nonostante le competenze professionali e le strutture a supporto del percorso nascita.

Il Dipartimento Materno Infantile aziendale sconta la vetustà della struttura e della logistica, in attesa del previsto avvio della costruzione del nuovo edificio destinato ad ospitare il Dipartimento con tutte strutture che lo costituiscono. La chiusura dei punti nascita periferici ha inoltre incrementato l'attività dell'hub. Nelle more della realizzazione del nuovo edificio si cerca di garantire a utenti e operatori, per quanto possibile, date le criticità strutturali ed organizzative, il miglioramento del percorso assistenziale secondo criteri di sicurezza in conformità con le Raccomandazione del Ministero della Salute n. 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto) e n 16



(Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente del neonato sano di peso $> 0 = 2500$ grammi non correlata a malattia congenita) e i relativi requisiti organizzativi richiesti dall'accreditamento (Delib.G.R. n. 47/20 del 25.9.2018).

In funzione del miglioramento del percorso nascita, lavorando con appositi gruppi di lavoro e tenendo conto delle problematiche assistenziali intercorse, logistica e competenze presenti in azienda, sono state prodotte e deliberate le seguenti Procedure e Istruzioni Operative sul Percorso Nascita: “Procedura travaglio e parto a basso rischio ostetrico (BRO)”, “Ricovero della paziente in travaglio di parto”, “Assistenza al parto spontaneo per il vertice”; “Contatto precoce “pelle a pelle” madre – neonato in sala parto; “La promozione dell’allattamento al seno nel Rooming in”; “Assistenza alla puerpera con basso rischio ostetrico”; “Nido aperto: il Rooming in del neonato sano”.

10. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2023

Nell'ambito della corretta gestione degli emocomponent/emoderivati, con Delibera DG n. 962 del 04.12.2019 è stata adotta la DGR n. 42/36 del 22.10.2019: “Recepimento dell'accordo tra governo le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente “ revisione aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue” e conseguente revoca della delibera n. 127 del 21.04.2016 e s.m.i; con la suddetta delibera è stato costituito il nuovo COBUS dell'AOU di Sassari.

Con Delibera n. 353 del 24.07.2020 sono state deliberate le “Raccomandazioni per la trasfusione di concentrati eritrocitari” al fine del rafforzamento della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale aziendale.

Durante il 2023 è stato implementato il “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del sangue secondo i principi del PBM”, deliberato il 14.12.2022, migliorando la gestione in sicurezza del paziente con anemia e riducendo l'uso delle trasfusioni, anche se risulta ancora un eccesso di richieste di unità di sangue in urgenza (viene rilevato che il 40% delle richieste definite urgenti effettivamente non hanno carattere d'urgenza).

Non segnalati errori trasfusionali.

In implementazione il recupero intraoperatorio del sangue ed il sistema aziendale delle frigoemoteche. Nel COBUS aziendale riunitosi nel 2023 sono state condivise criticità ed azioni di miglioramento relativi al percorso ed alle attività trasfusionali.



11. DELIBERE 2023

Nell'ambito delle attività svolte nell'anno 2023, la struttura Qualità Accreditamento Clinical Governance e Risk management, ha proposto alla Direzione aziendale, con conseguente deliberazione, i seguenti progetti, procedure e documenti:

1. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con infezioni osteoarticolari in AOU-SS." Delibera n. 51 del 20/01/2023;

2. Revisione procedura per l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di dispositivi impiantabili MR Conditional. Delibera n. 89 del 27/01/2023;

3. Protocollo per la gestione ospedaliera e l'isolamento respiratorio di casi SARS-CoV-2 positivi. Misure ad interim. Delibera n. 119 del 03/02/2023;

4. Istruzione Operativa per accesso al blocco operatorio. Delibera n. 141 del 08/02/2023;

5. Procedure e Istruzioni Operative per il Percorso Nascita. Delibera n. 189 del 20/02/2023;

6. Revisione Piano di Riorganizzazione del flusso di ricoveri urgenti di Area Medica nell'AOU di Sassari. Delibera n. 207 del 23/02/2023;

7. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i Tumori del distretto Testa e Collo. Delibera n. 328 del 23/03/2023;

8. Gestione del paziente che accede in Pronto Soccorso per dolore toracico. Delibera n. 767 del 10/07/2023;

9. Progetto d'intervento psicologico sul paziente diabetico in età pediatrica nella S.C. Clinica Pediatrica. Delibera n. 769 del 10/07/2023;

10. Percorso Codice Rosa e per persone in condizioni di fragilità, vittime di violenza e abuso. Delibera n. 840 del 28/07/2023;

11. Relazione con indicazione dei reparti ospedalieri da accreditare. Delibera n. 1006 del 27/09/2023;

12. Revisione della procedura: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro ed altre soluzioni contenenti Potassio. Delibere n.1049 del 19/10/2023 e n. 1060 del 25/10/2023;

13. Istruzione Operativa sull'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica. Delibera n.1075 del 31.10.2023;

14. Revisione procedura per la gestione degli eventi sentinella e adozione della nuova procedura: "Gestione segnalazione aziendale rischi ed eventi avversi - Incident Reporting. Delibera n.1076 del 31.10.2023.

2024

12. INCIDENT REPORTING 2024

Continuata l'implementazione della piattaforma SIRMES con affiancamento degli operatori nella segnalazione e il loro coinvolgimento negli audit. Ulteriore l'impegno della Direzione aziendale. In aumento le segnalazioni, anche relative ad errori o non conformità, ma con l'obiettivo condiviso e meglio percepito di un miglioramento della sicurezza in ambito aziendale. La presenza di un sistema di incident reporting è richiesto anche dalla normativa relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie, che tiene conto degli obiettivi di sicurezza e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza con verifica, tra l'altro, della presenza di un sistema di segnalazione degli incidenti (Legge 5 agosto 2022, n. 118; D.M. del 19/12/2022).

Il passaggio da "rischio clinico" a "rischio sanitario" determina un ampliamento dello spettro di prevenzione, che non è più limitato ai danni subiti dal paziente ma viene esteso ad ogni "rischio" connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie. Da qui il concetto di rischio sanitario che coinvolge quindi ogni ambito aziendale nel quale si arreca un danno o un potenziale danno al paziente/assistito/utente.

Con la delibera del DG n. 508 del 10.10.2024 è stato adottato pertanto il documento "Gestione segnalazione aziendale rischi, errori, eventi avversi ed eventi sentinella - incident reporting", revisionando la precedente procedura aziendale tenendo conto del nuovo "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella-luglio 2024" del Ministero della Salute, invitando a segnalare anche anche errori, near misses o variazioni di processo che pur non avendo causato alcun danno, in caso di ricorrenza, comporterebbero una significativa possibilità di un grave esito negativo o comunque costituiscono la base di una consapevolezza di un possibile rischio sanitario e prevedono possibili azioni di miglioramento specifiche.

Il nuovo Protocollo di Monitoraggio infatti, oltre agli obiettivi generali di miglioramento della raccolta ed analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi e la conseguente elaborazione e diffusione di "Raccomandazioni" alle strutture sanitarie, vuole promuovere e facilitare le segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella favorendo una più puntuale ed efficace analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti, orientare l'individuazione e



L'implementazione di piani di azione sempre più pertinenti e funzionali alla prevenzione del riaccadimento e sensibilizzare alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Sono stati declinati quindi ulteriori eventi sentinella e definiti con maggiore precisione i criteri di inclusione e di esclusione degli eventi da segnalare. La lista aggiornata è la seguente:

1. *Procedura in paziente sbagliato*
2. *Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)*
3. *Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto*
4. *Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure*
5. *Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis*
6. *Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*
7. *Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza*
8. *Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite*
9. *Morte o grave danno per caduta di paziente*
10. *Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale*
11. *Violenza su paziente*
12. *Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore*
13. *Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)*
14. *Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*
15. *Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico*
16. *Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere*
17. *Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali*
18. *Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione*
19. *Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti*
20. *Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche*
21. *Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica*
22. *Errore in chemioterapia*
23. *Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.*



Persistono le criticità relative all'uso della piattaforma regionale SIRMES, sia tecnico-gestionali, sia per problematiche intrinseche alla sua strutturazione organizzativa, nonostante il miglioramento del supporto alla compilazione tramite Help Desk SardegnaIT. Ancora esiguo il numero degli operatori aziendali formati.

SEGNALAZIONI EVENTI 2024

		<i>Segnalazioni caricate sul SIRMES</i>
Aggressioni operatori	tot.	15
Aggressioni, specifica		2 fisiche
Cadute	tot.	120
Cadute, specifica		23 con danno
Eventi senza danno	tot.	4
Evento senza danno, specifica		1 (rinvio int. ch.) 1 (mancata val. cardiologica) 1 (scambio pz. in radioterapia) 1 (perdita campione biptico)
Eventi avversi	tot.	9
Eventi avversi, specifica		1 (scambio pz per es. radiol.) 1 (trauma cont. in amb. anest) 1 (errore diagn.) 1 (errore di terapia) 1 (emorragia dopo rim. accesso vasc.) 1 (rottura catetetre epidurale) 1 (inadeguata gestione accessi venosi) 1 (errata somministrazione farmaco) 1 (presa in carico complicanze pz in Urologia, segn. URP)
Eventi sentinella	tot.	5
Eventi sentinella		1 (decesso pz durante consul.) 1 (rit. filo guida metallico) 1 (decesso pz con distacco di inf. endovenosa) 1 (tent. anticonserv.amb. medico) 1 (infezione su disp. intracardiaco)
Near Miss	tot.	8
Near Miss		1 (foglio di terapia non adeg. compilato) 1 (errore trasfus. intercettato) 1 (digiuno preop. non rispettato) 1 (int. ch. rinv. per rit. prof. antib.) 1 (blocco pompa infus.) 1 (ritardi nel tratt. neurochirurgico) 1 (trauma epatico in pz Cellano neg.) 1 (politrauma con diagnosi tardiva)
EVENTI	TOTALE	161

12.1 Audit 2024

Sono stati inseriti segnalati nel SIRMES, con le azioni di miglioramento individuate: vedi **Tabella 2**, allegata al presente documento.

12.2 Segnalazioni cadute pazienti 2024

Nel 2024 il numero totale di cadute dei pazienti segnalato è stato complessivamente di 120; nel plesso SS.AA. sono state 74; nel Plesso Le Cliniche 34; nell'Ospedale Marino sono state 12.

Delle 120, sono segnalate 23 con danno; 9 cadute da barella, le altre dal letto o da posizione eretta.

Delle 120 cadute, 42 sono avvenute di notte, 41 di mattina, 12 di sera e 25 nel pomeriggio.

Molte delle cadute sono correlate alle condizioni di sovraffollamento dei reparti, con il posizionamento di pazienti in posti letto aggiuntivi, in modo particolare nei reparti internistici, e la relativa insufficienza di risorse umane per la loro adeguata assistenza. Determinante, inoltre, la fragilità dei pazienti, anziani con polimorbilità, spesso affetti da delirium, necessitanti di un forte bisogno assistenziale.

SEGNALAZIONI CADUTE 2024

PLESSO SS.AA. STRUTTURE	N. CADUTE	CON DANNO
MEDICINA INTERNA	26	4
CH. VASCOLARE	1	0
GERIATRIA	12	3
NEFROLOGIA	16	3
CARDIOLOGIA UTIC	2	1
MEDICINA D'URGENZA	2	2
PATOLOGIA MEDICA	11	1
CARDIOCHIRURGIA	2	1
CH. GEN. D'URGENZA	1	1
STROKE UNIT	1	0
TOTALI	74	16
PLESSO LE CLINICHE STRUTTURE	N. CADUTE	CON DANNO
CLINICA MEDICA	1	1
CLINICA NEUROLOGICA	16	1
CLINICA ORTOPEDICA	1	0
CL. PNEUMOLOGICA	5	1
CL. CHIRURGICA	5	0
PAT. CHIRURGICA	3	0
ORL	1	1
EMATOLOGIA	1	1
MALATTIE INFETTIVE	1	0
TOTALI	34	5
PLESSO MARINO DI ALGHERO STRUTTURE	N. CADUTE	CON DANNO
ORTOPEDIA	7	1
REC. E RIABILITAZ. F.	5	1
TOTALI	12	2
TOTALI GENERALI	120	23

12.3 Segnalazioni episodi di violenza contro operatori 2024

Nel 2024, sono state segnalate in totale 15 segnalazioni di aggressioni; di cui 2 anche fisiche; prevalgono ancora le segnalazioni dal triage del Pronto Soccorso.

Apposito Report strutturato è stato inviato al Centro Regionale ARES per il previsto monitoraggio AGENAS (Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità).

Il Servizio Prevenzione e Protezione aziendale ha inoltre revisionato e deliberato nel 2024 la “Procedura di prevenzione e contenimento atti di aggressione a danno di operatori”.

SEGNALAZIONE AGGRESSIONI 2024

STRUTTURE	N. AGGRESSIONI	VERBALI	FISICHE	A DANNO DI CHI
PRONTO SOCCORSO	8	8	0	AMMINISTRATIVI E INFERMIERI
BLOCCO OPERATORIO PLESSO LE CLINICHE	1	0	1	2 AUSILIARI
GERIATRIA	2	1	1	MEDICI E INFERMIERI
CLINICA PEDIATRICA	1	1	0	MEDICI E INFERMIERI
CHIRURGIA PEDIATRICA	1	1	0	MEDICI E INFERMIERI
CENTRO USTIONI	1	1	0	MEDICI E INFERMIERI
CLINICA PNEUMOLOGICA	1	1	0	MEDICI E INFERMIERI
TOTALI	15	13	2	

13. FMEA 2024

Sono state inoltre definite, in accordo con la Direzione aziendale, organizzando appositi gruppi di professionisti, tre **FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)**, scegliendo processi ritenuti particolarmente critici in base a segnalazioni, ispezioni e verifiche, e indicando possibili azioni migliorative:

1. FMEA nell'ambito del percorso nascita, focalizzata sulla gestione del travaglio-parto a basso rischio;
2. FMEA nell'ambito chirurgico, riferita in particolare alla gestione del risveglio e del controllo postoperatorio del paziente;



3. FMEA nell'ambito dell'area emergenza-urgenza incentrata sul triage in Pronto Soccorso.

14. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2024

Nel 2024, con delibera numero 33 del 15 gennaio è stato approvato dal CICA aziendale il “Piano annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza 2023-2024” prevedendo, nell'ambito di azione del Piano:

- sorveglianza epidemiologica delle ICA;
- sorveglianza epidemiologica delle colonizzazioni da CPE/VRE/MRSA;
- sorveglianza dei patogeni sentinella;
- monitoraggio ambientale microbiologico e microclimatico;
- monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- promozione della corretta igiene delle mani e monitoraggio del consumo annuale di soluzione idroalcolica;
- promozione della vaccinazione in ospedale;
- formazione sulle ICA;
- riesame ed eventuale revisione delle procedure.

In particolare, riguardo alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'AOU di Sassari partecipa al programma di monitoraggio “Piano di sorveglianza per le infezioni del sito chirurgico” approvato con DGR n. 8/5 del 17/04/2024 e avviato a partire dal 16/09/2024 con nota PG ARES 52225 del 25/07/2024.

Il progetto è stato avviato con:

- la progettazione e svolgimento di un'indagine nelle unità in studio (chirurgia d'urgenza, patologia chirurgica, clinica chirurgica, cardiocirurgia, urologia), sull'uso della profilassi chirurgiche.
- l'analisi nel mese campione (maggio 2024) con review manuale dei dati dalle cartelle cliniche, del registro operatorio e dei flussi della farmacia ospedaliera da cui partiranno delle linee guida, con indicazione all'uso della profilassi.

Tra gli obiettivi, quello di valutare l'appropriatezza prescrittiva basata sui seguenti criteri:

- indicazione all'utilizzo della profilassi antibiotica
- scelta dell'antibiotico: antibiotici del gruppo ACCESS, gestione MDR
- dosaggio antibiotico
- timing dose preoperatoria
- durata profilassi post operatoria



Al fine di elaborare procedure inerenti la profilassi chirurgica, con conseguente formazione del personale in ciascuna unità operativa, introduzione delle nuove indicazioni e successiva valutazione dell'efficacia degli interventi.

I risultati del monitoraggio, che si concluderà nella prima metà del 2025, serviranno a migliorare le misure di prevenzione e controllo, promuovendo anche un confronto tra aziende sanitarie sulle strategie adottate integrando sistemi di sorveglianza per monitorare le ICA e l'antibiotico-resistenza.

Durante il 2024 inoltre, in relazione all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione M6C2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario sub-investimento 2.2. (b) corso di formazione in infezioni ospedaliere è stata avviata, coordinate dall'ARES, la complessa formazione specifica, che ha coinvolto circa 1000 operatori sanitari aziendali e verrà ulteriormente proseguita nel corso del 2025 con la previsione di un target di oltre 2000 operatori formati entro il 30/06/2026.

Con "Delibera n.89 del 13.02.2024" è stata aggiornata la "Rete aziendale dei referenti per la gestione del rischio infettivo" formalizzando la nomina di due operatori per ogni struttura assistenziale aziendale a supporto della DMPO nella prevenzione e contenimento del rischio infettivo.

Nel 2024 è continuata l'attività di verifica e supporto al contenimento del rischio infettivo da parte dei Gruppi Operativi del CICA ed è stato istituito un Gruppo di Lavoro destinato all'effettuazione delle consulenze infettivologiche nei reparti ed alla attività di Antimicrobial Stewardship; è stata inoltre continuata l'attività di sorveglianza delle colonizzazioni da batteri patogeni caratterizzati da profili di antibiotico resistenza.

Implementato il Progetto pilota per la sensibilizzazione di operatori, pazienti e visitatori verso la pratica dell'igiene delle mani. Si è proceduto con la Formazione del Corpo docente Scuola in Ospedale e Associazione Happy Clown per formare i pazienti pediatrici ed i loro genitori. Attività di sorveglianza e rilevazione è stata effettuata nei diversi reparti aziendali iniziando da quelli di Pediatria, TIN, Ortopedia ed Ematologia. È stata portata a termine anche la formazione del personale della SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (sei edizioni) che ha coinvolto medici, fisioterapisti, logopedisti. Avviato il sopralluogo nelle strutture aziendali (a partenza dalle Cliniche Universitarie) per una prima ispezione operativa delle componenti impiantistiche di accumulo, trattamento e distribuzione dell'acqua, nell'ambito di un più vasto progetto di "Water Safety Planning".

In relazione alla circolazione di una variante COVID apparentemente più diffusiva e patogena, i cui effetti sui soggetti fragili sono stati ritenuti potenzialmente critici, è stato prolungato l'uso delle mascherine FFP2 all'interno dei reparti con pazienti fragili, sia da parte del personale in assistenza che dei visitatori; ancora implementata, inoltre, la campagna vaccinale.

Aggiornata la "Procedura operativa per il controllo della diffusione di Clostridioides difficile" e implementata la "Procedura per il reprocessing e il controllo microbiologico in endoscopia".



Continua l'implementazione del portale VACCINARSI IN SARDEGNA (UniSS-AOUSS-ARESardegna): attivo dal 2017, particolarmente prezioso durante la pandemia COVID, continua le sue attività formative/informative sulle attività vaccinali.

Inaugurato inoltre il Portale PRO CARE Sardinia (Progetto regionale AOU-ARESardegna, con la collaborazione di tutte le aziende sanitarie della regione, coordinato dal Direttore medico di presidio AOU SS, prof. P. Castiglia) con l'obiettivo di offrire risorse scientifiche accessibili a cittadini, operatori sanitari e scuole, strumenti pratici e spazi di collaborazione per costruire una rete di prevenzione e consapevolezza, promuovendo un approccio integrato "One Health", su temi di sanità pubblica ed in particolare sull'antimicrobico resistenza.

Il portale è raggiungibile al link: <https://procare.sardegna.it/>.

Nel sito internet aziendale sono riportati i documenti relativi alla CICA, al link:

<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=15&s=11&v=9&c=5398&esn=Primo+piano&na=1&n=10>

15. AREA CHIRURGICA 2024

Continuata la sorveglianza delle checklist chirurgiche, nella versione revisionata (DGR N. 19/61 del 1.06.2023) fornita dal Centro regionale per il Risk management, con la conferma di una compilazione incompleta, specialmente nella sezione che riguarda il postoperatorio. Confermata dagli operatori la difficoltà di utilizzo (già segnalata al Centro regionale) della scheda conta garze. Anche sulla base dei dati delle compilazioni delle checklist è stata effettuata l'analisi FMEA, focalizzata sul post-operatorio.

Dalla FMEA le principali criticità emerse riguardano:

- il trasporto del paziente dalla recovery room verso il reparto di degenza o la terapia intensiva,
- la compilazione dell'atto operatorio in sala operatoria,
- il controllo radiologico precoce intraoperatorio,
- la valutazione del dolore nel reparto di degenza.

Richiesta inoltre ulteriore formazione ed aggiornamento.

Azioni specifiche sono previste per la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

16. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2024

La persistenza dell'insufficiente offerta di servizi per una ritardata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, secondo quanto previsto dal decreto interministeriale del 23 maggio 2022 n.77 che ridisegna funzioni e standard del Distretto (Case della Comunità, COI, Infermiere di famiglia e di Comunità, Unità di continuità territoriale, Assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, Rete delle Cure Palliative, Servizi per la salute delle donne e dei minori, delle coppie e delle famiglie, Telemedicina), aggravata dalla carenza della Medicina Generale, della specialistica ambulatoriale



edell'offerta di servizi diagnostici radiologici, con il persistere di una insufficiente dotazione territoriale di posti letto per la lungodegenza, per la riabilitazione, per le cure intermedie più in generale e per l'assistenza residenziale (RSA, Residenze psichiatriche, Hospice, Comunità terapeutiche, Case alloggio, Centri diurni, Case famiglia), determina una sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita in gran parte da pazienti anziani, cronici e con polimorbilità, e la capacità di soddisfarla con le risorse aziendali strutturali, tecnologiche e umane disponibili, determinando un fenomeno di sovraffollamento(overcrowding) sia in Pronto Soccorso che nei reparti, specialmente internistici. L'affollamento è correlato ad un aumento del rischio sanitario, oltre a influenzare negativamente la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari offerti. Dal 2019, il Ministero della Salute, oltre ad aver varato Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero e Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva – OBI, ha anche varato delle Linee di indirizzo (Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso) per aiutare le Aziende Ospedaliere, con la finalità di ridurre l'inappropriatezza e le attese in PS, aumentando la sicurezza delle dimissioni.

La Direzione Generale e Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio aziendale hanno provveduto ad adottare interventi strutturali, logistici ed organizzativi a livello di PS per favorire l'adeguamento delle performance dell'area di emergenza-urgenza alle indicazioni ministeriali: oltre ai provvedimenti a supporto delle attività del PS nei periodi di maggiore crisi (spostamento personale, dotazione barelle, allargamento del boarding), sono state implementate soluzioni organizzative strutturate. In particolare, al fine di garantire un'equa ripartizione dei ricoveri in sovrannumero fra i reparti internistici e cercando di preservare nel contempo l'appropriatezza dei ricoveri, con DDG 207 del 23.02.2023, si è provveduto a regolamentare il flusso tra PS e Reparti con la mediazione del Bed Management e sotto il controllo diretto della Direzione sanitaria. Tuttavia, l'iniziale previsione di un tetto di letti aggiuntivi per reparto è stata ben presto superata. Considerato che tali condizioni portavano ai rischi propri del sovraffollamento si sono a più riprese adottate, a seguito di riunioni congiunte tra i vertici aziendali e le strutture interessate, misure atte a mitigare il fenomeno.

Tra le misure adottate:

- indicazione a seguire il documento ministeriale sul sovraffollamento in PS,
- individuazione dei letti di osservazione breve,
- richiesta ai Direttori di struttura di preparare un documento interno per la sicurezza in caso di ricoveri aggiuntivi,
- individuazione di posti letto per PS ed elezione come da DDG 207/2023,
- sospensione dei ricoveri in elezione nei reparti internistici, ma eventualmente anche chirurgici, nei momenti emergenziali,
- ricoveri per competenza in area chirurgica nei momenti emergenziali,



- predisposizione di misure organizzative interne per garantire dimissioni nei fine settimana,
- istituzione della Discharge room,
- attivazione dei fast-track per le discipline specialistiche,
- eliminazione di rimbalzi diagnostici al PS,
- adozione misure per favorire il back-transfer,
- richiesta ai reparti di segnalare eventuali inappropriately di ricovero da PS,
- monitoraggio delle riospedalizzazioni e dei re-ingressi al PS,
- adozione di misure interne dei Servizi per garantire le prestazioni al PS,
- adozione di misure interne alle Strutture specialistiche per garantire le consulenze al Pronto Soccorso,
- ricorso alle prestazioni aggiuntive per rafforzare le aree di criticità,
- eliminazione delle guardie interdipartimentali,
- attivazione di una rampa di previsione delle dimissioni da fornire al PS ogni mattina,
- predisposizione di diversi cruscotti da parte del Bed management per monitoraggio ricoveri, letti aggiuntivi, posti covid, isolamenti, ecc..

È stato inoltre deliberato con Del.DG n°554 del 06/11/2024 il “Percorso clinico assistenziale integrato per la presa in carico del paziente fragile con dimissione difficile”, standardizzando le modalità di presa in carico assistenziale integrata, tra l’AOU di Sassari e il territorio, l’ASL 1 in particolare, proponendo un modello organizzativo in cui vengono definite le indicazioni necessarie a promuovere un’appropriata dimissione del paziente fragile verso percorsi assistenziali alternativi all’ospedalizzazione, cercando di migliorare la qualità dell’assistenza ma anche ridurre i tempi di degenza ed i ricoveri ripetuti.

Dalla FMEA riferita al Triage in PS tra le maggiori criticità emerse, gran parte delle quali legate al sovraffollamento:

- il rischio di aggressioni agli operatori,
- la difficile rivalutazione dei pazienti in base ai codici di priorità assegnati,
- il rischio di allontanamento paziente,
- le cadute da barella,
- la privacy insufficiente,
- la valutazione del dolore,
- un possibile incompleto inquadramento clinico-diagnostico.

Deliberata la “Procedura Triage in Pronto Soccorso” (Delibera n.499 del 11.10.2024) per l’implementazione della raccomandazione del Ministero della Salute N.15.



Avviato il recepimento e l'implementazione della Delib.G.R. n. 10/23 del 16.3.2023 "Linee di indirizzo per il modello organizzativo per percorsi omogenei di Triage in Pronto Soccorso della Regione Autonoma della Sardegna".

17. PERCORSO NASCITA 2024

Il percorso nascita aziendale non è accreditato e mancano diversi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi essenziali. Così come nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita, nonostante l'esperienza e le forti competenze degli operatori, nonché gli investimenti tecnologici che consentono il regolare raggiungimento di buoni risultati. Costante l'alto numero di tagli cesarei (vedi PNE) ed il ricorso al TC nella donna già sttoposta a pregresso cesareo, quest'ultimo risulta sempre più frequentemente richiesto dalle gravide. Nelle more della realizzazione del nuovo palazzo Materno-Infantile è indispensabile garantire a utenti e operatori, per quanto possibile, date le criticità strutturali ed organizzative, l'ulteriore miglioramento del percorso nascita secondo criteri di sicurezza in conformità con le Raccomandazione del Ministero della Salute n. 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto) e n 16 (Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente del neonato sano di peso $> 0 = 2500$ grammi non correlata a malattia congenita) e i relativi requisiti richiesti dall'accREDITAMENTO (Delib.G.R. n. 47/20 del 25.9.2018).

Predisposte dalla Regione Sardegna e adottate in AOU SS vengono utilizzate:

- la Scheda di valutazione del rischio ostetrico: permette di valutare il profilo di rischio della donna effettuata sulla base di criteri (fattori biologici, sociali, psicologici) condivisi dall'équipe assistenziale, costituita dall'ostetrica e il ginecologo al momento della presa in carico della donna, e da eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla donna, quali neonatologo e anestesista e accuratamente riportati nella documentazione clinica.
- La Scheda integrata di sicurezza della paziente (SiSPaC) in sala parto: checklist che rappresenta lo strumento guida per la verifica dell'esecuzione dei controlli a supporto dell'équipe sanitaria, finalizzata a favorire in modo sistematico l'aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire il verificarsi di eventi avversi.

In diverse riunioni con gli operatori del Dipartimento Materno Infantile, e dalla FMEA sull'assistenza al parto, finalizzate al miglioramento del percorso nascita sono emerse tra le criticità:

- l'organizzazione e la logistica delle attività (sono, per quanto possibile, da rivedere);
- nel PS (dove non è presente l'OBI) viene effettuato il pre-ricovero, non essendo presente un ambulatorio di preospedalizzazione, aumentando il carico di lavoro per il medico di guardia e il personale ostetrico del PS nonché il disagio per le pazienti in attesa di essere visitate, vista anche l'assenza di una sala d'attesa, con problematiche quindi di spazio, di sovraffollamento e di privacy;



- da incrementare l'attività di parto analgesia attrezzando adeguatamente gli spazi operativi previsti;
- da dimensionare l'organico di ostetriche in funzione delle attività e degli spazi operativi;
- da migliorare la gestione del rooming in;
- ancora in via di ulteriore definizione e aggiornamento da parte di un gruppo di lavoro ad hoc, le procedure e le istruzioni operative del percorso travaglio parto ad alto rischio;
- complessivamente da migliorare la gestione documentale e da implementare un sistema di gestione della qualità.

18. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2024

Continuata l'implementazione aziendale del programma di Patient Blood Management con ulteriore reclutamento e supporto di varie unità operative, aumento delle infusioni di farmaci e trattamenti finalizzati al trattamento delle anemie con ulteriore risparmio di unità eritrocitarie.

L'utilizzo delle nuove frigo-emoteche ha migliorato la gestione e la sicurezza del sangue, riducendone anche i rischi relativi al trasporto.

Continua la richiesta inappropriata in urgenza monitorata dal servizio trasfusionale.

Persiste anche nel 2024 la carenza di emocomponenti e la necessità di un loro risparmio ed uso appropriato. Rilevato ancora un uso aziendale eccessivo dell'albumina.

Il COBUS aziendale viene utilizzato anche ai fini della informazione aziendale in tema di sicurezza dell'uso del sangue e degli emocomponenti.

Proseguita l'implementazione della Raccomandazione ministeriale n.5 per la "prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", continuando la formazione sulla sicurezza trasfusionale.

Rilevata, su base probabilistica, una sottosegnalazione di eventi relativi al percorso trasfusionale.

Durante l'ultima riunione 2024 del COBUS è stato presentato il progetto, richiesto dall'Assessorato alla Salute alla Direzione aziendale e al SIMT, per garantire un'adeguata tracciabilità totale e un'univoca associazione tra paziente ed emocomponenti.



19. TRASPORTO SANITARIO 2024

Il trasporto sanitario anche quando di breve durata, costituisce una fase particolarmente delicata del processo assistenziale, essendo costituito da diverse componenti, professionali, legate al paziente, tecnologiche, organizzative, in relazione dinamica tra loro e ciascuna gravata da potenziali fattori di rischio.

L'AOU SS risulta costituita da due plessi ubicati nella città di Sassari, Ospedale Santissima Annunziata e Cliniche San Pietro, con una struttura suddivisa in molteplici padiglioni collegati tra loro da viabilità di superficie; ad essi si aggiunge, ubicato nella città di Alghero, l'Ospedale Marino-Regina Margherita. Questa realtà rende necessario ed estremamente frequente il ricorso al trasporto sanitario intraospedaliero, oltre a quello inter-ospedaliero o verso strutture territoriali, ai fini dell'assistenza integrata del paziente. Tale caratteristica aumenta potenzialmente il rischio assistenziale del trasporto dei pazienti, comportando un incremento della frequenza, della complessità e della lunghezza dei percorsi, nonché dei tempi del trasporto stesso. Il servizio di trasporto su autoambulanza dei pazienti in carico all'AOU SS viene attualmente garantito da un operatore esterno aggiudicatario dell'appalto sul trasporto sanitario secondario dei pazienti intra- ed extra-presidi ospedalieri aziendali.

Durante il corso dell'anno 2024 sono stati effettuati complessivamente 29.807 trasporti, con uso ambulanza, di pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari. Il dato risulta essere in lieve incremento nella misura del 1.7% (circa 500 trasporti/anno) rispetto ai dati registrati nell'anno 2023. Il 98% circa dei trasporti dell'anno 2024 sono stati effettuati in ambito urbano. Il restante 2%, corrispondente a circa 500 trasporti/anno, sono stati necessari per il trasferimento di pazienti nelle Strutture Neuroriabilitative (Ospedale Marino Alghero, Mater Olbia, Ploaghe, etc), RSA, e per il back transfer, ossia il trasferimento di pazienti afferenti da altre Aziende Sanitarie del SSR dopo avvenuta stabilizzazione e trattamento (*dati forniti dal Mobility Manager aziendale-SC Gestione Infermieristica*).

L'alto numero e la complessità dei trasporti aziendali, e il loro tendenziale incremento, pur in assenza di segnalazioni importanti su eventi avversi da parte degli operatori, richiede l'aggiornamento e l'implementazione della relativa procedura in aderenza alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 11 ed alle recenti linee guida e di indirizzo comprese quelle approvate con Delib. G.R. del 12.06.2024 (Linee di indirizzo per il trasporto secondario in urgenza e per il back transfer).



20. PERCORSO DONAZIONE D'ORGANO 2024

Il processo di donazione e trapianto di organi è parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e rappresenta obiettivo del SSN/SSR. Il mancato procurement, gli eventi avversi, i near miss relativi a questi processi vanno monitorati e segnalati al CRT.

All'interno dell'AOU di Sassari, ormai da diversi anni, viene svolta un'importante attività di prelievo d'organo, proceduralizzata e in costante coordinamento con il Centro regionale Trapianti, dopo accertamento di morte cerebrale (DBD).

Dal 2024, dopo la definizione (2024) di un documento aziendale sulla gestione del fine vita in terapia intensiva (Del. DG n. 167 del 28.03.2024), si è iniziata, con l'approvazione e in accordo con il CRT/CNT, un'attività di prelievo d'organo anche dopo morte accertata con criterio cardiologico (cDCD). In data 05.02.2025 (Allegato alla Delib.G.R. n. 8/26), dopo istituzione di relativo tavolo tecnico regionale, è stato deliberato il "Protocollo regionale per la donazione di organi da donatore a cuore fermo controllato (cDCD)".

21. DELIBERE 2024

Nell'ambito delle attività svolte nell'anno 2024, la struttura Qualità, Accreditamento, Clinical Governance e Risk management, ha proposto alla Direzione aziendale, con conseguente deliberazione, i seguenti progetti, procedure e documenti finalizzati all'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, la definizione di percorsi clinico assistenziali, il miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria (rischio infettivo, rischio terapia farmacologica, dispositivi medici, rischio radiologico, rischio ostetrico, rischio in emergenza-urgenza):

- 1. Delibera n.33 del 15.01.2024: Adozione del documento: "Piano annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza 2023-2024";*
- 2. Delibera n.38 del 18.01.2024:"Adozione del documento: "Gestione dimissioni in Discharge Room";*
- 3. Delibera n.70 del 01.02.2024: Revisione della procedura: "Gestione del paziente che accede in Pronto Soccorso per dolore toracico";*
- 4. Delibera n.89 del 13.02.2024: "Aggiornamento Rete aziendale dei referenti per la gestione del rischio infettivo";*
- 5. Delibera n.156 del 22.03.2024: "Aggiornamento Rete Referenti e Facilitatori per la gestione del Rischio Clinico dell'AOU di Sassari";*
- 6. Delibera n.157 del 22.03.2024: "Adozione del documento: "Procedura operativa per il controllo della diffusione di Clostridioides difficile (Clostridium difficile);*



7. *Delibera n. 167 del 28.03.2024: Adozione del documento: "Fine Vita in Terapia Intensiva: linee di indirizzo aziendali AOU Sassari";*
8. *Delibera n.287 del 06.06.2024: Adozione del documento: "Procedura per il reprocessing e il controllo microbiologico in endoscopia";*
9. *Delibera n.372 del 17.07.2024: Adozione procedura "Corretta gestione dei farmaci LASA";*
10. *Delibera n. 381 del 22.07.2024: Adozione documento: "Procedura per la corretta manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide";*
11. *Delibera n.389 del 24.07.2024: Adozione documento: "Guida alla elaborazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) nell'AOU di Sassari";*
12. *Delibera n.474 del 04.10.2024: "Attivazione GIC Tumori Toraco-Polmonari" e "GIC Tumori Ginecologici" all'interno dell'AOU di Sassari;*
13. *Delibera n.499 del 11.10.2024: Adozione documento: "Procedura Triage in Pronto Soccorso";*
14. *Delibera n.508 del 10.10.2024: Revisione documento "Gestione segnalazione aziendale rischi ed eventi avversi - incident reporting" e adozione nuovo documento "Gestione segnalazione aziendale rischi, errori, eventi avversi ed eventi sentinella -incident reporting";*
15. *Delibera n.512 del 16.10.2024: Adozione procedura "Richiesta e Gestione dei gas medicinali e tecnici e relativi dispositivi medici";*
16. *Delibera n.521 del 21.10.2024: Adozione procedura: "Interazioni tra Risk Management, Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza nell'AOU di Sassari";*
17. *Delibera n. 554 del 06.11.2024: Adozione documento: "Percorso clinico assistenziale integrato per la presa in carico del paziente fragile con dimissione difficile";*
18. *Delibera n. 615 del 29.11.2024: Adozione documento: "Perineal Card per screening perineale, rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico in gravidanza e post partum";*
19. *Delibera n.620 del 03.12.2024: Adozione documento: "Procedura per la protezione del paziente dal rischio radiologico in procedure ad alte dosi".*

22. PORZIONE ASSICURATIVA E SINISTRI 2020-2024

La polizza in corso ha come contraente ARES ed è stipulata per tutte le Aziende Sanitarie del sistema regionale; la Compagnia è Berkshire Hathaway.

I massimali previsti sono Euro 25 milioni per sinistro ed Euro 60 milioni per anno (massimale aggregato per singola Azienda).



È prevista l'applicazione di uno scoperto pari al 25% per ciascun sinistro per tutte le Aziende assicurate ad eccezione della ASL Medio Campidano che ha una SIR pari a Euro 100k.

È presente un limite massimo di esposizione dei danni a carico del Contraente oltre il quale le garanzie della polizza saranno operanti senza l'applicazione dello scoperto per ciascuna annualità

Tale limite è pari a Euro 1.500.000, per l'AOU di SS.

La data della retroattività è illimitata.

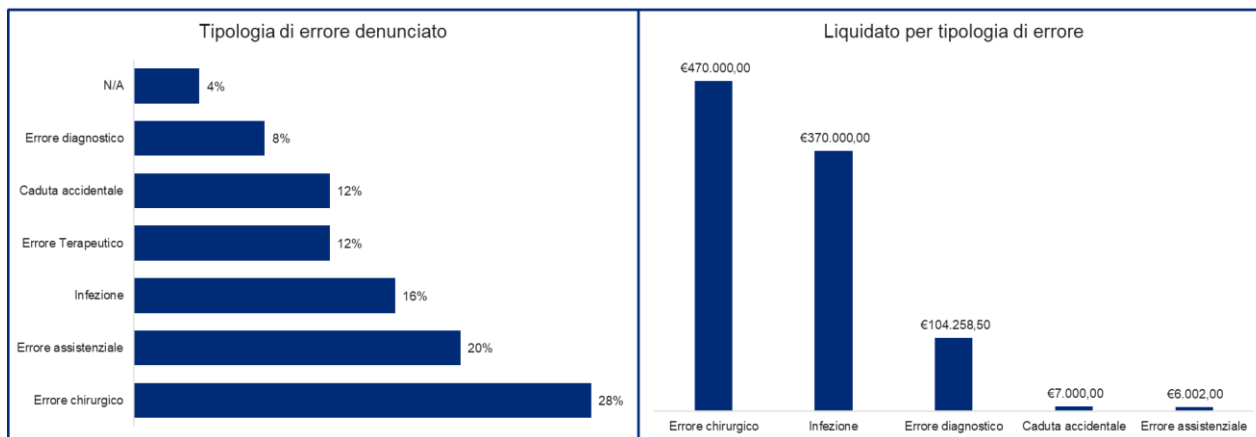
Di seguito si riportano i dati elaborati dalla società MARSH S.P.A. e trasmessi dalla SSD Affari generali, convenzioni e rapporti con l'università, relativi ai sinistri 2020-2024 dell'AOU.

Sinistri per anno di denuncia

Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2020	25	12	6	7	957.260,50 €
2021	46	26	8	12	712.935,00 €
2022	39	29	4	6	297.000,00 €
2023	26	24	2	-	-
2024	20	18	2	-	-

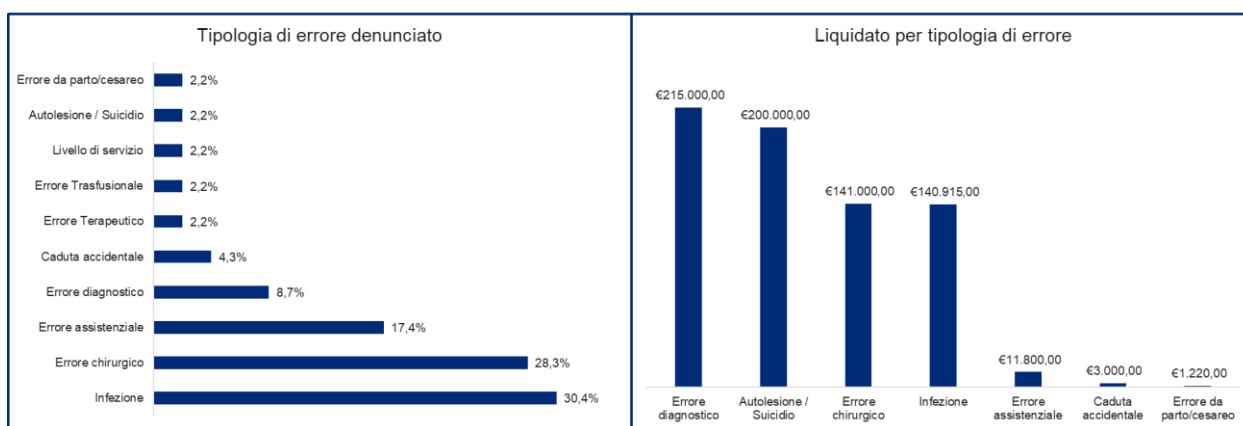
Tipologia di errore per anno di denuncia – 2020

Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2020	25	12	6	7	957.260,50 €



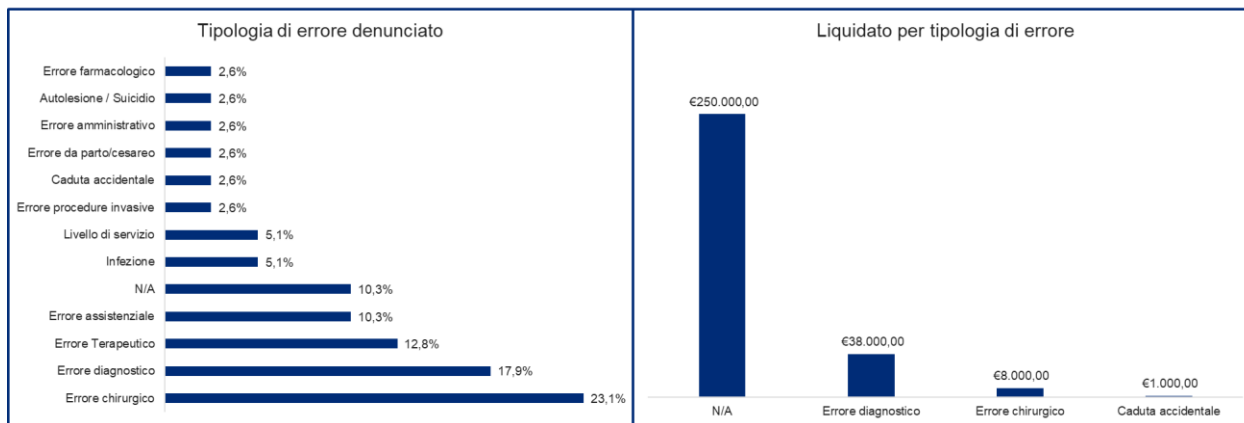
Tipologia di errore per anno di denuncia – 2021

Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2021	46	26	8	12	712.935,00 €



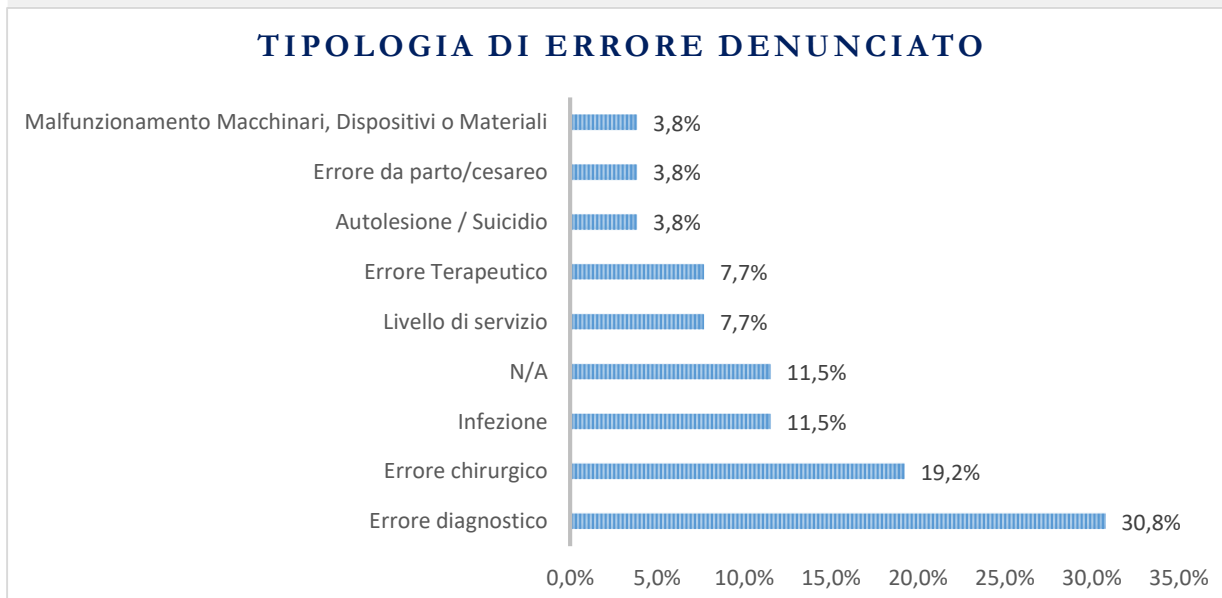
Tipologia di errore per anno di denuncia – 2022

Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2022	39	29	4	6	297.000,00 €

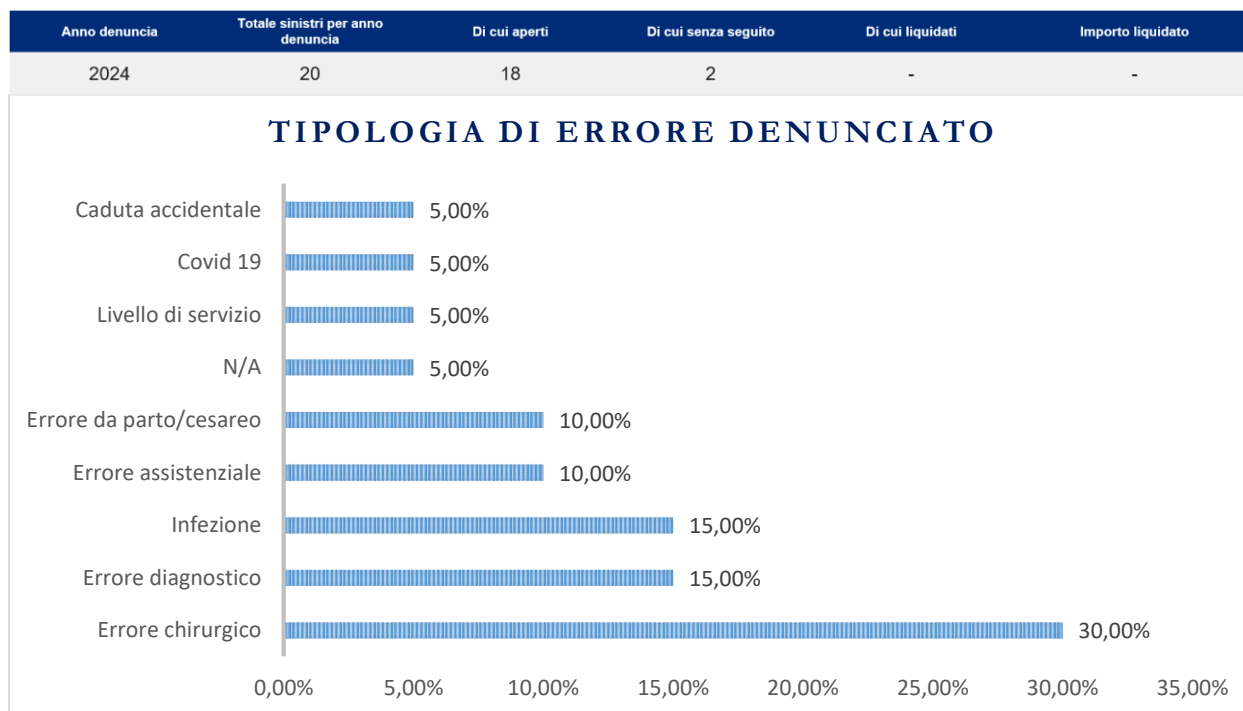


Tipologia di errore per anno di denuncia – 2023

Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2023	26	24	2	-	-



Tipologia di errore per anno di denuncia – 2024



Note metodologiche

1. L'analisi è relativa alle richieste di risarcimento danni da medical malpractice ricevute dall'AOU Sassari nel periodo 2020-2024. Comprende solo i sinistri a danno di paziente con esclusione di tutte le richieste di risarcimento danni non riconducibili a malpractice medica (danni a cose, furti, smarrimenti ecc.)
2. L'attività è stata condotta sulla base delle seguenti fonti dati:
 - Per le annualità 2020-2023 sono state utilizzate le statistiche sinistri fornite dalle compagnie assicurative e aggiornate al 01.06.2024
 - Per l'annualità annualità 2024 sono state utilizzate le statistiche sinistri fornite dalle compagnie assicurative e aggiornate al 31.12.2024
3. Le somme «liquidate» devono essere considerate in base all'anno di denuncia del sinistro e non secondo il principio di cassa (anno in cui è avvenuto il pagamento).

23. ATTIVITÀ/ OBIETTIVI PREVISTI PER L'ANNO 2025

Continua l'attività di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriale. Sulla base delle criticità riferite alle segnalazioni, alle analisi e ai monitoraggi effettuati, nonché sulla scorta della normativa e delle linee di indirizzo nazionali e regionali, sono previste durante il 2025, come prioritarie, ma non esclusive, per il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, azioni riguardanti le seguenti aree:



23.1 INCIDENT REPORTING

Prevista l'ulteriore attivazione della segnalazione di eventi tramite piattaforma SIRMES/SIMES, aggiornata in alcune sue funzionalità (ancora da verificare nell'operatività). Rimane in vigore e da implementare ulteriormente l'attuale e recente procedura (revisionata nel 2024) sull'incident reporting, con l'obiettivo di massimizzare la segnalazione e l'emersione di errori e criticità, con il supporto del Risk management aziendale, anche con lo scopo del raggiungimento di eventuali obiettivi di performance aziendale.

Per migliorare la segnalazione di eventi, nell'ambito delle attività relative all'incident reporting, supportati da operatori afferenti alla Società Sardegna IT, è prevista l'ulteriore formazione di circa 20 operatori (facilitatori di varie UU.OO. che hanno frequentato il corso di aggiornamento sul rischio clinico nel 2022.), specificamente nella compilazione appropriata del programma che alimenta anche il flusso ministeriale SIMES. Il SIRMES inoltre verrà ulteriormente aggiornato e migliorato nella fruibilità.

Sugli eventi sentinella, o comunque sugli eventi spia di problemi che potrebbero determinare, anche in prospettiva, danni ad utenti e operatori, verranno realizzati specifici audit, con il coinvolgimento dei facilitatori delle Unità Operative interessate.

Responsabile: Risk Management, Direzione sanitaria.

Coinvolti: Facilitatori referenti del Risk M., Responsabili Unità Operative aziendali.

23.2 INFEZIONI

Con Deliberazione DG n. 107 del 05.02.2025 è stato adottato il "Piano annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza 2025" (**PAICA 2025**) predisposto, definito e coordinato dal Direttore Medico del Presidio Ospedaliero SS Annunziata, Presidente del CICA dell'AOU di Sassari, approvato dal CICA nella riunione del 20.12.2024, consultabile al link:

<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=17&s=11&v=9&c=3562&id=418577&nodesc=1>.

Il Piano prevede la prosecuzione della sorveglianza epidemiologica delle ICA, in tendenziale incremento rispetto alla rilevazione pre pandemica. Nel 2025 è prevista la conclusione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico ed un nuovo studio di prevalenza delle infezioni, oltre alla sorveglianza epidemiologica delle colonizzazioni da CPE/VRE/MRSA-MSSA.

Inoltre, proseguiranno le attività sull'appropriatezza prescrittiva, con la revisione dei protocolli di profilassi antibiotica perioperatoria e il monitoraggio del consumo di antibiotici nell'ambito dei programmi di antibiotico sorveglianza.

Ancora promossa la vaccinazione in Ospedale, tra gli interventi ritenuti più efficaci e sicuri anche per il controllo delle infezioni nosocomiali.



Continua la formazione, coordinata dall'ARES, prevista dal progetto PNRR - Missione M6C2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario sub-investimento 2.2. (b) corso di formazione in infezioni ospedaliere, con la previsione di un target di oltre 2000 operatori da formare entro il 30/06/2026.

Verranno approfondite le procedure correlate a processi particolarmente soggetti a rischio infettivo, come la gestione delle emocolture e la corretta compilazione delle checklist.

Nelle fasi finali di elaborazione la stesura del Protocollo MRSA-MSSA.

In revisione il Prontuario dei disinfettanti.

Continuano le attività del Team Endocarditi per la condivisione di un percorso per la prevenzione ed il contenimento del rischio della patologia infettiva.

Responsabile: DMPO

Coinvolti: Responsabili e referenti delle infezioni delle UU.OO. cliniche mediche, chirurgiche, dell'area critica e dei servizi diagnostici; Farmacia ospedaliera e Risk Management.

22.3 AREA CHIRURGICA

- In aderenza all'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" (09.07.2020) verrà istituito un gruppo di lavoro per elaborare una procedura per standardizzare il percorso chirurgico perioperatorio aziendale, riferito inizialmente alla gestione dell'elezione, dalla fase pre-intervento a quella post operatoria, in conformità delle Linee d'indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia in conformità a quanto previsto dalle schede integrate per la sicurezza del paziente chirurgico (SISPaC).

Responsabile: Operating Room Manager

Coinvolti: DMPO, Risk Management, Responsabili UU.OO. Chirurgiche e Anestesiologiche, Anatomia Patologica.

- Verranno proseguite l'implementazione e il monitoraggio delle checklist chirurgiche anche in relazione alle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 e 3 del marzo 2008 e delle Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia.

Responsabile: Risk Management

Coinvolti: Operating Room Manager, Responsabili UU.OO. Chirurgiche e Anestesiologiche, Infermieristiche, Anatomia Patologica.

- Da concludere e implementare la "Procedura trasporto campioni in Anatomia Patologica".

Responsabile: Risk Management

Coinvolti: Operating Room Manager, Responsabili UU.OO. Chirurgiche, Infermieristiche, Anatomia Patologica.



- L'AOU di Sassari, come sede di Dea di II livello del centro-nord Sardegna rappresenta il riferimento territoriale per la gestione del trauma complesso (chirurgico addominale, toracico, vascolare, neurochirurgico e muscolo scheletrico): continua nel 2025 il già avviato percorso formativo e gestionale finalizzato alla gestione del Trauma maggiore.

Responsabile: Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza

Coinvolti: Responsabili Pronto Soccorso, Terapia intensiva, Servizio trasfusionale, UOOO chirurgiche e traumatologiche del DEA aziendale, Diagnostica per immagini, Formazione, Risk management.

- Progressiva revisione, secondo normativa aggiornata, di attività e format relativi al consenso informato.

Responsabile: Direttore Medicina legale

Coinvolti: Risk Management e UU.OO. Mediche e Chirurgiche.

23.4 AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO

Implementazione delle raccomandazioni sulla prevenzione dell'errore in terapia farmacologica.

Supporto ad attività/aree assistenziali finalizzate alla gestione del sovraffollamento ospedaliero.

- Al fine di aderire alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 14/2012, finalizzata alla prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici, comprensiva della proposta di aggiornamento del 2021, tenuto conto della recente introduzione aziendale nelle UU.OO. di Oncologia, Ematologia e Farmacia ospedaliera del dispositivo informatico Log80, software per la gestione del processo di prescrizione, allestimento e somministrazione della terapia oncologica personalizzata, verrà costituito apposito gruppo di lavoro per l'elaborazione della procedura riferita alla gestione della terapia con farmaci antitumorali.

Responsabile: Risk Management

Coinvolti: Responsabili UU.OO. Oncologia, Ematologia, Farmacia ospedaliera, ICT, Professioni infermieristiche, SPP.

23.5 PERCORSO NASCITA

Continua il monitoraggio della relativa scheda di valutazione.

- Definizione del percorso di assistenza anestesiológica al parto tramite il coinvolgimento degli operatori delle UU.OO. interessate.

Responsabili: Direttore Anestesia e Cure Palliative

Coinvolti: Responsabili Risk Management, UU.OO. Ostetricia e Ginecologia e TIN.



- Definizione/revisione delle procedure riferite alle principali urgenze emergenze nel Pronto Soccorso ostetrico.

Responsabile: Direttore Ostetricia e Ginecologia

Coinvolti: Responsabili Risk Management, UU.OO. Anestesia e Cure Palliative e TTN.

- Monitoraggio delle schede di valutazione ostetrica e della SISPaC di sala parto.

Responsabile: Risk Management

Coinvolti: Responsabili Ostetricia e Ginecologia, TTN.

- Formazione sul percorso nascita

Responsabile: Centro Regionale di Risk Management

Coinvolti: Responsabili Ostetricia e Ginecologia, TTN.

23.6 SICUREZZA TRASFUSIONALE

- Progettazione ed organizzazione corsi di formazione aziendale sulla sicurezza trasfusionale.

Responsabile: SIMT (Struttura Regionale di coordinamento delle attività trasfusionali).

Coinvolti: Risk Management, Responsabili Medicina legale, UU.OO. Cliniche e Chirurgiche, Formazione.

- Ulteriore implementazione Frigoemoteche.

Responsabile: SIMT

Coinvolti: UU.OO. Cliniche e Chirurgiche, Professioni infermieristiche, Servizi ICT e Ingegneria Clinica.

- Revisione Procedura aziendale sull'utilizzo dell'albumina.

Responsabile: SIMT

Coinvolti: Responsabili UU.OO. Cliniche e Chirurgiche, Farmacia ospedaliera, Risk management.

23.7 TRASPORTO SANITARIO AZIENDALE

- Adozione e implementazione di una procedura aziendale sui trasporti sanitari secondari, che recepisca le indicazioni della Raccomandazione del M. della Salute e quelle contenute dalle più recenti linee d'indirizzo delle società scientifiche, con l'obiettivo di migliorarne sia la sicurezza che l'appropriatezza.

Responsabile: Risk Management



Coinvolti: DMPO, Responsabili Professioni infermieristiche, Medicina legale, UU.OO. Cliniche e Chirurgiche, Formazione.

23.8 PERCORSO DONAZIONE D'ORGANO

- Necessaria la definizione di una procedura aziendale condivisa, relativa alla cDCD, che contestualizzi il Protocollo regionale in AOU.

Responsabile: COP

Coinvolti: CRT, Direzione Sanitaria, DMPO, Risk Management, Responsabili Cardiocirurgia, Cardioanestesia, Terapie Intensive, Laboratori, Psicologia, SIMT, Medicina Legale aziendali, Diagnostica per immagini.

- Da revisionare, aggiornandola anche la Procedura aziendale per l'accertamento di morte encefalica e donazione d'organo (DBD) CRT,

Responsabile: COP

Coinvolti: Risk Management, Responsabili DMPO, Medicina legale.

- Per il 2025 è previsto anche l'avvio di un programma di prelievi di cornee da donatore cadavere, ovvero in seguito a decesso per arresto cardio respiratorio. Verrà quindi elaborata una procedura aziendale per il prelievo di cornee a scopo di trapianto.

Responsabile: COP

Coinvolti: Risk Management, DMPO, Oculistica.

- Da revisionare, aggiornandola, la Procedura aziendale sulla Gestione degli esami di laboratorio nella valutazione d'idoneità del potenziale donatore di organi.

Responsabile: COP

Coinvolti: Risk Management, Responsabili Laboratori aziendali.



24. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è diffuso nelle seguenti modalità:

- 1) Presentazione alla Direzione Aziendale
- 2) Pubblicazione nel sito aziendale della SSD Qualità, Accreditamento, Clinical Governance, Risk Management al link:

<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=18&s=11&v=9&c=2922&es=639,301&esn=Primo+piano&na=1&n=10>

- 3) Condivisione nelle attività formative di supporto alla gestione del rischio delle UU.OO. aziendali.



25. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Legge n.24 del 8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
2. D.M. n.70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
3. 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”
4. DGR n. 40/27 del 7.8.2015
5. DGR. n. 46/17 del 22.9.2015
6. DGR n. 38/28 del 8.8.2017
7. DGR n. 49/41 del 27.10.2017
8. DGR n. 34/11 del 3.07.2018
9. DGR n. 61/28 del 18.12.2018
10. DGR n. 2/15 del 20.01.2022
11. DGR n. 46/29 del 22.12.2023
12. WHO-Global Patient Safety Action Plan 2021-2030
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
13. Ministero della Salute. Agenas. Rischio clinico e sicurezza del paziente
<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
14. Ministero della Salute. Raccomandazioni per la sicurezza delle cure
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>
15. Ministero della Salute. Risk management in Sanità, il problema degli errori
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf
16. Ministero della Salute. Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella - luglio 2024
<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=3462>



17. Ministero della Salute. Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS
https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20200e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistemaInformativo
18. Ministero della Salute. Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare
<http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
19. ARES Sardegna - Centro Regionale per il Risk Management
<https://www.aresardegna.it/azienda/centro-regionale-per-il-risk-management/>
20. Bizzarri G, Canciani M, Farina M. Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati. Franco Angeli, 2018
21. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
22. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer, 2021.

26. ALLEGATI

- Tabella 1 EVENTI CON AUDIT 2023
- Tabella 2 EVENTI CON AUDIT 2024