

# PIANO

Annuale Rischio Sanitario (PARS): anno 2024

# Gemelli



**Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore**

## SOMMARIO

PREMESSA	4
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	26
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2023)	27
4.1. RISULTATI DEL PARM	27
4.2. DATI DEL PAICA	29
4.2.1. PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2023: SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI	29
4.2.2. MICRORGANISMI SENTINELLA (ALERT)	32
4.2.3. IGIENE DELLE MANI	34
4.2.4. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI	39
4.2.5. INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA	41
4.2.6. INFEZIONI NEI NEONATI	42
4.2.7. INFEZIONI DEL SANGUE	43
4.2.8. INFEZIONI DELLE VIE URINARIE	43
4.2.9. INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	43
4.2.10. SORVEGLIANZA AMBIENTALE	43
4.2.11. SALUTE DEL PERSONALE	44
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	44
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	45
6.1. OBIETTIVI	45
6.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (GLD.13 E QPS.10 JCI EDIZIONE 7)	45
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	53
7.1. OBIETTIVI DEL RISCHIO INFETTIVO	53
7.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	53
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	68
9. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	68
9.1. BIBLIOGRAFIA	68
9.2. RIFERIMENTI NORMATIVI	68
ALLEGATI	70

## STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	ARTICOLI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	REDATTO DA	DATA
0			Risk Management	15/09/2016
1			Risk Management	13/02/2017
2			Risk Management	31/03/2018
3			Risk Management	15/02/2020
4			Risk Management	17/02/2021
5			Risk Management	17/02/2022
6			Risk Management	17/02/2023
7			Risk Management	12/02/2024

## PREMESSA

Non si è ancora spenta l'eco della vera e propria crisi sistemica che, a cavallo tra il 2022 ed il 2023 ha investito i Servizi Sanitari Nazionali di numerosi Paesi a vocazione universalistica dell'offerta assistenziale: la 'tempesta perfetta' innescatasi per l'ibridazione di tre fattori contribuenti (due dei quali tra loro concorrenti) nel determinismo della situazione di estrema sofferenza in cui sono precipitati molti SSN in Europa – e cioè il lascito delle modalità di gestione dell'emergenza pandemica per effetto della obbligata compressione di alcune attività assistenziali allo scopo di potenziare l'azione sanitaria di contrasto alla diffusione e al peggioramento clinico del COVID 19, la carenza di risorse tecnologiche e di personale sanitario che della necessitata compressione di cui sopra costituiva la causa radice e l'aumento dei costi energetici e delle materie prime essenziali per la produzione e distribuzione di farmaci e dispositivi correlata all'esplosione dell'inflazione da offerta (Grassi V et al. "He who spends more, spends less"—an ancient Italian adage. *BMJ* 2023;381:p1347) secondaria alla strozzatura determinatasi anche in conseguenza dei numerosi conflitti ancora in atto – continua ad avvolgere con le sue spirali le organizzazioni sanitarie (Iacobucci G. Over 100 000 appointments postponed during latest junior doctors' strike. *BMJ* 2024;384:q74), costringendole ad assumere provvedimenti volti a tamponare le problematiche di maggiore rilievo, ma che rischiano di rivelarsi di corto respiro (Mahase E. NHS waiting list numbers fall but patients "struggle to receive timely care," leaders warn. *BMJ* 2024;384:q84; Oliver D. David Oliver: Short term health policy decisions have long term risks that we should anticipate and mitigate. *BMJ* 2024;384:q282), se non si supera la visione economica che ha portato alla generazione della tempesta perfetta (Wise J. Hospital beds: Are there really 5000 more "core" beds in England? *BMJ* 2024;384:q275; O'Dowd A. Frailty in older people worsened under austerity, study finds. *BMJ* 2024;384:q348), recuperando, ad esempio, le felici intuizioni e soluzioni di un passato non ancora remoto (Smeeth L et al. The BMJ's NHS commission: an emphatic recommitment to the founding principles. *BMJ* 2024;384:q187; McNally S. Scarlett McNally: We need to talk money to retain our NHS. *BMJ* 2024;384:q277).

Nel dicembre 2023 la Regione Lazio ha emanato disposizioni in tema di governo delle liste d'attesa e di accessi a ricovero ordinario e d'urgenza mirate a contenere il fenomeno del cd. sovrappollamento dei Pronto Soccorso e a meglio disciplinare la domanda di salute agendo sulla leva dell'offerta saldamente ancorata ai canoni dell'appropriatezza: si tratta di misure che non potranno non avere impatto sulle organizzazioni sanitarie, pubbliche e private accreditate, perché imporranno loro, inevitabilmente, un ridisegno dei percorsi clinico-assistenziali e ne orienteranno le attività, promuovendo l'integrazione delle competenze e delle funzioni tra varie strutture e spingendole a rendere i servizi di cui dispongono ancora più efficienti.

All'interno di questo scenario, nuovamente improntato alla logica della sostenibilità (Crisp N et al. The NHS founding principles are still appropriate today and provide a strong foundation for the future. *BMJ* 2024;384:e07890), in assenza di un netto cambio di passo che può provenire esclusivamente da un ripensamento dei criteri di finanziamento dei sistemi sanitari (Grassi V et al., loc. cit., 2023), si colloca il piano di risk management per l'anno 2024 che verrà declinato nelle pagine seguenti.

Un piano che, tenendo conto dei documenti di indirizzo regionali emanati dal Centro Regionale Rischio Clinico e delle sollecitazioni che provengono dal predetto organo, si muove lungo una traiettoria da tempo tracciata dalla Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – IRCCS (d'ora in avanti FPG): quella della costante tensione verso la ricerca del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.

Una traiettoria che, nel primo semestre 2024, condurrà FPG ad affrontare nuovamente la prova dell'accreditamento internazionale JCI, con l'obiettivo di ottenere un nuovo riconoscimento – dopo quello, il primo, ricevuto nel 2021 - degli sforzi fin qui compiuti.

Conseguentemente, al pari di quanto già avvenuto in occasione della presentazione del PARS 2023, in aggiunta ai contenuti del piano di stretta applicazione delle raccomandazioni regionali e nazionali in tema di sicurezza delle cure, le attività pianificate per il 2024 ed esposte in questo documento sviluppano anche i temi assegnati alle UOS Risk Management e Igiene Ospedaliera, nonché alle UOC Igiene Ospedaliera, Malattie Infettive, Microbiologia e Emergenze Infettive e COVID-19/Coordinamento Antibiotic Stewardship all'interno del più esteso Piano di Qualità e Sicurezza per l'anno 2024, articolato su 7 iniziative e 25 obiettivi, assegnati a Dipartimenti e Unità Operative.

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Nella Tabella che segue sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici relativi ad FPG cristallizzata all'inizio del 2024.

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	1.482	Area Medica	566
		Area Chirurgica	486
		Area Critica	165
		Area Materno-Infantile-Pediatria	205
		Area Post-Acuzie	60
Posti letto diurni			
Blocchi operatori	18	Sale operatorie	71
Terapie intensive	8		
UTIC	1		
Centro Procreazione Medicalmente Assistita	1	Amb. ISI	
Centro Trapianti	2		
Servizi Trasfusionali	1		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	68.457	Ricoveri diurni	33.783
Ricoveri Riabilitazione	807	Neonati (Parti)	4.313 (4.298)
Accessi PS	70.641	Prestazioni ambulatoriali erogate	4.008.207
Branche specialistiche	62	Numero di prestazioni di laboratorio	1.277.028
Numero di interventi chirurgici	95.032		

Nell'ambito delle reti Hub-Spoke definite dalla Regione per organizzare il proprio Servizio Sanitario regionale, sulla base di quanto disposto dal DCA 247/14, si conferma che il Policlinico A. Gemelli è riconosciuto come:

- uno dei cinque DEA di II livello per la rete dell'emergenza, chiamato a fungere da punto di riferimento per diverse strutture che trattano casistiche a più bassa complessità;
- Centro di riferimento per la Neurochirurgia e la Terapia Intensiva pediatrica della rete dell'emergenza pediatrica;
- Centro di riferimento della rete cardiologica, disponendo di una UTIC ad alta tecnologia, di un servizio di emodinamica interventistica operativo h24, di un reparto di cardiocirurgia e di chirurgia vascolare;
- Centro Trauma Specialistico (CTS) della rete assistenziale del Trauma Grave e Neurotrauma;
- Unità di Trattamento Neurovascolare di secondo livello (UTNII-Hub) per la Rete ictus;
- Centro di II livello per la rete perinatale, chiamato a garantire assistenza a gravidanze e parti ad alto rischio oltre che a neonati che necessitano di cure intensive.

Il Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS è altresì riconosciuto come:

- Hub della Rete Oncologica regionale per il territorio della Macroarea 4 (DCA 59/2010);
- Hub della Rete Assistenziale delle Malattie Infettive (DCA 58/2010);
- Spoke per la rete delle chirurgie plastiche (DCA 77/2010);
- Centro di riferimento nella rete della Chirurgia della Mano (DCA 079/2010);
- Centro di riferimento Regionale delle Malattie Rare (DCA 57/2010);
- Centro Audiologico di riferimento per il punto nascita e Centro Audio-otologico di riferimento per il Centro Audiologico (DCA 104/2013);
- Centro di Coordinamento dei Trapianti d'organo e donazioni cornee;
- Sede del Centro Antiveleni;
- UNICATT Cord Blood Bank (la Banca del Cordone Ombelicale);
- Centro di riferimento ECMO (ossigenazione extracorporea) per il trattamento avanzato dell'insufficienza respiratoria grave.
- Polo multidisciplinare all'interno della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – UCSC, divenuta IRCCS nel 2018.

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

A partire da luglio 2018, su impulso dell'UOS Risk Management, tutte le UU.OO. dispongono di un supporto informatico per la segnalazione degli eventi avversi (si tratta del software TALETE®).

L'applicativo informatico adottato, pur garantendo la possibilità del ricorso alla segnalazione in anonimato, contiene un meccanismo di feed-back immediato nei confronti dell'operatore segnalante, che permette una maggiore interazione tra le figure coinvolte e trasmette la percezione della reale e concreta utilità migliorativa della segnalazione in sé.

Si ritiene che questa soluzione rappresenti uno stimolo alla segnalazione perché consente al segnalatore di sentirsi partecipe, se non persino protagonista, di una iniziativa finalizzata al miglioramento.

I risultati raccolti in oltre cinque anni sembrano confermare la validità di questa assunzione: ogni anno si registra un numero di segnalazioni superiore rispetto a quello registrato nell'anno precedente e questo a dispetto, ad esempio, della riduzione del numero di episodi (come ad esempio quello delle cadute dei pazienti) la cui ricorrenza, di solito, non è avvertita dal personale sanitario come di ostacolo alla comunicazione di quanto accaduto.

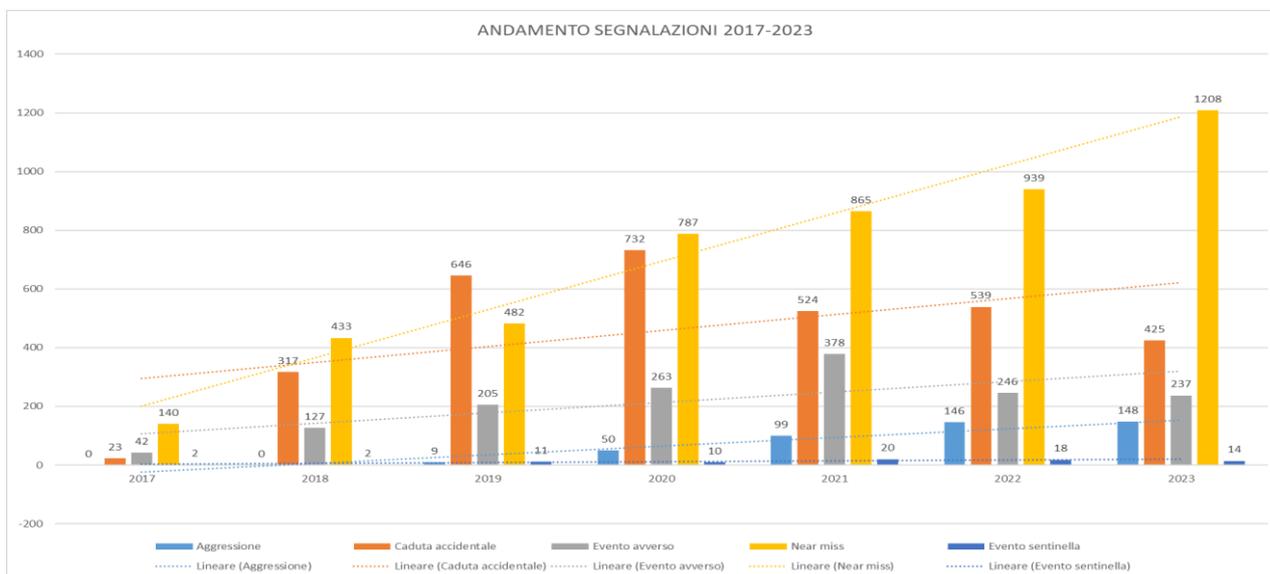
La tendenza si è confermata anche nel 2023, anno in è stato possibile censire 2032 eventi complessivi (alcuni dei quali segnalati più volte, da più operatori distinti, la qual cosa spiega il motivo per cui il numero complessivo di segnalazioni registrate, pari ad oltre 2500, supera il numero di eventi censiti in totale).

Per il 2024 ci si attende che la tendenza al progressivo incremento del numero di segnalazioni si consolidi, anche per effetto di alcune iniziative di sensibilizzazione volte a promuovere una più capillare diffusione della cultura “no blame” tra il personale sanitario, specialmente tra quello appartenente al mondo medico, che ancora esprime livelli di confidenza con il sistema della segnalazione non del tutto assimilabili a quelli rilevati presso realtà universitarie complesse del mondo anglosassone che operano da tempo in regime di “no fault”.

Nel 2021, il supporto TALETE® è stato implementato attraverso l’introduzione di alcune modifiche che hanno reso più fruibile il sistema di segnalazione, perfezionandone i contenuti mediante una più puntuale distinzione delle tipologie di eventi, ampliandone il raggio d’azione fino a coinvolgere le attività collegate alla ricerca ma comunque impattanti sull’assistenza ai pazienti (ad esempio, quelle insistenti all’interno dei trial clinici) e dilatandone l’accesso ad operatori socio-sanitari non dipendenti ed ai tirocinanti, promuovendo una nuova campagna di sensibilizzazione rivolta alle nuove generazioni centrata sulla diffusione della cultura no blame.

Nel 2023 è stato dato impulso ad un ulteriore sviluppo del sistema, che è stato adattato ai contenuti delle segnalazioni delle cadute nei termini stabiliti dalla apposita procedura revisionata (e in corso di approvazione mentre il presente documento viene redatto) per renderla coerente con le più recenti disposizioni introdotte a livello regionale per iniziativa del CRRC Lazio.

Il grafico sottostante riporta l’andamento delle segnalazioni e degli eventi censiti nel periodo 2017-2023:



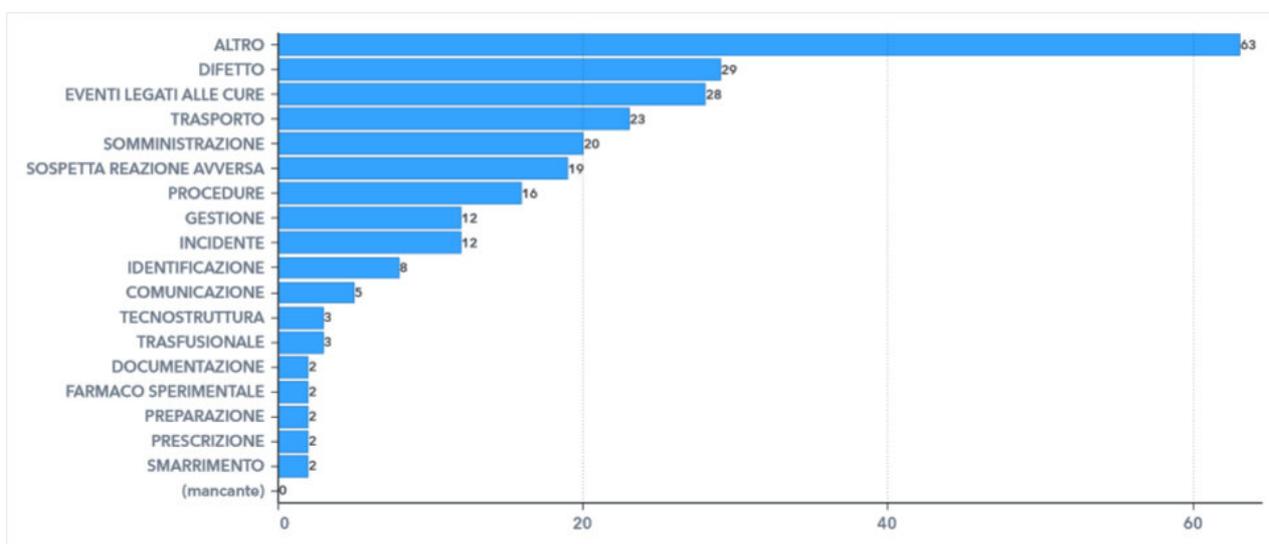
Per la verità, gli eventi censiti come “sentinella” risultano pari a 22: lo scarto è dovuto in parte alla riqualificazione di alcuni eventi segnalati come avversi dal personale sanitario, in parte all’avvenuta individuazione di episodi non segnalati, ma ugualmente accaduti, attraverso un sistema di cattura di parole chiave impiegato per setacciare elementi di potenziale interesse all’interno delle cartelle cliniche riferite ai ricoveri registrati nelle Unità di degenza afferenti ad un determinato Dipartimento.

La tabella sottostante descrive invece maniera sintetica i numeri e la tipologia dei 2040 eventi complessivamente registrati presso FPG nel 2023:

SEGNALAZIONE EVENTI				
Tipo di evento	N (e % sul totale) degli eventi	Principali fattori contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1208 (59.1%)	Strutturali (30%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (20%)+ Comunicazione (25%)	Organizzativo/strutturale (20%) Tecnologico (20%) Procedure (35%) Comunicazione (25%)	Sistema di reporting (94%) + Emovigilanza (6%)
Eventi avversi	810 (di cui 425 cadute accidentali) (39.6%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (30%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting
Eventi sentinella	22 (1%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (20%) + Organizzativi/Procedure (35%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting + Sistema di "cattura dati" attraverso parole chiave

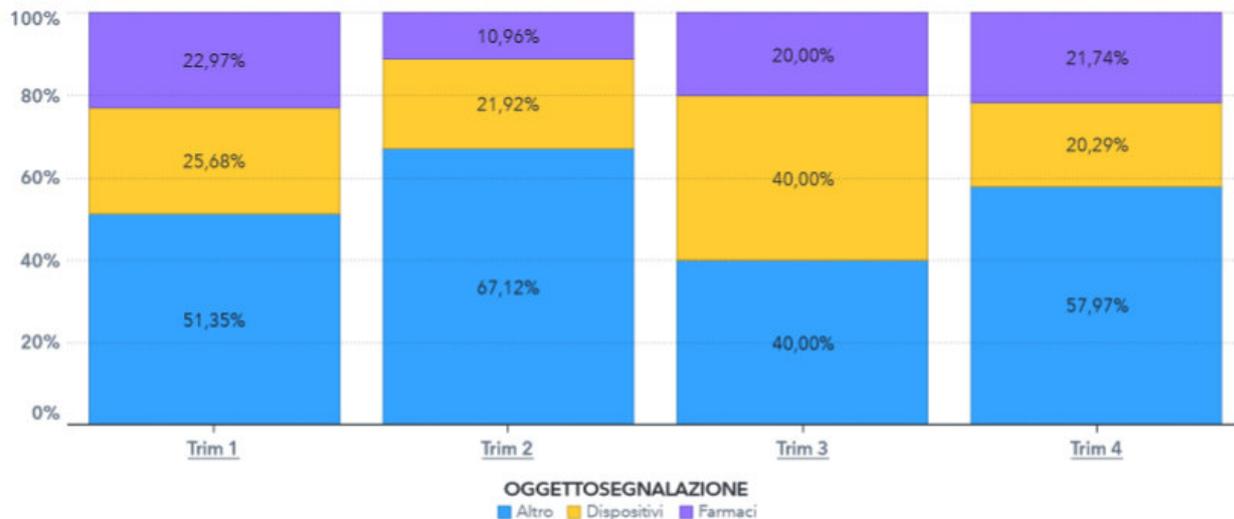
I grafici e le tabelle seguenti illustrano ulteriori dettagli descrittivi della tipologia degli eventi e dei near miss oggetto di segnalazione. I dati sono normalizzati per 1000 giornate di degenza oppure per numero di ricoveri o per numero di episodi censiti.

### TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI



## EVENTI AVVERSI PER OGGETTO SEGNALAZIONE

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2023 ▾



## TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"

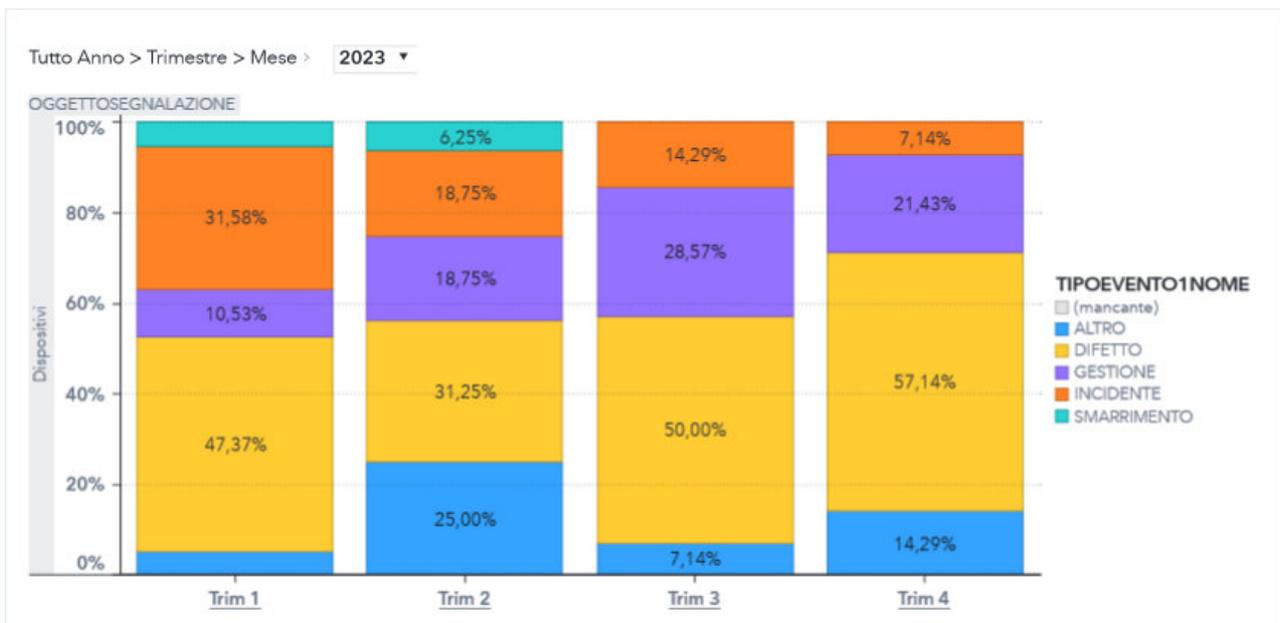
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2023 ▾



## TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "ALTRO"



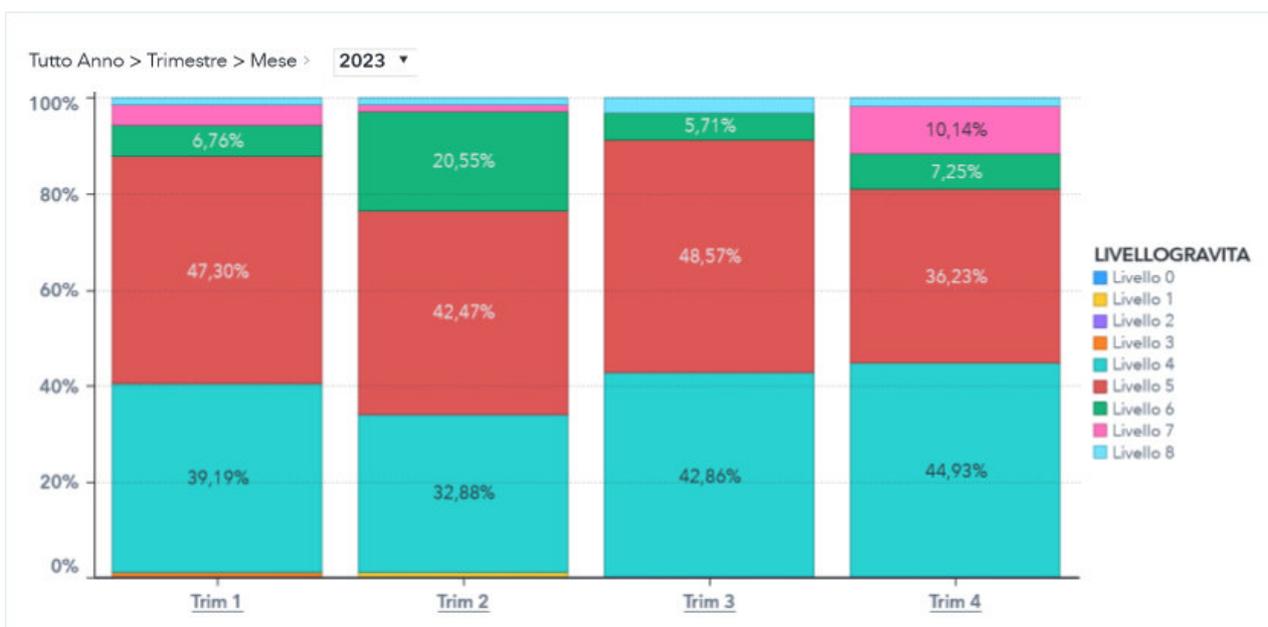
## TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"



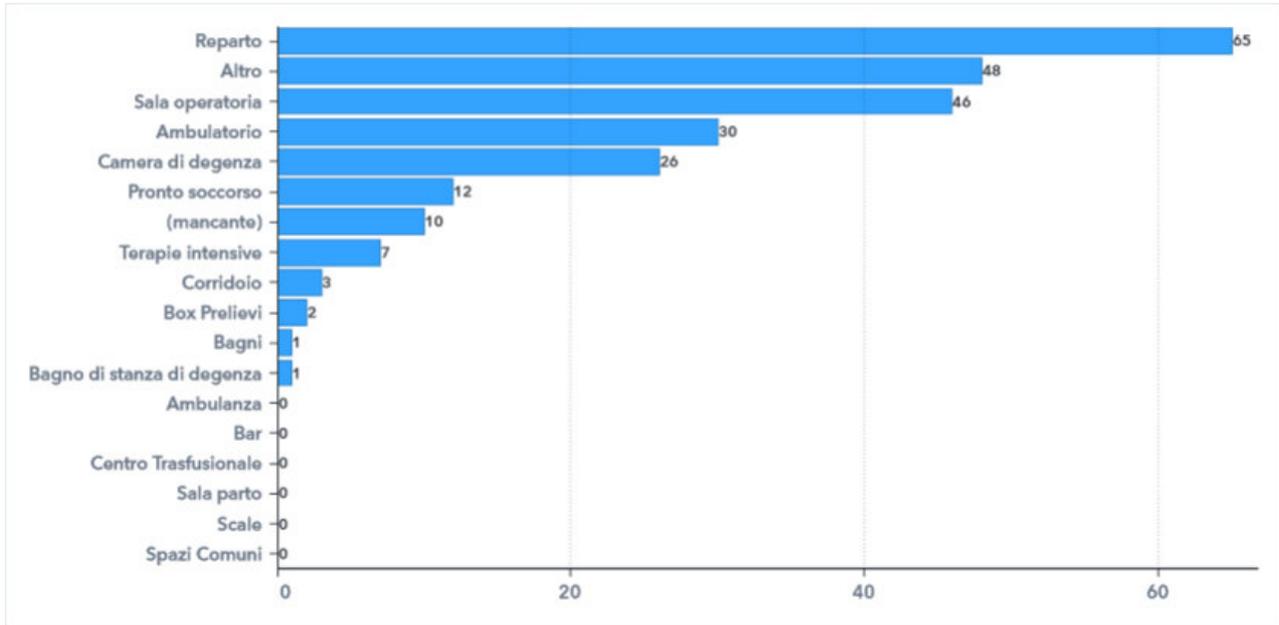
## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ ED OGGETTO



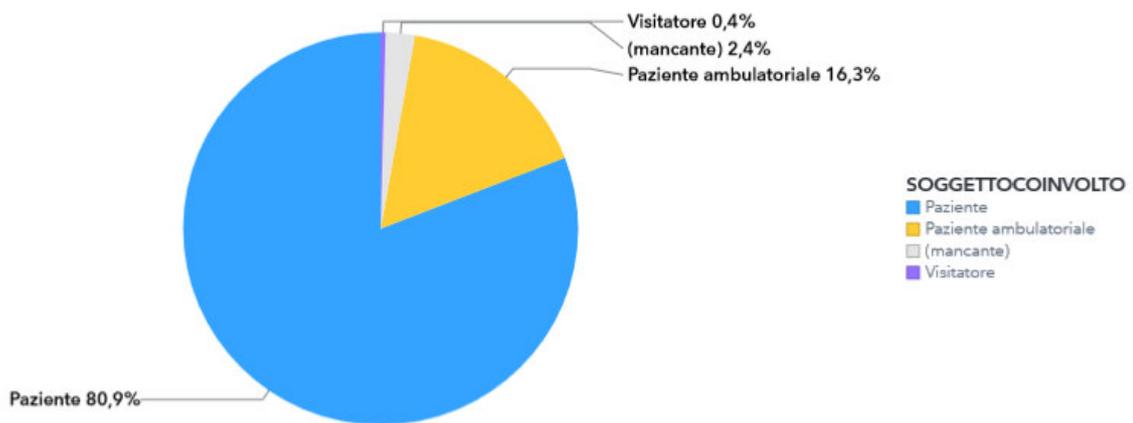
## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ



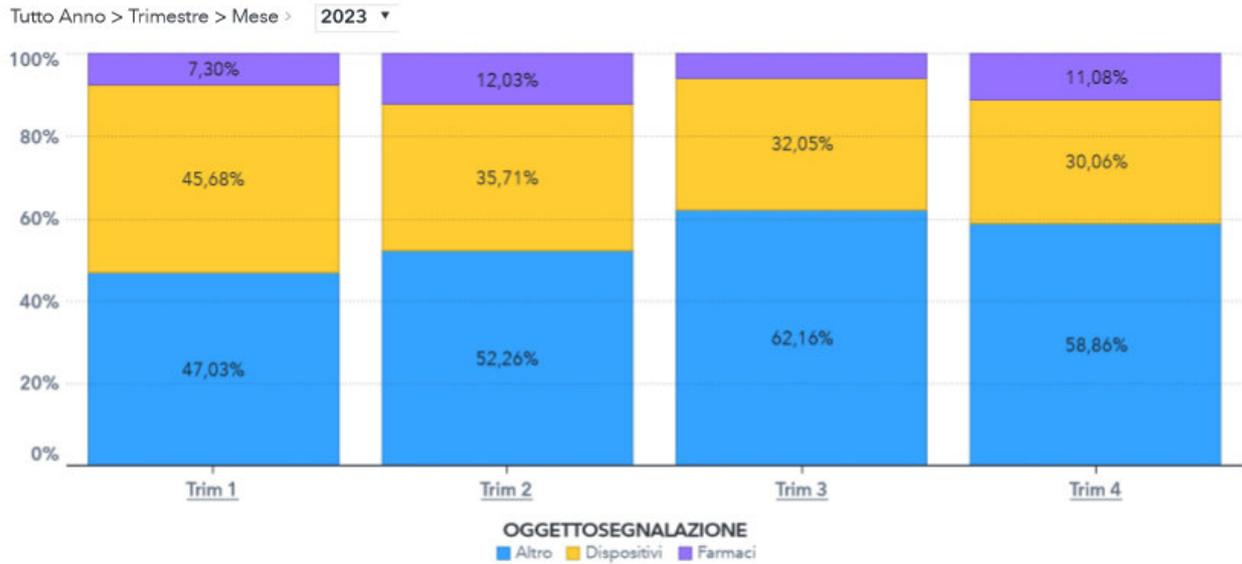
## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LUOGO DI INCIDENTE



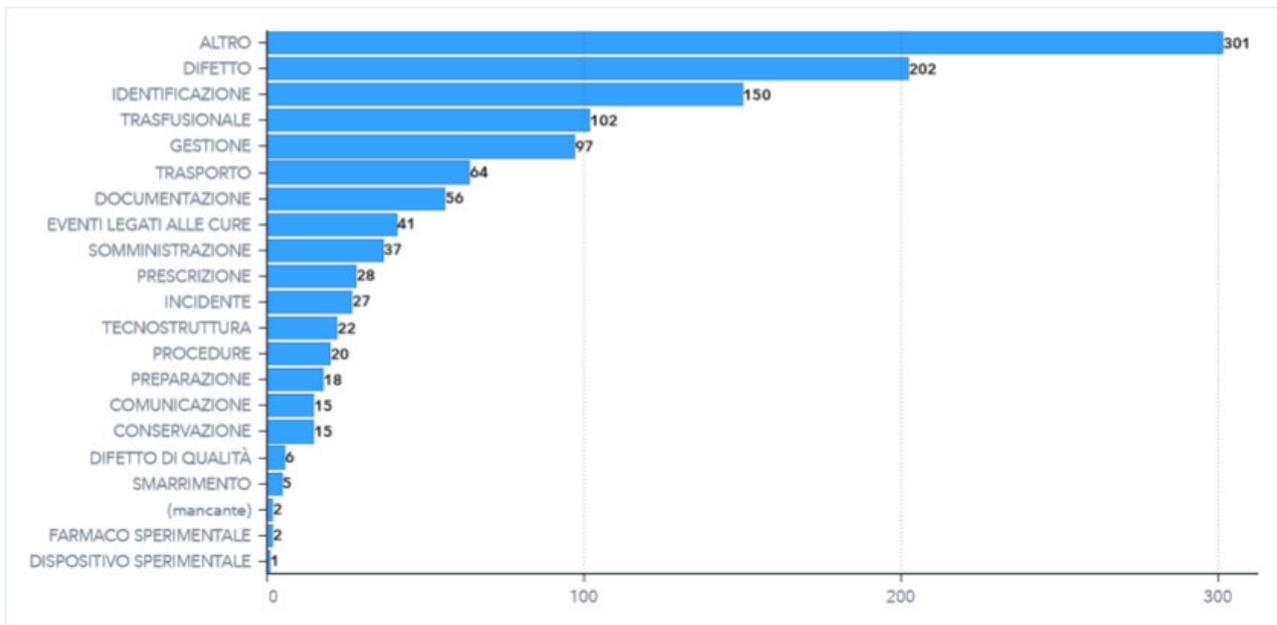
## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER SOGGETTI COINVOLTI



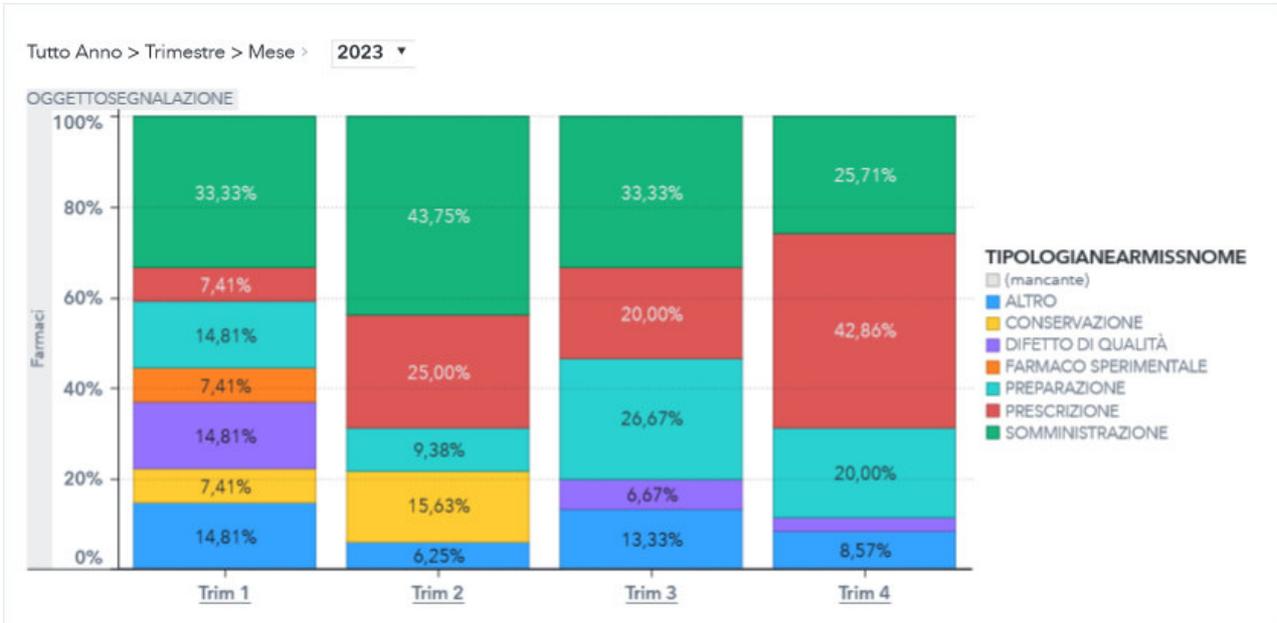
TIPOLOGIA NEAR MISS



NEAR MISS PER OGGETTO SEGNALAZIONE



TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"



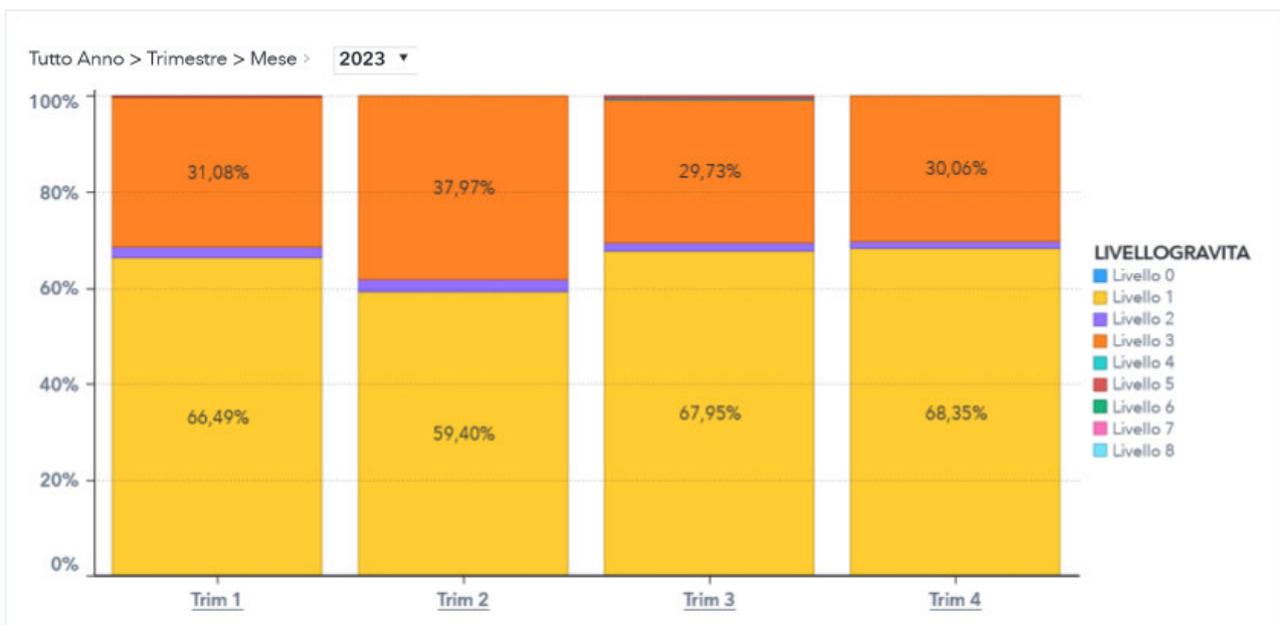
### TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "ALTRO"



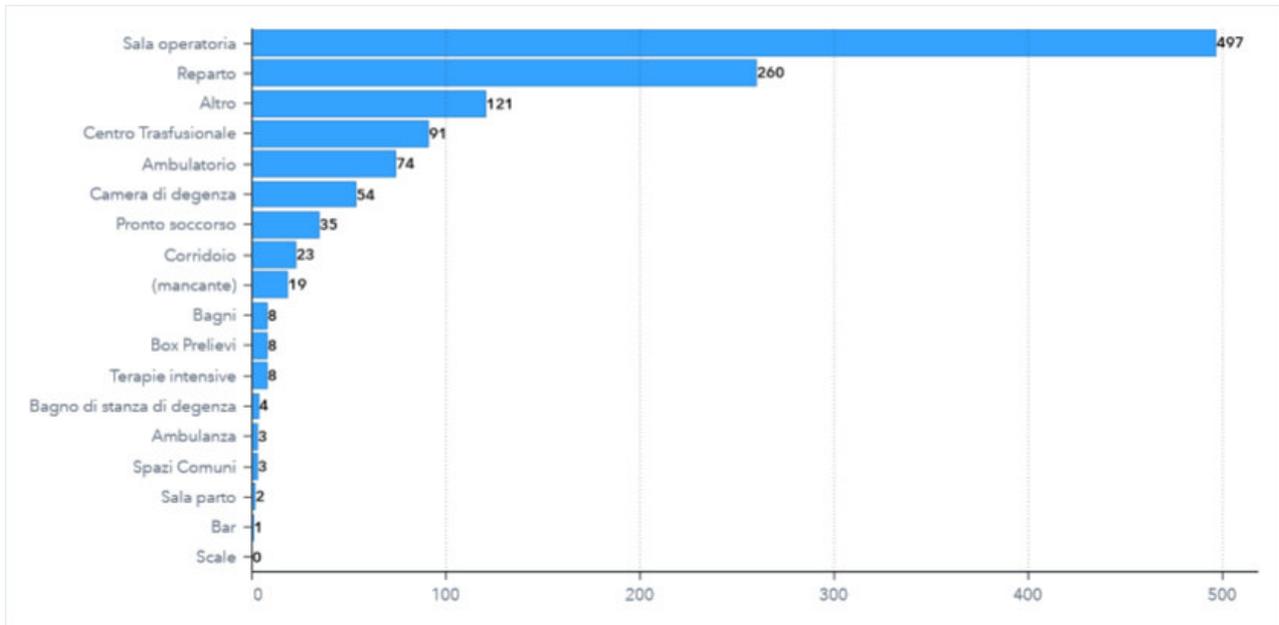
## TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"



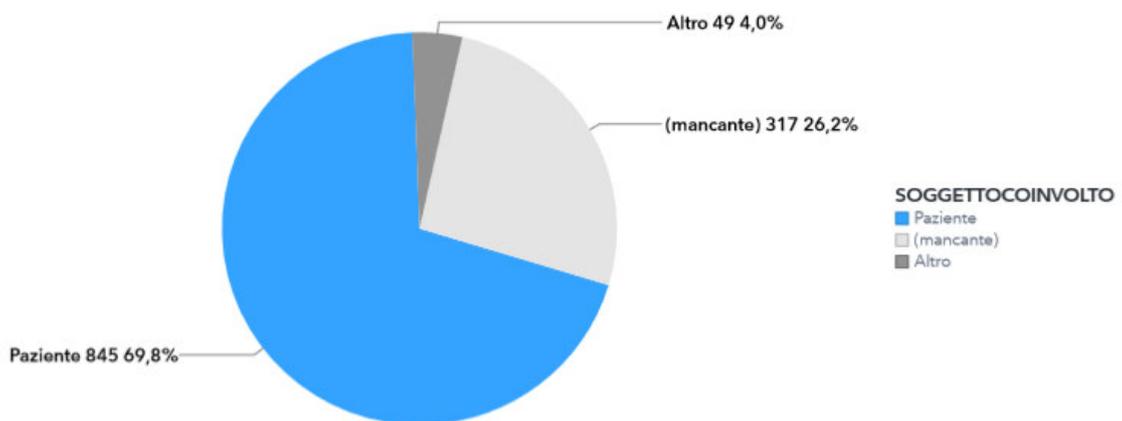
## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LIVELLO DI GRAVITÀ



## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LUOGO DI INCIDENTE



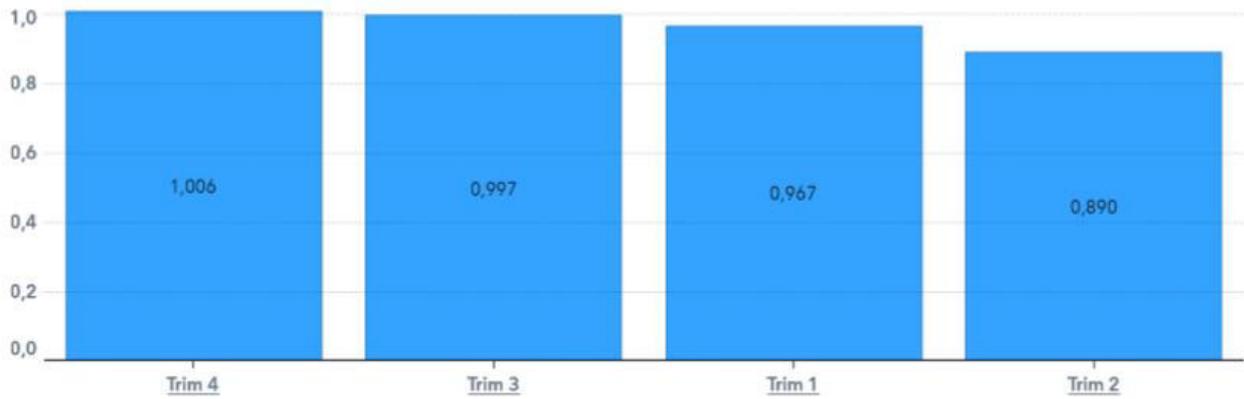
## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER SOGGETTI COINVOLTI



## SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI GIORNATE DI DEGENZA

### Per 1000 gg degenza

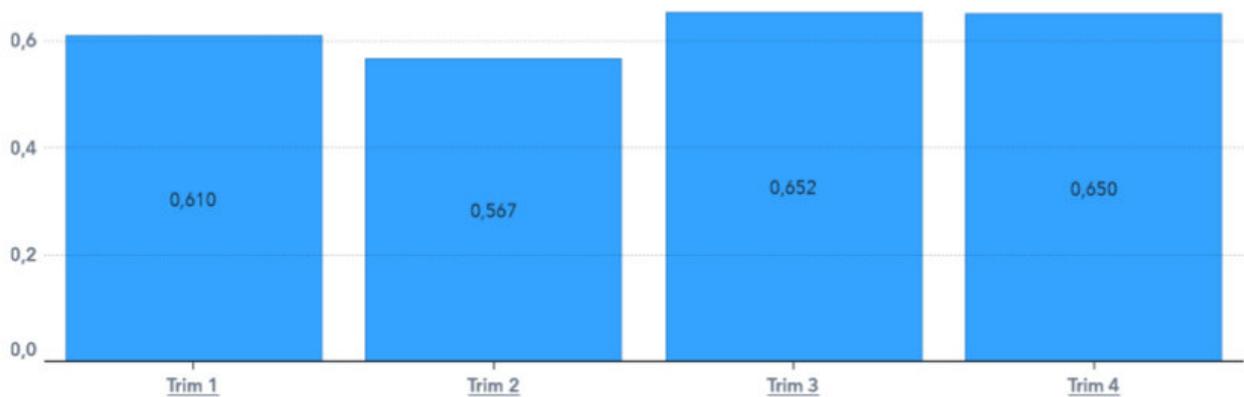
Tutto ANNO - QTR - MESE > 2023 ▾



## SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI CASI

### Per numero casi

Tutto ANNO - QTR - MESE > 2023 ▾

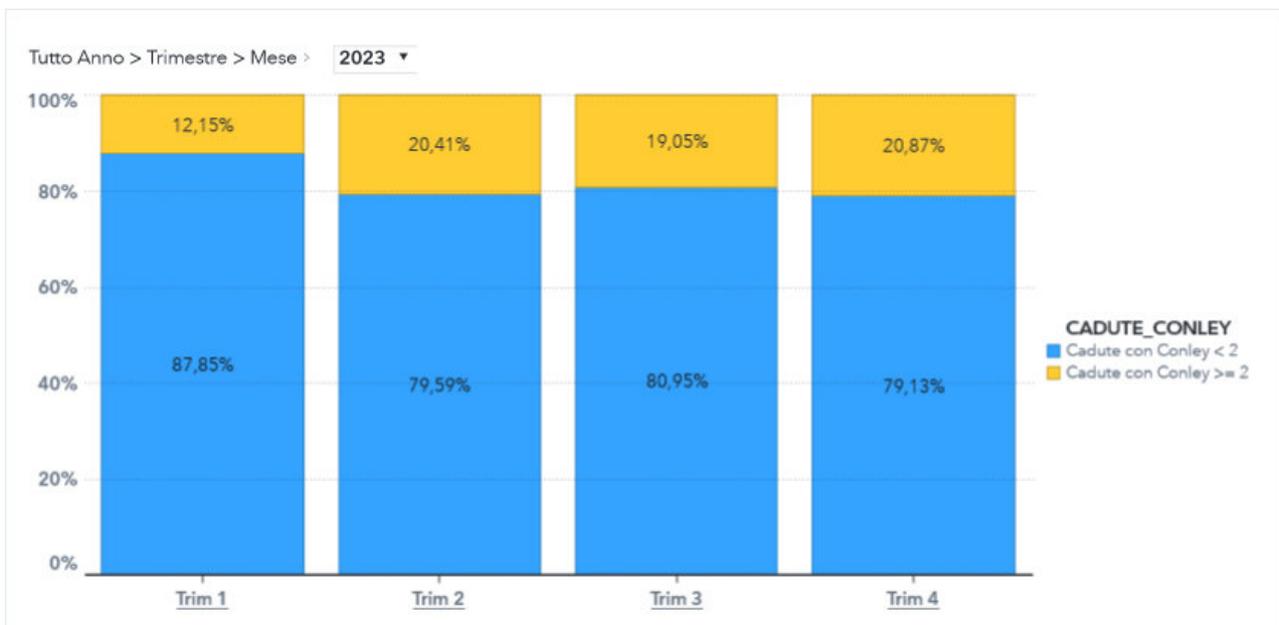


Il dato osservato si è rivelato assai più contenuto in termini assoluti di quanto preventivato come obiettivo nel PARS 2023

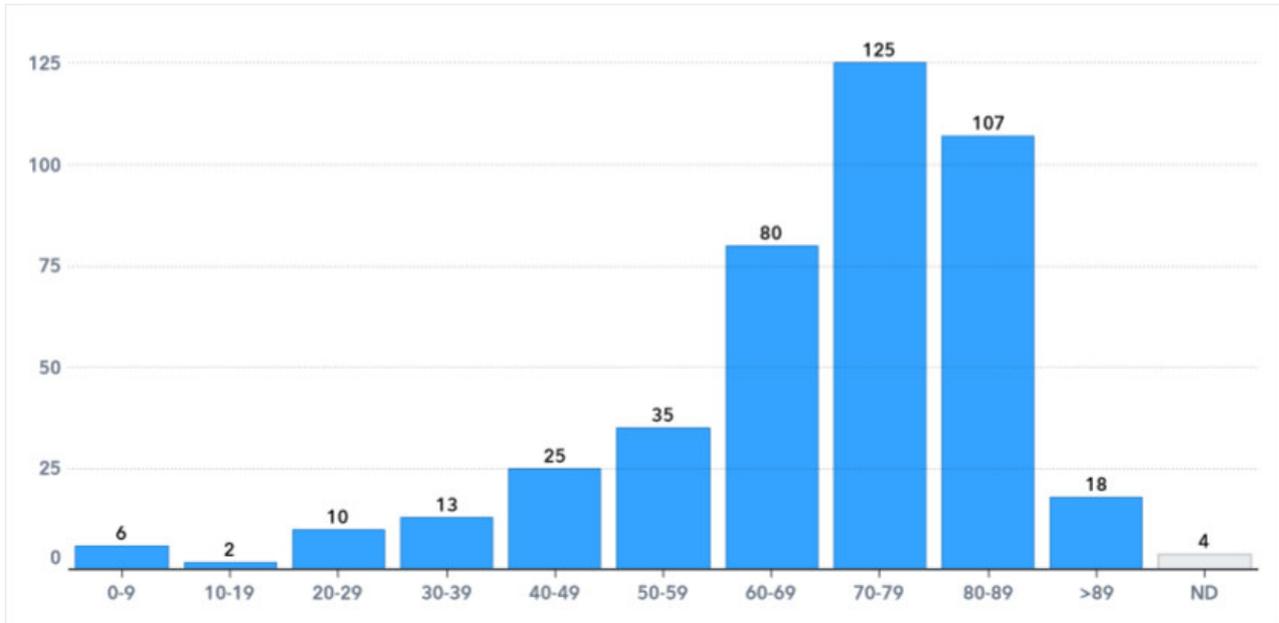
## LUOGO CADUTE



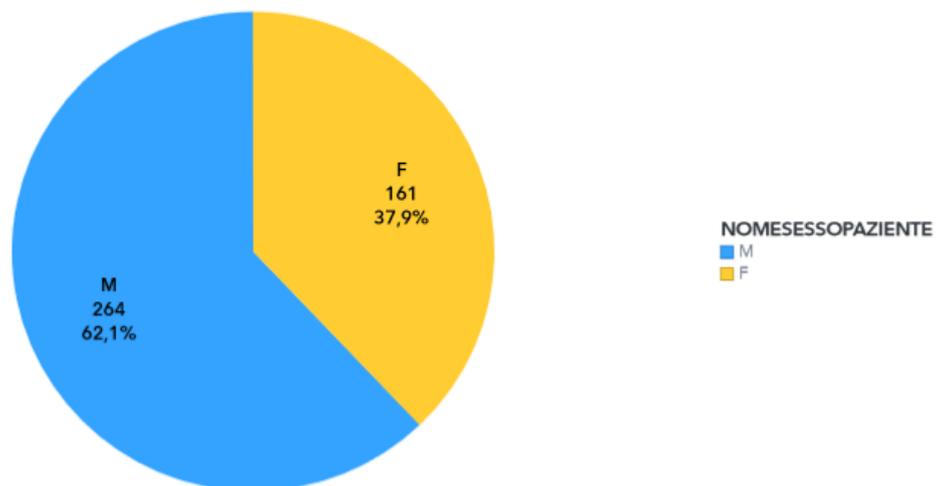
## CADUTE E RICADUTE PER SCALA DI CONLEY



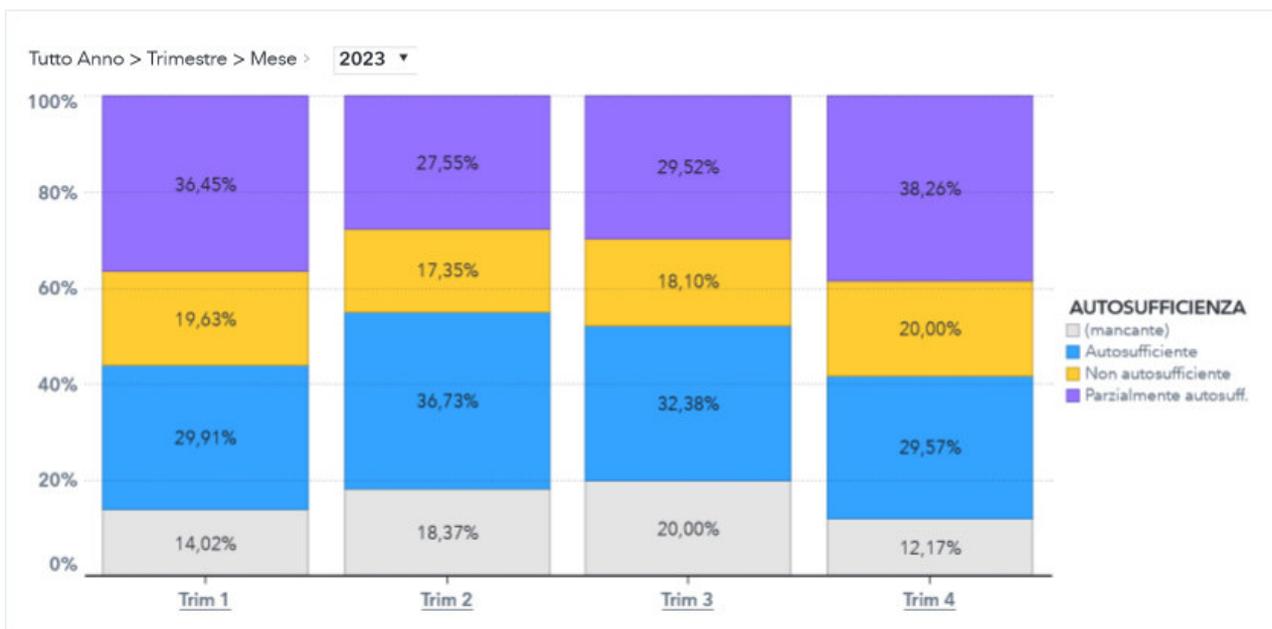
## CADUTE PER FASCIA D'ETÀ



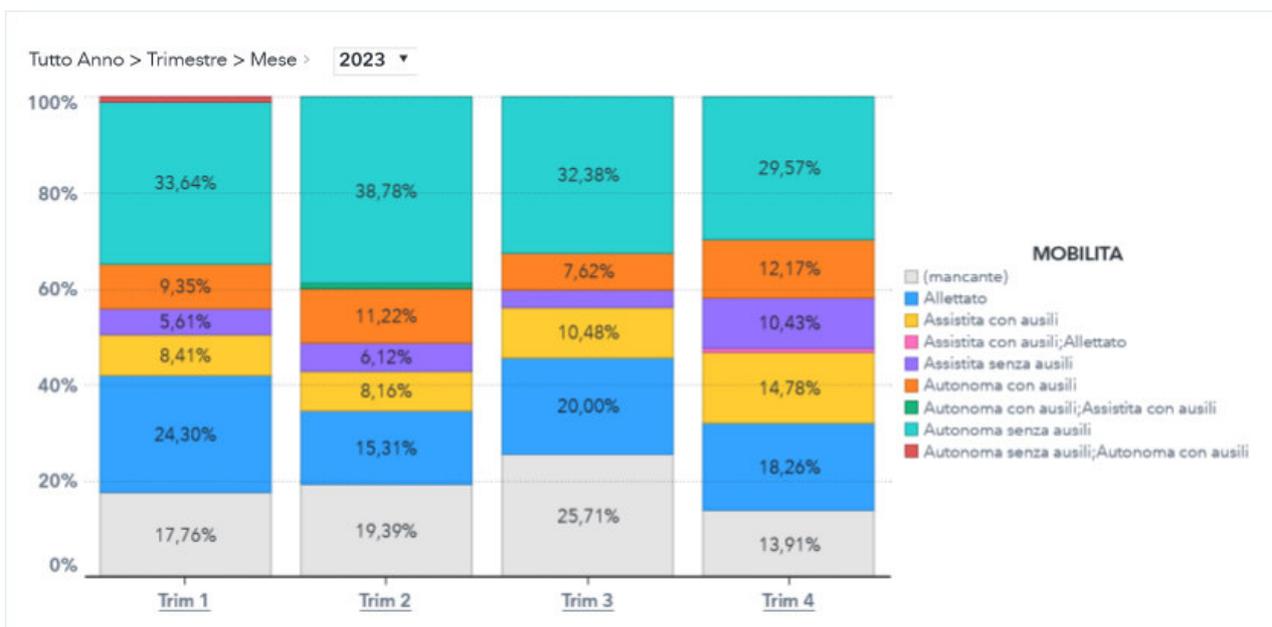
## CADUTE PER GENERE



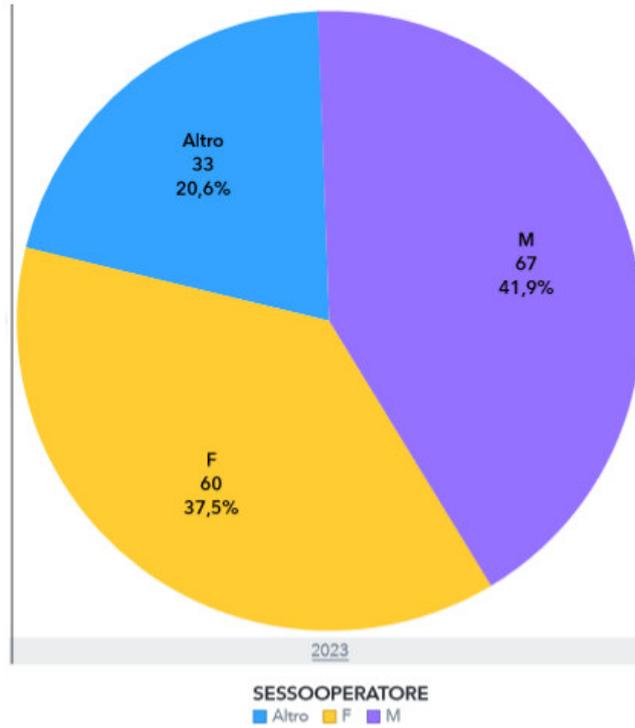
## CADUTE PER LIVELLI DI AUTOSUFFICIENZA



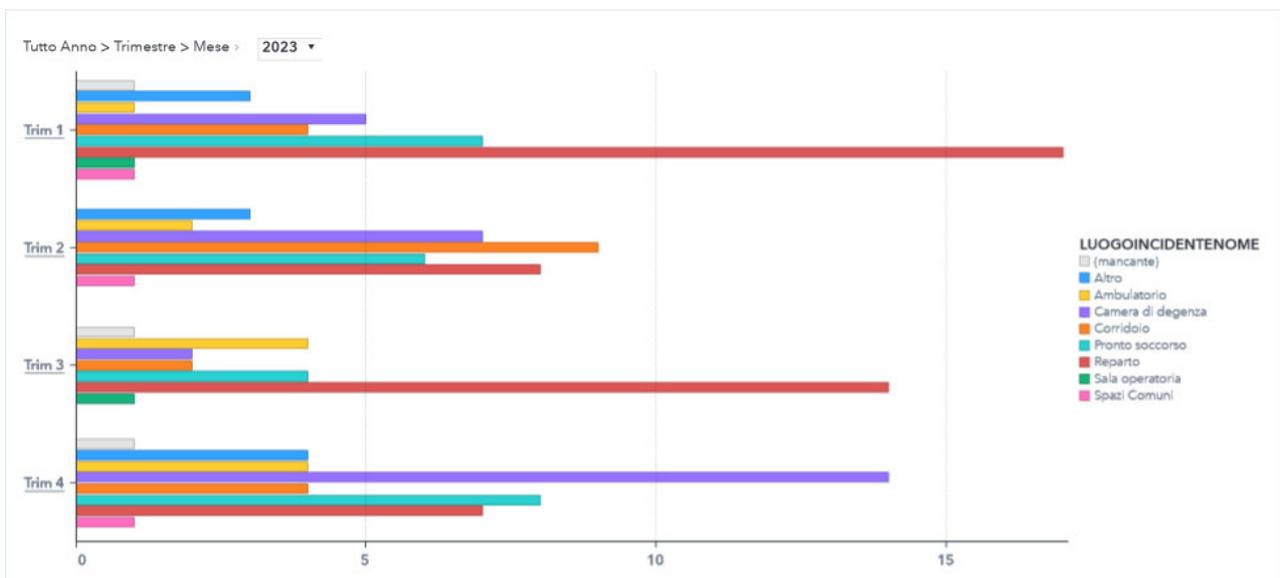
## CADUTE PER LIVELLI DI MOBILITÀ



GENERE OPERATORE AGGREDITO



LUOGO AGGRESSIONI



Per quanto riguarda invece il tema dei sinistri, si conferma che la politica di FPG permane quella della ritenzione della parte preponderante del rischio all'interno della Fondazione dall'anno della sua istituzione (2015).

Complessivamente l'andamento della sinistrosità appare stabile negli anni: il picco rilevato nel 2021 può essere interpretato come il frutto della consistente contrazione della sinistrosità registrata nel 2020 per effetto della crisi pandemica e della sostanziale riduzione delle attività degli studi legali soprattutto in concomitanza con il primo, prolungato quanto intenso lockdown (cfr. Vetrugno G et al. Responsabilità professionale sanitaria: l'offerta crea la domanda? Riflessioni dopo la legge Gelli. In: 43mo Congresso Nazionale ANMDO OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE Responsabilità, strategie e modelli di gestione. L'OSPEDALE, 2017; 109).

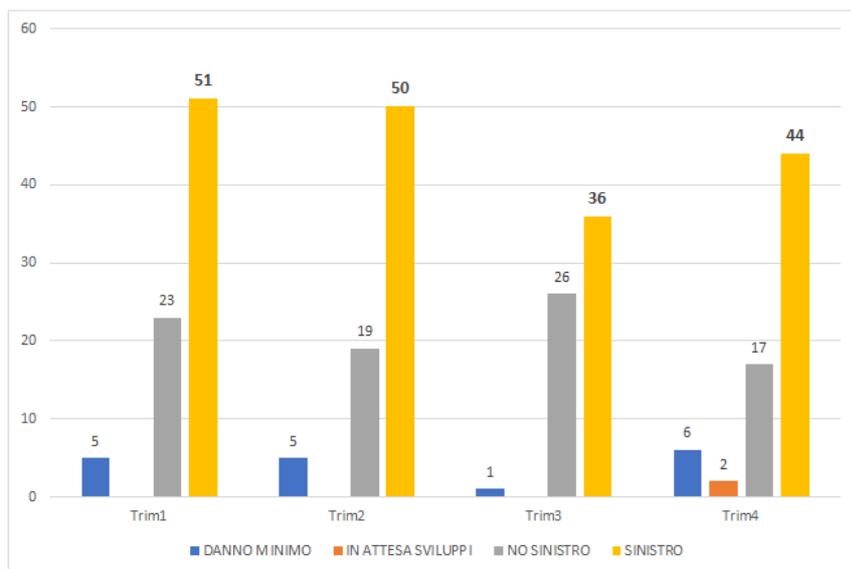
A riprova della sporadicità del dato, soccorre l'evidenza degli anni 2022 e 2023, per i quali si è invece registrato un numero di sinistri in linea con il trend atteso.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

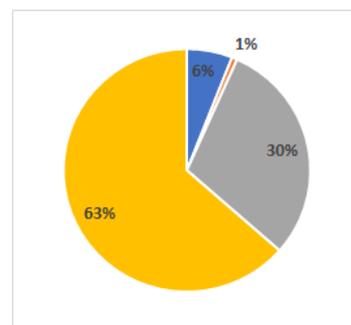
Anno	N° sinistri Totali	N° Sinistri Chiusi	N° Risarcimenti erogati
2015	202	153	99
2016	187	128	48
2017	174	105	43
2018	160	77	37
2019	158	56	42
2020	147	52	32
2021	189	33	22
2022	160	15	10
2023	149	1	1
Totale	1526	620	334

Di particolare interesse la distinzione delle tipologie di contenziosi aperti nel 2023:

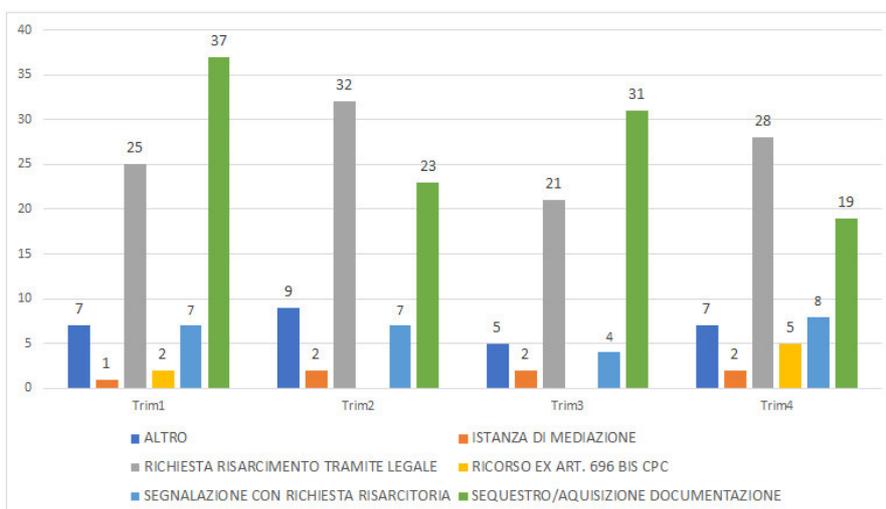
## POSIZIONI APERTE CLASSIFICATE



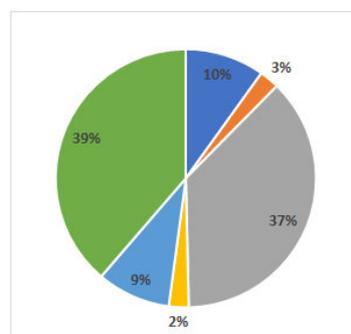
<b>DANNO MINIMO</b>	<b>17</b>
<b>IN ATTESA SVILUPPI</b>	<b>2</b>
<b>NO SINISTRO</b>	<b>85</b>
<b>SINISTRO</b>	<b>181</b>



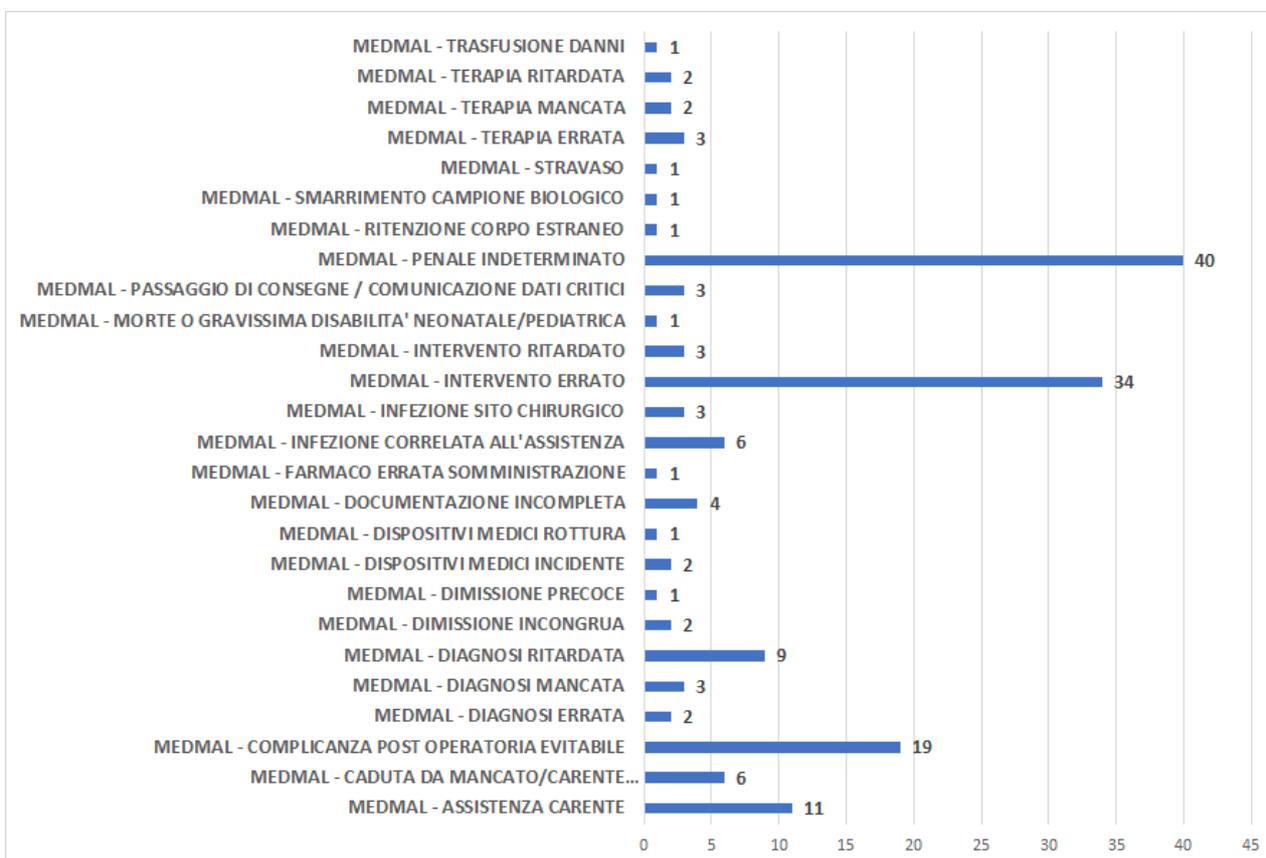
## POSIZIONI APERTE PER TIPOLOGIA DI RICEZIONE



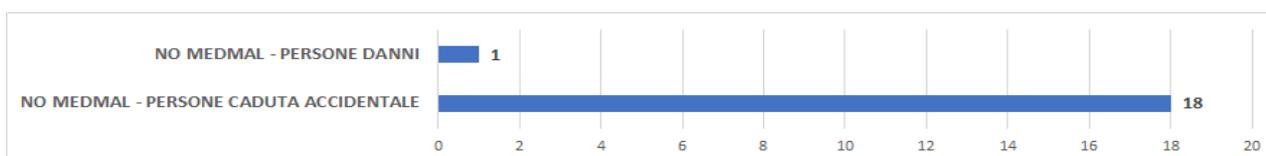
<b>ALTRIO</b>	<b>28</b>
<b>ISTANZA DI MEDIAZIONE</b>	<b>7</b>
<b>RICHIESTA RISARCIMENTO DA LEGALE</b>	<b>106</b>
<b>RICORSO EX ART. 696 BIS CPC</b>	<b>7</b>
<b>SEGNALAZIONE CON RICH. RISARCITORIA</b>	<b>26</b>
<b>SEQUESTRO/AQUISIZIONE DOC</b>	<b>110</b>



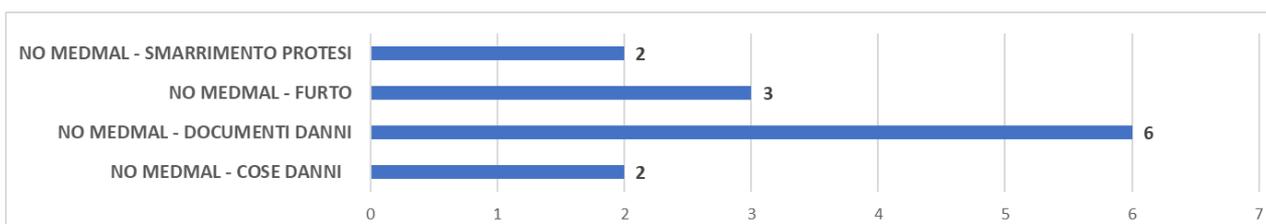
## SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA MEDMAL



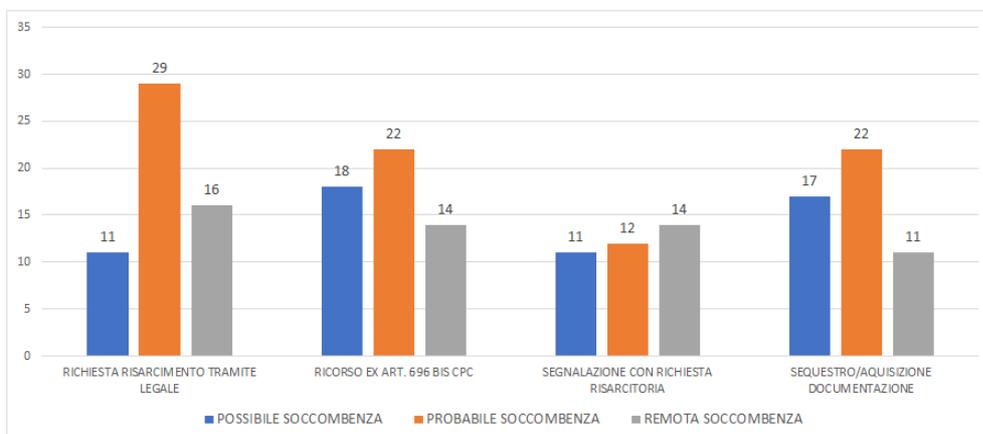
## SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA NO MEDMAL



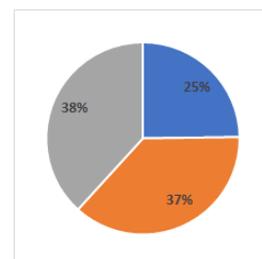
## SINISTRI APERTI CLASSIFICATI COME DANNI MINIMI



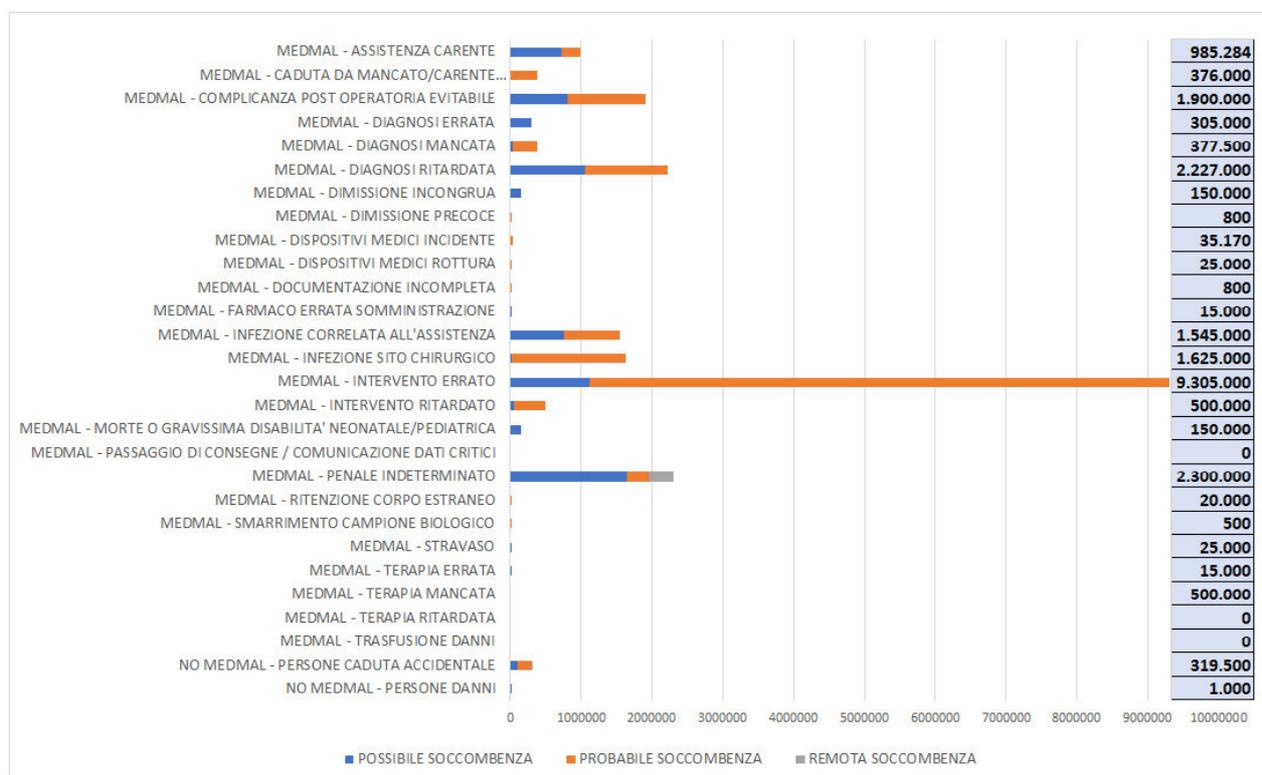
## SINISTRI APERTI CON RISCHIO DI SOCCOMBENZA



POSSIBILE SOCCOMBENZA	57
PROBABILE SOCCOMBENZA	85
REMOTA SOCCOMBENZA	88



## RISERVA SINISTRI APERTI CON SOCCOMBENZA (ESCLUSI DANNI MINIMI)



Il fenomeno dell'aumento della quota di sinistri aperti a seguito di iniziativa avviata in sede penale osservato nel 2022 non si è riproposto nel 2023, anche se occorre rilevare che l'impatto economico più consistente fin qui censito si riferisce ad una posizione aperta per effetto dell'azione fin qui intrapresa esclusivamente in ambito penale.

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Le polizze assicurative accese negli ultimi cinque anni sono state reperite sul mercato al solo scopo di prevedere un ombrello di protezione per ipotesi di eventi catastrofici (massimale fino a 50 mln di Euro).

Si ricorda che, per effetto di accordi contrattuali di secondo livello confermati per il triennio 2020-2022, la soluzione assicurativa individuata dalla Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – IRCCS garantisce tutti gli operatori sanitari da possibili scenari di rivalsa: sia perché la Fondazione stessa ha rinunciato, contrattualmente, al ricorso allo strumento della rivalsa per colpa grave (riservandosi invece di utilizzare tale soluzione per i soli casi di dolo), sia perché le stesse Compagnie Assicurative chiamate a copertura di possibili danni catastrofici sono state portate ad inserire contrattualmente una specifica clausola che impone loro la rinuncia all'esercizio della rivalsa nei confronti dei singoli operatori sanitari (fatta salva l'ipotesi del solo dolo).

Il perché di questa scelta era stato già illustrato nel PARM 2019: la Legge 8 marzo 2017 n.24 rafforza l'orientamento della precedente normativa volto a promuovere forme "alternative" di copertura assicurativa, ancorché "analoghe" a quelle tradizionalmente sviluppatesi nel corso di decenni e decenni di esperienze nel settore.

L'interesse della Fondazione continua dunque ad essere quello di promuovere la cd. Cultura "no blame".

La tabella che segue illustra le caratteristiche delle Polizze Assicurative (claims made) accese negli ultimi 8 anni:

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	SIR + Franchigia Aggregata	Brokeraggio/Loss Adjuster
2016	30.06.2017	Swiss Re	<b>€ 1.943.775,00</b>	2.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2017	30.06.2018	Swiss Re	<b>€ 1.943.775,00</b>	2.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2018	30.06.2019	AIG	<b>€ 727.388,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2019	30.06.2020	Swiss Re	<b>€ 655.000,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2020	30.06.2021	AM Trust	<b>€ 623.475,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2021	30.06.2022	AM Trust	<b>€ 623.475,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2022	30.06.2023	AM Trust	<b>€ 257.725,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2023	30.06.2024	AM Trust	<b>€ 257.725,00</b>	5.000.000,00 S.I.R.	AON

La caratteristica innovativa dell'ultima polizza accesa nel 2022 risiede soprattutto nella diversa forma di "scommessa" alla base del premio pattuito (€ 257.725,00): l'arco temporale all'interno del quale opera la vigente copertura, pur nei

limiti della SIR rimasta invariata a 5 mln di Euro, è diventato biennale, con una formula che non si registrava dalla fine degli anni '90 del secolo scorso.

Nel mentre si redige il presente piano non si sono ancora concluse le attività funzionali alla definizione della copertura assicurativa per l'anno 2025.

## 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2023)

### 4.1. RISULTATI DEL PARM

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2023 in relazione agli obiettivi e alle azioni prescelti nell'ambito del PARM:

<b>Obiettivo a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>	
Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> Aggiornamento ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.	Si è provveduto ad aggiornare le procedure su Aggressioni e Segnalazioni Eventi Avversi, nonché le Linee Guida sul Parto e assistenza neonatale
<b>Azione 2</b> – Realizzazione del programma pillole di Risk Management: una finestra di confronto da remoto di 30 minuti a settimana tra RM e Unità di degenza	Ne sono state condotte 13.
<b>Azione 3</b> – Riproposizione del di aggiornamento in modalità FAD in tema di segnalazione degli eventi avversi e dei near miss finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni ed alla diffusione della cultura no blame	Il corso FAD è diffuso, con buona partecipazione da parte del personale neo-assunto.
<b>Azione 4</b> – Avvio delle Morbidity & mortality Conference di Dipartimento con cadenza mensile in un Dipartimento pilota	Al 31.12.2023 sono state realizzate 12 MMC presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Addominali ed Endocrino Metaboliche di FPG, con obiettivo di partecipazione raggiunto per le Unità Operative di ambito chirurgico.

<b>Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]:</b>	
Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Introduzione di istruzione operativa sulla esecuzione degli accertamenti tossicologici in Pronto Soccorso	L'istruzione operativa è stata diffusa alle funzioni interessate ad agosto 2023 e dopo una fase di addestramento è divenuta vincolante da settembre 2023
<b>Azione 2</b> - Confermare l'obiettivo di almeno due Audit al mese per eventi avversi significativi nell'anno corrente	Obiettivo raggiunto e superato: sono stati generati 40 Audit su eventi avversi significativi, prodotte 33 RCA ed avviate 354 azioni di miglioramento. Non è stato possibile accreditare gli AUDIT in modalità ECM
<b>Azione 3</b> – Attività FMECA (1 analisi)	È stata condotta una FMECA finalizzata alla messa in sicurezza della gestione del paziente psichiatrico a rischio suicidio e del paziente a rischio "allontanamento non

	autorizzato” (cd. progetto closing doors) coinvolgendo le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e di Patologia Ostetrica. E’ stata poi eseguita un’altra FMECA sul processo di gestione delle reazioni avverse a mezzo di contrasto
<b>Azione 4</b> – Introduzione scale integrate di valutazione del rischio nelle unità di degenza	E’ stato possibile individuare una possibile combinazione di punteggi di scale differenti già in uso per stratificare rischi non direttamente riferibili alle cadute in grado di identificare i soggetti ad elevato rischio: questa soluzione è stata validata da revisori esterni e pubblicata su autorevole rivista internazionale in tema di Patient Safety

### Obiettivo c) Favorire visione unitaria sicurezza:

Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Realizzazione di un sistema di ricerca di eventi avversi accaduti ma non segnalati attraverso la cattura di parole chiave all’interno della cartella clinica elettronica	E’ stato disegnato il modello; ma non è stato testato sulle contenzioni, bensì è stato tarato per la ricerca di episodi mortali intraospedalieri evitabili
<b>Azione 2</b> - Realizzazione ed avvio del percorso di sicurezza del paziente fragile a rischio allontanamento e suicidio	Il progetto braccialetto già testato con successo nell’Unità di degenza 2P è stato esteso in PS a luglio 2023
<b>Azione 3</b> – Progettazione ed avvio seminario aziendale sulle modalità di redazione dei certificati medici e dei referti	Attività rinviata; per un Dipartimento “sensibile” si è invece introdotto un modello organizzativo basato sul coinvolgimento di specializzandi afferenti al Dipartimento di Sicurezza e Biotica dell’UCSC
<b>Azione 4</b> – Revisione dell’istruzione operativa in materia di utilizzo dei mezzi di contrasto	E’ stata condotta e conclusa a dicembre 2023 un FMECA specificamente volta a migliorare il processo, con un piano di miglioramento organizzativo e tecnologico realizzato il quale si procederà all’aggiornamento della procedura e della relativa istruzione
<b>Azione 5</b> – Miglioramento appropriatezza prescrittiva e sicurezza nel processo di somministrazione delle terapie	L’attività programmata è stata sospesa.
<b>Azione 6</b> – Realizzazione di fogli informativi calati sulla dimensione del paziente pediatrico	E’ stato realizzato un foglio informativo a fumetti, con il contributo di operatori sanitari, volontari adolescenti e disegnatori/tecnici della Scuola Romana Fumetti

### Obiettivo d) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management

Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Partecipazione alle attività formative e di confronto proposte dagli Organi Regionali	Il Risk manager ha partecipato alle riunioni del Tavolo Regionale Permanente dei Risk Manager. L’UOS Risk Management ha inoltre partecipato ai gruppi di lavoro istituiti a livello regionale per la stesura del documento di indirizzo in tema di costituzione dei COVASI e dei fondi rischi aziendali, documento emanato dalla Regione il 23 novembre 2023.

**Azione 2 – Trasmissioni delle segnalazioni su near miss ed eventi avversi al CRCC**

Il flusso di trasmissione è ormai attivo e dal 2024 prevede anche l'alimentazione degli eventi sentinella e dei sinistri censiti nell'anno 2023

## 4.2. DATI DEL PAICA

Di seguito invece l'illustrazione dei dati raccolti nell'ambito delle attività previste nel PAICA relativo all'anno 2023:

### 4.2.1. PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2023: SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI

Presso la FPG IRCCS è attivo un sistema di screening mediante tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) rivolto a specifici gruppi di pazienti; ad esempio, quelli trasferiti da altra struttura sanitaria o con precedente storia di ricovero, pazienti colonizzati/infetti nell'ultimo anno, pazienti in ingresso in reparti a rischio (Terapie Intensive, Oncologie, Trapianti, Chirurgie), pazienti dializzati o in chemioterapia. Lo screening ha lo scopo di identificare tempestivamente eventuali pazienti portatori di germi CRE e prevenirne la trasmissione intraospedaliera. Nella tabella 2 riportata di seguito è indicato il numero di tamponi di screening totali (eseguiti negli anni 2018-2023 nelle varie aree di ricovero (medica, chirurgica, terapie intensive) della FPG IRCCS.

Nel 2023 si è registrato un calo di circa 500 tamponi di screening rispetto all'anno precedente; diminuzione che riguarda le aree mediche e intensive. Tale diminuzione non ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo fissato per il 2023 ovvero aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE.

**Tabella 2: totale dei tamponi eseguiti nel triennio 2018-2023 nelle varie aree di ricovero e in totale nella FPG IRCCS.**

Data	Medicine	Chirurgie	UTI	Totale Tamponi eseguiti
2018	2918	571	934	<b>4.423</b>
2019	3.778	1.107	1.205	<b>6.090</b>
2020	2.575	1.309	1.837	<b>5.721</b>
2021	3.560	1.492	3.131	<b>8.183</b>
2022	3.129	1.338	2.586	<b>7.053</b>
2023	2.793	1.422	2.269	<b>6.484</b>

Nelle tabelle 3 e 4 si riportano rispettivamente i dati di positività dei tamponi nelle diverse UU.OO. del presidio Gemelli e di quello Columbus nel 2023.

**Tabella 3: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nel 2023 nel presidio Gemelli**

Unità Operativa	% positività	N Tamponi
0106 - MALATTIE INFETTIVE	30%	81
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	11%	38
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	9%	33
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	9%	68

0112 - CLINICA UROLOGICA	5%	42
0113 - PNEUMOLOGIA	15%	149
0114 - CHIRURGIA PEDIATRICA	100%	3
0117 - DERMATOLOGIA	0%	3
0125 - PEDIATRIA	0%	5
0127 - CHIRURGIA GENERALE	0%	23
0132 - GINECOLOGIA (09N)	0%	1
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	33%	6
0137 - OCULISTICA	0%	1
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	8%	808
0139 - CARDIOCHIRURGIA	1%	784
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10%	40
0142 - NEUROLOGIA	7%	112
0144 - NEUROCHIRURGIA	0%	30
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA	3%	375
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITA	12%	17
0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	22%	49
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	8%	51
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	8%	24
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	11%	27
0153 - EMATOLOGIA	1%	654
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	14%	14
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	21%	24
0157 - GERIATRIA	26%	50
0160 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0%	1
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	6%	63
0163 - CHIRURGIA TORACICA	9%	11
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	4%	52
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	4%	364
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	22%	9
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	3%	100
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	17%	6
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0%	1
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	25%	71
0181 - MEDICINA D'URGENZA	18%	11
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST-OPERATORIA	12%	179
0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0%	29
0188 - CARDIOLOGIA	0%	1
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	25%	4
0194 - CHIRURGIA SENOLOGICA	0%	1

0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	1%	141
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	22%	18
0197 - CHIRURGIA ENDOCRINA	0%	2
05109 - MEDICINA GENERALE	21%	84
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	20%	69
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	15%	41
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0%	22
05117 - TRAPIANTI DI RENE	2%	64
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	1%	329
05119 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0%	1
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0%	12
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	4%	576
05126 - MEDICINA INTERNA 2	0%	1
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	0%	27
05128 - CHIRURGIA GENERALE 2	50%	2
05129 - CHIRURGIA ADDOMINALE	7%	14
05131 - NEFROLOGIA	28%	18
05133 - TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E CHIRURGIA GINOCCHIO	0%	1
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	20%	106
05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	24%	42
05136 - REUMATOLOGIA	15%	39
05137 - GASTROENTEROLOGIA	11%	46
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	0%	39
05143 - MEDICINA INTERNA E MALATTIE DEL PANCREAS	13%	8
05144 - IMMUNOLOGIA CLINICA	0%	1
0701 - RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	30%	47
0704 - NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	17%	257
0706 - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	5%	20
0707 - RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	54%	13
<b>TOTALE UUUO</b>	<b>7%</b>	<b>6455</b>

**Tabella 4: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nel 2023 nel presidio Columbus**

Unità Operativa	% positività	N Tamponi
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	30%	20
0212 - IMMUNOLOGIA CLINICA COLUMBUS	50%	2
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	14%	7
<b>TOTALE UUUO</b>	<b>28%</b>	<b>29</b>

## 4.2.2. MICRORGANISMI SENTINELLA (ALERT)

Sono stati analizzati e valutati i microrganismi sentinella (alert) isolati dai campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi) pervenuti alla UOC Microbiologia nel corso del 2023. Per ciascuno si è proceduto a identificare le informazioni del germe, compresi - ove riportato in modo informatizzato - l'antibiogramma completo testato, la sede del prelievo, il reparto richiedente, la data del prelievo.

Di seguito, nella tabella 5 e 6, è riportata l'incidenza, standardizzata per 1.000 giornate di degenza, dei diversi microrganismi alert rilevati dai suddetti campioni nel corso del 2023, presso le Unità nel presidio Gemelli e in quello Columbus rispettivamente.

Come emerge dalla tabella "presidio Gemelli", l'obiettivo del Piano 2023, cioè registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2022 (Gemelli: 2.78 x 1000 giornate di degenza) non è stato raggiunto avendo registrato un valore in aumento (3.46 x 1000 giornate di degenza).

**Tabella 5: Incidenza per 1.000 giornate di degenza dei microrganismi alert, rilevati dalla UOC Microbiologia nei campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi), nel periodo 2019-2023 presso le Unità Operative del presidio Gemelli.**

Unità Operativa	MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii CR	P. aeruginosa CR	Tot 2023	Tot 2022	Tot 2021	Tot 2020	Tot 2019
0106 - MALATTIE INFETTIVE	0.50	0.07	1.00	0.71	0.14	0.36	<b>2.78</b>	3.21	2.77	3.08	3.69
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	0.54	0.00	0.43	0.54	0.43	0.22	<b>2.16</b>	3.43	4.82	3.1	3.81
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	1.19	0.00	1.66	0.47	1.42	0.47	<b>5.22</b>	3.15	4.56	-	-
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	1.34	0.00	0.54	0.81	0.00	0.54	<b>3.22</b>	4.2	2.39	-	-
0112 - CLINICA UROLOGICA	0.28	0.00	0.38	0.66	0.09	0.09	<b>1.51</b>	0.7	0.85	-	-
0113 - PNEUMOLOGIA	2.03	0.00	1.60	1.31	2.61	1.45	<b>8.99</b>	9.55	12.27	9.28	14.07
0117 - DERMATOLOGIA	6.88	0.00	0.00	0.00	3.44	3.44	<b>13.77</b>	4.07	-	-	-
0125 - PEDIATRIA	0.95	0.00	0.19	0.00	0.00	0.00	<b>1.14</b>	0.2	1.53	0.76	1.07
0127 - CHIRURGIA GENERALE	0.67	0.00	0.34	0.00	0.34	0.00	<b>1.34</b>	1.89	-	-	-
0129 - CHIRURGIA VERTEBRALE	0.33	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	<b>0.66</b>	1.29	2.4	-	-
0131 - PATOLOGIA OSTETRICA	0.24	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.24</b>	0	-	-	-
0132 - GINECOLOGIA (09N)	0.00	0.00	0.80	0.00	0.00	0.00	<b>0.80</b>	0	-	-	-
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	0.21	0.00	0.21	0.00	0.21	0.64	<b>1.28</b>	0.93	-	-	-
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	4.51	0.00	6.52	4.35	5.75	2.02	<b>23.15</b>	18.41	18.94	9.18	12.22
0139 - CARDIOCHIRURGIA	2.94	0.00	0.15	0.29	0.00	0.00	<b>3.38</b>	3.21	0.89	0.32	1.5
0140 - PATOLOGIA NEONATALE	0.23	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.23</b>	4.27	2.18	2.33	-
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0.62	0.00	0.27	0.34	0.21	0.14	<b>1.57</b>	2.84	3	-	-
0142 - NEUROLOGIA	0.95	0.36	0.36	0.71	0.59	1.42	<b>4.38</b>	2.32	2.11	2.31	3.28

0144 - NEUROCHIRURGIA	0.76	0.00	0.19	0.32	0.89	0.70	<b>2.86</b>	1.22	2.15	-	-
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA	1.46	0.00	0.84	0.42	1.46	1.05	<b>5.23</b>	3.23	4.32	3.9	4.74
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITA	2.24	0.00	1.68	0.56	1.68	0.00	<b>6.17</b>	6.6	4.89	-	-
0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	0.39	0.00	1.12	0.67	0.17	0.62	<b>2.97</b>	2.8	2.41	-	-
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	0.00	0.50	1.26	1.26	1.26	0.76	<b>5.04</b>	3.76	3.99	-	-
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	0.00	0.00	0.39	0.00	0.00	0.00	<b>0.39</b>	0.47	-	-	-
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0.00	0.00	0.41	0.20	0.20	0.20	<b>1.02</b>	0.3	-	-	-
0153 - EMATOLOGIA	0.91	0.00	3.02	0.20	0.20	0.20	<b>4.53</b>	1.8	2.66	3.53	4.81
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	0.37	0.00	0.73	0.00	0.00	0.00	<b>1.10</b>	0.4	-	-	-
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	0.37	0.00	0.74	0.93	0.00	0.00	<b>2.05</b>	0.97	2.85	-	-
0157 - GERIATRIA	1.40	0.00	1.00	1.20	1.90	0.80	<b>6.30</b>	6.42	7.05	-	-
0160 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0.99	0.00	0.50	0.00	0.00	0.00	<b>1.49</b>	2.3	2.57	1.61	-
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	2.41	0.00	0.00	0.00	0.00	1.44	<b>3.85</b>	10.92	4.02	3.58	5.23
0163 - CHIRURGIA TORACICA	0.36	0.00	0.00	0.00	0.36	0.18	<b>0.91</b>	-	-	-	-
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	0.00	0.00	0.16	0.16	0.00	0.00	<b>0.31</b>	0.17	-	-	-
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	1.03	0.00	1.03	0.00	0.00	1.03	<b>3.10</b>	3.38	-	-	-
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0.26	0.00	0.13	0.13	0.00	0.00	<b>0.52</b>	0.8	0.78	0.64	0.69
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	0.00	0.00	0.23	0.12	0.12	0.00	<b>0.47</b>	1.01	1.18	1.1	1.28
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	0.00	0.00	0.37	0.00	0.00	0.00	<b>0.37</b>	2.41	-	-	-
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0.00	0.00	0.00	0.42	0.00	0.00	<b>0.42</b>	-	-	-	-
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	0.34	0.17	2.21	2.04	1.53	0.85	<b>7.14</b>	4.41	3.83	4.84	6.26
0181 - MEDICINA D'URGENZA	0.81	0.13	0.94	0.27	0.40	0.00	<b>2.56</b>	1.5	1.47	-	-
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST-OPERATORIA	1.70	0.28	3.40	2.83	0.57	0.28	<b>9.06</b>	7.14	5.84	-	-
0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0.71	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24	<b>0.95</b>	-	-	-	-
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	0.24	0.00	0.28	0.12	0.12	0.00	<b>0.77</b>	0.34	0.62	-	-
0194 - CHIRURGIA SENOLOGICA	0.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.28</b>	-	-	-	-
0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	0.99	0.00	0.00	0.00	0.00	0.49	<b>1.48</b>	0.55	-	-	-
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	0.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.92</b>	0	-	-	-
05109 - MEDICINA GENERALE	0.81	0.00	2.79	1.51	2.33	1.05	<b>8.50</b>	4.72	3.79	3.47	7.99
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.00	0.00	1.68	1.68	0.96	0.00	<b>4.31</b>	3.57	1.6	-	-
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	3.05	0.00	0.28	1.11	2.77	3.05	<b>10.26</b>	3.23	4.31	2.55	7.61
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0.00	0.00	0.45	0.00	0.00	0.90	<b>1.36</b>	0	-	-	-
05117 - TRAPIANTI DI RENE	1.11	0.00	0.55	1.11	0.00	0.00	<b>2.77</b>	2.02	3.94	-	-
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	1.84	0.00	0.00	0.31	0.00	0.61	<b>2.76</b>	1.27	-	-	-
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0.48	0.00	0.48	0.24	0.24	0.00	<b>1.45</b>	0.25	-	-	-
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	0.00	0.00	3.09	0.62	0.62	1.24	<b>5.56</b>	2.72	2	5.23	4.56
05126 - MEDICINA INTERNA 2	0.00	0.78	0.78	0.78	0.78	0.00	<b>3.12</b>	-	-	-	-
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	0.19	0.00	0.57	0.38	0.19	0.00	<b>1.34</b>	0.58	-	-	-
05131 - NEFROLOGIA	1.26	0.21	1.26	0.63	1.05	0.42	<b>4.82</b>	7.23	2.36	-	-
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	0.39	0.00	1.76	3.33	3.53	2.74	<b>11.76</b>	11.26	5.36	-	-

05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	1.13	0.00	0.68	0.90	2.93	0.68	<b>6.32</b>	5.2	3.46	-	-
05136 - REUMATOLOGIA	1.34	0.34	3.03	2.02	1.68	0.34	<b>8.74</b>	3.89	5.99	-	-
05137 - GASTROENTEROLOGIA	1.52	0.00	1.30	1.73	1.08	0.00	<b>5.63</b>	2.52	3.09	-	-
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	1.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>1.33</b>	3.13	-	-	-
05143 - MEDICINA INTERNA E MALATTIE DEL PANCREAS	0.38	0.00	4.52	0.75	1.13	1.13	<b>7.91</b>	4.37	5.09	-	-
<b>TOTALE UU.OO.</b>	<b>0.77</b>	<b>0.03</b>	<b>0.92</b>	<b>0.62</b>	<b>0.67</b>	<b>0.45</b>	<b>3.46</b>	<b>2.78</b>	<b>3.4</b>	<b>3.31</b>	<b>3.12</b>

**Tabella 6: Incidenza per 1.000 giornate di degenza dei microrganismi alert, rilevati dalla UOC Microbiologia nei campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi), nel periodo 2019-2023 presso le Unità Operative del Presidio Columbus.**

Unità Operativa	MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii CR	P. aeruginosa CR	tot 2023	Tot 2022	Tot 2021	Tot 2020	Tot 2019
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	0.84	0.00	1.89	0.73	0.73	0.21	<b>4.40</b>	4.93	-	-	-
0212 - IMMUNOLOGIA CLINICA COLUMBUS	3.05	0.00	1.52	0.00	1.52	0.00	<b>6.10</b>	5.74	-	-	-
0275 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO COLUMBUS	2.12	0.00	0.42	0.00	0.00	0.00	<b>2.54</b>	-	-	-	-
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	0.36	0.12	1.68	0.24	0.00	0.24	<b>2.64</b>	3.61	2.84	-	-
<b>TOTALE UU.OO.</b>	<b>0.86</b>	<b>0.05</b>	<b>1.63</b>	<b>0.43</b>	<b>0.38</b>	<b>0.19</b>	<b>3.54</b>	4.35	7.05	-	-

#### 4.2.3. IGIENE DELLE MANI

Presso la FPG è attivo un sistema di monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, secondo le indicazioni dell'OMS. Per quanto concerne la valutazione dell'adesione all'igiene delle mani, si riporta nelle figure 1 e 2 sottostanti l'andamento globale del dato relativo alla compliance all'igiene delle mani presso la FPG e presso le singole Unità Logistiche circa le rilevazioni svolte nell'anno 2023.

Tali rilevazioni hanno misurato il grado di adesione all'igiene mani durante le varie "opportunità", come definite dai cinque momenti indicati dall'OMS. Le rilevazioni sono state effettuate da un team di rilevatori appositamente formato ed incaricato di effettuare le rilevazioni presso tutte le UU.LL.

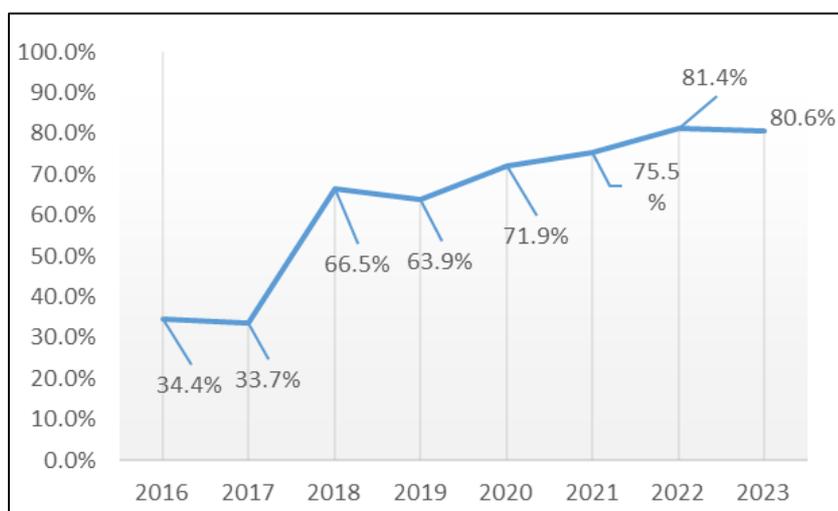


Figura 1 - Andamento della compliance all'igiene delle mani nel periodo 2016-2023

La valutazione condotta ha registrato un'adesione all'igiene delle mani pari all'**80.6%** nel corso di tutto il 2023, registrando, per la prima volta dal 2017, un calo della compliance (-0.8% rispetto al 2022). Tale diminuzione non ha così permesso il raggiungimento di uno degli obiettivi fissati per il 2023, aumentare la compliance all'igiene delle mani totale registrata in FPG all'85%.

Nella tabella immediatamente sottostante è riportato il dato relativo al consumo (in litri) di gel idroalcolico per 1000 giornate di degenza registrato presso FPG nell'anno 2023.

Consumo soluzione alcolica in lt/1000 gg degenza\_reparti Gemelli



Nella figura 2 è riportato il confronto della compliance all'igiene delle mani registrata nelle UU.LL. oggetto di rilevazione nel 2022 e nel 2023.

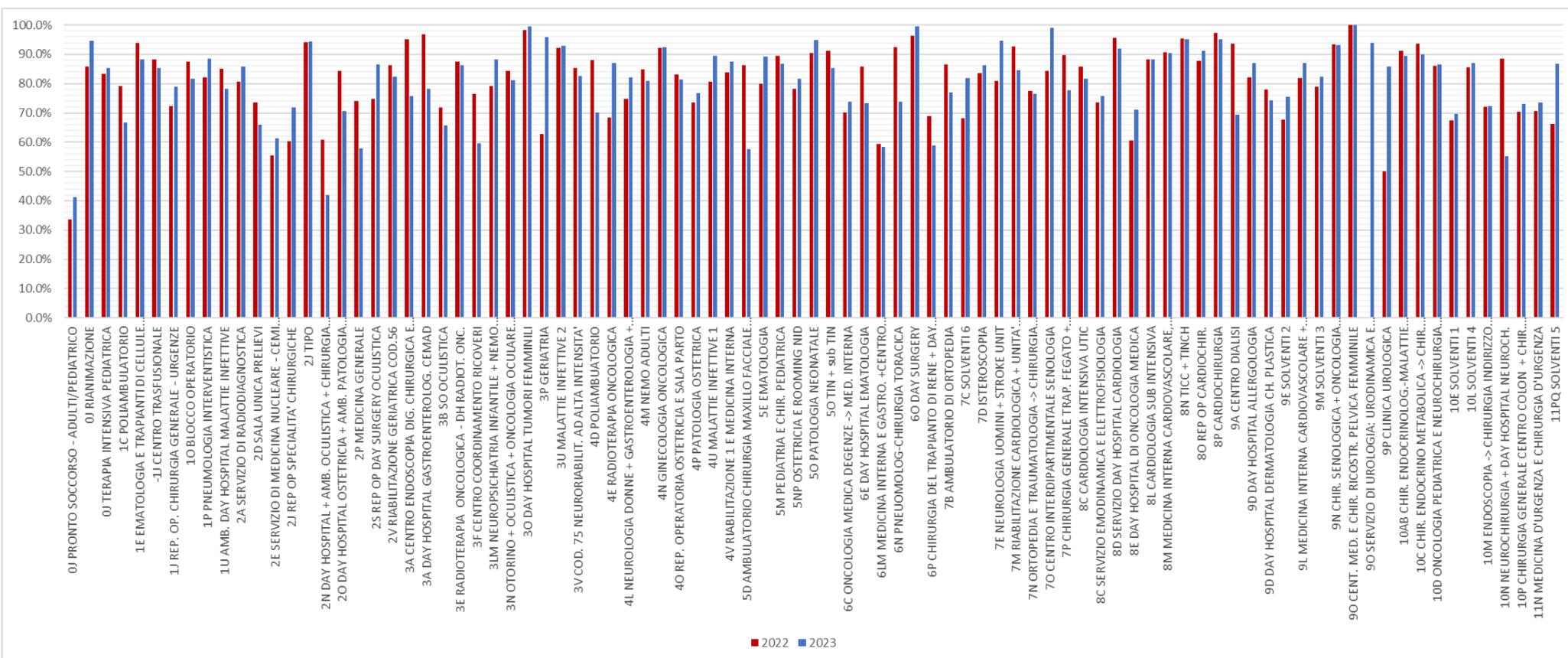


Figura 2 - Compliance all'igiene delle mani 2022-23 per Unità logistica.

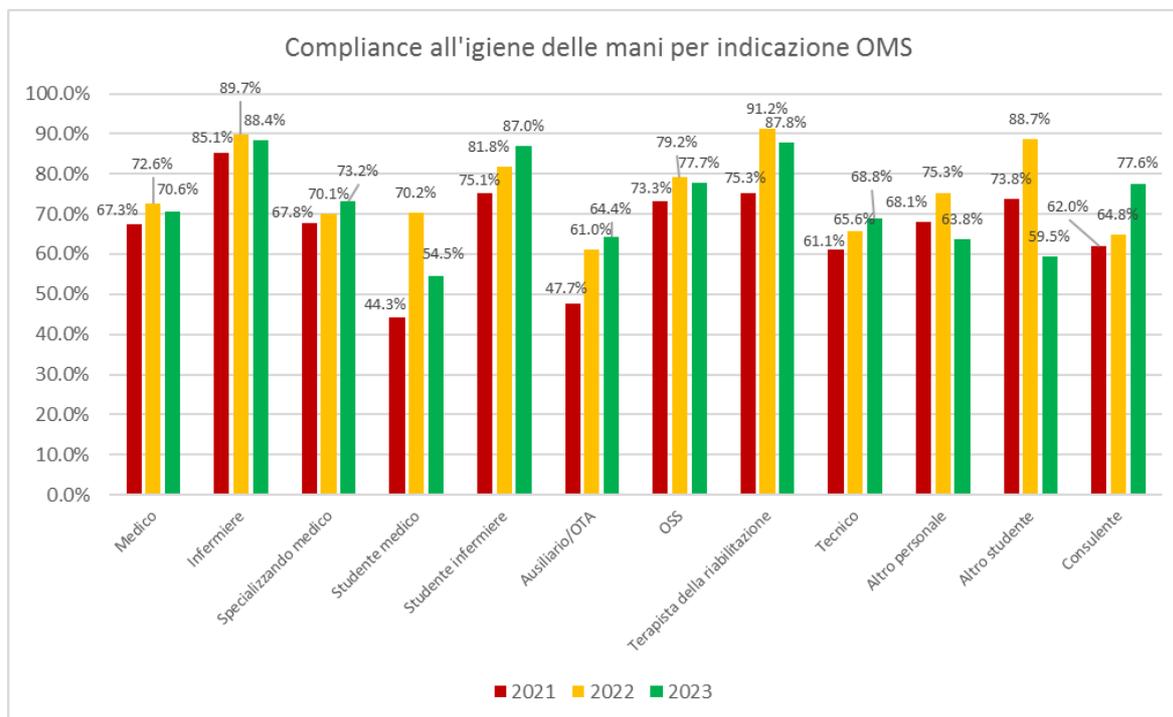


Figura 3 - Compliance all'igiene delle mani 2021-2023 per categoria professionale

La categoria professionale infermieristica e quella dei terapisti della riabilitazione hanno confermato nel 2023 le migliori compliance all'igiene delle mani (88.4% e 87.8%), nonostante un peggioramento della propria percentuale; diminuzione simile è stata registrata nella categoria medica che passa dal 72.6% del 2022 al 70.6% del 2023.

Si registrano aumenti della compliance negli specializzandi (+3%), negli studenti infermieri (+5%), negli ausiliari/OTA (+3.5%), nei tecnici (+3%) e nei consulenti (+13%). Nel precedente Piano si era posto l'obiettivo di incrementare del 10% il dato 2022 registrato nelle categorie con compliance < 80%, tale obiettivo è stato raggiunto esclusivamente per la categoria "consulente".

Per quanto concerne la *compliance* ai cinque momenti dell'igiene delle mani (Figura 4), si evidenzia una stabilità del dato in tutte le indicazioni ad eccezione di quella "dopo il contatto con ciò che circonda il paziente", indicazione che registra da sempre le percentuali più basse e che nell'ultimo anno ha ulteriormente perso 6 punti percentuali.

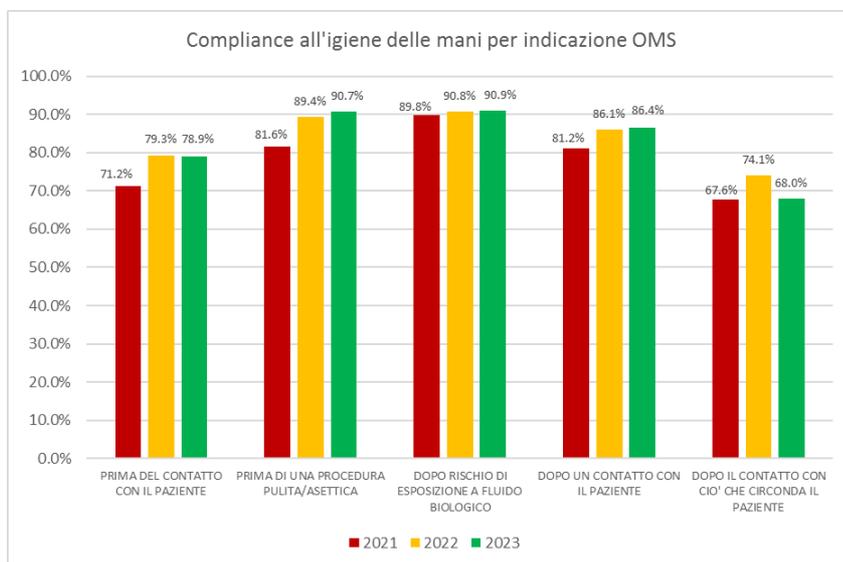


Figura 4 - Compliance all'igiene delle mani 2021-2023 per indicazione OMS

Per quanto concerne il framework per l'autovalutazione dell'igiene delle mani, strumento sistematico sviluppato dall'OMS e utile ad analizzare, all'interno di una struttura sanitaria, la situazione in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani, il punteggio della FPG non è cresciuto ulteriormente nell'ultimo anno, confermando così il raggiungimento del livello avanzato in tutte le sezioni previste.

**Tabella 7: Punteggi del questionario di autovalutazione aziendale igiene mani registrati negli anni 2014-2023**

Questionario di autovalutazione aziendale igiene mani											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Livello 2023
1. Requisiti strutturali e tecnologici	55	55	75	100	95	95	85	85	85	85	avanzato
2. Formazione del personale	0	30	35	35	45	45	70	85	85	85	avanzato
3. Valutazione, monitoraggio e feedback	0	15	37.5	37.5	52.5	52.5	75	80	85	85	avanzato
4. Comunicazione permanente	0	47.5	67.5	85	85	75	80	90	90	90	avanzato
5. Clima organizzativo e commitment	25	40	60	65	70	75	75	85	85	85	avanzato
<b>Totale</b>	<b>80</b>	<b>187.5</b>	<b>275</b>	<b>322.5</b>	<b>347.5</b>	<b>342.5</b>	<b>385</b>	<b>425</b>	<b>430</b>	<b>430</b>	<b>avanzato</b>

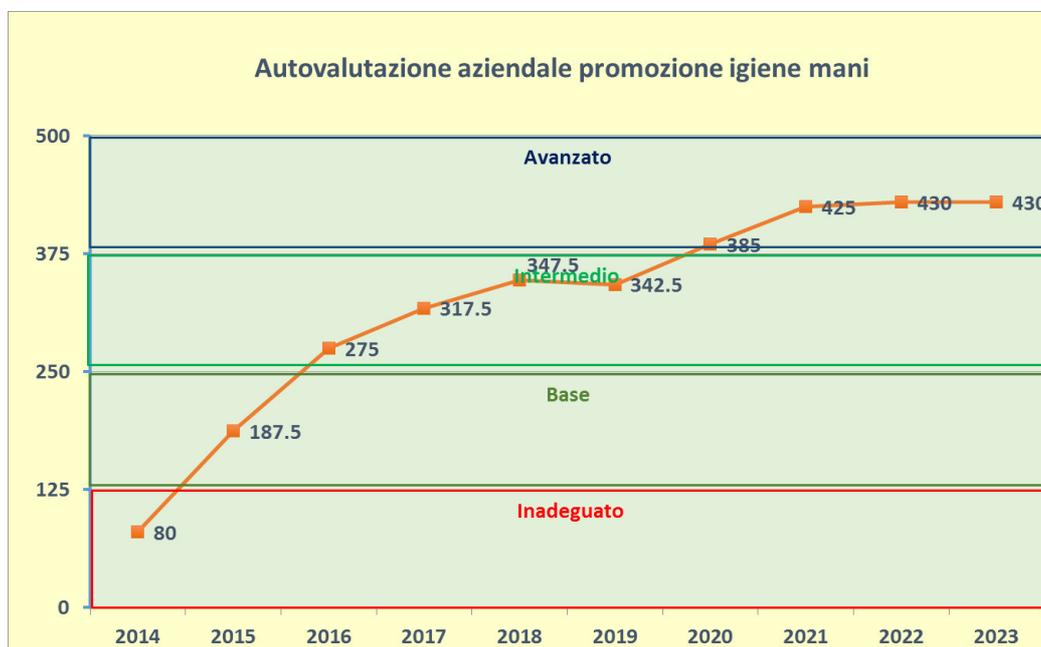


Figura 5 - Grafico punteggi del questionario di autovalutazione aziendale igiene mani registrati negli anni 2014-2023

#### 4.2.4. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI

Presso la FPG IRCCS nel corso del 2023 sono stati attuati programmi per la vaccinazione antinfluenzale stagionale, anti SARS-CoV-2 e contro morbillo, parotite, rosolia e varicella (MPR-V) rivolti agli operatori sanitari (OS).

Nella figura 6 è riportata la percentuale di copertura vaccinale degli OS per le campagne antinfluenzali 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023 e 2023-2024 mentre nella tabella 9 sono riportate le dosi di vaccino somministrate agli operatori sanitari della FPG.

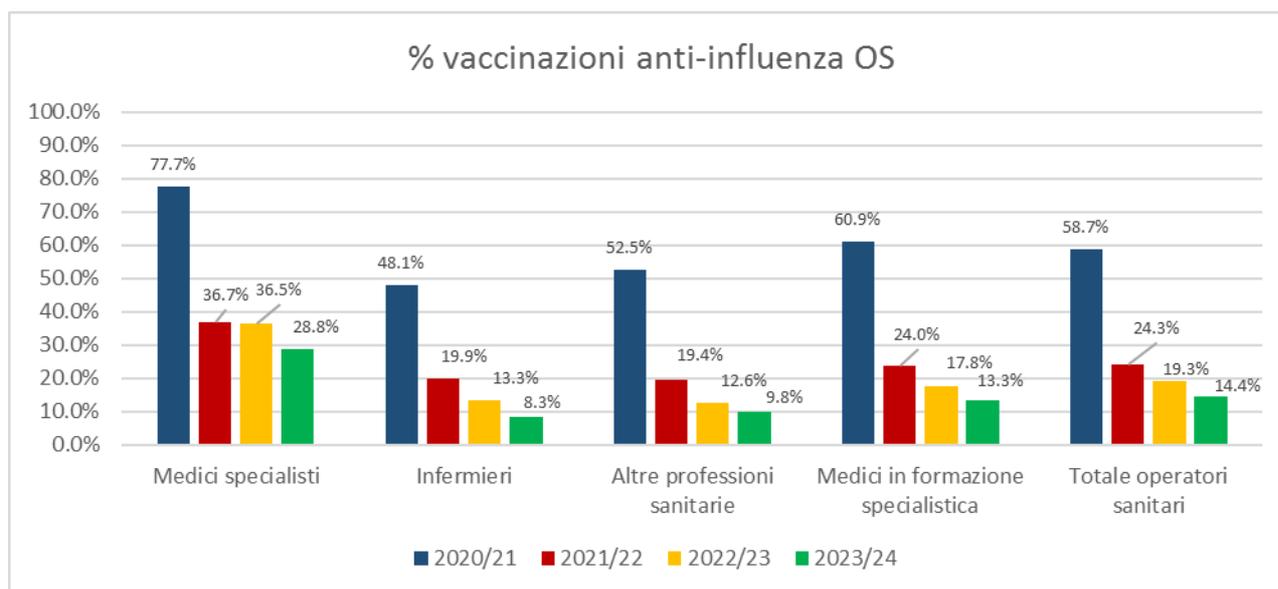


Figura 6 - Copertura vaccinale antinfluenzale 2020-2023, stratificata per tipologia di OS, presso la FPG

**Tabella 8: Numero di dosi di vaccino antinfluenzale somministrate agli OS della FPG nelle campagne vaccinali 2020-21, 2021-22, 2022-23 e 2023-24**

<b>campagna vaccinale anti-influenzale</b>	<b>Medici Specialisti</b>	<b>Infermieri</b>	<b>Altre professioni sanitarie</b>	<b>Medici in formazione specialistica</b>	<b>Totale operatori sanitari vaccinati</b>
2020-2021	1170	971	825	688	3654
2021-2022	560	455	330	472	1817
2022-2023	545	301	167	369	1382
2023-2024	449	187	128	280	1044

Come emerge da figura e tabella, rispetto alla campagna antiinfluenzale precedente, quella del 2023-24 ha registrato un ulteriore calo delle vaccinazioni. Tale fenomeno non ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo 2023 per tutte le categorie professionali (raggiungere un valore di copertura vaccinale, per ogni tipologia di OS, pari come minimo alla mediana europea - dato ECDC 2016-17= 30.2%).

Per quanto concerne SARS COV 2, attraverso la predisposizione di un centro vaccinale ad hoc la FPG ha provveduto nel 2023 ad immunizzare il personale sanitario con la dose Omicron XBB.1.5; nella tabella seguente è riportato il numero di operatori della FPG vaccinati e la relativa proporzione sul totale.

**Tabella 9: Numero di operatori sanitari della FPG vaccinati per SARS COV 2 Omicron XBB.1.5 nel 2023 e proporzione sul totale**

<b>anti SARS COV 2 Omicron XBB.1.5</b>	<b>Medici Specialisti</b>	<b>Infermieri</b>	<b>Altre professioni sanitarie</b>	<b>Medici in formazione specialistica</b>	<b>Totale operatori sanitari vaccinati</b>
2023	320	76	53	188	637
	20.5%	3.4%	4.1%	8.8%	8.8%

Al fine di aumentare l'adesione alla vaccinazione anti MPR-V da parte del personale della FPG IRCCS, il Servizio di Sorveglianza Sanitaria acquisisce regolarmente le informazioni circa lo stato immunitario degli OS.

Come si evince dalla figura 7, che illustra l'immunizzazione contro MPR-V raggiunta negli operatori sanitari nel 2023 a confronto con gli anni precedenti, il trend dell'immunizzazione registra una lieve diminuzione per le quattro patologie infettive interessate.

L'obiettivo 2023 (mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2021 e comunque non inferiore al 95%) può ritenersi raggiunto.

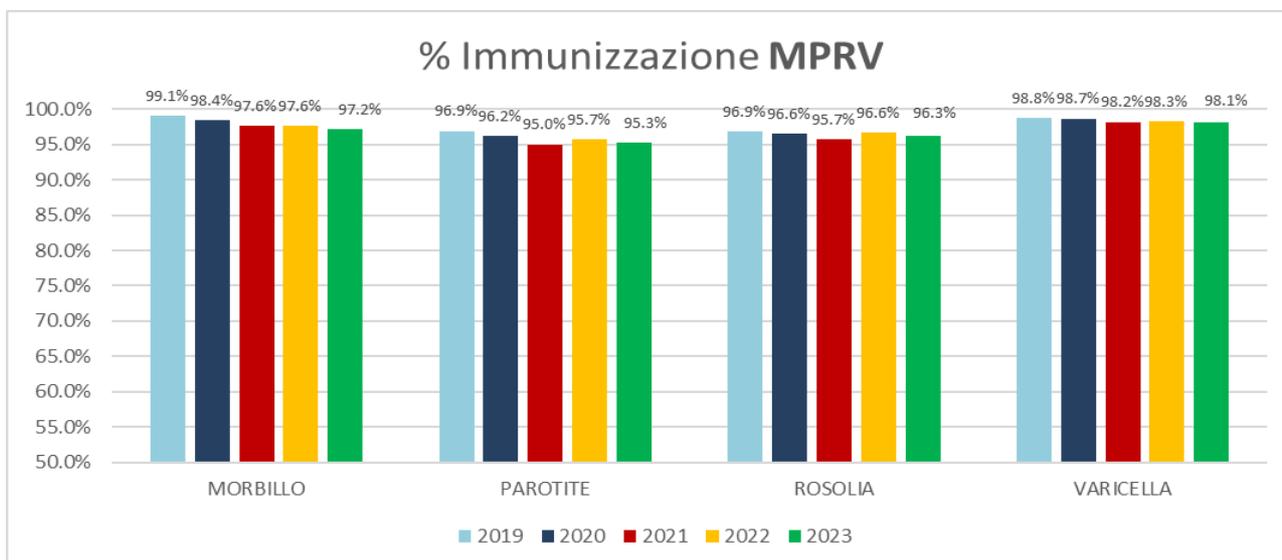


Figura 7 - Copertura vaccinale contro MPR-V tra gli OS nel 2019 - 2023 presso la FPG IRCCS

#### 4.2.5. INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA

Le figure 8 e 9 mostrano il tasso delle infezioni correlate all'assistenza, standardizzato per tipologia di infezione, in Rianimazione (0J) e in Terapia Intensiva Neurochirurgica (8N) nel corso degli anni, sebbene il dato 2023 della Rianimazione 0J non sia completamente confrontabile con gli anni passati visto che in questo anno si è passati ad un sistema di raccolta prospettico paziente per paziente (metodo già in uso presso la TINCH).

In Rianimazione nel 2023 si è osservato un aumento delle infezioni totali di circa il 2% che non permette di raggiungere l'obiettivo 2023 "registrare una riduzione dell'incidenza delle infezioni totali del 10% rispetto al dato 2022 nella UOC Rianimazione (0°J)". Al contrario, la diminuzione delle polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP) di 3 punti percentuali ha permesso di raggiungere l'obiettivo 2023 di riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2022.

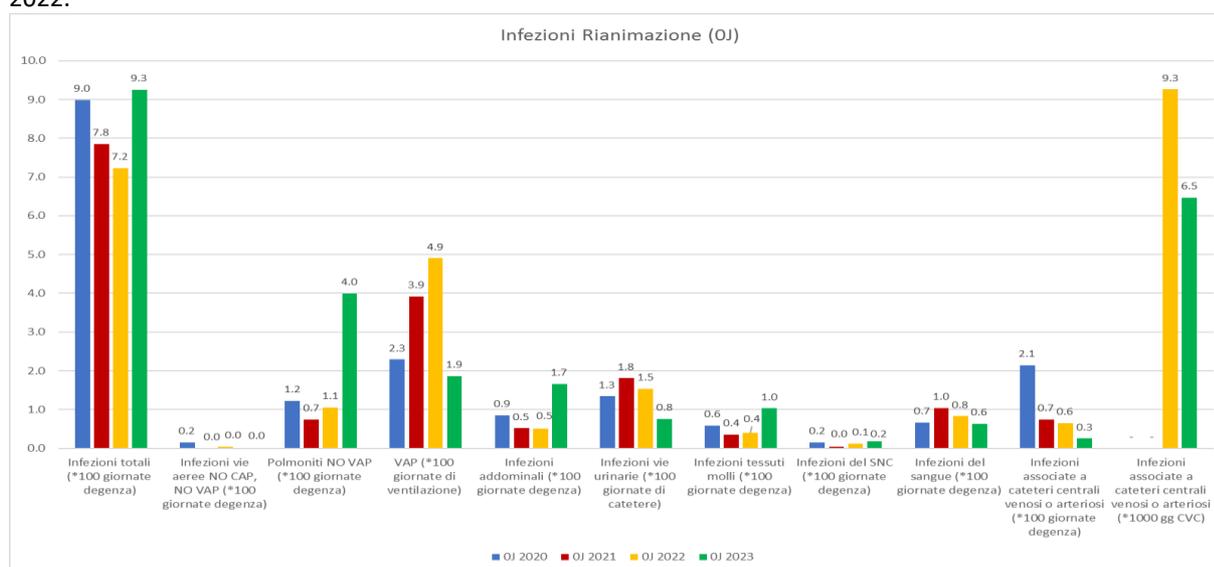


Figura 8 - Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in Rianimazione

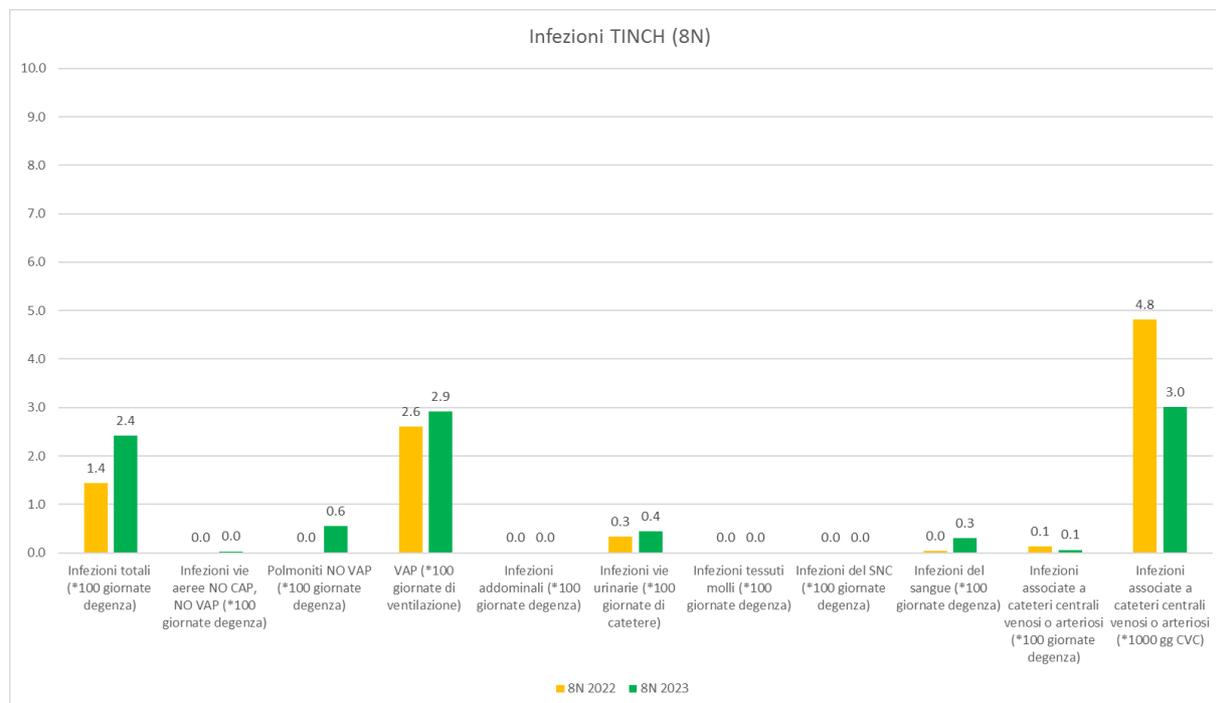


Figura 9 - Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in TINCH

#### 4.2.6. INFEZIONI NEI NEONATI

Nel 2023 nella UOC Neonatologia si è registrato un valore di infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari centrali (CLABSI) pari a 7.6 per 1.000 giorni di cateterismo rispetto alle 9 dell'anno precedente; tale riduzione non ha però permesso di raggiungere l'obiettivo 2023 (riduzione dell'incidenza delle CLABSI nella UOC Neonatologia del 30% rispetto al dato del 2022).

Tabella 10. Incidenza delle CLABSI registrate nella UOC Neonatologia nel 2021-2023

Tipologia	2023			2022			2021		
	gg cat	N CLABSI	CLABSI 1000 gg cat	gg cat	N CLABSI	CLABSI 1000 gg cat	gg cat	N CLABSI	CLABSI 1000 gg cat
<b>CVO+CAO</b>	635	0	<b>0</b>	754	8	10.6	805	7	8.7
<b>ECC</b>	899	11	<b>12.2</b>	1029	10	9.7	1447	28	19.4
<b>CICC+FICC</b>	834	7	<b>8.4</b>	1668	13	7.8	951	7	7.4
<b>Tutti</b>	2368	18	<b>7.6</b>	3451	31	9.0	3203	42	13.1

gg cat= giorni di cateterismo vascolare

CLABSI 1000 gg cat= CLABSI standardizzare per 1000 giorni di cateterismo vascolare

#### 4.2.7. INFEZIONI DEL SANGUE

Per quanto riguarda le infezioni correlate a catetere venoso centrale, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato pari all'1.1% dei pazienti (3.6% dei pazienti con ICA del torrente ematico). L'obiettivo 2023, cioè l'azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle infezioni correlate a catetere venoso centrale è stato quindi raggiunto solo in parte.

#### 4.2.8. INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

Con riferimento alle infezioni delle vie urinarie, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato pari al 3.5% dei pazienti; di questi il 2.9% presentava un'infezione associata al catetere urinario.

L'obiettivo 2023, cioè registrare una prevalenza delle CAUTI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2011–2012: 0.73%) non può quindi dirsi raggiunto.

#### 4.2.9. INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Relativamente alle infezioni del sito chirurgico, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato pari al 2.5% dei pazienti, nel 38% profonda, nel 14% superficiale e nel 48% dell'organo/spazio.

L'obiettivo 2023, cioè registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2011–2012: 1.27%) non può quindi dirsi raggiunto.

#### 4.2.10. SORVEGLIANZA AMBIENTALE

Nella figura seguente sono illustrati i risultati relativi alla presenza di *Legionella spp.* nei riuniti odontoiatrici all'interno di FPG, in accordo con la PRO.452: sono stati analizzati tutti i riuniti presenti in struttura e la percentuale di quelli positivi al batterio è rimasta invariata. L'obiettivo 2023 di ridurre dal 20% al 15% la proporzione di riuniti contaminati da *Legionella spp.* non è stato quindi raggiunto.

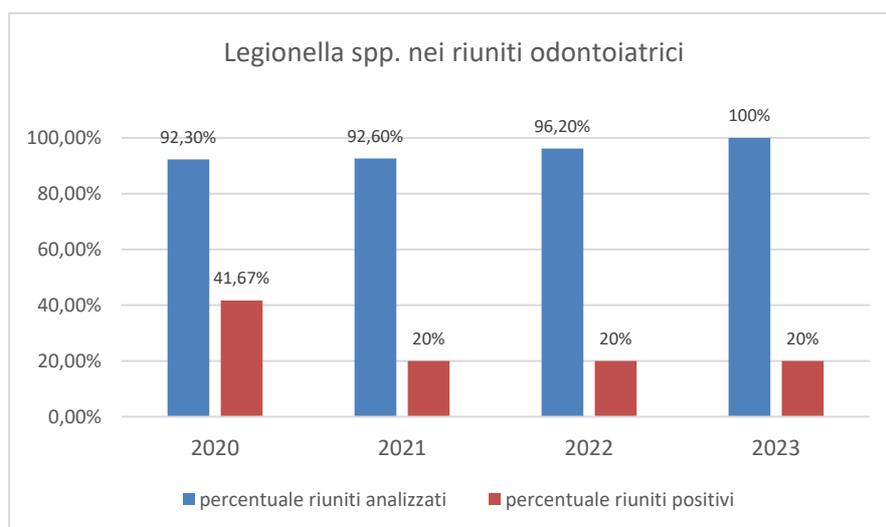


Figura 10 - Percentuale di riuniti analizzati e relativa positività a *Legionella spp*

Nei grafici seguenti sono illustrati i risultati relativi al numero di superfici analizzate per la colonizzazione da microrganismi patogeni elencati nella PRO.463 e alle relative percentuali di positività.

Come emerge dal primo grafico della figura 11, nel 2023 è stato analizzato lo stesso numero di superfici del 2022 mentre nel secondo grafico si evince come si sia passati da circa l'11.8% di superfici positive per patogeni nel 2022 a circa il 29% del 2023 (13.4% se si esclude *Aspergillus spp*); l'obiettivo 2023 di ridurre del 5% la proporzione delle superfici colonizzate da microrganismi patogeni non è stato quindi raggiunto.

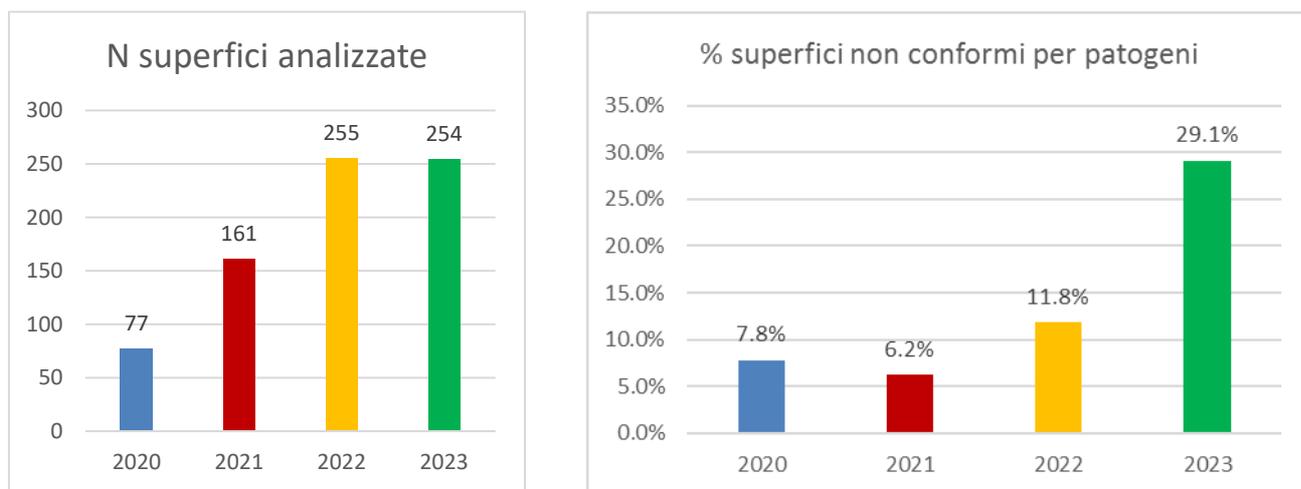


Figura 11 - Numero di superfici analizzate e relativa positività a microrganismi patogeni nel triennio 2020-23

#### 4.2.11. SALUTE DEL PERSONALE

Nel corso del 2023 non sono stati registrati casi di contagio post esposizione negli operatori sanitari per quanto concerne HIV, HBV, tubercolosi e sifilide, in linea con l'obiettivo 2023 (mantenere a 0 tale numero).

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Si riporta lo schema illustrativo delle responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Resta confermato il modello adottato nell'elaborazione e stesura del PARS 2022.

Azione	Funzione di Gestione del Rischio Infettivo	Funzione di Gestione del rischio sanitario	Funzione di gestione del contenzioso	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Funzione Qualità ed Accredimento
Redazione PARS	C	R	I	C	I	I
Redazione paragrafi 1, 2, 3, 4.1 e 6	I/C	R	C	I	I	I

Redazione punti 4.2 e 7	R	I/C	I	I	I	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	I
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punti 4.2 e 7	R	C	I	I	C	C

**Legenda:** R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1. OBIETTIVI

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati confermati per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l'attivazione del PARM prevede i seguenti strumenti quali:

- a) Conferma della dotazione di personale attualmente dedicata alla gestione del rischio clinico che preveda (oltre al Risk Manager), un dirigente medico con contratto a tempo determinato, tre posizioni amministrative e un ulteriore medico con contratto di collaborazione.
- b) Coordinamento delle attività dell'UOS Risk Management con le seguenti unità organizzative:
  - I. UOC Governo Clinico e dei percorsi assistenziali;
  - II. UOS Servizio Radioprotezione e Igiene Ospedaliera;
  - III. UOS Qualità e Accreditamento;
  - IV. UOC Medicina Legale

e con i Comitati CIO e Buon Uso del sangue, nonché con Direzione Affari Legali e Societari e funzione di liquidatore.

### 6.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (GLD.13 E QPS.10 JCI EDIZIONE 7)

Sulla base del ridisegno della mappatura del rischio come modificatasi a seguito dell'analisi delle segnalazioni di incident reporting e delle revisioni dei dati sull'andamento della sinistrosità di più recente generazione (cfr. allegati 1),

sono stati individuati rischi meritevoli di iniziative di contenimento che per l'anno 2024 vengono declinate nei seguenti termini:

- 1) Introduzione di un sistema per la segnalazione automatica dei valori di panico (glucometri);
- 2) Monitoraggio efficacia "admission room";
- 3) Estensione delle Mortality and Morbidity Conference a due nuovi Dipartimenti;
- 4) Aggiornamento dei fogli informativi collegati alle modulistiche sul consenso informato, mediante l'indicazione del dato della mortalità intraospedaliera;
- 5) Introduzione di una differente modalità di gestione informatica delle richieste degli esami istologici su campioni biologici prelevati in contesti ambulatoriali e di sala operatoria;
- 6) Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici;
- 7) Valutazione implementazione processo di allestimento di preparati istologici mediante introduzione sistematica del controllo positivo nei casi di impiego di colorazioni speciali;
- 8) Avvio sperimentazione Reparti con porte bloccate per il contenimento del rischio suicidio e del rischio allontanamento non autorizzato di pazienti ricoverati presso Unità di degenza;
- 9) Avvio e valutazione degli esiti della sperimentazione dell'impiego di un sistema di videocamere ad infrarossi collegato ad allarmi telefonici per il contenimento del rischio di comportamenti anticonservativi di pazienti a rischio suicidio durante la loro permanenza nelle stanze di degenza, con correlata revisione delle Procedure aziendali e delle Istruzioni operative in materia in esito alle conclusioni dell'FMECA già condotta per i primi due ambienti di degenza individuati quali 'pilota' della sperimentazione.

Ad essi si aggiunge il tema della lotta alle infezioni correlate all'assistenza, cui è dedicata la trattazione della gestione del rischio infettivo affrontata nella sezione 7 del presente documento.

Si conferma inoltre l'attenzione al tema del contrasto al fenomeno delle cadute dei pazienti in ospedale: nel 2023 si è ottenuto l'obiettivo prefissato di una loro riduzione pari al 5% del totale delle cadute registrate nell'anno precedente. Tuttavia, si vuole comprendere se il dato osservato – che ci si sforzerà di raggiungere anche per il 2024 – costituisca il frutto delle iniziative realizzate oppure costituisca il portato di fattori esterni indipendenti dalle azioni preventive e di protezione pur messe in atto nel 2023.

Per tale ragione si è dato avvio ad un ambizioso programma di costruzione di un modello predittivo del trend del fenomeno sulla base dell'analisi delle serie storiche degli episodi censiti negli ultimi 10 anni, adottando soluzioni già in uso in ambito assicurativo per una migliore definizione del confronto.

I restanti punti scaturiscono da un lato dall'esigenza di affrontare in maniera più decisa il tema della comunicazione trasparente tra personale curante e paziente, con particolare riguardo all'aggiornamento dei fogli informativi comprendendo il dato della mortalità intraospedaliera per determinate tipologie di prestazioni di ricovero. L'estensione delle Mortality Morbidity Conference nei Dipartimenti di Scienze dell'Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione e di Scienze della Salute della Donna e del Bambino e di Sanità Pubblica potrà offrire lo spunto non solo per migliorare la qualità dei fogli informativi, ma anche per diffondere in maniera più capillare la consapevolezza, tra i professionisti medici in particolare, del valore positivo della segnalazione degli eventi avversi.

Le ulteriori iniziative puntano ad estendere la protezione dei pazienti fragili a rischio suicidio ed allontanamento quando accolti nei reparti di degenza di FPG attraverso l'adozione di due misure complementari: quella delle cd. "closing doors" e quella della sorveglianza a mezzo di telecamere ad infrarossi.

Infine, la delicata fase di gestione del materiale istologico e dei protocolli chemioterapici ha imposto l'obiettivo di pianificare un intervento tecnologico strutturato con il coinvolgimento dei professionisti interessati e finalizzato a migliorare entrambi i processi.

In ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida Regionali in tema di redazione del PARS, di seguito vengono illustrate le attività previste in relazione agli obiettivi suggeriti in ambito regionale e che comunque costituiscono uno sviluppo di quanto sopra richiamato:

<b>ATTIVITÀ OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>				
<b>ATTIVITÀ 1 – Aggiornamento ed Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali</b>				
INDICATORE Revisione ed aggiornamento di tutte le Raccomandazioni per allinearle agli standard JCI				
STANDARD Si				
FONTE UO Risk Management				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	UO Qualità ed Accreditamento		
Revisione delle Raccomandazioni	R	C		
Implementazione	R	C		
Verifica adozione	C	R		
<b>ATTIVITÀ 2 – Implementazione del programma “pillole di Risk Management”:</b> una finestra di confronto da remoto di 30 minuti ogni due settimane tra RM e Unità di degenza per richiamare aspetti irrinunciabili della sicurezza delle cure				
INDICATORE Pianificazione ed esecuzione delle “pillole”				
STANDARD Si				
FONTE UO Risk Management				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	UOS Qualità ed Accreditamento	SITRA	DRU
Calendarizzazione delle pillole	I	I	R	I
Realizzazione dei sottogruppi	C	I	R	I
Esecuzione delle attività	R/C	I	R/C	C
Accreditamento ECM	C	I	R/C	R/C

**ATTIVITÀ 3 – Avvio delle Morbidity & Mortality Conference di Dipartimento con cadenza mensile nei Dipartimenti di Scienze dell’Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione e di Scienze della Salute della Donna e del Bambino e di Sanità Pubblica**

**INDICATORE** Coinvolgimento di almeno l’80% dei destinatari dell’attività tra il personale medico-chirurgico per il 90% delle UU.OO del Dipartimento entro il 31.12.2024

**STANDARD** 80% dei professionisti dell’area medica e 90% Unità Operative

**FONTE** UO Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	Responsabili di UU.OO.
Calendarizzazione del percorso	R	I
Attuazione del percorso	R	I
Monitoraggio dell’adesione	I	R

**ATTIVITÀ OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA [...]**

**ATTIVITÀ 1 – Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici**

**INDICATORE** Avvio operativo entro 31/05/2023 di almeno un’Unità Operativa a vocazione assistenziale oncologica

**STANDARD** Si

**FONTE** UO Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	ICT	Farmacia
Avvio dell’Informatizzazione	I	R	C
Applicazione della procedura	C	I	R

**ATTIVITÀ 2 – Incremento attività di Audit ed accreditamento ECM**

**INDICATORE** Aggiornamento dei fogli informativi con indicazione del tasso di mortalità intraospedaliera

**STANDARD** Si

**FONTE** UO Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOC di pertinenza chirurgica
Avvio dell’attività	R	C

Realizzazione dell'aggiornamento	C		R		
ATTIVITÀ 3 – Conferma attività FMECA					
INDICATORE Realizzazione entro il 31.12.2024 di almeno 1 analisi FMECA sulla messa in sicurezza del percorso di richiamo dei pazienti bersaglio degli avvisi di sicurezza su dispositivi medici impiantabili attivi					
STANDARD Si					
FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Responsabile Farmaco e Dispositivo Vigilanza	UOS Aritmologia		
Esecuzione delle valutazioni FMECA	R	C	C		
Verifica dell'attività	C	R	I		
ATTIVITÀ 4 – Introduzione di un sistema di cattura dati basato sull'impiego di acronimi – marcatori calati all'interno delle cartelle cliniche ed ambulatoriali elettroniche in uso presso FPG					
INDICATORE Realizzazione e validazione del sistema per una Unità Operativa entro il 30.06.2024					
STANDARD Si					
FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOS Qualità/Accreditamento	ICT	UU.OO.	Direttore di Dipartimento
Disegno del sistema	R/C	I	R/C	C	I
Realizzazione dello strumento	I	I	R	C	I
Confronto con dati in concreto osservati su un campione di cartelle dei primi 4 mesi del 2024 per validazione	C	R	C	C	I
Introduzione del sistema	I	I	C	C	R

## ATTIVITÀ OBIETTIVO C) FAVORIRE VISIONE UNITARIA SICUREZZA

ATTIVITÀ 1 – Realizzazione di un nuovo modello di richiesta di esami istologici collegati a prelievi eseguiti in contesti ambulatoriali o di sala operatoria

INDICATORE Realizzazione dello strumento entro il 31.12.2024

STANDARD Si						
FONTE UOS Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager		ICT		UU.OO.	
Definizione delle caratteristiche strumento informativo	I		R		C	
Realizzazione dello strumento	I		R		I	
Avvio della fase pilota	C		R		C	
Estensione del modello così testato	I		R		C	
ATTIVITA' 2 – Realizzazione ed avvio del percorso di sicurezza del paziente fragile a rischio allontanamento/suicidio mediante introduzione del sistema a porte chiuse e di video-sorveglianza ad infrarossi						
INDICATORE - Avvio del progetto pilota entro il 30/06/2024						
STANDARD Si						
FONTE UO Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	ICT	UOC Psichiatria	UOC Neuropsichiatria Infantile e Patologia Ostetrica	Facility Management
Realizzazione dei varchi nei due reparti pilota (Unità di degenza 3M e 4P) provvisti di sistemi di video-assistenza	R	C	R	C	C	R
Avvio della fase pilota	R	C	C	C	C	C
Osservazione dei risultati	R	C	C	I	I	I
ATTIVITA'3 – Valutazione implementazione processo di allestimento di preparati istologici mediante introduzione sistematica del controllo positivo nei casi di impiego di colorazioni speciali per contenere il rischio di risposte false negative alla lettura						
INDICATORE Esecuzione FMECA entro 30/09/2024; Disegno del progetto tecnico entro il 31.12.2024						
STANDARD Si						
FONTE UO Risk Management						

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione		Risk Manager	UOC Anatomia Patologica	UOS Ingegneria Clinica	
Avvio dell'FMECA		R	C	C	
Conclusione dell'FMECA		R	I	I	
Stesura del progetto tecnico		I	C	R	
ATTIVITA 4 – Revisione delle istruzioni operative in materia di utilizzo di mezzi di contrasto					
INDICATORE Revisione dell'istruzione operativa entro il 31.06.2024					
STANDARD Si					
FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOC Radiologia	UOC Qualità e Accreditamento	Direzione Sanitaria	
Avvio dell'attività di revisione	R	I	C	I	
Monitoraggio	C	I	R	I	
ATTIVITA' 5 – Validazione del modello predittivo del trend del fenomeno "cadute" dei pazienti in ospedale sulla base dell'analisi delle serie storiche degli episodi censiti negli ultimi 10 anni					
INDICATORE Accettazione del modello da parte della comunità scientifica entro il 31.12.2024					
STANDARD Si					
FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	SITRA	UOC Medicina Legale	Direzione Sanitaria	
Avvio dell'attività di raccolta dati	R	C	I	I	
Applicazione del modello ARIMA o di altro modello predittivo	C	C	R	I	
Processo di revisione tra pari	C	R/C	R	I	

**Legenda:** R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

In aggiunta alle attività appena illustrate, vi sarà poi l'aggiornamento entro il 30.06.2024 della Procedura Gestione del Contenzioso per allinearla al "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" emanato dalla Regione Lazio con Determinazione n. G15665 del 23.11.2023.

Di seguito, lo specchio riassuntivo delle iniziative principali con le previste tempistiche di realizzazione:

Obiettivi	Azioni di miglioramento	Tempo di realizzazione	Valutazione Efficacia
Estensione delle Mortality and Morbidity Conference a due nuovi Dipartimenti	Realizzazione di MMC a cadenza mensile secondo la metodologia della esposizione di RCA su eventi sentinella o su eventi avversi significativi nei Dipartimenti di: - Scienze dell'Emergenza, Anestesiologiche e Rianimazione; - Scienze della Salute della Donna e del Bambino e di Sanità Pubblica	31.12.2024	Aver organizzato almeno 9 MMC per Dipartimento a partire da marzo-aprile 2024 fino al 31.12.2024
Aggiornamento dei fogli informativi collegati alle modulistiche sul consenso informato, mediante l'indicazione del dato della mortalità intraospedaliera	Dopo aver raffinato lo strumento di pesatura del dato della mortalità intraospedaliera per tre Dipartimenti maggiormente interessati, revisione degli oltre 400 fogli informativi meritevoli dell'inserimento del dato	31.12.2025	Entro il 31.12.2024 deve essere completata la validazione dello strumento di pesatura della mortalità e devono essere stati aggiornati almeno 100 fogli informativi.
Introduzione di una differente modalità di gestione informatica delle richieste degli esami istologici su campioni biologici prelevati in contesti ambulatoriali e di sala operatoria;	Trasferimento della modalità di gestione informatica delle richieste dall'attuale sistema SI-ADT alla piattaforma TraKcare, con generazione dell'etichetta dell'assoluto campione contestualmente alla produzione della ricetta dematerializzata; aggiornamento applicativi e formazione	31.09.2024	- Raggiungimento del 100% dell'aderenza alla nuova modalità di richiesta informatica - Riduzione del 30% degli eventi avversi evitati e dei near miss per errata attribuzione di campioni biologici inviati al Laboratorio di Istopatologia
Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici	Inserimento dei protocolli sulla piattaforma TraKcare e formazione sul campo	31.12.2024	Raggiungimento del 100% dell'aderenza degli utenti alla nuova modalità di richiesta dei farmaci CHT
Contenimento rischio suicidio e del rischio allontanamento non autorizzato di pazienti dalle Unità di degenza	Avvio sperimentazione «porte bloccate» e «telecamere ad infrarossi» su due reparti già individuati a seguito di FMECA e revisione per aggiornamento delle Procedure e Istruzioni operative relative	31.07.2024	Conclusione della sperimentazione ed analisi dei dati ottenuti entro il 31.07.2024 Revisione delle PRO e IO entro il 31.12.2024
Valutazione implementazione processo di allestimento di preparati istologici mediante introduzione sistematica del controllo positivo nei casi di impiego di colorazioni speciali per contenere il rischio di risposte false negative alla lettura	Realizzazione FMECA per definire il percorso in sicurezza del preparato istologico e per individuare i dispositivi che dovranno essere adeguati alle esigenze dell'inserimento dei «controlli positivi» Avvio Fase Pilota	31.12.2024	- FMECA completata entro il 31.10.2024 - Avvio Fase Pilota entro il 31.12.2024

In attesa dei decreti attuativi della Legge 8.03.2017 n. 24 in materia di responsabilità professionale sanitaria e gestione delle attività di rischio clinico, si ritiene di modificare l'orientamento richiamato nel PARM 2019 circa la non adesione alle indicazioni in materia di alimentazione del flusso informativo e, d'intesa con la Direzione Generale, si completa il percorso di allineamento nella trasmissione delle segnalazioni di eventi avversi e near miss, allargandolo ai sinistri con l'obiettivo di andare a regime con un sistema di automatismo della trasmissione tra TALETE® e Portale Regionale entro il 31.12.2024.

Si conferma che, in caso di specifiche richieste provenienti dagli Organi regionali di Risk management relative a vicende puntuali relative ad eventi sentinella, verrà fornito ulteriore riscontro, alla cui predisposizione contribuiranno l'UOS Risk Management e l'Ufficio Affari Legali e Generali.

L'UOS Risk Management è autorizzato a partecipare alle attività formative eventualmente proposte nel corso dell'anno dagli Organi regionali di cui sopra. Il resoconto di tali partecipazioni dovrà essere portato all'attenzione della Direzione Sanitaria.

Infine, nell'ambito delle iniziative assunte per contrastare il fenomeno del sovraffollamento, all'UOS Risk Management è stato affidato il compito di supportare l'implementazione del modello "Clinical Admission Room", introdotto, dopo una breve fase pilota, a settembre 2023 e finalizzato a migliorare l'appropriatezza dei percorsi di ricovero internistico da Pronto Soccorso e a ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso di pazienti destinati a ricovero per acuti.

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### 7.1. OBIETTIVI DEL RISCHIO INFETTIVO

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARS ed in continuità con i PAICA predisposti negli anni precedenti, sono stati confermati per l'anno 2023 i seguenti obiettivi strategici:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- b) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani;
- c) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapemasi (CPE).

Questi obiettivi sono stati rafforzati per effetto delle ulteriori raccomandazioni provenienti dal Centro Regionale Rischio Clinico, mirate ad allineare questa parte del PARS agli scopi fissati nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 - PP10) e nel Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR).

Inoltre, aderendo alle iniziative promosse dal CRRC della Regione Lazio, oltre all'adeguamento delle iniziative ai requisiti stabiliti ai punti esplicitati all'interno delle Tabelle n. 3, 4 e 5 allegate al Documento di Indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA, si è anche stabilito di implementare il monitoraggio del consumo delle soluzioni idroalcoliche e la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica.

Infine si è confermata l'attività di intensificazione della sorveglianza sui germi CRE, attraverso il ricorso allo screening all'ingresso a ricovero su tutti i pazienti provenienti da Pronto Soccorso o elettivi in transito per gli ambienti di preospedalizzazione o di ricovero ordinario in modalità fast-track, ampliando così la platea originaria.

### 7.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In continuità con gli anni precedenti, anche per il 2024 si è scelto di effettuare una valutazione del rischio di tipo quantitativo secondo il modello del Hazard Vulnerability Analysis (HVA).

Scopo dell'HVA è valutare i pericoli, la probabilità che possano avvenire e il loro impatto sulla salute dei pazienti e degli operatori e sui beni e servizi della struttura sanitaria.

Si è quindi proceduto all'identificazione dei rischi considerando le tecnologie, le procedure, le vaccinazioni, la popolazione servita, i servizi forniti e le caratteristiche dei pazienti e degli operatori.

I rischi sono stati classificati in bassi, moderati, alti e altissimi attraverso la definizione di tre fattori:

- la probabilità di avvenimento di eventi negativi, considerando temi che includono - senza esserne limitati - indagini epidemiologiche, i dati storici, i dati di letteratura;
- L'entità di questi eventi negativi, in termini di impatto sanitario (dalla letteratura), sociale, finanziario e legale;
- Il livello di preparazione della struttura, considerando il Piano di prevenzione e controllo delle infezioni, il livello di formazione dello staff in base alle procedure e policy emanate, le risorse dell'organizzazione.

Nella tabella 11 sottostante sono riportati i valori assegnati da HVA.

RISK EVENT	Probability of Occurrence	Potential Severity of Event	Organizational Preparedness	Risk Priority
<b>Infezione associate all'assistenza</b>				
Catheter-related bloodstream infections (CRBSI)	3	4	1	54%
Infezioni del tratto urinario (incluse CAUTI)	4	3	1	57%
Pneumoniti associate alla ventilazione meccanica	3	4	1	54%
Infezioni sito chirurgico (SSI-Surgical site infections)	3	3	2	54%
Infezioni nei reparti di terapia intensiva	4	4	1	71%
Infezioni in popolazioni fragili (neonati pretermine)	4	4	1	71%
<b>Microrganismi multiresistenti</b>				
<i>Staphylococcus MRSA</i>	4	3	2	71%
<i>Enterococchi VRE</i>	4	3	2	71%
<i>Enterobacteriaceae CRE</i>	3	3	3	64%
<i>Acinetobacter baumannii CR</i>	3	3	2	54%
<i>Pseudomonas aeruginosa CR</i>	3	3	2	54%
<b>Eventi correlati all'uso di strumentario medico-chirurgico</b>				
Reprocessing non corretto degli endoscopi	1	3	1	14%
Gestione non corretta dei riuniti odontoiatrici (presenza di Legionella spp)	3	2	2	43%
Insufficiente compliance all'igiene delle mani delle mani	3	2	2	43%
Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico in CDS	1	4	2	21%
Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico nelle aree di substerilizzazione	2	4	3	50%
<b>Eventi correlati all'ambiente</b>				
Sanificazione non idonea delle superfici ambientali	4	2	3	71%
Qualità igienico-sanitaria di alimenti e di prodotti nutrizionali non idonea	1	1	1	7%
Sanificazione della biancheria, degli effetti lettereci e delle divise fornite dall'ospedale non idonea	1	2	1	11%
Funzionamento dei dispositivi di controllo automatizzato non corretto	1	3	1	14%
<b>Collocazione geografica e caratteristiche della comunità</b>				
Leggenda	1	4	1	18%
Morbillo	1	2	1	11%
Rosolia	1	2	1	11%
Varicella	1	2	1	11%
Sars CoV 2	3	3	1	43%
Influenza	3	2	2	43%
<b>Salute del personale</b>				
Esposizione accidentale a patogeni del sangue e liquidi biologici	1	3	1	14%
Esposizione a infezioni per via aerea (TB, influenza, SARS Cov 2)	2	2	2	29%
Esposizione a malattie prevenibili con vaccino	1	3	1	14%
Esposizione a rifiuti a rischio infettivo (sangue ed emocomponenti, liquidi biologici e tessuti umani)	1	3	3	21%
<b>Salute legata alle infrastrutture</b>				
Esposizione a patogeni legati a lavori di demolizione, costruzione e ristrutturazione degli edifici.	1	2	2	14%
<b>Preparazione all'emergenza</b>				
Emergenze correlate al manifestarsi di malattie globali trasmissibili.	2	4	1	36%

Probability of Occurrence	
4	FREQUENTE: è probabile che capiti anche subito o entro breve tempo (può capitare molte volte in un mese)
3	OCCASIONALE: può capitare (alcune volte nel giro di 1 mese)
2	INFREQUENTE: è possibile che capiti (può capitare ogni 2-5 mesi)
1	RARO: è improbabile che capiti (può capitare 1 volta all'anno)
legenda score: Potential Severity of Event	
4	elevata severità
3	moderata severità
2	bassa severità
1	non rilevante
legenda score: Organization preparedness	
3	scarsa preparazione dell'organizzazione
2	sufficiente preparazione dell'organizzazione
1	buona preparazione dell'organizzazione
legenda score: risk priority	
0-25%	rischio basso, bassa priorità di intervento
26%-50%	rischio moderato
51%-75%	rischio alto
76%-100%	rischio altissimo

Nella tabella sottostante è riportato il Piano di prevenzione e controllo infezioni elaborato per l'anno 2024; per ogni item prioritario, identificato tramite l'HVA, sono stati definiti: un obiettivo da conseguire nel 2024, l'azione di monitoraggio per valutarlo, il relativo indicatore, la fonte dati, le Unità coinvolte e le strategie ed azioni a supporto del raggiungimento dello stesso.

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Infezioni Torrente Ematico Catetere Correlate (CRBSI)</b>	Azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle CRBSI (Criteri CDC 2011 e INS 2021)	Rilevazione della prevalenza delle CRBSI attraverso indagine.	Numero di pazienti con CRBSI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UDCII,</li> <li>- UOC Microbiologia, personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle CRBSI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CRBSI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>
<b>Polmoniti Associate Alla Ventilazione (VAP)</b>	Registrare una riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2023 nella UOC Rianimazione (0°J) (dato 2023: 1.9 x 100 giornate di ventilazione)	Rilevazione dell'incidenza delle VAP nella UOC Rianimazione (0°J)	Numero di VAP per 100 giorni di ventilazione meccanica	Analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Rianimazione,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOC Microbiologia, UDCII,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alla UOC dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le infezioni registrate,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle VAP per il personale sanitario</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Infezioni del sito chirurgico</b>	Registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2016-2017: dato europeo 1.15%; dato italiano 1,3%)	Rilevazione della prevalenza delle ISC nelle UU.OO. attraverso indagine.	Numero di pazienti con ISC sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personale medico e infermieristico delle UU.OO. coinvolte,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOC Microbiologia,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle ISC,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di ISC maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>
<b>Infezioni delle vie urinarie catetere correlate (CAUTI)</b>	Registrare una prevalenza delle CAUTI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2016-2017: dato europeo 0.71%, dato italiano 1,18%)	Rilevazione della prevalenza delle CAUTI nelle UU.OO. attraverso indagine.	Numero di pazienti con CAUTI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UDCII,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- UOC Microbiologia,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle CAUTI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CAUTI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Monitoraggio sistematico ICAS</b>	Sistema di monitoraggio informatizzato su SAS dell'incidenza delle CLABSI, CAUTI e VAP in tutte le UU.OO	Implementazione del sistema di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione delle regole condivise con i professionisti del sistema di monitoraggio</li> <li>Modello di monitoraggio validato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trakcare</li> <li>Digistat</li> <li>DNLab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>UOC ICT, Sistemi Informativi ospedalieri e integrazioni informative</li> <li>UOS DWH, Sistemi dipartimentali, Applicativi della Ricerca</li> <li>SITRA,</li> <li>UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>GdI PCI JCI,</li> <li>CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione delle regole teoriche di funzionamento del modello di monitoraggio</li> <li>Project management per la verifica periodica dello stato di avanzamento dell'implementazione delle modifiche lato documentazione e monitoraggio</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Monitoraggio checklist (bundle) prevenzione ICAs</b>	Proseguire la definizione di un modello di monitoraggio informatizzato della loro compilazione e uno di verifica sul campo dei contenuti registrati in essi dagli operatori sanitari nelle UU.OO operative con dato ICA critico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica della definizione delle regole del modello di monitoraggio</li> <li>• Verifiche sul campo dell'effettivo livello di applicazione bundle definiti a livello aziendale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione del modello di monitoraggio</li> <li>• Definizione di un programma di verifiche sul campo e sua applicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trakcare</li> <li>- Digistat</li> <li>- SAS</li> <li>- Verbali verifiche sul campo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SITRA,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOC ICT, Sistemi Informativi ospedalieri e integrazioni informative</li> <li>- UOS DWH, Sistemi dipartimentali, Applicativi della Ricerca</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo</li> <li>- Direzione risorse umane e organizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione delle regole teoriche di funzionamento del modello di monitoraggio</li> <li>• Project management per la verifica periodica dello stato di avanzamento dell'implementazione delle modifiche lato documentazione e monitoraggio</li> <li>• Definizione dei contenuti formativi, delle modalità di somministrazione degli stessi</li> <li>• Definizione di una modalità condivisa di esecuzione delle verifiche sul campo</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Monitoraggio e rendicontazione degli esiti del progetto COMETA nella UOC Neonatologia</b>	Rendicontazione trimestrale degli esiti del Progetto COMETA al Gruppo Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Rendicontazione trimestrale al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	4 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni sull'andamento della progettualità	Verbali del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	- Componenti del gruppo Progetto Cometa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vedi Progetto Cometa</li> </ul>
<b>Infezioni in Rianimazione</b>	Registrare una riduzione dell'incidenza delle infezioni totali del 5% rispetto al dato 2023 nella UOC Rianimazione (0°J) (dato 2023: 9.3 infezioni totali *100 gg di degenza)	Rilevazione dell'incidenza delle infezioni totali nella UOC Rianimazione (0°J)	Numero di infezioni totali per 100 giorni di degenza	Analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOC Rianimazione,</li> <li>UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>UOC Microbiologia,</li> <li>UDCII,</li> <li>GdI PCI JCI,</li> <li>CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restituzione alla UOC dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>le infezioni registrate,</li> <li>l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>Organizzazione di audit con medici ed infermieri in caso di criticità</li> <li></li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Sorveglianza Germi Sentinella</b>	Registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2023 (Gemelli: 3.46 x 1000 giornate di degenza)	Rilevazione dei trend trimestrali relativi agli isolamenti dei germi alert (S. aureus complex MRSA, E. faecalis VRE, E. faecium VRE, Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE), A. baumannii CR, P. aeruginosa CR) standardizzati per 1000 giornate di degenza per ogni UU.OO.	Numero di isolamenti dei germi alert per 1000 giornate di degenza	Dati delle risultanze delle colture microbiologiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Microbiologia,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera</li> <li>- UDCII,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione dei dati dei germi alert alle UUOO mediante elaborazione di report trimestrali</li> <li>• Restituzione dei dati relativi al monitoraggio della compliance all'adesione all'igiene mani alle UU.LL trimestralmente</li> <li>• Adozione per tutti i pazienti colonizzati da germi alert di specifiche precauzioni da contatto</li> <li>• Monitoraggio delle attività di isolamento da contatto dei pazienti in tutte le UU.OO</li> <li>• Verifiche igienico-sanitarie post sanificazione ambientale</li> <li>• Formazione sui suddetti temi rivolta a tutto il personale</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Screening Tamponi Rettale CRE</b>	Aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati (dato 2023: 6484)	Rilevazione dei trend trimestrali del numero di tamponi preventivi CRE effettuati per ogni UU.OO. di FPG	Numero di tamponi preventivi CRE effettuati in ciascuna U.O. di FPG	Dati relativi ai tamponi preventivi CRE effettuati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Microbiologia,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UDCII,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimodulazione della sorveglianza in base alla stima del numero dei tamponi CRE per tutti i pazienti che rientrano nelle categorie di rischio che transitano dal Pronto Soccorso</li> <li>• Coinvolgimento e sensibilizzazione dei Responsabili di UOC</li> <li>• Formazione di tutto il personale sul suddetto tema e sulle precauzioni standard e aggiuntive</li> </ul>
<b>Igiene delle mani</b>	Aumentare la compliance all'igiene delle mani totale registrata in FPG all'83% (raccomandazione WHO) ed incrementare del 10% il dato 2023 registrato nelle categorie con compliance < 80%	Rilevazione della compliance all'igiene delle mani in tutte le UU.LL. della FPG tramite checklist	Numero di azioni di igiene mani effettuate (lavaggio o frizione) dagli operatori sanitari sul numero totale di opportunità valutate	Dati registrati dai rilevatori durante le osservazioni nelle UU.LL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale di rilevazione formato, personale medico e infermieristico delle UU.LL. coinvolte,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- SITRA</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione dei dati relativi al monitoraggio della compliance all'adesione all'igiene mani alle UU.LL. trimestralmente.</li> <li>• Produzione di un report relativo alla compliance all'adesione all'igiene mani da diffondere alle Direzioni e alle UU.LL. semestralmente.</li> <li>• Training e retraining aperto a tutto il personale della Fondazione mediante video in intranet;</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
						<ul style="list-style-type: none"> <li>Audit immediato per il personale della UL se la compliance risulta inferiore al 65%;</li> <li>Formazione di nuovi rilevatori a copertura di tutte le UU.LL.</li> </ul>
<b>Istituzione di una Task Force per la verifica programmata e in urgenza sul campo delle regole di PCI in FPG</b>	Acquisire consapevolezza sul livello di conoscenza delle regole di prevenzione e controllo infezioni nelle UUOO di FPG	<p>Definizione delle regole di attivazione e funzionamento della Task force</p> <p>Definizione della programmazione delle verifiche programmate</p> <p>Condivisione trimestrale con il gruppo PCI dei risultati delle verifiche</p>	<p>Documento con regole di attivazione e funzionamento della Task force</p> <p>Programma delle verifiche programmate</p> <p>3 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni sull'andamento della progettualità</p>	<p>Documento con regole di attivazione e funzionamento della Task force</p> <p>Programma delle verifiche programmate</p> <p>Verbali del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni</p>	Task force Infezioni	Vedi regole Task Force infezioni

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Qualità igienico-sanitaria dell'acqua erogata nelle cure odontoiatriche</b>	Passare dal 20% al 15% la proporzione di riuniti contaminati da <i>Legionella</i> spp.	Verificare la qualità dell'acqua erogata durante le cure odontoiatriche mediante la ricerca di agenti patogeni, quali <i>Legionella</i> spp	Numero di non conformità sul totale di riuniti odontoiatrici monitorati	Dati database verifiche UOC Igiene Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- UOC UT</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie da parte della UOC Igiene Ospedaliera alla Direzione Sanitaria e alle UOC interessate dei risultati dei campionamenti.</li> <li>• Indicazioni da parte della DS di azioni correttive da mettere in atto.</li> </ul>
<b>Sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle superfici ambientali</b>	Ridurre al 10% la proporzione delle superfici colonizzate da microrganismi patogeni elencati nella PRO.463.	Monitoraggio dei processi di sanificazione e disinfezione degli ambienti a carica microbica controllata e dei reparti ad alto e medio rischio	Numero di non conformità sul totale di campioni analizzati	Dati database verifiche UOC Igiene Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- SITRA</li> <li>- UOS Servizi Generali</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restituzione pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie da parte della UOC Igiene Ospedaliera alla Direzione Sanitaria e alle UOC interessate dei risultati dei campionamenti.</li> <li>- Identificazione delle azioni correttive da mettere in atto da parte dell'Ente gestore, del gruppo PCI e del CIO.</li> <li>- Istituzione di un tavolo di confronto con l'Ente fornitore del servizio</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Nuovo modello per le verifiche igienico sanitarie in centrale di sterilizzazione e nelle aree di sub sterilizzazione</b>	implementare la procedura (PRO.467) ad oggi in essere sulle verifiche igienico sanitarie del processo di sterilizzazione	Definizione e implementazione della procedura per le verifiche igienico sanitarie in centrale di sterilizzazione e nelle aree di sub sterilizzazione	aggiornamento della procedura; inizio dei test con la procedura implementata, nel IV trimestre 2024	Catflow; database UOC igiene ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- SITRA</li> <li>- UOS Servizi Generali</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e</li> <li>- CIO Tecnico –Esecutivo</li> </ul>	revisione della procedura aziendale di riferimento con il gruppo di lavoro della UOC igiene ospedaliera; fase pilota di implementazione della procedura
<b>Gestione corretta strumentario medico/chirurgico in CDS</b>	Ottimizzazione dei kit chirurgici	Monitoraggio del corretto utilizzo dello strumentario da parte del personale medico infermieristico.	Controllo di almeno i 15% dello strumentario ottimizzato	Segnalazioni sul portale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SITRA</li> <li>- Direzione sanitaria</li> <li>- Personale medico ed infermieristico delle unità coinvolte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione al corretto utilizzo dello strumentario</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Gestione corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico nelle aree di sub-sterilizzazione</b>	Focus specifico sulla definizione dei percorsi sporco-pulito dello strumentario chirurgico nelle aree di sub-sterilizzazione	Monitoraggio del corretto percorso sporco-pulito dello strumentario chirurgico	Sopralluogo in almeno il 50% delle aree di sub-sterilizzazione	Verbale di sopralluogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppo di lavoro UU.OO. Coinvolte:</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera</li> <li>- UOC progetti manutenzione e realizzazioni edilizie</li> <li>- Blocchi operatori e Unità Operative Chirurgiche</li> <li>- UOC qualità e accreditamento</li> <li>- Direzione Sanitaria</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e</li> <li>- CIO Tecnico –Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restituzione di pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie e</li> <li>- identificazione delle azioni correttive da mettere in atto da parte dell’Ente gestore, del gruppo PCI e del CIO.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari</b>	Raggiungere un valore di copertura vaccinale, per ogni tipologia di OS, pari come minimo alla mediana europea (dato ECDC 2016-17= 30.2%)	Misurazione del valore di copertura vaccinale antinfluenzale degli Operatori Sanitari raggiunta attraverso la campagna 2024/25	Proporzione di operatori sanitari vaccinati per ogni tipologia sul totale	Database dati vaccinazioni FPG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOSD Sorveglianza Sanitaria</li> <li>- UOS Servizio Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagna vaccinale informativa rivolta a tutti gli operatori sanitari</li> <li>• Formazione relativa alla vaccinazione influenzale rivolta a tutto il personale</li> <li>• Offerta vaccinale flessibile per facilitare l’accesso a tutti gli operatori sanitari</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Immunizzazione anti MPR-V negli operatori sanitari</b>	Mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2023 e comunque non inferiore al 95%.	Misurazione dell'immunizzazione anti MPR-V negli operatori sanitari nel corso del 2024	Proporzione di operatori sanitari immunizzati per ogni microorganismo sul totale	Database dati immunizzazione della Sorveglianza Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOSD Sorveglianza Sanitaria</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinazione offerta attivamente contattando l'operatore sanitario</li> <li>• Valutazione dell'immunizzazione durante la visita di idoneità</li> <li>• Attivazione di ambulatorio dedicato un giorno a settimana</li> <li>• Screening sierologico di tutti i neo-assunti</li> </ul>
<b>Riduzione contagio infezioni negli operatori sanitari</b>	Mantenere a zero il numero di operatori che contraggono la TBC, HIV, HBV, Sifilide (post esposizione)	Registrazione dei casi di TBC, HIV, HBV, HCV, Sifilide (Post esposizione).	Numero di operatori sanitari contagiati da TBC HIV, HBV, Sifilide (post esposizione)	Dati registrati dalla Medicina Preventiva e dalla Sorveglianza Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale sanitario delle Unità di degenza</li> <li>- Sorveglianza Sanitaria</li> <li>- UOS Servizio Igiene Ospedaliera</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera</li> <li>- UOS Risk Management</li> <li>- UDCII</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> <li>- Direzione risorse umane e organizzazione</li> </ul>	Formazione alla corretta adesione alla procedura per gestione esposizione alla tubercolosi, HIV, HBV, HCV, Sifilide (Post esposizione)

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Emergenze correlate al manifestarsi di malattie globali trasmissibili (GCD).</b>	Consolidamento competenze del personale infermieristico di PS, finalizzato al pronto riconoscimento di segni e sintomi correlabili a GCD	Rilevazione semestrale dei dati dell'Ufficio Formazione	Numero di personale infermieristico di PS formato sul totale del personale eleggibile	Dati registrati dall'Ufficio Formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SITRA</li> <li>- UOC Med Urgenza e PS</li> <li>- DS</li> <li>- UOC Emergenze Infettive</li> <li>- Uff. Formazione</li> </ul>	Realizzazione e implementazione di un programma formativo focalizzato sulle GCD

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Per dare trasparenza al corretto svolgimento di tutte le attività previste da questo PARS del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale si impegna ad assicurarne la diffusione attraverso la pubblicazione del presente documento sul portale aziendale nella sezione Intranet e, in formato sintetico, nell'apposita sezione del sito internet aperto alla pubblica consultazione (alla voce Amministrazione Trasparente):

<https://www.policlinicogemelli.it/informazioni/amministrazione-trasparente/>

## 9. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

### 9.1. BIBLIOGRAFIA

- i. De Stefano F et al. La Legge 24/2017 ed il ruolo medico-legale in un sistema di autoassicurazione: le 'analoghe' misure della Regione Liguria. Riv It Med Leg, 2017; 3: 1015-1024;
- ii. Cembrani F. Su alcuni snodi critici della Legge Gelli Bianco. Riv It Med Leg, 2017; 2: 873;
- iii. Foti F et al. Il contenzioso medico-legale e la Legge Gelli-Bianco: sta mutando l'andamento della sinistrosità? In: Atti 44° Congresso Nazionale ANMDO, Padova – 19-21 novembre 2018;
- iv. Gelli F. et al. Nuova Responsabilita' Sanitaria e la Sua Assicurazione. Giuffrè editore, 2017;
- v. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- vi. WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Lives" The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- vii. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- viii. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- ix. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p26.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione> e;
- x. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p26.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza>.

### 9.2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- i. Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- ii. Legge 22 dicembre 2017 n. 219 recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";
- iii. Legge 11 gennaio 2018 n. 3 su "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute";

- iv. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- v. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- vi. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- vii. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- viii. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- ix. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- x. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- xi. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- xii. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)";
- xiii. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
- xiv. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
- xv. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- xvi. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- xvii. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
- xviii. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
- xix. Determinazione Regionale n. G00164 dell'11.01/2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le 'Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- xx. Linee Guida per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PAGERS) – Regione Lazio, 2020;

- xxi. Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante il “Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani”;
- xxii. Determinazione Regionale n. G00642 del 25 gennaio 2022 recante l’*“Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”*;
- xxiii. Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 in materia di “Adozione del "Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)“”;
- xxiv. Determinazione Regionale n. G15198 del 6 novembre 2022 recante l’Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016“”;
- xxv. Determinazione Regionale n. G16501 del 28 novembre 2022 recante l’Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)“”;
- xxvi. Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l’Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);
- xxvii. Circolare Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio n. U.0091714.22-01-2024 recante indicazioni in merito al “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)“”.

## ALLEGATI

Allegato 1, Stratificazione del rischio clinico, indice di priorità e mappa del rischio FPG 2024

## RESPONSABILITA' DELL'EMANAZIONE DEL DOCUMENTO

<u>VERIFICATORI:</u>	<u>FUNZIONI</u>	<u>DATA E FIRMA</u>
Patrizia Laurenti	Direttore UOC Igiene Ospedaliera	14/08/24
Michele Di Donato	Responsabile UOS Servizio Igiene Ospedaliera	14/2/24
Giuseppe Vetrugno	Responsabile Risk Management	14/04/24
Carmen Nuzzo	Responsabile SITRA	14/04/24
Alberto Fiore	Responsabile Qualità e Accreditamento	14/2/24
Raffaele Pignataro	Direttore Presidio Columbus	14/2/24
Maria Elena D'Alfonso	Direttore Presidio Gemelli	14/2/24
<u>APPROVATORE:</u>		
Andrea Cambieri	Direttore Sanitario	14/2/24

