



AOU Sassari



# Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)

AOU Sassari

2026

**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	3
2. CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE	11
3. SSD QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, CLINICAL GOVERNANCE, RISK MANAGEMENT	12
4. INCIDENT REPORTING 2025	12
5. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2025	19
6. AREA CHIRURGICA 2025	22
7. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2025	22
8. PERCORSO NASCITA 2025	24
9. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2025	24
10. TRASPORTO SANITARIO 2025	25
11. PERCORSO DONAZIONE D'ORGANO 2025	26
12. SICUREZZA TERAPIA FARMACOLOGICA E DISPOSITIVI 2025	26
13. DELIBERE 2025	27
14. PORZIONE ASSICURATIVA E SINISTRI 2020-2025	28
15. ATTIVITÀ/ OBIETTIVI PREVISTI PER L'ANNO 2026	32
16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	39
25.NORMATIVA, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA	40
26. ALLEGATI	41

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

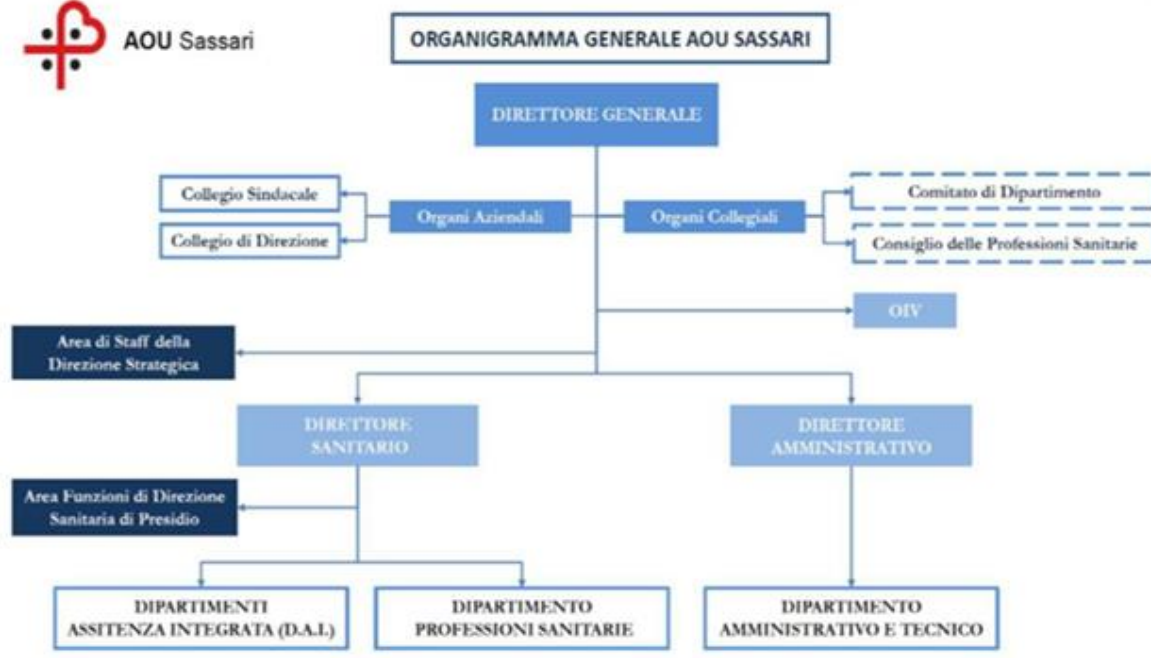
L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2 del 27 aprile 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 3, lettera b, e dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 10 del 29 luglio 2006 in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e Sassari. L'AOU di Sassari, così come previsto dalla Legge Regionale 11 settembre 2020 n. 24 e s.m.i., fa parte del Sistema Sanitario Regionale, mediante il quale sono assicurati i livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio regionale. Ai sensi della Legge 24/2020 e dell'art. 2 del D.lgs n. 517/1999 e s.m.i, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sull'intero territorio regionale ed è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e di Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari.

Con decorrenza dal 1 Gennaio 2016, attraverso un processo di incorporazione per fusione, il P.O. "SS. Annunziata", presidio ospedaliero della ex ASL 1 di Sassari, è stato assorbito nell'AOU di Sassari in ottemperanza alle previsioni di cui all'art. 9, comma 1, lettera b della Legge Regionale n. 23/2014 e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 67/20 del 29 Dicembre 2015, processo conclusosi nel corso dell'anno 2021 in esecuzione della Delibera RAS n. 36/41 del 31/08/2021 con la quale è stato recepito l'addendum di integrazione del progetto di incorporazione del Santissima Annunziata.

In attuazione dell'art.18 comma 3 della già citata Legge Regionale n. 24/2020, con decorrenza dal 1 gennaio 2022, il Presidio Ospedaliero Marino-Regina Margherita di Alghero è stato trasferito dall'Azienda per la Tutela della Salute (ATS, oggi ARES – Azienda Regionale della Salute) all'AOU di Sassari con le modalità attuative di passaggio disciplinate attraverso la DGR n. 13/57 del 6 aprile 2023.

Successivamente, a seguito della legge regionale 11 marzo 2025 n. 8 (art. 7, c.1-b), il plesso ospedaliero Marino-Regina Margherita di Alghero è stato trasferito, con decorrenza dal 1° gennaio 2026, dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari all'Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari. L'AOU di Sassari, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 del Decreto Legislativo n. 517/1999 e s.m.i.), ha personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, autonomia imprenditoriale, secondo quanto stabilito dalle norme nazionali e regionali in materia e dal Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione Autonoma Sardegna e l'Università degli Studi di Sassari.

Il modello organizzativo attuale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è conseguente all'approvazione, nel 2022, del nuovo atto aziendale e delle successive modificazioni. Nella tabella seguente sono indicate le aree del governo aziendale, così come previste nell'ultimo atto aziendale approvato.



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”. 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'obiettivo dell'AOU SS è quello di garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari, realizzare la piena integrazione con l'Università, favorendo percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevate qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di alta specializzazione.

L'AOU SS garantisce inoltre 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.

In linea con il DM 70/2015, l'AOU di Sassari è in grado di offrire i servizi e le strutture sanitarie di un hub ospedaliero, sede di DEA di II livello, dando così risposta sia all'emergenza che alla complessità assistenziale. L'integrazione con l'Università degli Studi di Sassari costituisce, quando la sinergia è adeguata, un importante punto di forza, in termini di miglioramento della qualità della risposta assistenziale, delle attività formative e di ricerca e degli investimenti, con ricadute, anche economiche e di sviluppo, sul territorio. Purtroppo la struttura ospedaliera è in parte obsoleta, con alcuni edifici ormai quasi secolari, dispersi in un'area di alcune decine di ettari, non adeguatamente collegati tra loro. Ormai, da oltre un decennio, ma con un ulteriore incremento dopo la pandemia Covid, i reparti internistici ricoverano (circa 5-10%) pazienti aggiuntivi anche rispetto alle loro capacità operative e strutturali. I volumi dei trasporti sanitari aziendali, intra ed extraospedalieri, oltre 30.000/anno, costituiscono una delle conseguenze più importanti in termini di onerosità, sia assistenziale che economica. Anche l'attività chirurgica risente della problematica strutturale e logistica (tre i blocchi operatori con un numero di sale insufficienti per un'adeguata risposta all'emergenza ed alla complessità aziendale, sia assistenziale che formativa); allo stesso tempo risulta da migliorare la strutturazione dei percorsi chirurgici differenziando la gestione di quelli più complessi, da quelli che richiedono ricoveri brevi e ambulatoriali. In crescita l'innovazione tecnologica con incremento della chirurgia mini-invasiva e di quella robotica. La definizione di Hub per l'AOU di Sassari, comporta un alto numero di ricoveri di pazienti, provenienti soprattutto, ma non esclusivamente, dal centro-nord Sardegna, con patologie di diverso tipo e gravità, ma sempre più frequentemente fragili, con una spiccata criticità sociale e conseguente dimissione difficile. È stato già avviato, sulla spinta del forte bisogno assistenziale, e verrà ulteriormente implementato in raccordo con le Aziende sanitarie, un progetto socio-sanitario che ha previsto da subito l'integrazione dei percorsi assistenziali ospedalieri dell'AOU con quelli territoriali, pubblici e privati accreditati e convenzionati talvolta anch'essi in deficit di risorse, umane in particolare, ma in fase di progressiva crescita e riorganizzazione. In attuazione degli interventi previsti, oltre che dal DM77 anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in particolare dalla Missione 6 salute (M6), volti al finanziamento e potenziamento della domiciliarità delle cure e della telemedicina, prosegue l'implementazione dei progetti, migliorando ulteriormente le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche aziendali, accompagnando la riorganizzazione e riqualificazione dell'offerta assistenziale corrispondente, promuovendo la ricerca, la formazione e l'innovazione, in sinergia con l'Università.

**Posti letto AOU SS (Flusso HSP12 - 2025)**

Unità Operative con PL	PL
SC Cardiocirurgia	7
SC Cardiologia Clinica ed Interventistica	15
SS UTIC	9
SC Chirurgia Generale e d'urgenza	23
SC Clinica Chirurgica	33
SC Chirurgia Generale e d'urgenza- Patologia Chirurgica	22
SC Breast Unit	4
SC Chirurgia Maxillo-facciale	8
SC Chirurgia pediatrica e neonatale	8
SC Chirurgia Plastica e ricostruttiva	5
SC Chirurgia Vascolare ed endovascolare	20
SC Ematologia	15
SC Geriatria	25
SC Clinica Malattie Infettive e tropicali	16
SC Clinica Malattie Infettive e tropicali-COVID	7
SC Medicina Emergenza-urgenza	20
SC Medicina Interna	56
SC Clinica Medica	19
SSD Patologia Medica	17
SSD day hospital Area Medica	4
SSD Epatologia	2
SC Nefrologia, dialisi e trapianti	16
SC Neurochirurgia	18
SC Clinica Neurologica	26
SSD Stroke Unit	6
SC Neuropsichiatria infantile	9
SC Clinica Oculistica	12
SSD Clinica Odontoiatrica	2
SC Clinica Ortopedica	32
SC Traumatologia ed Ortopedia	24
SC Ortopedia e Traumatologia (Alghero)	26
SC Clinica Ostetrica e Ginecologica	66
SC Clinica Otorinolaringoiatrica	18
SC Clinica Pediatria	37
SC Clinica Urologica	26
SC Centro Ustioni	5
SC Terapia Intensiva emergenza-urgenza (plesso SSA)	15
SSD Cardioanestesia	4
SC Terapia Intensiva Generale e post-operatoria	23
SC Recupero e Riabilitazione Funzionale (Alghero)	29
SC Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	8
SC Terapia Intensiva neonatale e neonatologia – Terapia Intensiva	12
SC Terapia Intensiva neonatale e neonatologia –Neonatologia (+ 25 culle Nido)	18
SC Oncologia Medica	13
SC Pneumologia Clinica e interventistica	24
SSD Endoscopia Bronchiale interventistica	6
SSD Reumatologia	4
<b>PL</b>	<b>814</b>

### Accessi in Pronto soccorso rappresentati per Centro di Rilevazione

Struttura Erogante	Centro di Rilevazione PS	2024*	2025*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501 - Stabilimento Cliniche Di San Pietro -	OSTETRICO-GINECOLOGICO E OBI	6.743	7.266
	PEDIATRICO E OBI	10.704	10.390
	<b>TOTALE STABILIMENTO SPTR</b>	<b>17.447</b>	<b>17.656</b>
20090502 - Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	MEDICINA EMERGENZA-URGENZA	49.421	49.781
	<b>TOTALE AOU SASSARI</b>	<b>66.868</b>	<b>67.437</b>
* Valore rendicontato in RAS			

### Accessi di Pronto Soccorso rappresentati per codice Triage

STRUTTURA EROGANTE	TRIAGE	2024*	2025*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	1 - Emergenza	11	11
	2 - Urgenza	229	113
	3 - Urgenza differibile	821	1.125
	4 - Urgenza minore	9.615	9.456
	5 - Non urgenza	6.771	6.951
	<b>Totale Cliniche</b>	<b>17.447</b>	<b>17.656</b>
20090502- Stabilimento SS. Annunziata - (Sassari)	1 - Emergenza	3.592	3.582
	2 - Urgenza	12.898	10.583
	3 - Urgenza differibile	9.231	18.353
	4 - Urgenza minore	18.893	13.850
	5 - Non urgenza	4.799	3.409
	N - Deceduto	6	
	Nc	2	4
<b>Totale SS Annunziata</b>	<b>49.421</b>	<b>49.781</b>	
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>66.868</b>	<b>67.437</b>	
* Valore rendicontato in RAS			

### Accessi di Pronto soccorso seguiti e non seguiti da ricovero

STRUTTURA EROGANTE	2024*			2025*		
	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	2.103	15.344	17.447	1.995	15.661	17.656
20090502- Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	9.744	39.677	49.421	9.997	39.784	49.781
<b>TOTALE</b>	<b>11.847</b>	<b>55.021</b>	<b>66.868</b>	<b>11.992</b>	<b>55.445</b>	<b>67.437</b>
* Valore rendicontato in RAS						

## Attività in regime ambulatoriale

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER DIPARTIMENTO)			
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2024*	2025*
		Nr.	Nr.
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	14.881	13.770
4_DAI.02	Dipartimento medico	20.508	20.690
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	34.563	34.154
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	54.435	52.426
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	57.668	37.483
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	16.298	14.782
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	70.918	71.070
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	20.276	19.678
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	34.607	31.044
4_DAI.10	Dipartimento di diagnostica e servizi	867.329	805.517
AA	Altre assegnazioni	2.048	16
<b>TOTALI</b>		<b>1.193.531</b>	<b>1.100.630</b>

## Attività in regime ambulatoriale

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER BRANCA SPECIALISTICA)		
N°	BRANCA	2025*
		NUMERO
1	Anestesia	3.864
2	Cardiologia	22.254
3	Chirurgia Generale	2.953
4	Chirurgia Plastica	2.895
5	Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.483
6	Dermosifilopatia	11.904
7	Medicina Nucleare	5.718
8	Radiologia Diagnostica	32.429
9	Endocrinologia	8.551
10	Gastroentero – Chir.e Endoscopia dig.	8.484
11	Laboratorio Analisi	815.157
12	Medicina Fisica e Riabilitazione	28.058
13	Nefrologia	11.674
14	Neurochirurgia	5.903
15	Neurologia	3.308
16	Oculistica	7.623
17	Odontostomat. – Chir. Maxillo Facciale	7.827
18	Oncologia	8.538
19	Ortopedia e Traumatologia	16.612
20	Ostetricia e Ginecologia	6.866
21	Otorinolaringoiatria	11.353
22	Pneumologia	5.726
23	Psichiatria	4.991
24	Radioterapia	16.233
25	Urologia	2.816
26	Altre prestazioni	47.410
<b>TOTALI</b>		<b>1.100.630</b>
* Valore rendicontato in RAS		

### Attività in regime di ricovero ordinario per Dipartimento

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO			
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2024*	2025*
		Nr.	Nr.
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	1.280	1.340
4_DAI.02	Dipartimento medico	4.051	4.305
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	2.497	2.598
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.718	1.657
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	2.081	2.077
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	3.979	3.774
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	356	332
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	2.923	3.003
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	5.592	5.410
<b>TOTALI</b>		<b>24.477</b>	<b>24.496</b>
* Valore rendicontato in RAS			

### Attività in regime di day hospital/surgery per Dipartimento

PRESTAZIONI IN REGIME DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2024*	2025*
		Nr.	Nr.
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	617	676
4_DAI.02	Dipartimento medico	877	941
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	5.882	6.299
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.259	1.367
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	1.107	1.297
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	70	87
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	2.115	2.131
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	336	498
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	1.208	1.362
<b>TOTALI</b>		<b>13.471</b>	<b>14.658</b>
* Valore rendicontato in RAS			

### Sintesi delle due tabelle precedenti

Tipologia di ricovere	2024*	2025*
	Nr.	Nr.
Ricovero ordinario	24.477	24.496
Ricovero Dh/Ds	13.471	14.658
<b>TOTALI</b>	<b>37.948</b>	<b>39.154</b>
* Valore rendicontato in RAS		

## 1.1 Direzione aziendale

Con la Deliberazione della Giunta della Regione Autonoma della Sardegna n. 68/8 del 31.12.2025 è stato nominato quale Direttore Generale dell'AOU di Sassari il Dott. Serafinangelo Ponti.

Con la Deliberazione n.125 del 30.01.2026 sono stati nominati il Dott.Alberto Mura Direttore Amministrativo e la Dott.ssa Lucia Anna Mameli Direttrice Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari (già nominati con le Delibere del Commissario straordinario n. 98 del 18.06.2025 e n. 99 del 18.06.2025 ai sensi dell'art. 14 della L.R. n.8/2025). La Direzione Aziendale (o Direzione Strategica) esercita il governostrategicoaziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dello Staff della Direzione.

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.

## 1.2 Contesto socio-demografico territoriale

La popolazione residente nella Provincia di Sassari, definita sulla base del Censimento al 31 dicembre 2023, ammonta a 473.493 residenti, in calo rispetto al 2022 di 1.246 individui (-0,3%). La diminuzione della popolazione rispetto al 2022 è frutto dei valori negativi del saldo naturale (-3.060 unità), cui si contrappongono in modo insufficiente i valori positivi del saldo migratorio interno (41 unità) ed estero (1.399 unità) e dell'aggiustamento statistico (374 unità). La popolazione straniera residente nella Provincia di Sassari, ammonta a 21.586 persone, il 41,5% degli stranieri residenti in Sardegna. L'incidenza sulla popolazione residente è decisamente più bassa rispetto al valore nazionale (4,6% contro 8,9%), ma superiore al valore regionale (3,3%).

Il saldo naturale conferma la dinamica sfavorevole in corso, caratterizzata da un eccesso dei decessi sulle nascite. In Sardegna, infatti, come nel resto del Paese, si registra il nuovo minimo storico delle nascite, con una riduzione di quasi la metà rispetto ai 14 mila nati di inizio millennio. La diminuzione del numero dei nati è determinata sia dalla contrazione della fecondità, sia dal calo della popolazione femminile in età riproduttiva (15-49 anni). In particolare, nella Provincia di Sassari si evidenzia un trend decrescente nel tasso di natalità, dal 5,3 per mille del 2022 al 4,9 del 2023, valore decisamente più basso della media nazionale (6,4 per mille abitanti) ma leggermente più alto di quello regionale (4,6 per mille). Pertanto, la riduzione delle nascite comporta un progressivo squilibrio demografico e una minore domanda di servizi pediatrici nel lungo periodo.

Il numero dei decessi in Sardegna diminuisce di 1.787 unità, con un decremento dell'8,7% sul 2022 che riguarda soprattutto la componente più anziana della popolazione, all'interno della quale si concentra la maggior parte dei decessi. Questa componente, soprattutto quella più fragile, è stata particolarmente colpita dall'eccesso di mortalità negli anni della pandemia 2020-2022. In particolare, il tasso di mortalità nella Provincia di Sassari scende dal 12,6 nel 2022 all'11,3 per mille nel 2023, risultando più basso del tasso nazionale (11,4 per mille) e regionale (11,9 per mille).

La struttura per genere conferma anche nel 2023 la prevalenza della componente femminile. L'incidenza delle donne è particolarmente rilevante nelle età più avanzate a seguito della maggiore longevità. La popolazione sarda presenta una struttura per età decisamente più anziana rispetto al totale del Paese. L'età media nella Provincia di Sassari, in leggera crescita sul 2022 (47,8), è di 48,1 anni, contro i 46,6 anni della media nazionale. Aumenta l'indice di vecchiaia, che passa da 230,6 del 2022 a 243,5 del 2023, e lievemente anche l'indice di dipendenza degli anziani, che si attesta a 39,9 contro 38,9 del 2022, mentre rimane sostanzialmente invariato l'indice di struttura della popolazione attiva, che passa da 162,7 del 2022 a 162,6. Nonostante presenti la struttura demografica più giovane

a livello regionale, la presenza di un indice di vecchiaia in costante aumento comporta una maggiore prevalenza di pazienti affetti da patologie croniche multiple, con un conseguente aumento della domanda di cure integrate e di lungo termine e con impatti diretti sull'assistenza ospedaliera oltre che sulla domiciliare e residenziale.

## 2. CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

### 2.1 Normativa Nazionale

- Legge 24, 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.
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- D.M. 19 dicembre 2022 - Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.

### 2.2 Normativa Regionale

- Legge Regionale 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.

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

- DGR n. 40/27 del 7.8.2015 - Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia;
- DGR 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;
- DGR n. 38/28 del 8.8.2017 - Integrazione e modifica delle linee di indirizzo e adeguamento a quanto disposto dalla legge n. 24 del 8 marzo 2017. Istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza;
- DGR 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;
- DGR n. 49/41 del 27.10.2017- Istituzione rete del cittadino della Regione Sardegna "Tramas";
- DGR n. 34/11 del 03.07.2018 - Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e lotta all'antimicrobicoresistenza (AMR);
- DGR n. 44/36 del 5.9.2018 - Linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- DGR n. 61/28 del 18.12.2018 - Progetto formativo di livelloregionale per la rete del risk management e dei referenti delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antimicrobico resistenza. Biennio 2018-2019;

- DGR n. 2/15 del 20.01.2022 – Adozione linee operative per il risk management nel Sistema Sanitario Regionale (SSR);
- Deliberazione del Direttore Generale di ARES n. 126 del 30.05.2023 - Aggiornamento delle linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico (Deliberazione di Giunta Regionale n. 38/28 del 8.8.2017) alla luce della riforma del Sistema Sanitario Regionale (L.R. n. 24 del 11.09.2020);
- DGR n. 43/17 del 7.12.2023 - Aggiornamento delle Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico (deliberazione di Giunta regionale n. 38/28 dell'8.8.2017) alla luce della riforma del Sistema Sanitario Regionale (L.R. n. 24 del 11.09.2020);
- DGR 46/2 del 22.12.2023 - Linee di indirizzo per l'implementazione dell'utilizzo dell'applicativo informatico Sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) per la segnalazione degli eventi, l'incident reporting e una gestione integrata del rischio clinico”. Deliberazione del Direttore generale ARES n. 304 del 27.12.2022.
- DGR n. 9/12 del 25.02.2026 - Linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale. Aggiornamento della deliberazione n. 44/36 del 5.9.2018.

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

La struttura (fino al 2023 SC Qualità Accreditemento Gestione del rischio) è collocata, nell'organigramma dell'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 2025

Con la delibera del DG n. 508 del 10.10.2024 è stato adottato il documento “Gestione segnalazione aziendale rischi, errori, eventi avversi ed eventi sentinella -incident reporting”, revisionando la precedente procedura aziendale e tenendo conto del nuovo “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella-luglio 2024” del Ministero della Salute, invitando a segnalare anche errori, near misses o non conformità 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 specifiche di miglioramento.

La diffusione anche nel 2025 del Protocollo di Monitoraggio del Ministero della Salute (dove sono declinati ulteriori eventi sentinella e definiti con maggiore precisione i criteri di inclusione e di esclusione degli eventi da segnalare, 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), ha ulteriormente promosso e facilitato le segnalazioni riguardanti errori ed eventi favorendo l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e sensibilizzando alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Continuata l'implementazione della piattaforma SIRMES con affiancamento degli operatori nella segnalazione e coinvolgimento negli audit. Per migliorare la segnalazione di eventi, nell'ambito delle attività relative all'incident reporting, supportati da specialisti afferenti alla Società Sardegna IT, è stata effettuata nel 2025 un'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.

Le segnalazioni del 2025, anche relative ad errori o non conformità, risultano però in diminuzione, pur essendo condivisa la necessità di un miglioramento della sicurezza clinica 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). Annualmente viene compilato un report richiesto da AGENAS.

Persistono le criticità relative all'uso della piattaforma regionale SIRMES, soprattutto in relazione al flusso di validazione a cascata ("a risalita") per la gestione delle segnalazioni di errori e incidenti, non sufficientemente gestibile, specialmente in aziende vaste e complesse come l'AOU di Sassari, dalla figura del risk manager. Una volta trasmessa la segnalazione, questa passa al Facilitatore di Unità Operativa (UO), poi al Referente per il Rischio Clinico di presidio, fino al Risk Manager, reso edotto dal sistema, direttamente, solo in caso di eventi classificati come eventi sentinella.

La procedura di attivazione a cascata SIRMES prevede:

- 1) Segnalazione - La scheda elettronica viene compilata e inviata tramite il portale regionale.
- 2) Validazione (Livello 1) - Il Facilitatore di U.O. è il primo responsabile dell'analisi dell'evento segnalato.
- 3) Escalation (Livello 2 - In assenza o impossibilità del Facilitatore, la pratica passa automaticamente al Referente per il Rischio Clinico di Presidio.
- 4) Ultimo livello (Livello 3)- la responsabilità della validazione ricade sul Risk Manager aziendale solo in assenza delle figure precedenti.

In molti casi la segnalazione, specie quando formulata in maniera non adeguata, anche da soggetti "formati", non viene però adeguatamente processata (es. audit) e quindi rilevata a livello di sistema aziendale. Complesso e non immediato il raccordo con il SIMES.

Ancora non adeguato inoltre il numero degli operatori aziendali formati ed in grado di compilare in maniera appropriata la scheda di segnalazione, o farne una prima verifica.

## Eventi segnalati nel 2025

<b>Aggressioni</b>	<b>22 (5 fisiche)</b>
<b>Cadute</b>	<b>130 (53 con danno, da lieve a grave)</b>
<b>Eventi senza danno tot.</b>	<b>5</b>
<b>Evento s.d., “specifiche”</b>	Mancata acquisizione di consenso informato per esame HIV (A) Invio dal laboratorio di referto di pz sbagliato Smarrimento pezzo anatomico Pool piastri scaduto per non utilizzo- Ematologia Gestione procurement d'organo fuori sede (A)
<b>Eventi sentinella tot.</b>	<b>3</b>
<b>Eventi sentinella</b>	Arresto cardiocircolatorio in Risonanza Magnetica (A) Caduta da barella in Geriatria Gestione pz con insufficienza resp. acuta Rianimazione(A)
<b>Eventi avversi tot.</b>	<b>2</b>
<b>Evento avverso, “specifiche”</b>	Arresto cardio-respiratorio durante broncoscopia (A) Richiesta valutazione cardiologica per ins. resp. acuta in Traumatologia
<b>Near Miss tot.</b>	<b>4</b>
<b>Near Miss “specifiche”</b>	Errore trasfusionale/ identificazione pz in Rianimazione (A) Emorragia gastrointestinale in M. Infettive (A) Emorragia post partum (A) Errore trasfusionale preanalitico (A)
<b>TOTALE EVENTI</b>	<b>166</b>

### 4.1 Segnalazioni cadute pazienti 2025

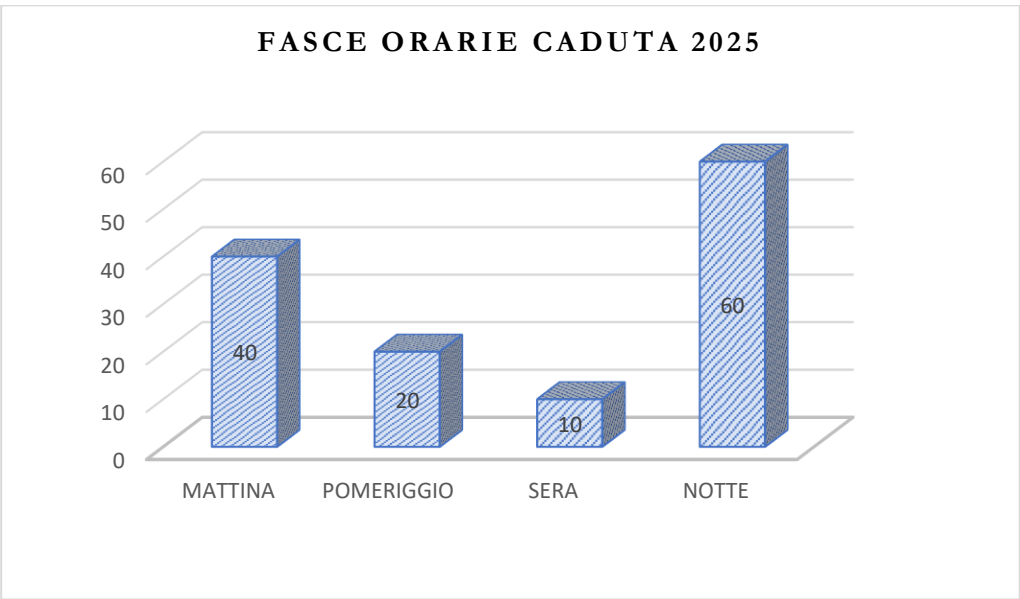
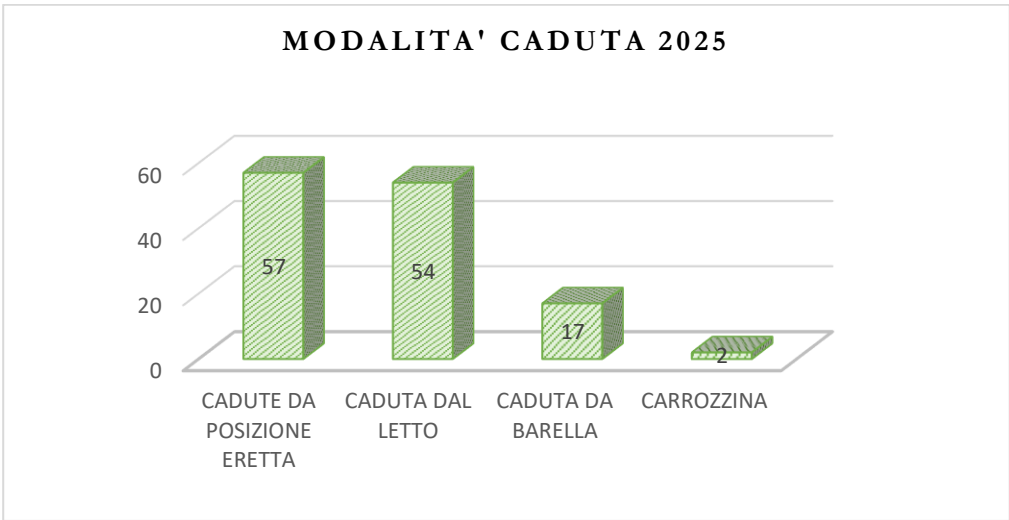
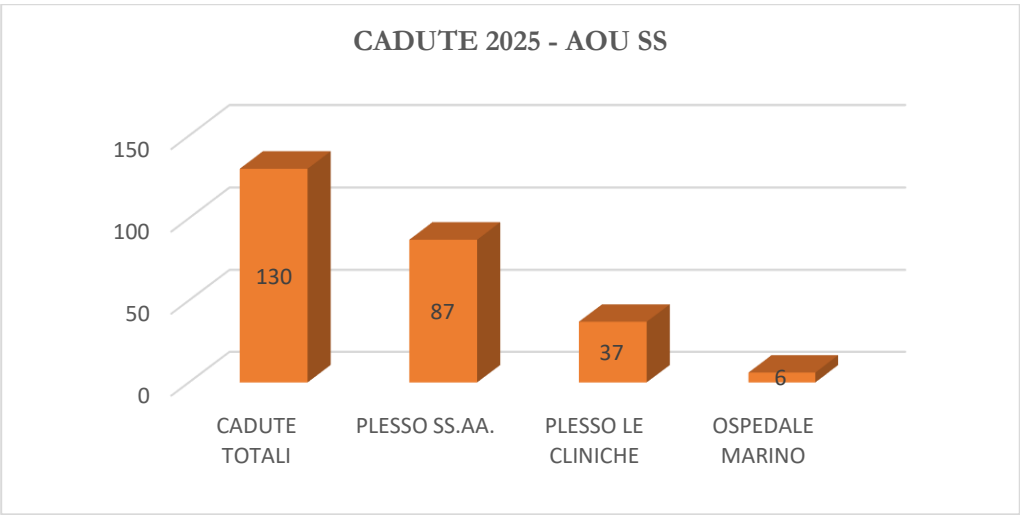
Nel 2025 il numero totale segnalato di cadute dei pazienti nei reparti è stato di 130; nel plesso SS.AA. 87; nel plesso le Cliniche 37; nell'Ospedale Marino 6. Cadute con danno (da contusione lieve, anche cranica, con esecuzione di TC di controllo, a frattura/emorragia) 53. Cadute da barella 17, da carrozzina 2, da letto 54 e da posizione eretta 57.

Su n.130 cadute, 60 si sono verificate di notte, 40 di mattina, 20 nel pomeriggio e 10 di sera.

Probabilmente parte degli eventi, per lo più senza danno o con danno minimo, non sono stati segnalati. La procedura aziendale di valutazione e gestione del rischio caduta con segnalazione dell'evento è implementata in tutte le strutture aziendali. La vetustà di gran parte degli edifici, con pavimenti spesso usurati o sconnessi, condizioni di sovraffollamento dei reparti, il frequente posizionamento di pazienti in posti letto aggiuntivi e barelle, anche nei corridoi, in modo particolare nei reparti internistici, rendono i percorsi particolarmente a rischio inciampo e caduta; nonostante la valutazione del rischio sia regolarmente effettuata, l'alto numero di pazienti fragili, anziani, con polimorbilità, spesso affetti da delirium, necessitanti di un complesso e costante bisogno assistenziale e la relativa insufficienza di risorse umane, per la loro adeguata assistenza, rende difficile una prevenzione efficace; le cadute

prevalgono durante i turni notturni, spesso correlate a riduzione delle risorse umane e la mattina, quando gli operatori sanitari attendono a una molteplicità di attività.

<b>STRUTTURE PLESSO SS.AA.</b>	<b>N. CADUTE</b>	<b>CON DANNO</b>
MEDICINA INTERNA	36	15
GERIATRIA	18	4
NEFROLOGIA	8	4
PATOLOGIA MEDICA	17	7
CARDIOLOGIA UTIC	6	4
EPATOLOGIA	1	1
ONCOLOGIA	1	1
<b>TOTALI</b>	<b>87</b>	<b>36</b>
<b>STRUTTURE PLESSO LE CLINICHE</b>	<b>N. CADUTE</b>	<b>CON DANNO</b>
CLINICA PNEUMOLOGICA	2	1
PATOLOGIA CHIRURGICA	6	3
GINECOLOGIA	2	0
ORL	4	3
CH.PLASTICA	1	1
MALATTIE INFETTIVE	1	0
EMATOLOGIA	2	1
CLINICA MEDICA	1	0
NEUROLOGIA	18	6
<b>TOTALI</b>	<b>37</b>	<b>15</b>
<b>STRUTTURE PLESSO MARINO DI ALGHERO</b>	<b>N. CADUTE</b>	<b>CON DANNO</b>
REC. E RIABILITAZ. F.	1	1
ORTOPEDIA	5	1
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>130</b>	<b>53</b>

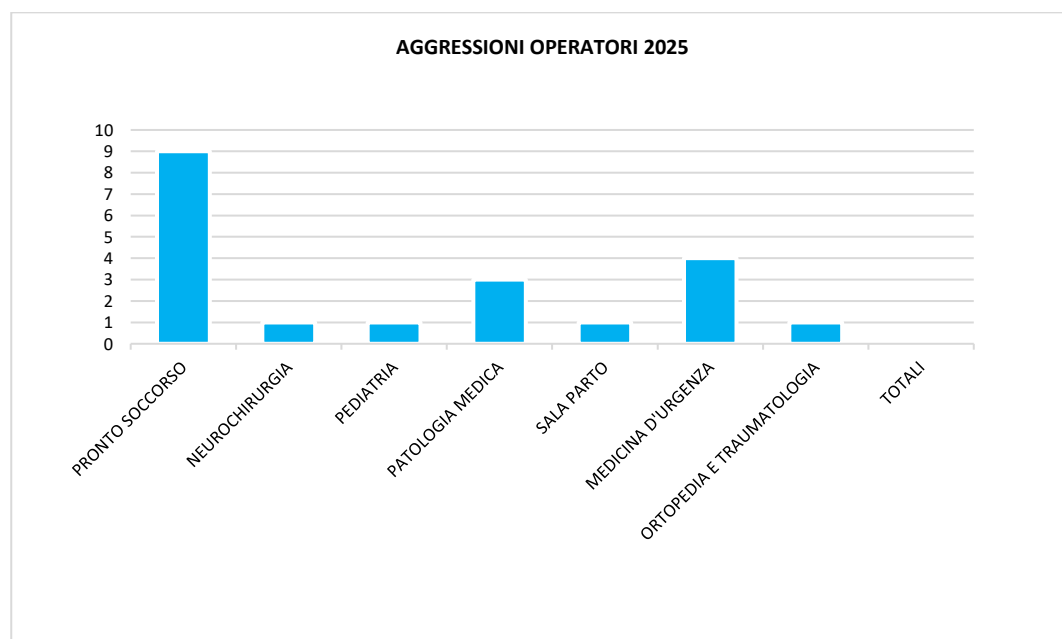


## 4.2 Segnalazioni episodi di violenza contro operatori 2025

Con delibera DG n.537 del 2.7.2019 il Servizio Prevenzione e Protezione, ha proposto una “Procedura di prevenzione e contenimento atti di aggressione a danno di operatori”, revisionata con delibera DG n. 233 del 3.5.2024. Nella procedura, regolarmente implementata, è allegata una scheda di segnalazione per le aggressioni da compilare a cura degli operatori sanitari.

Apposito Report strutturato è regolarmente inviato, anche nel 2025, al Centro Regionale ARES per il previsto monitoraggio AGENAS (Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità). Pronto soccorso e Medicina d’urgenza sono i reparti più a rischio.

STRUTTURE	N. AGGRESSIONI	VERBALI	VERBALI E FISICHE	OPERATORI COINVOLTI
PRONTO SOCCORSO	10	9	1	Medici e infermieri
NEUROCHIRURGIA	1	1		Medico
PEDIATRIA	2	2		Infermieri
PATOLOGIA MEDICA	3		3	Medici e infermieri
SALA PARTO	1	1		OSS
MEDICINA D'URGENZA	4	3	1	Medici e ausiliari
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1		Infermiere
<b>TOTALI</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	



### 4.3 Audit 2025

Nell'anno 2025 sonostati effettuati Audit (SEA) su eventi accaduti all'interno dell'AOU di Sassari e ritenuti rilevanti, anche quando non si sono verificati danni diretti ai pazienti, per le possibili ripercussioni in termini di possibile/probabile ripetizione degli errori e per l'individuazione di aree critiche nell'organizzazione o, comunque, nella struttura aziendale.

Sono stati inseriti nel SIRMES, con le azioni di miglioramento individuate: vedi PROSPETTO EVENTI E AUDIT 2025, allegato al presente documento.

	Segnalazione	Tema Audit	Probl. comunicaz.	Probl. organizz.	Tecnologie sanitarie	Carenza formativa	Fattori logistici e ambientali	Linee Guida Procedure Istruz. operative
1	RISONANZA MAGNETICA	ARRESTO CARDIOCIRCOL.	X	X	X	X	X	X
2	RIANIMAZ. SS ANN.	GESTIONE PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA SEVERA	X	X		X		X
3	GERIATRIA	CADUTA PAZ. DA BARELLA		X			X	X
4	CARDIOCH.	GESTIONE PROCUREMENT D'ORGANO FUORI SEDE	X	X		X		X
5	GASTROENT.	ERRORE TRASFUSIONALE PREANALITICO (SCAMBIO PAZIENTE)	X			X		X
6	CLINICA CHIRURG.	MANCATA ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO PER ESAME HIV	X			X		X
7	OSTETRICIA GINECOL.	EMORRAGIA POST PARTUM	X			X	X	X
8	MALATTIE INFETTIVE	EMORRAGIA GASTROINTEST. IN MALATTIE INFETTIVE	X	X		X		X
9	ORL	SMARRIMENTO CAMPIONI BIOPTICI DA SALA OPERATORIA	X	X	X		X	X
10	PNEUMOL.	ARRESTO CARDIORESPIR. DURANTE EBUS	X					X

## 5. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2025

Con delibera numero 107 del 15 gennaio è stato approvato il “**Piano annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza 2025**” prevedendo, così come nel 2024, 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.

Nel 2025 CICA e Gruppo Operativo coordinato dalla Direzione Medica di presidio e in raccordo con la “Rete aziendale dei referenti per la gestione del rischio infettivo”, hanno proseguito e implementato ulteriormente tutte le attività necessarie alla prevenzione ed al contenimento del rischio infettivologico aziendale.

Durante le riunioni CICA hanno regolarmente relazionato i Gruppi Operativi e i gruppi di lavoro costituiti condividendo problematiche ed azioni specifiche (igiene delle mani, monitoraggio colonizzazioni/infezioni, monitoraggi ambientali, Antimicrobial Stewardship, Vaccinazioni, Water Safety Plan).

Nell'ambito della sorveglianza colonizzazioni e infezioni, sono stati eseguiti oltre 30.000 tamponi rettali, evidenziando una lieve diminuzione della prevalenza di colonizzazioni (1,29%). Una particolare attenzione è stata posta su *Enterobacter cloacae* complex, VRE e *Acinetobacter* e, in TIN, una sorveglianza attiva per *Serratia marcescens*.

Riguardo alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'AOU di Sassari ha partecipato nel 2025 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.

Le Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) costituiscono una delle principali complicanze post-operatorie, con impatto rilevante su esiti clinici, durata della degenza e costi sanitari.

La sorveglianza è stata condotta tra settembre 2024 e marzo 2025 in otto unità operative chirurgiche. Per ciascun intervento rientrante in una delle 11 categorie previste dal protocollo, è stata compilata una scheda contenente dati clinici, fattori di rischio (punteggio ASA, durata dell'intervento, classe dell'intervento) e indicatori di processo (profilassi antibiotica, mantenimento della normotermia, antisepsi cutanea, controllo glicemico). Al fine di consentire un monitoraggio adeguato dell'insorgenza di ISC anche a distanza dall'intervento chirurgico, il follow-up è stato effettuato in due modalità, a 30 giorni nei pazienti sottoposti a chirurgia senza impianto di materiale protesico e a 90 giorni nei casi in cui fosse presente un impianto protesico.

Il tasso di adesione alla sorveglianza è risultato elevato, con un'aderenza stimata del 95%, calcolata come rapporto tra il numero di schede compilate e il totale degli interventi identificati tramite il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Complessivamente, sono stati analizzati 533 interventi chirurgici, con l'identificazione di 22 casi di ISC, pari a un'incidenza complessiva del 4,13% (range 0-8,7% a seconda dell'Unità Operativa). Un'incidenza significativamente maggiore di ISC è stata riscontrata negli interventi più lunghi (media 192 minuti nei casi con infezione vs

121 minuti nei casi senza;  $p=0,0011$ ); il rischio aumenta di oltre il 50% ( $OR=1,53$ ;  $p=0,0002$ ) per ogni ora di durata in più dell'intervento. La prevalenza di infezione in quelli con classificazione pulito-contaminata (13,3%) aumenta rispetto a quelli classificati come puliti (2,2%),  $OR=2,72$  ( $p=0,036$ ). La profilassi antibiotica è stata somministrata correttamente, entro 60 minuti dall'incisione, nel 74% degli interventi e interrotta entro 24 ore nel 63% dei casi. Anche per gli altri indicatori di prevenzione si sono osservati livelli di aderenza subottimali. L'antisepsi cutanea con clorexidina in soluzione alcolica è stata documentata nel 59% degli interventi, il mantenimento della normotermia nel 66,4%, mentre il monitoraggio glicemico intra- o post-operatorio nei pazienti a rischio è stato eseguito solo nel 42% dei casi. Tali dati evidenziano una significativa variabilità nell'applicazione delle buone pratiche e suggeriscono la necessità di rafforzare l'integrazione dei protocolli nei percorsi assistenziali chirurgici.

Continuato il lavoro del Team endocarditi, ai fini della gestione e del loro contenimento, sulla scorta del numero elevato riscontrato in ospedale: più volte evidenziato agli operatori sanitari il rischio correlato alla presenza di device vascolari, richiamando l'importanza sia della loro gestione quotidiana oltre che all'appropriatezza della richiesta, del sito di inserzione e all'attenzione, specie all'asepsi, nella fase di inserimento.

Proseguito anche nel 2025 il monitoraggio su lieviti e miceti: confermata l'assenza di casi di *Candida auris*.

Continuato l'impegno per la formazione aziendale ed extraaziendale degli operatori, in raccordo con ARES, prevista dal PNRR - Missione M6C2 - Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario sub-investimento 2.2.

Completata e in progressiva implementazione la "Procedura operativa per lo screening dei pazienti colonizzati da *Staphylococcus aureus* (MRSA e MSSA)" finalizzata all'identificazione precoce della colonizzazione da *Staphylococcus aureus*, sia meticillino sensibile che resistente. La procedura definisce i pazienti target dello screening (pazienti ricoverati in reparti a rischio elevato come per es. Ortopedie, Cardiochirurgia, Terapie intensive, Dialisi, Centro ustioni); prevede in particolare una scheda nella quale sono definite le modalità di esecuzione del tampone nasale in base al contesto di ricovero (programmato vs emergenza/urgenza), una scheda informativa per il paziente, una scheda contenente le istruzioni per l'autosomministrazione della mupirocina finalizzata alla decontaminazione nasale.

Ai sensi del vigente Piano Nazionale di Prevenzione gli ospedali, in accordo con l'Igiene pubblica, devono cogliere ogni occasione utile per vaccinare i pazienti, specie quelli fragili. Previsto quindi un progetto pilota, "Ospedale che vaccina", finalizzato alla vaccinazione dei pazienti ricoverati, secondo indicazioni definite da un piano locale delle vaccinazioni, in collaborazione tra medico di reparto e team vaccinale. Il Progetto aziendale si articola mediante la mappatura e l'analisi dei percorsi già esistenti di presa in carico dei pazienti fragili e l'individuazione, all'interno dei percorsi stessi, dei diversi modelli di inserimento dell'offerta vaccinale; tra le vaccinazioni prioritarie: anti-epatite B (nefropatici), DTPa in gravidanza, Zoster ricombinante (per soggetti immunocompromessi), pneumococco, meningococco. In fase avanzata si prevede anche l'integrazione informatica con l'anagrafe vaccinale e il magazzino farmaci.

In merito al sistema di rilevazione delle positività del laboratorio microbiologico, sono state rilevate numerose criticità relativamente al programma Mercurio, servizio esternalizzato. In particolare il programma non ha permesso la rilevazione del microrganismo *Clostridioides difficile* e non risultando attiva la segnalazione automatica. Prevista, in fase pilota, l'attivazione delle notifiche automatiche di microrganismi alert alle varie UU.OO. aziendali.

Proseguito lo screening per le enterobatteriaceae (nel primo semestre il numero di tamponi pervenuti per lo screening CPE è stato di 12.343, per un totale di 8.352 pazienti, dato considerato soddisfacente, ma migliorabile, con un tasso di positività del 1,4%. Nello stesso periodo è continuato lo screening per MRSA/MSSA con un totale di 333 campioni, di cui 5 positivi, con una percentuale di positività pari al 1,5%. Monitorato l'eventuale cambiamento a seguito dell'introduzione della nuova procedura che ha allargato lo screening aziendale.

Esteso, nel 2025, il Progetto igiene delle mani a quattro nuovi unità operative (Cardiologia Clinica e Interventistica; - Patologia Medica; - Clinica Ortopedica; - Chirurgia Generale e d'Urgenza) avviando anche quello nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la formazione a cascata di formatori per il monitoraggio, con attività programmate fino a dicembre 2025: formati 27 operatori. In complessivo aumento ma con periodica variabilità, il consumo di gel idroalcolico per l'igiene delle mani. Effettuate ancora attività di sensibilizzazione rivolte a pazienti e visitatori. A seguito delle osservazioni condotte nei reparti, si è intervenuti su una diffusa non conformità relative all'uso di unghie artificiali, smalto (incluso semipermanente), gel, monili, orologi e accessory personali durante l'attività assistenziale. Alla luce delle più recent evidenze scientifiche e delle raccomandazioni OMS e SHEA/IDSA/APIC (2022), tali pratiche non sono più configurabili come semplici raccomandazioni, ma come comportamenti non consentiti.

Il Gruppo Operativo per la Gestione del Rischio Infettivo ha effettuato 36 visite di verifica nelle UU.OO., prevalentemente a seguito di mancata segnalazione dell'avvenuto isolamento; inoltre:

- è stato gestito un outbreak da Enterobacterales OXA-48 presso la Geriatria, che ha coinvolto 11 pazienti. L'Unità Operativa ha garantito un'elevata collaborazione, consentendo la risoluzione dell'evento nonostante il sovraffollamento;
- è stato avviato lo screening MRSA/MSSA, con particolare attenzione alle UU.OO. chirurgiche e con calendarizzazione degli accessi organizzativi;
- è stata predisposta una nota aziendale sull'uso appropriato dei calzari monouso, il cui utilizzo dovrà essere limitato a contesti specifici (rischio biologico elevato, spandimenti massivi, rischio chimico), evidenziando il rischio di auto-contaminazione in fase di svestizione.

Il Ministero della Salute, con il Decreto Direttoriale del 29 marzo 2023, ha disposto la revoca progressiva delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei Presidi Medico-Chirurgici (PMC) destinati all'antisepsi della cute integra prima di un trattamento medico.

Questa misura, che è entrata in vigore dal 1° gennaio 2025, ha comportato un cambio di paradigma regolatorio: i prodotti impiegati per la disinfezione della cute integra in ambito sanitario devono essere classificati come specialità medicinali, ovvero farmaci autorizzati per uso umano secondo quanto previsto dalla Direttiva 2001/83/CE e dal Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219. Da qui la necessità dell'elaborazione di un "Documento aziendale di indirizzo per l'impiego della Clorexidina come antisettico per la disinfezione della cute integra in ambito sanitario".

Monitorati i consumi di antibiotici, complessivamente stabile, con una pur lieve flessione. Incrementato però quello dei carbapenemi (Meropenem) nel III trimestre 2025.

Eseguiti regolarmente nei vari setting aziendali i monitoraggi ambientali. Da gennaio a dicembre sono stati controllati, da apposite team della DMPO, per il controllo del Reprocessing degli Endoscopi, 57 endoscopi (broncoscopi, gastroscopi, colonscopi, duodenoscopi, ecoendoscopi, enteroscopi, cistoscopi) e 6 armadi di stoccaggio, risultati conformi. Sono state rilevate e si è intervenuti su 3 non conformità (elevata carica microbica e/o presenza di Enterobacterales).

In AOU SS il percorso di gestione delle non conformità, in generale, è strutturato in maniera tale da non limitarsi alla comunicazione dell'esito microbiologico ma prevede l'invio di una nota tecnica

dettagliata, con indicazione delle criticità e delle azioni correttive. A tale fase segue un nuovo controllo microbiologico, a conferma dell'efficacia delle misure adottate.

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>.

## 6. AREA CHIRURGICA 2025

Durante il 2025 è stata 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. Confermata una compilazione spesso incompleta, specialmente nella sezione che riguarda il postoperatorio. Prevista formazione e verifiche anche per il 2026.

Effettuate dalla DMPO, assieme agli operatori sanitari e i responsabili, diverse ispezioni nei blocchi operatori relative al controllo della logistica (in particolare sicurezza accessi e gestione scorte), dei comportamenti, delle strutture anche ai fini del rischio infettivo.

Implementata ulteriormente la chirurgia robotica, attività che richiederebbe specifico monitoraggio (sicurezza e appropriatezza); al momento non segnalati eventi correlati.

Rafforzata e strutturata la sorveglianza aziendale delle infezioni del sito chirurgico.

Elaborata e deliberata una procedura per il trasporto di campioni biotici nel laboratorio di Anatomia Patologica anche in risposta ad eventi, segnalati ed analizzati con audit, relativi allo smarrimento di prelievi biotici.

Difficoltà sono state rilevate in quest'area assistenziale, relative alla carenza di personale specialistico, come per es. Neurochirurghi e Perfusionisti in Cardiocirurgia, richiedendo azioni organizzative straordinarie (convenzioni con altre aziende sanitarie, riorganizzazione dei turni, supporto di altre UU.OO.), ai fini della continuità e sicurezza assistenziale.

## 7. AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO 2025

Persistono le difficoltà correlate alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale con una insufficiente dotazione 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), che 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 determinando, anche nel 2025, fenomeni di sovraffollamento (overcrowding), sia in Pronto Soccorso che nei reparti, specialmente internistici. Incrementato anche l'utilizzo di letti in appoggio (reparto di ricovero medico, reparto ospitante chirurgico).

L'affollamento è fortemente correlato ad un aumento del rischio sanitario, oltre a influenzare negativamente la qualità (es. privacy), l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari offerti. I pazienti spesso vengono assistiti nei corridoi dei reparti (es. Cardiologia, Med. Interna, Geriatria) o in locali non sufficientemente adeguati.

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, in attuazione delle "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" e della DDG 207 del 23.02.2023 (anche al fine di garantire un'equa ripartizione dei ricoveri in sovrannumero fra i

reparti internistici), 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 e Medica di Presidio. Tuttavia, l'iniziale previsione di un tetto di letti aggiuntivi per reparto è stata anche questo anno, abbondantemente superata. A seguito di riunioni congiunte tra i vertici aziendali e le strutture interessate, sono proseguite misure atte a mitigare, per quanto possibile, il fenomeno. Tra le misure adottate anche nel 2025:

- indicazione a seguire il documento ministeriale sul sovraffollamento in PS
- individuazione dei letti di osservazione breve
- richiesta ai Direttori di struttura di formalizzare istruzioni interne per il contenimento del rischio 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 ed eventualmente chirurgici, nei momenti emergenziali
- ricoveri per competenza in area chirurgica nei momenti emergenziali
- predisposizione di misure organizzative interne per garantire dimissioni nei fine settimana
- implementazione attività dell' Discharge room
- fast-track per le discipline specialistiche
- eliminazione di rimbaldi diagnostici al PS
- adozione misure per favorire il back-transfer (anche secondo DGR n. 16/23 del 12.6.2024 "Linee di indirizzo per il trasporto secondario in urgenza e per il back transfer")
- richiesta ai reparti di segnalare eventuali inappropriatazza 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 con priorità
- 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..

Continuate, seppure con crescenti difficoltà, le modalità di presa in carico assistenziale integrata, tra l'AOU di Sassari e il territorio, l'ASL 1 in particolare, secondo un modello organizzativo (Del.DG n°554 del 06/11/2024 "Percorso clinico assistenziale integrato per la presa in carico del paziente fragile con dimissione difficile") atto a promuovere un'appropriata dimissione del paziente fragile verso percorsi assistenziali alternativi all'ospedalizzazione, cercando di migliorare, con l'istituzione del PASS (Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) la qualità dell'assistenza ma anche ridurre i tempi di degenza ed i ricoveri ripetuti. Avviata relativa formazione ed affiancamento agli operatori dei reparti interessati.

Continuate le attività di ristrutturazione ed allestimento di nuove aree assistenziali (es. Pneumologia, Ematologia, Cardiologia, Dialisi, ambulatori medici e chirurgici).

Implementata una procedura di affiancamento dei neoassunti/neo acquisiti presso le strutture dell'AOU di Sassari.

In occasione delle emergenze climatiche e degli eventi pubblici nelle festività con possibile massiccio afflusso di pazienti (es. Candelieri per Ferragosto, Concerti per Capodanno) sono state avviate, dalla Direzione Sanitaria/DMPO, iniziative volte alla preparedness, anche in considerazione del costante stato di sovraffollamento aziendale.

## 8. PERCORSO NASCITA 2025

L'assenza di diversi requisiti essenziali, strutturali, tecnologici ed organizzativi non permette un nuovo accreditamento del percorso nascita aziendale. Prevista (*posa prima pietra* 14 febbraio 2025), ma ancora non stabilmente avviata, la realizzazione del nuovo edificio destinato ad ospitare il dipartimento Materno-Infantile, struttura ormai indispensabile per il miglioramento della qualità e sicurezza nel relativo ambito assistenziale. Permane costante (vedi dati PNE), oltre il valore standard nazionale, sia la proporzione di parti con taglio cesareo primario, sia il ricorso al TC nella donna già sottoposta a pregresso cesareo. In graduale riduzione la proporzione di episiotomie nei parti vaginali. In miglioramento l'assistenza anestesiológica e la disponibilità alla realizzazione della parto-analgesia. Attivo il rooming in, modello assistenziale volto a consentire alla madre di mantenere il neonato accanto a sé per l'intero arco della giornata e per tutta la durata della degenza, al fine di favorire l'attaccamento precoce e l'acquisizione, con il supporto degli operatori, delle competenze necessarie alla gestione del neonato stesso già nei primi giorni di vita, facilitando un rientro sereno e sicuro al domicilio. Regolarmente svolte le indagini ambientali, microbiologiche e microclimatiche.

Verificati i carrelli delle emergenze, la gestione farmaci e quella documentale. Regolare la compilazione della Scheda integrata di sicurezza della paziente (SiSPaC) in sala parto e della checklist di valutazione del rischio ostetrico. Avviata la revisione delle procedure relative al percorso nascita e in particolare alla parto analgesia e all'emorragia post partum. La gestione in sicurezza delle emergenze ostetriche e neonatali è un obiettivo prioritario a livello nazionale e regionale, oggetto di costante monitoraggio da parte del Ministero e delle governance competenti. In quest'ottica, l'AOU di Sassari ha avviato nel 2025 la partecipazione, con un team multidisciplinare (anestesisti, ginecologi, ostetriche, infermieri e risk management) al corso regionale obbligatorio "Gestione delle emergenze ostetriche – Train the Trainers", da concludersi il 29/01/2026. L'obiettivo del progetto è garantire la formazione continua del personale medico e infermieristico, rafforzando il lavoro in team, con evidenti ricadute dirette sulla sicurezza e sulla qualità delle cure.

Certificato il percorso di diagnosi, cura e follow up del paziente con neoplasie dell'ovaio, cervice e dell'endometrio, in regime ambulatoriale, di day hospital, ricovero ordinario e di gestione dei trial clinici. In funzione della ristrutturazione e riorganizzazione del percorso della procreazione medicalmente assistita, la cui non conformità, pur con i buoni risultati ottenuti, è stata confermata dalla visita ispettiva del 24-25.09.2026 da parte del Centro nazionale Trapianti, è stato richiesto il relativo parere di compatibilità e funzionalità al Servizio competente dell'Assessorato alla Sanità.

## 9. SICUREZZA TRASFUSIONALE 2025

Proseguita l'implementazione della Raccomandazione ministeriale n. 5 per la "prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", continuando la formazione sulla sicurezza trasfusionale. 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 e relativo contenimento del rischio trasfusionale. Eseguiti audit ed interventi consecutivi all'analisi di near miss relativi. Migliorata la segnalazione di eventi relativi al percorso trasfusionale.

Monitorato dal SIMT l'utilizzo delle nuove frigoemoteche che ha migliorato la gestione e la sicurezza nell'uso del sangue, riducendone anche i rischi relativi al trasporto.

Persiste anche nel 2024 la carenza di emocomponenti e la necessità di un loro risparmio ed uso appropriato. Monitorato l'uso inappropriato dell'albumina. Il COBUS aziendale è stato utilizzato anche ai fini della informazione aziendale in tema di sicurezza ed appropriatezza dell'uso del sangue e degli emocomponenti.

Ulteriormente implementato il percorso aziendale PBM.

## 10. TRASPORTO SANITARIO 2025

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, ancora per il 2025, ubicato nella città di Alghero, l'Ospedale Marino-Regina Margherita.

Questa realtà rende necessario ed estremamente frequente il ricorso al trasporto sanitario intraospedaliero per ricoveri, consulenze, esami diagnostici, post intervento o post procedura, oltre a quello inter-ospedaliero o verso strutture territoriali, ai fini dell'assistenza integrata del paziente.

Il servizio di trasporti sanitari secondari di pazienti per le necessità dell'AOU di Sassari è stato garantito per il 2025 dall'RTI Heart Life Croce Amica e Nuova Cagliari Soccorso, attraverso la dotazione di veicoli sanitari e i relativi equipaggi formati delle ambulanze che con carattere di continuità hanno garantito il trasferimento dei pazienti tra i vari padiglioni ospedalieri e verso le Strutture Sanitarie e/o di continuità delle cure presenti nel nostro Sistema Sanitario Regionale.

Dai dati forniti dal Mobility manager aziendale, durante il corso dell'anno 2025 sono stati effettuati complessivamente n. 30.575 trasporti, con uso ambulanza, di pazienti ricoverati presso le Strutture Sanitarie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari. Il dato registra un ulteriore lieve aumento rispetto ai dati registrati nell'anno 2024, peraltro già in incremento rispetto ai dati registrati nell'anno 2023. Il 97.2 % circa dei trasporti dell'anno 2025 sono stati effettuati in ambito urbano. Il restante 2,8%, corrispondente a circa 780 trasporti, sono stati effettuati per il trasferimento di pazienti nelle Strutture Neuro Riabilitative (con destinazione Ospedale Marino Alghero, Mater Olbia, Ploaghe, Oristano), presso alcune Residenze Sanitarie Assistite, (es. Sorso, Padru, Ploaghe) per il trasferimento di pazienti provenienti da altre Aziende Sanitarie del SSR dopo avvenuta stabilizzazione e trattamento (back transfer). Il 44,5%, corrispondenti a 15.198 trasporti, sono stati effettuati per le esigenze e su richiesta delle Strutture del Plesso SS. Annunziata, il 49% (13.607 trasporti) è riferito al Complesso Cliniche S. Pietro, ed il 5,7 % (1770 trasporti) ha riguardato l'Ospedale Marino "Regina Margherita" di Alghero.

La ripartizione dei trasporti eseguiti tra i singoli corpi del Plesso Ospedaliero SS Annunziata ha risentito in misura esponenziale dei volumi di trasporti eseguiti per le necessità della SC Medicina d'Accettazione e d'urgenza – Pronto Soccorso che hanno rappresentato una porzione del 72.4% dei trasporti effettuati per le necessità dell'intero Plesso SS. Annunziata ed una percentuale del 33.8% (991) dei volumi totali aziendali.

Nel Complesso Cliniche S. Pietro, le cui attività sono suddivise in numerosi padiglioni, i trasporti risultano ripartiti per le esigenze di svariate UU.OO. e in particolare:

- nelle “Stecche bianche” (9,3%) hanno riguardato prevalentemente e nell’ordine, le strutture di Patologia Chirurgica (475), Neuropsichiatria Infantile (357), Chirurgia Maxillo Facciale(255), ORL, Cl. Oculistica, Cl. Urologica, Anestesia e Blocco operatorio;
- nel “Palazzo Clemente”, numerosi i trasporti riferiti alla Cl. Neurologica (1769) e quelli della Cl. Chirurgica (718);
- nell’edificio “M. Infettive”, il reparto omonimo ha necessitato di 1055 trasporti, mentre particolarmente numerosi, anche rispetto al 2024, i trasporti della Clinica Medica (2144);
- nel Padiglione “Materno Infantile”, il maggior numero di trasporti ha riguardato la Pediatria (1690), l’Ematologia (1077) e la Ginecologia-Ostetricia (544).

Non sono stati segnalati nel 2025 eventi critici/sentinella riferiti al trasporto sanitario, anche se probabilmente una parte dei trasporti potrebbe essere evitata, specialmente ai pazienti più fragili cercando di incrementare le consulenze direttamente “a letto”, in reparto. Ulteriore criticità rilevata riguarda i tempi di presa in carico dei pazienti che spesso devono attendere sulla barella l’esame diagnostico o la consulenza specialistica, non essendo spesso disponibili in loco presidi idonei e più confortevoli (barella, sedia a rotelle) presso i quali trasferire il paziente.

Visti gli alti volumi di attività relativi ai trasporti aziendali ed in modo particolare a quelli extraurbani (Alghero-Ospedale Marino in particolare) è stata proposta alla Direzione aziendale AOU una bozza di procedura, in aggiornamento a quella già in uso, basata oltre che sulla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 11, anche sulle linee guida di buona pratica clinica della SIAARTI del 2023, tenendo conto anche della Delib. G.R. del 12.06.2024 (Linee di indirizzo per il trasporto secondario in urgenza e per il back transfer).

## 11. PERCORSO DONAZIONE D’ORGANO 2025

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. Anche nel 2025 è stata utilizzata la piattaforma SIRMES per la segnalazione di problematiche/eventi connessi al processo di donazione e prelievo, e le relative analisi e proposte migliorative.

Definita e condivisa tra le UUOO e servizi coinvolti una procedura aziendale relativa alla cDCD, contestualizzando il “Protocollo regionale per la donazione di organi da donatore a cuore fermo controllato (cDCD)” anche nell’AOU di Sassari.

Aggiornata inoltre anche la Procedura aziendale per l’accertamento di morte encefalica e donazione d’organo (DBD).

Elaborata la procedura aziendale e avviato il programma di prelievi di cornee da donatore cadavere, ovvero in seguito a decesso per arresto cardio respiratorio, a scopo di trapianto.

## 12. SICUREZZA TERAPIA FARMACOLOGICA E DISPOSITIVI 2025

Continuata l’implementazione della piattaforma informatica e delle procedure relative alla gestione dei farmaci antitumorali, con il coinvolgimento degli operatori delle strutture di Oncologia, Ematologia e Farmacia ospedaliera (UFA-Unità di allestimento Farmaci Antiblastici) secondo la Raccomandazione Ministeriale n.14.

Adottato inoltre il “Prontuario Medicinali Antidoti” ai fini della corretta gestione ed approvvigionamento.

Avviata l’informatizzazione della cartella clinica, con la progressiva adozione della CCER e digitalizzazione dei principali processi di gestione del farmaco, riducendone la variabilità e migliorandone qualità e sicurezza. Il processo di implementazione ha però comportato varie problematiche connesse con potenziali rischi per i pazienti e disagi agli operatori; in particolare improvvise interruzioni della rete elettrica e blackout informatici hanno determinato difficoltà di accesso tempestivo e affidabile alle informazioni cliniche aggiornate dei pazienti ricoverati ed esecuzione/aggiornamenti delle terapie.

Avviata la collaborazione del Risk management aziendale con diverse altre aziende sanitarie ed il Centro Rischio Clinico regionale ai fini della definizione di linee d’indirizzo regionali sulla sicurezza della terapia farmacologica.

Ininterrotta la sorveglianza sul malfunzionamento e la segnalazione riferita ai dispositivi medici sotto la supervisione della funzione della Farmacia aziendale, in collaborazione con il Risk Management e i professionisti sanitari.

Revisionata la procedura relativa all’esecuzione di esami di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di dispositivi impiantabili “MR Conditional”.

### 13. DELIBERE 2025

Nell’ambito delle attività svolte nell’anno 2025, la SSD 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, gestione campioni biologici, rischio radiologico, rischio ostetrico, rischio in emergenza-urgenza, donazione d’organo):

#### Documenti deliberati nel 2025

- Delibera n. 87 del 31.01.2025: Seconda revisione Procedura per l’esecuzione di esami di Risonanza Magnetica in pazienti portatori di dispositivi impiantabili “MR Conditional”.
- Delibera n. 101 del 05.02.2025: Revisione procedura di gestione esami di laboratorio nella valutazione d'idoneità del potenziale donatore.
- Delibera n. 104 del 05.02.2025: Adozione piano annuale Infezioni Correlate all'assistenza 2025.
- Delibera n. 239 del 13.03.2025: Procedura di affiancamento dei neoassunti/neo acquisiti presso le Strutture dell'AOU di Sassari.
- Delibera n. 272 del 21.03.2025: Piano annuale rischio sanitario (PARS) 2025.
- Delibera n. 298 del 02.04.2025 Procedura gestione del campione biologico dalle strutture AOU alla SC Anatomia e Istologia Patologica.
- Delibera n. 58 del 05.06.2025 Procedura aziendale per il prelievo di cornee a scopo di trapianto.
- Delibera n. 90 del 17.06.2025: Adozione: “Prontuario Medicinali Antidoti. Gestione e approvvigionamento in AOU SS”.

- Delibera n. 208 del 28.07.2025: Adozione documento: “Costituzione ed attivazione del Centro Accoglienza e Supporto (C.A.S.) dell’AOU Sassari.
- Delibera n. 271 del 07.08.2025: Adozione documento: “Procedura operativa per lo screening dei pazienti colonizzati da Staphylococcus aureus (MRSA e MSSA)”.
- Delibera n. 272 del 07.08.2025: Adozione procedura per la catena di custodia di campioni biologici con finalità medico-legali.
- Delibera n. 388 del 24.10.2025: Adozione documento: “Processo di donazione controllata dopo la morte accertata con criterio cardiologico (cDCD)”.
- Delibera n. 676 del 03.12.2025: Revisione documento: “Procedura aziendale per l’accertamento di morte encefalica e donazione d’organo”.
- Delibera 769 del 12.12.2025: Procedura gestione dei farmaci antitumorali nella SC di Oncologia dell’AOU di Sassari.

#### 14. PORZIONE ASSICURATIVA E SINISTRI 2020-2025

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.

Con la Deliberazione N. 9-12 del 25.02.2026 - Linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale. Aggiornamento della deliberazione n. 44/36 del 5.9.2018 - la Regione Sardegna prosegue il percorso “volto a migliorare i processi di gestione della responsabilità sanitaria promuovendo, da un lato, la cultura della sicurezza e le politiche di prevenzione dei sinistri e favorendo, dall’altro, l’omogeneizzazione dei processi operativi per una più efficiente e tempestiva gestione delle richieste di risarcimento del danno”, con il supporto di ARES ed in particolare del Centro regionale di Risk Management.

L’Azienda sanitaria coinvolta avrà l’onere di dare tempestiva comunicazione delle richieste risarcitorie al Servizio legale di ARES e al Centro regionale Risk Management. Il personale amministrativo dei Servizi legali di ARES, ricevuta la richiesta, provvederà all’apertura del sinistro, dando immediata comunicazione al broker aziendale di riferimento e alla Compagnia di assicurazioni.

Le aziende ospedaliero-universitarie e l’ARNAS, dotate di un ufficio deputato alla gestione dei sinistri, possono aprire direttamente il sinistro dandone tempestiva comunicazione al Servizio legale di ARES, al Broker e alla Compagnia di assicurazione e al Centro regionale risk management. L’ulteriore fase di trattazione del sinistro sarà amministrata da ARES, che si occupa, con la Compagnia di assicurazioni e con il Broker, di tutta la gestione del sinistro attraverso il CVS regionale.

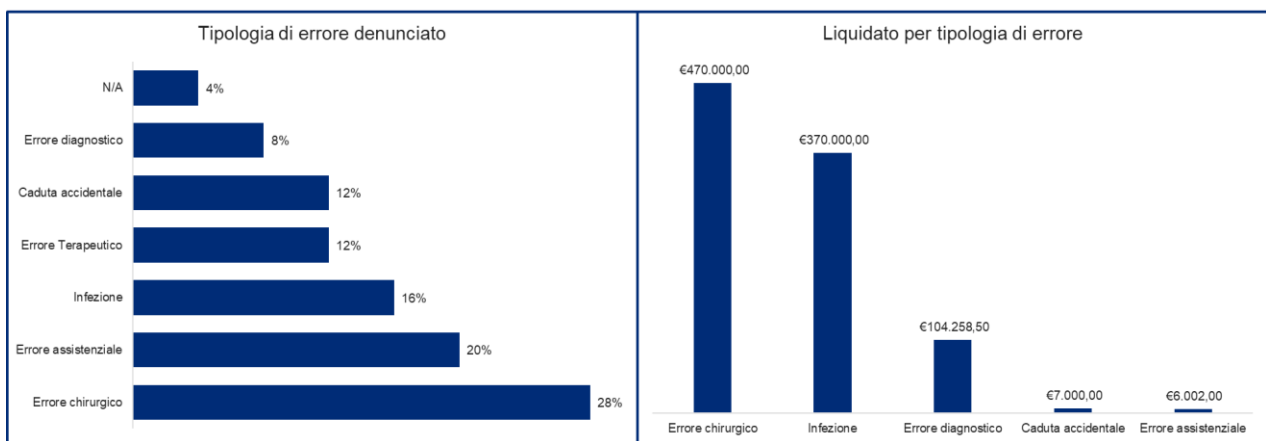
Di seguito si riportano i dati elaborati dalla società MARSH S.P.A. e trasmessi dalla SSD Affari generali, convenzioni e rapporti con l’Università, relativi ai sinistri 2020-2024 dell’AOU.

## 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	-	-

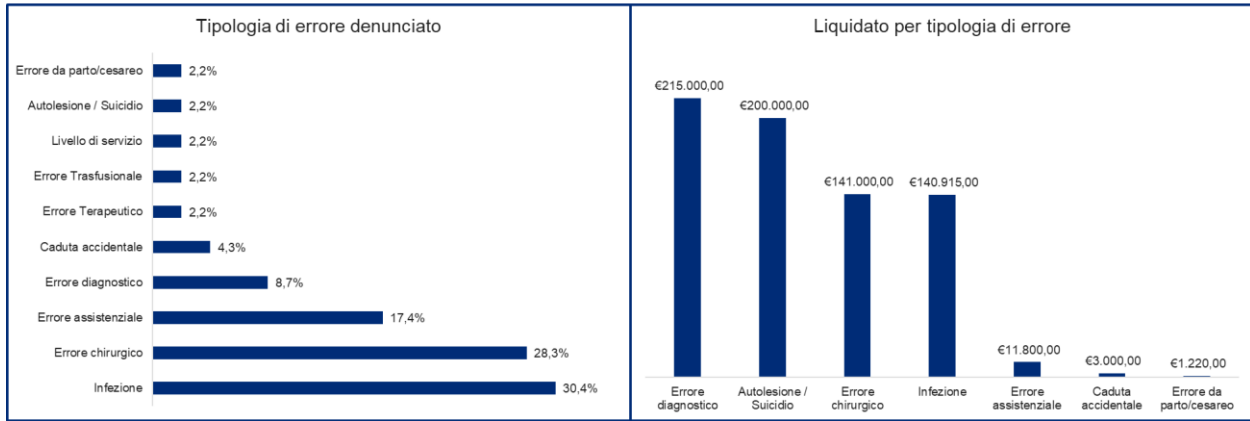
## Tipologia di errore per anno di denuncia – 2020

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 €



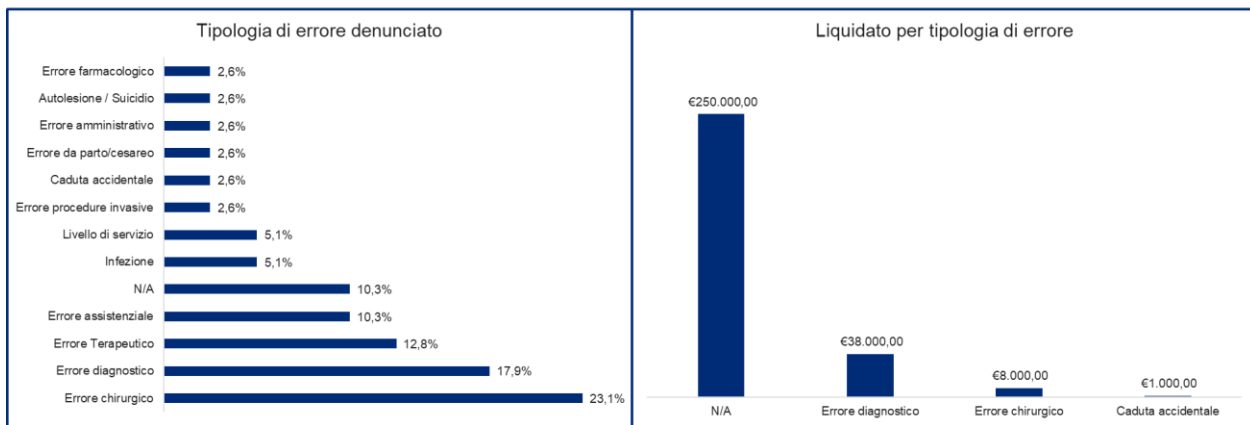
## Tipologia di errore per anno di denuncia – 2021

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 €

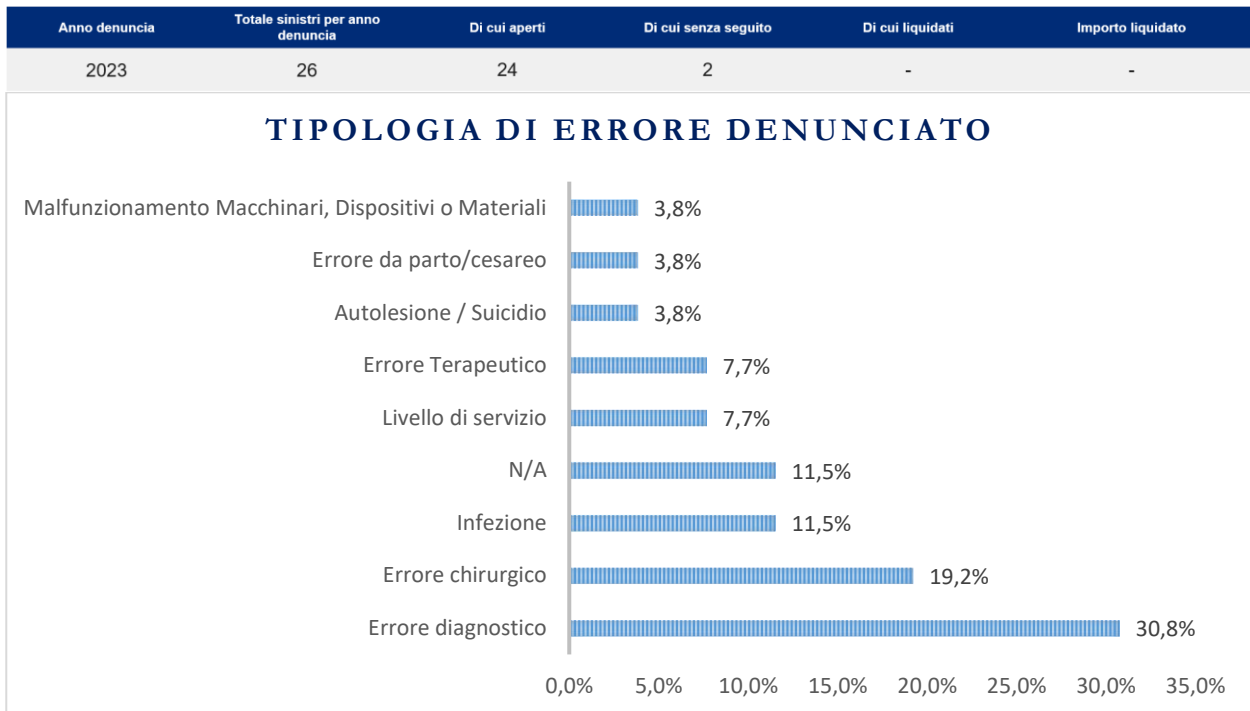


## Tipologia di errore per anno di denuncia – 2022

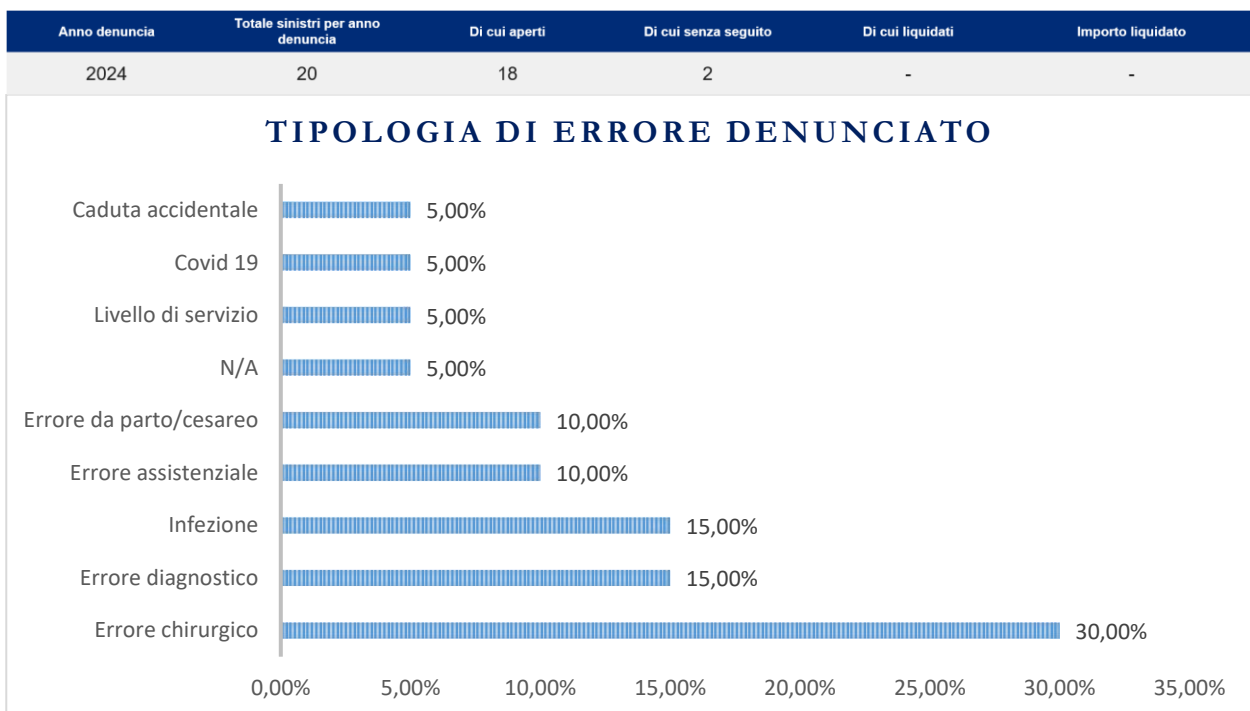
Anno denuncia	Totale sinistri per anno denuncia	Di cui aperti	Di cui senza seguito	Di cui liquidati	Importo liquidato
2022	39	29	4	6	297.000,00 €



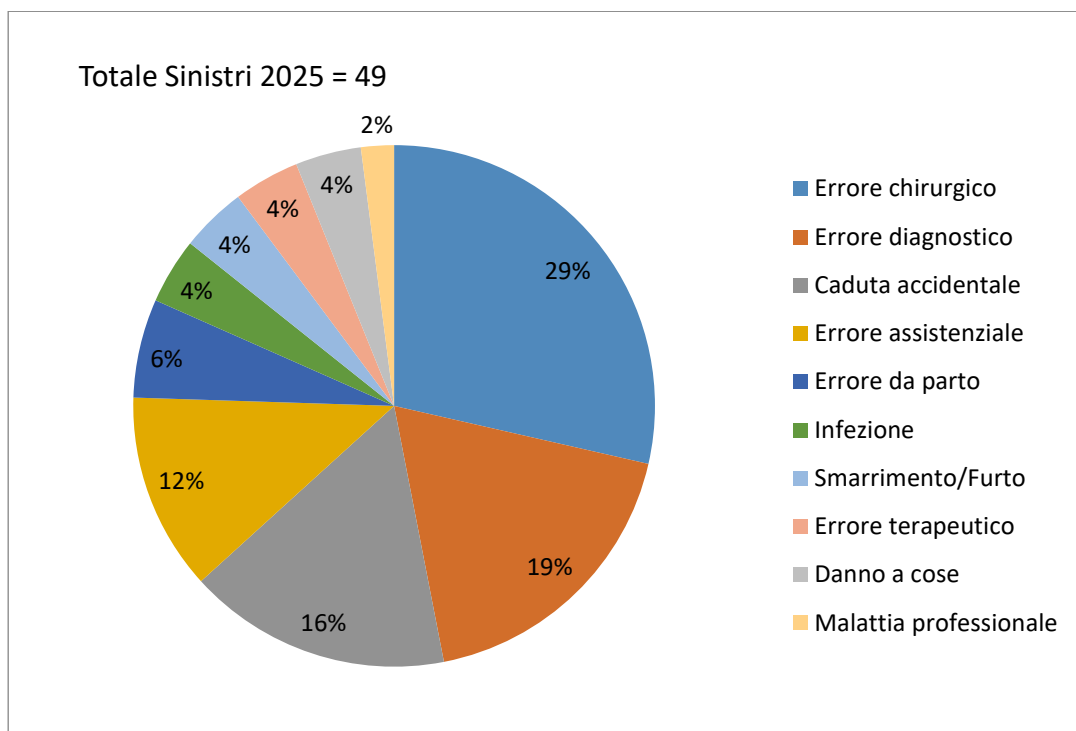
## Tipologia di errore per anno di denuncia – 2023



## Tipologia di errore per anno di denuncia – 2024



## Tipologia di errore denunciato anno 2025



### 15. ATTIVITÀ/ OBIETTIVI PREVISTI PER L'ANNO 2025

Continua l'attività aziendale di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure. Sulla base delle criticità riferite alle segnalazioni, agli eventi ed ai sinistri, alle analisi ed ai monitoraggi effettuati, nonché sulla scorta della normativa e delle linee di indirizzo nazionali e regionali, sono previste durante il 2026, come prioritarie, ma non esclusive, per il miglioramento della sicurezza e qualità delle cure, azioni in ambito aziendale riguardanti le seguenti aree:

#### 15.1 INCIDENT REPORTING

Atteso il miglioramento della qualità e appropriatezza della segnalazione di eventi tramite piattaforma SIRMES/SIMES, in progressivo aggiornamento in alcune sue funzionalità (ancora da verificare nell'operatività). Rimane in vigore e ulteriormente da implementare l'attuale procedura, revisionata nel 2024, sull'incident reporting, con l'obiettivo di migliorare la segnalazione e l'emersione di errori e criticità, con il supporto del Risk management aziendale, in raccordo con il Risk management regionale. Sono previste attività di formazione specifica sul rischio sanitario e sulla segnalazione e gestione degli eventi, in collaborazione col Centro Regionale di Risk management.

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, si continuerà a realizzare specifici audit, anche con il coinvolgimento dei facilitatori delle Unità Operative interessate al cui rete verrà aggiornata.

**Responsabili:** Risk Management, Direzione sanitaria.

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

## 15.2 INFEZIONI

Con Deliberazione DG n. 9 del 09.01.2026 è stato adottato il “Piano annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza 2026” (**PAICA 2026**) 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 15.12.2025 e consultabile al

link:<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=17&s=11&v=9&c=5469&id=424905&nodesc=1>

Di seguito una sintesi schematica.

La ricorrenza di ICA all’interno delle strutture sanitarie rende necessario attivare sistemi di sorveglianza in grado di identificare tempestivamente le ICA, i germi responsabili e l’insorgenza di AMR, consentendo l’adozione di opportune misure di controllo. È dimostrato, infatti, che efficaci programmi per la prevenzione e il controllo delle ICA sono in grado di contenere e anche ridurre le infezioni, in quanto si stima che attualmente una quota superiore al 50% di queste infezioni possa essere prevenibile.

Il Piano prevede:

- 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.

### I) Sorveglianza epidemiologica delle ICA.

Nel mese di dicembre 2025 è stato effettuato un nuovo studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza e dell’utilizzo degli antibiotici. L’analisi dei risultati ottenuti viene restituita nel corso del 2026 a tutte le Strutture di Ricovero, permettendo di programmare eventuali interventi formativi atti a migliorare l’aderenza alle raccomandazioni basate sull’evidenza e/o sulle linee guida e di ridurre l’incidenza delle infezioni correlate all’assistenza e delle loro complicanze.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali

**Coinvolti** = SSD Qualità, Accreditamento e Risk Management, Referenti Rischio Infettivo.

### II) Sorveglianza epidemiologica delle colonizzazioni da CPE/VRE/MRSA-MSSA.

Nel 2026, si continuerà a supportare le UU.OO. aziendali nella corretta applicazione delle misure di isolamento dei pazienti colonizzati, secondo quanto previsto dai Protocolli aziendali. Sarà inoltre necessario monitorare l’aderenza delle UU.OO. alla disposizione aziendale che prevede l’effettuazione del tampone rettale di screening come indagine routinaria al momento del ricovero per tutti i pazienti. Parallelamente, proseguirà nel corso del primo semestre 2026 l’implementazione della seconda fase del Progetto di ricerca interdisciplinare - DM 737/2021 dell’Università degli Studi di Sassari che si propone di potenziare le azioni di sorveglianza mediante l’adozione di nuovi protocolli di screening

(con metodiche molecolari basate su amplificazione genica e sequenziamento di nuova generazione) che permettano di ridurre al minimo possibile il tempo di accertamento diagnostico.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali.

**Coinvolti** = Gruppo Operativo ICA, Referenti Rischio Infettivo.

### III) Sorveglianza dei patogeni sentinella.

Nel 2026 si cercherà di potenziare e implementare il sistema di sorveglianza di questi patogeni anche avvalendosi del sistema di monitoraggio e notifica dei microrganismi sentinella (software Mercurio). Si procederà a migliorare l'efficienza dei sistemi diagnostici, con particolare riferimento alle emocolture e sarà inoltre fondamentale mantenere il sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza dell'Istituto Superiore di Sanità (AR-ISS).

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SC Laboratorio logico unico, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali

**Coinvolti** = Gruppo Operativo ICA, Referenti AMR, Referenti Rischio Infettivo.

### IV) Monitoraggio ambientale microbiologico e microclimatico.

Nel 2026 proseguiranno le attività di monitoraggio ambientale sia microbiologico che microclimatico per le aree aziendali maggiormente a rischio (sale operatorie, terapie intensive, broncoscopie, etc.), contestualmente alla verifica della corretta applicazione della procedura sul reprocessing degli endoscopi, in merito alla quale verranno effettuati specifici incontri di formazione. Inoltre, anche al fine di potenziare il sistema di sorveglianza della Legionella e di altri patogeni veicolati dall'acqua, continueranno le attività di implementazione per la realizzazione del Water Safety Plan.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SC Lavori, Manutenzioni, Logistica e Patrimonio, Gruppo di Lavoro Reprocessing endoscopi, Gruppo di Lavoro WSP.

### V) Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Nel 2026 verranno analizzati e diffusi i dati sull'uso degli antibiotici per singola U.O. rilevati sia tramite l'indagine di prevalenza, condotta a dicembre 2025, che tramite il monitoraggio continuo da parte della Farmacia Ospedaliera. Proseguirà quindi l'attività già intrapresa sull'appropriatezza prescrittiva, inclusi i protocolli di profilassi perioperatoria, unitamente all'attività di monitoraggio trimestrale del consumo degli antibiotici rapportato alle giornate di degenza pesate (DDD).

**Responsabili** = SC Farmacia Ospedaliera, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali, Gruppo Operativo AMR.

**Coinvolti** = SC Malattie Infettive e Tropicali, Referenti AMR, SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, Referenti Rischio Infettivo.

### VI) Promozione della corretta igiene delle mani e monitoraggio del consumo annuale di soluzione idroalcolica.

Nel 2026 continuerà l'attività di supporto alle UU.OO. aziendali relativamente all'osservazione delle pratiche di igiene delle mani e del corretto utilizzo dei guanti, fornendo un contestuale feedback sulla valutazione e l'attività di monitoraggio del consumo annuale di soluzione idroalcolica. Continuerà

inoltre il Progetto aziendale di Igiene delle mani, integrato dalle azioni specifiche previste dal Progetto DM 737/2021, rivolto a nuove UU.OO., pazienti e visitatori.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SC Farmacia Ospedaliera, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali.

**Coinvolti** = Gruppo di Lavoro Igiene Mani, Referenti Rischio Infettivo.

#### VII) **Promozione della vaccinazione in ospedale.**

Nel 2026, in linea con quanto stabilito nel PNCAR, oltre alla routinaria vaccinazione antinfluenzale proseguiranno le attività di sensibilizzazione e promozione delle altre vaccinazioni indicate per gli operatori in ospedale e, limitatamente alla vaccinazione per il COVID-19, alla popolazione generale presso l'HUB vaccinale aziendale. Si procederà, inoltre, secondo il progetto "Ospedale che vaccina" a promuovere le vaccinazioni anche ai pazienti a rischio seguiti in aree specialistiche afferenti alla AOU, e si garantirà anche la vaccinazione in ambiente protetto per pazienti a rischio del territorio. Si procederà, nel primo semestre del 2026, con un progetto pilota per la vaccinazione Zoster su tre specialità e si allargherà poi alle altre vaccinazioni per pazienti a rischio. Per il terzo anno proseguirà inoltre, da parte della SC Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, il programma di immunoprofilassi contro l'RSV per i neonati nati in ospedale durante la stagione epidemica.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SSD Sorveglianza Sanitaria, SC Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia, UOC Oncologia, UOC Nefrologia e Dialisi, UOC Neurologia.

**Coinvolti** = IFO infermieristici UU.OO. aziendali.

#### VIII) **Formazione sulle ICA.**

Nel 2026 proseguirà l'attività formative regionale rivolta a tutti gli operatori sanitari in materia di prevenzione delle ICA con particolare approfondimento delle procedure più soggette a rischio infettivo e delle relative check-list al fine di evidenziare l'importanza della loro adozione, anche sotto il profilo medico legale. Parallelamente si provvederà a progettare future attività di formazione sanitaria specifiche sull'uso appropriato di antibiotici e sulla prevenzione delle ICA.

**Responsabili** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica, Gruppi Operativi, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali.

**Coinvolti** = SSD Medicina Legale, SSD Qualità, Accreditamento e Risk Management.

#### IX) **Progetto di controllo delle endocarditi batteriche.**

Nel corso del 2026, sulla base dello studio effettuato dai Referenti AS, si prevede di portare avanti un progetto aziendale per il controllo delle endocarditi infettive al fine di ridurre l'incidenza e la gravità delle forme correlate all'assistenza sanitaria attraverso l'adozione di un modello organizzativo strutturato e multidisciplinare. In fase propeedeutica, il progetto prevede un censimento sistematico delle UU.OO. coinvolte nell'utilizzo di dispositivi medici a rischio di batteriemia, con particolare riferimento a cateteri venosi centrali e periferici, dispositivi intracardiaci, protesi valvolari e accessi vascolari per dialisi.

Il personale sanitario sarà coinvolto in programmi di formazione periodica, audit clinici e monitoraggio mediante indicatori di processo ed esito, al fine di garantire il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

**Responsabili** = Referenti AS, SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere.

**Coinvolti** = SC Malattie Infettive e Tropicali, Gruppo Operativo AMR, Referenti Rischio Infettivo, SC Farmacia Ospedaliera, SSD Qualità, Accreditamento e Risk Management, Direttori/Coordinatori UU.OO. aziendali.

#### X) **Riesame ed eventuale revisione delle procedure**

Nel corso del 2026, si provvederà alla stesura finale del Documento di indirizzo sul corretto utilizzo della clorexidina e della Procedura per lo screening dei VRE. Contestualmente, verranno sottoposte a revisione la Procedura di screening per gli enterobacterales e quella relativa all'igiene delle mani e al corretto utilizzo dei guanti.

**Responsabile** = SC Direzione Medica di Presidio, Igiene, Epidemiologia e Infezioni Ospedaliere, SSD Qualità, Accreditamento e Risk Management, SC Farmacia Ospedaliera.

**Coinvolti** = Coordinatori UU.OO. aziendali, Referenti AMR.

### 15.3 AREA CHIRURGICA

- In programma l'apertura di un poliambulatorio chirurgico avanzato finalizzato, oltre che alle attività ambulatoriali chirurgiche, endoscopiche, antalgiche, anche all'ottimizzazione della gestione dei ricoveri in day surgery; gli ambulatori chirurgici saranno dotati di specifici strumenti ed organizzazione al fine di ottimizzare, anche nella sicurezza, l'attività chirurgica aziendale, permettendo anche una riorganizzando anche le attività dei blocchi chirurgici. Verranno rivisti strumenti e procedure relativi al processo di sterilizzazione dello strumentario chirurgico. Prevista la revisione dei regolamenti delle SS.OO. e della preospedalizzazione.

Da revisionare la procedura sulle consulenze cardiologiche anche ai fini chirurgici, nel contesto del lavoro relativo alla standardizzazione del percorso chirurgico aziendale, in conformità delle Linee d'indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia e in conformità 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).

**Responsabile:** Direzione strategica, DMPO.

**Coinvolti:** Operating Room Manager, Risk Management/accreditamento, Responsabili UU.OO. Chirurgiche e Anestesiologiche, Responsabile preospedalizzazione.

- In prosecuzione 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 acquisendo, dopo apposita sperimentazione, checklist riferite alla chirurgia ambulatoriale/day surgery.

**Responsabile:** Risk Management

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

- Progressiva revisione, secondo normativa aggiornata, di attività e format relativi al consenso informato con la definizione ed implementazione di un documento d'indirizzo riferito al contesto aziendale.

**Responsabile:** Direttore Medicina legale

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

#### 15.4 PERCORSO NASCITA

Previsto l'ulteriore rafforzamento della sicurezza con la formalizzazione e l'implementazione di procedure relative alla gestione in urgenza/emergenza delle principali patologie in ambito ostetrico. Si continua inoltre nelle attività di formazione e simulazione di emergenze ostetriche del team multidisciplinare /multiprofessionale, con il supporto di esperti e, in accordo con l'Università degli studi di Sassari, usufruendo del relativo Centro di simulazione.

**Responsabile:** Direttore Ostetricia, Direttrice Anestesia.

**Coinvolti:** Risk management. Appositi gruppi di lavoro di operatori delle UUOO di Ostetricia e Anestesia.

- Miglioramento del rooming in con l'acquisizione di nuove culle e integrazione attività tra gli operatori dell'Ostetricia e quelli della Neonatologia.

**Responsabile:** Direttore Ostetricia, Direttrice Terapia Intensiva Neonatale/Nido.

**Coinvolti:** Operatori delle UUOO di Ostetricia e TIN/Nido..

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

**Responsabile:** Risk Management

**Coinvolti:** Responsabili Ostetricia/Ginecologia, TIN.

#### 15.5 AREA MEDICA E PRONTO SOCCORSO

- Implementazione delle Raccomandazioni sulla prevenzione dell'errore in terapia farmacologica con definizione, in accordo con il Risk management regionale ed apposito gruppo di lavoro interaziendale, coordinato dal risk management dell'AOU SS, di un documento relativo a linee d'indirizzo regionali sulla sicurezza della terapia farmacologica.

**Responsabile:** Risk Management AOU SS e ARES.

**Coinvolti:** Gruppo di lavoro interaziendale, UU.OO. Mediche e Chirurgiche.

Trasferimento UU.OO. (Medicina Interna) in reparti ristrutturati del SS Annunziata, con riverifica, oltre che dei requisiti strutturali e tecnologici, anche di quelli organizzativi.

**Responsabile:** Risk Management AOU SS, DMPO, Direzione sanitaria.

**Coinvolti:** Servizi Tecnici, Responsabile e IFO UO Medicina Interna, RSPP, Responsabile Dipartimento Professioni Sanitarie.

- Ulteriore implementazione della CCER e la relativa formazione degli operatori. Ancora scoperta l'area assistenziale delle Terapie intensive. La CCER ed i suoi strumenti standardizzati riferiti alla valutazione del rischio (es. cadute), scale di valutazione (es. autonomia del paziente, dolore), alert (es. allergie), terapie (es. terapia farmacologica), segnalazioni (es. microrganismi alert), costituisce uno strumento fondamentale per la gestione in qualità, appropriatezza e sicurezza dei percorsi assistenziali.

A regime, un sistema di business intelligence (BI=insieme di processi, tecnologie e strumenti utilizzati per raccogliere, analizzare e trasformare i dati aziendali in informazioni fruibili) potrà permettere il monitoraggio di svariati elementi, anche relativi al specifico campo della sicurezza delle cure, tramite apposito cruscotto.

**Responsabile:** Direttrice SSD Operation Manager e Operating Room Manager, Sistemi informativi ARES e AOU.

**Coinvolti:** DMPO, Risk Management AOU SS, Direttori/Responsabile e IFO UUOO mediche e chirurgiche RSPP, Dipartimento Professioni Sanitarie, Direzione sanitaria.

- Definizione di un nuovo documento (Piano aziendale) e di relative azioni supporto ad attività/aree assistenziali, secondo quanto definito dal “Piano regionale di indirizzi per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero” (Allegato alla Delib.G.R. n. 16/15 del 8.4.2026) finalizzato a:

- a) prevenire e contrastare il sovraffollamento e il boarding mediante interventi coordinati lungo l'intero percorso assistenziale;
- b) rafforzare il governo dei posti letto e dei flussi;
- c) garantire standard di monitoraggio e reportistica periodica, con definizioni omogenee e responsabilità informative;
- d) abilitare misure di preparedness per eventi ciclici e programmabili (picchi influenzali, iper afflusso stagionale) e assicurare la comunicazione istituzionale e operativa nelle fasi di criticità.

Inoltre, definire le Unità di Crisi aziendali e la loro operatività.

**Responsabile:** Direzione strategica.

**Coinvolti:** DMPO, Risk Management, Dipartimento Professioni Sanitarie, UO Pronto Soccorso, Direttori Dipartimenti e UUOO Mediche e Chirurgiche, SSP, Servizi tecnici e di progettazione, AOU SS, Direttori/Responsabile e IFO UUOO mediche e chirurgiche RSPP, Direzione sanitaria, Servizi informativi ARES, Bad management regionale.

## 15.6 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. Mediche e Chirurgiche, Servizio Formazione.

- Passaggio da piattaforma gestionale Emonet a quella Eliot, con ulteriore implementazione dell'uso delle frigoemoteche.

**Responsabile:** Servizi ICT e Ingegneria Clinica, SIMT

**Coinvolti:** DMPO, UU.OO. Mediche e Chirurgiche, Servizi tecnici aziendali.

- Revisione Procedura aziendale sull'utilizzo dell'albumina.

**Responsabile:** SIMT

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

- Applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 57/31 del 5.11.2025, relativa

all'approvazione del Percorso per il miglioramento e la prevenzione degli errori nel processo trasfusionale nella Regione con implementazione della Scheda di osservazione per il controllo del percorso trasfusionale, in coerenza con gli indicatori riportati nell'Allegato 3 della medesima DGR.

**Responsabile:** SIMT

**Coinvolti:** Risk Management, Responsabili UU.OO. Mediche e Chirurgiche.

## 16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è diffuso nelle seguenti modalità:

- 1) Deliberazione e pubblicazione su Albo pretorio
- 2) Pubblicazione nel sito aziendale della SSD Qualità, Accreditamento, Cincial 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 UUOO aziendali.

**17. NORMATIVA, BIBLIOGRAFIA, 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) D.M. 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”.
- 4) 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”.
- 5) L.R. n.8 del 11.03.2025 “Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24”.
- 6) DGR n. 40/27 del 7.8.2015.
- 7) DGR. n. 46/17 del 22.9.2015.
- 8) DGR n. 38/28 del 8.8.2017.
- 9) DGR n. 49/41 del 27.10.2017.
- 10) DGR n. 34/11 del 3.07.2018.
- 11) DGR n. 61/28 del 18.12.2018.
- 12) DGR n. 2/15 del 20.01.2022.
- 13) DGR n. 46/29 del 22.12.2023.
- 14) DGR n. 9/12 del 25.02.2026.
- 15) WHO - Global Patient Safety Action Plan 2021-2030  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.
- 16) 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>.
- 17) 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>.
- 18) Ministero della Salute. Risk management in Sanità, il problema degli errori  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_583\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf).
- 19) 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>.
- 20) Ministero della Salute. Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS  
[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistema Informativo](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistema%20Informativo).
- 21) 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>.
- 22) ARES Sardegna - Centro Regionale per il Risk Management  
<https://www.aresardegna.it/azienda/centro-regionale-per-il-risk-management/>.
- 23) Bizzarri G, Canciani M, Farina M. Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati. Franco Angeli, 2018.
- 24) Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- 25) Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer, 2021.

## 18. ALLEGATI

- Tabella 1 EVENTI CON AUDIT 2025.