

FONDAZIONE POLICLINICO GEMELLI  
PROTOCOLLO UNICO

Tipo Atti: In Uscita  
Prot N. 0008524/23 - Del 28/02/2023  
.RISK MANAGEMENT

# PIANO

Annuale Rischio Sanitario (PARS): anno 2023

# Gemelli



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

## 1. Sommario

1.	PREMESSA .....	3
1.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	4
1.2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI .....	5
1.3	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	25
1.4	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E DEL PAICA 2022 .....	26
1.4.1	PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2020: SCREENINC ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI.....	28
1.4.2	ALERT.....	31
1.4.3	IGIENE DELLE MANI .....	33
1.4.4	VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI .....	37
1.4.5	INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA .....	40
1.4.6	INFEZIONI NEI NEONATI .....	41
1.4.7	INFEZIONI DEL SANGUE - CATHETER-RELATED BLOODSTREAM INFECTION (CRBSI) .....	41
1.4.8	INFEZIONI DELLE VIE URINARIE .....	42
1.4.9	INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO.....	43
1.4.10	SORVEGLIANZA AMBIENTALE.....	44
1.4.11	SALUTE DEL PERSONALE.....	45
2.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	46
3.	OBIETTIVI.....	46
3.1	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	47
4.	ATTIVITÀ .....	47
4.1	ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....	47
	<i>ATTIVITÀ OBIETTIVO A</i> .....	48
	<i>ATTIVITÀ OBIETTIVO B</i> .....	50
	<i>ATTIVITÀ OBIETTIVO C</i> .....	53
4.2	ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	56
4.2.1	PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI 2022 (PCI.4 E PCI.5 EM 3, JCI EDIZIONE 7) .....	58
5.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	70
6.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	70
7.	BIBLIOGRAFIA .....	72
8.	ALLEGATI .....	73

## 1. PREMESSA

Nel mentre si procede alla stesura del presente piano delle attività di rischio sanitario, a 5 anni di distanza dal varo della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (cd. legge Gelli-Bianco) e dalla Legge 22 dicembre 2017 n.219 (in materia di consenso informato) e al termine di 3 anni di esperienza di pandemia, i sistemi sanitari pubblici di molti Paesi, compreso quello italiano, attraversano una profonda crisi organizzativa, in parte conseguente alle modalità obbligate di gestione dell'emergenza pandemica per effetto delle quali intere filiere dedicate al governo della domanda di salute dei territori e delle strutture sanitarie ospedaliere furono convertite in articolazioni funzionali all'assistenza di pazienti affetti da COVID 19 e/o alla prevenzione di nuovi focolai epidemici, una delle cui spie di immediata accensione è stata rappresentata dalla ricorrenza del fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dell'evoluzione peggiorativa delle patologie croniche per le persone anziane (cfr. Cooksley T et al. NHS crisis: rebuilding the NHS needs urgent action. *BMJ* 2023;380:p1; Pagel C. The NHS is failing us, but we are failing it too. *BMJ* 2022;379:o3060; Boyle A. Unprecedented? The NHS crisis in emergency care was entirely predictable. *BMJ* 2023;380:p46; Gordon AL, Dhesi J. Resolving the health and social care crisis requires a focus on care for older people. *BMJ* 2023;380:p97). La crisi si è poi acuita per l'avvenuto sovrapporsi di una nuova emergenza, quella energetica, che, oltre a determinare una strozzatura sul lato dell'offerta delle materie prime e quindi anche dei farmaci e dei dispositivi medici, ha investito anche il mondo del lavoro in ambito sanitario, innescando nuovi problemi connessi al caro-vita ed alla carenza di professionisti (cfr. Raven D. The NHS crisis shows the self-sacrifice of staff can no longer prop up the system. *BMJ* 2023;380:p41; Oliver D. David Oliver: "If you don't like it, just leave!" won't solve the NHS workforce crisis. *BMJ* 2023;380:p4).

Proiettare su questo scenario un piano di risk management può dunque apparire ancor più sfidante per chi quel piano non solo ha contribuito a redigere, ma si è anche impegnato a rendere operativo: lo è ancor più perché, pur a fronte di una contrazione delle risorse disponibili e di una ritrovata resipiscenza in letteratura sui limiti applicativi di certe indicazioni programmatiche (cfr. Johansson M et al. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ* 2023;380:e072953), i recenti interventi del Legislatore Regionale, con i documenti di indirizzo in tema di contrasto alle infezioni correlate all'assistenza e di prevenzione, protezione e gestione del rischio cadute emanati nel 2022, la ripresa delle attività sul versante del Sistema Nazionale delle Linee Guida e le iniziative assunte dal Legislatore Nazionale allo scopo di definire i decreti attuativi della Legge n.24/2017 impongono di operare in quella direzione, nella consapevolezza dell'efficacia degli strumenti di cui si dispone quando calati in contesti organizzativi in grado di inverarli (cfr. McNally S. Surgical checklists help improve patient safety and teamworking. *BMJ* 2023;380:p279).

D'altra parte questo piano si iscrive all'interno di una più ampia azione della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – IRCCS (d'ora in avanti FPG) che, a partire dal percorso di accreditamento internazionale JCI, si è posta l'obiettivo della ricerca del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure, al punto da aver elaborato ed approvato a dicembre 2022 il Piano di Qualità e Sicurezza per l'anno 2023, articolato su 7 iniziative e 30 obiettivi, assegnati a Dipartimenti e Unità Operative.

Conseguentemente, al pari di quanto già avvenuto in occasione della presentazione del PARS 2022, 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 2023 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.

## 1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Nella Tabella che segue sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici relativi ad FPG cristallizzata all'inizio del 2022.

DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO ORDINARI	N 1581 di cui 210 per CIC	Medicina	N 566 <sup>1</sup>
		Chirurgia	N 486 <sup>1</sup>
		Riabilitazione	N 40+20
POSTI LETTO DIURNI	N 129	Servizi Trasfusionali	N 1
BLOCCHI OPERATORI	N 3	Sale Operatorie	N 52 <sup>2</sup>
CENTRO TRAPIANTI	N 28 (fegato) + 58 (rene) + 183 (trapianti di midollo) + 1 (cuore)	Centro Procreazione Medicalmente Assistita	N 1 (ISI)
HUB	Vedi in nota (1)		
TERAPIE INTENSIVE	N 8 (TIN, TIP, TICH, TINCh, TIPO, Stroke Unit, UTIC, Rianimazione)	UTIC	N 1 (Terapia Intensiva COVID)
DATI DI ATTIVITÀ			
RICOVERI ORDINARI	N 61199 <sup>3</sup>	Ricoveri diurni	N 32721 <sup>3</sup>
ACCESSI PS	N 64069 <sup>3</sup>	Neonati e Parti	N 4252 e 4121 <sup>3</sup>
BRANCHE SPECIALISTICHE	85 <sup>4</sup>	Prestazioni ambulatoriali erogate SSN	2.615.789 <sup>5</sup>
RIABILITAZIONE	749	Numero di prestazioni di laboratorio SSN	1.437.468 <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Il dato si riferisce alla rimodulazione dei posti letto avvenuta dopo l'1 aprile 2021 per effetto delle sopravvenute modifiche degli assetti determinatisi a seguito dell'emergenza COVID.

<sup>2</sup> 25 sale integrate di cui 2 ibride.

<sup>3</sup> Il dato si riferisce ai dimessi nel 2021.

<sup>4</sup> Il dato si riferisce alle Unità complesse dedicate al trattamento di casi destinati a ricoveri per acuti.

<sup>5</sup> Il dato si riferisce alle prestazioni erogate verso utenti esterni

Specialità Chirurgiche	n. interventi chirurgici: 68533 <sup>4</sup>		
------------------------	---	--	--

(1) 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, 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 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;
- Covid Hospital 2, nella sua articolazione di Presidio ex CIC (a far data dal 31 marzo 2020, per effetto di apposita delibera regionale).

## 1.2 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.

Ne è derivato che, grazie ad un piano formativo intensificato nel primo biennio e rafforzato negli anni seguenti dalla riproposizione di un corso FAD aperto ai nuovi assunti, specializzandi, studenti e ricercato, il numero delle segnalazioni ha registrato un progressivo significativo incremento negli anni seguenti, soprattutto sul versante dei cd. near miss, anche a dispetto del COVID 19.

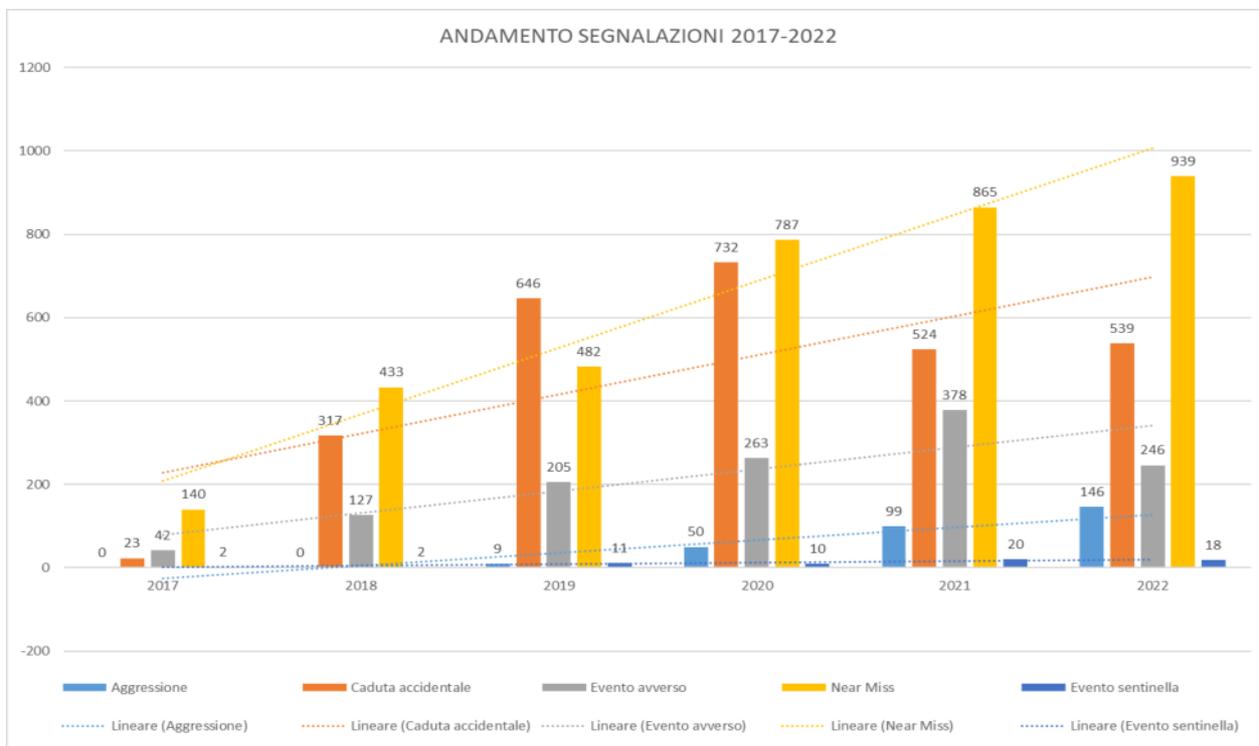
La tendenza si è confermata anche nel 2022, anno in è stato possibile censire 1888 eventi complessivi (alcuni dei quali segnalati più volte, da più operatori distinti, la qual cosa spiega il motivo per cui il numero complessivo di segnalazioni registrate, pari a 2218, supera il numero di eventi censiti in totale): ciò è stato reso possibile sia per la convinta partecipazione del personale al percorso di accreditamento JCI, percorso che per l'anno 2023 ha già previsto l'appuntamento di una Mock Survey condotta da valutatori esterni ad FPG nella prima quindicina di febbraio 2023, sia per ricaduta dei rinforzi formativi condotti a tale scopo.

Per il 2023 ci si attende che la tendenza al progressivo incremento del numero di segnalazioni si consolidi, si da portare la struttura su livelli quantitativi comparabili con 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 prevista un ulteriore sviluppo del sistema, per adattarlo ai contenuti delle segnalazioni delle cadute nei termini stabiliti dalla apposita procedura in corso di revisione, anche alla luce delle recenti innovazioni introdotte a livello regionale per iniziativa del CRRC Lazio.

Il grafico sottostante riporta l'andamento delle segnalazioni e degli eventi censiti nel periodo 2017-2022:



La tabella sottostante descrive invece maniera sintetica i numeri e la tipologia di eventi registrati presso FPG nel 2022:

Tipo di evento <sup>6</sup>	N (e % sul totale) degli eventi	Principali fattori contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss <sup>7</sup>	939 (49.7%)	Strutturali (25%)+ Tecnologici (30%) + Organizzativi/Procedure (20%)+ Comunicazione (25%)	Organizzativo/strutturale (20%)  Tecnologico (30%)  Procedure (30%)  Comunicazione (20%)	Sistema di reporting (94.5%) + Emovigilanza (5.5%)
Eventi avversi <sup>8</sup>	931 <sup>9</sup> (49.3%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (30%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting
Eventi sentinella <sup>10</sup>	18 (0.9%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (30%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting

<sup>6</sup> Non rientrano nel conteggio le infezioni correlate all'assistenza né le reazioni trasfusionali;

<sup>7</sup> Condizione che ha la possibilità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato dall'operatore o dal paziente o perché, pur realizzatasi, non ha prodotto conseguenze avverse danno sul paziente; è ancora compresa in questa definizione la quota di eventi avversi senza danno che dal 2023 costituirà voce autonoma in tabella.

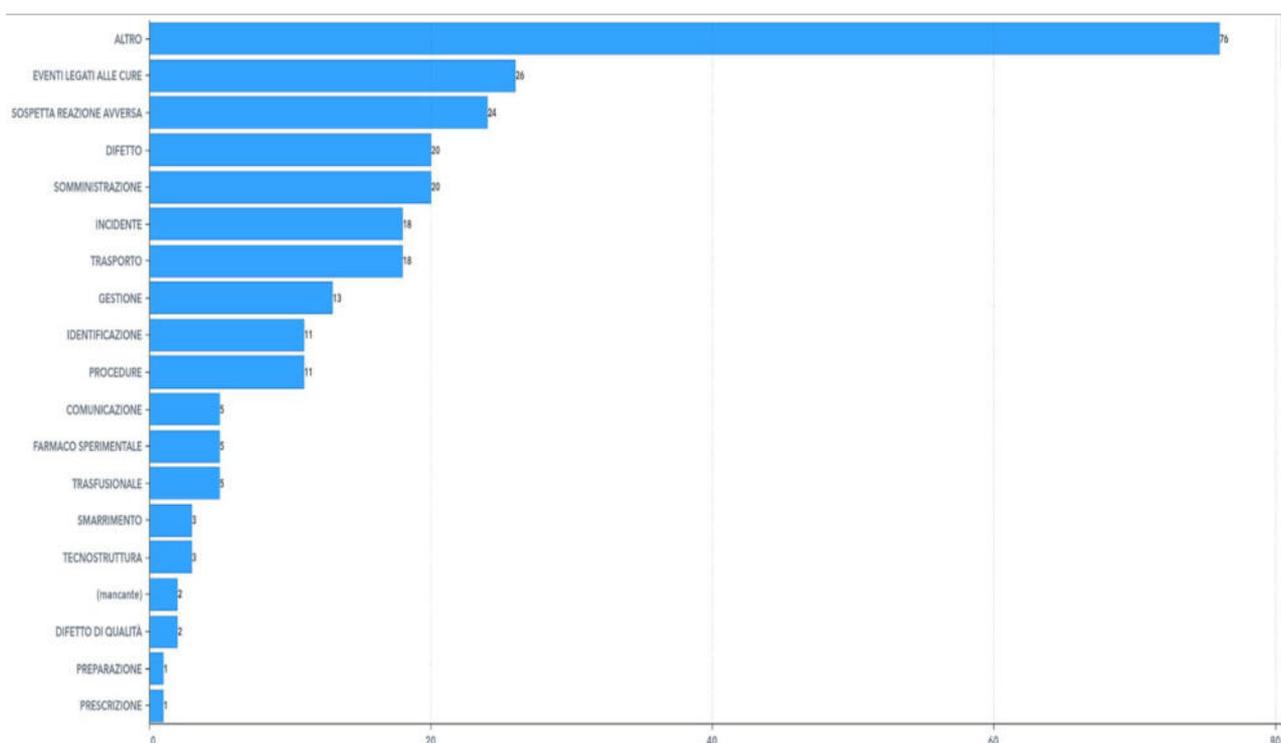
<sup>8</sup> Qualsiasi evento inatteso, correlato al processo assistenziale, che comporta un danno al paziente, non intenzionale né desiderabile. Rientrano pertanto in questa definizione le complicanze non prevedibili, per rarità di presentazione o perché difficilmente riferibili al trattamento impostato, ma che si prestano ad una disamina ai fini di una loro possibile prevenibilità futura.

<sup>9</sup> 539 eventi avversi segnalati sono riferiti ad infortuni/cadute e ricadute di pazienti e/o visitatori e 146 eventi avversi come portato di aggressioni (pari al 74.5% degli eventi avversi complessivi).

<sup>10</sup> Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che potrebbe determinare una perdita di fiducia del cittadino nei confronti della struttura.

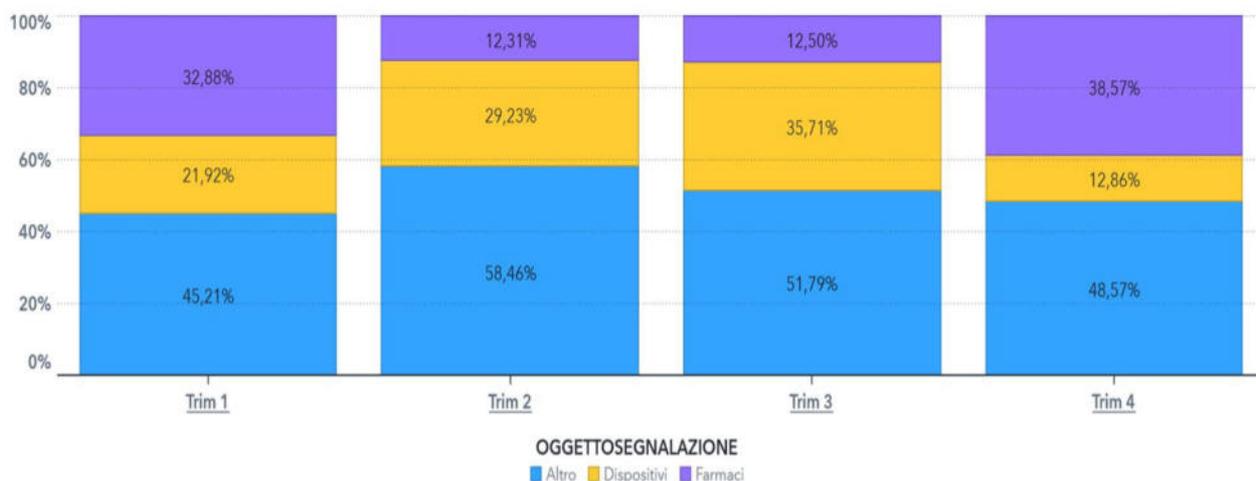
I grafici e le tabelle seguenti illustrano ulteriori dettagli descrittivi della tipologia degli eventi e dei near miss oggetto di segnalazione. I dati sono normalizzati per 1000 giornate di degenza oppure per numero di ricoveri o per numero di episodi censiti.

## TIPOLOGIA EVENTO AVVERSO



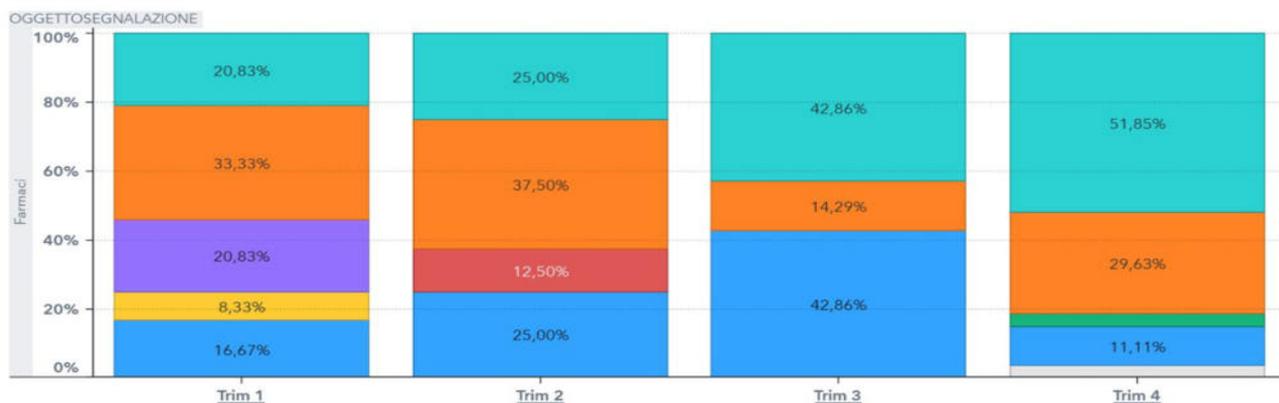
## EVENTI AVVERSI PER OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



## TIPO DI EVENTI AVVERSO CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «FARMACI»

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾

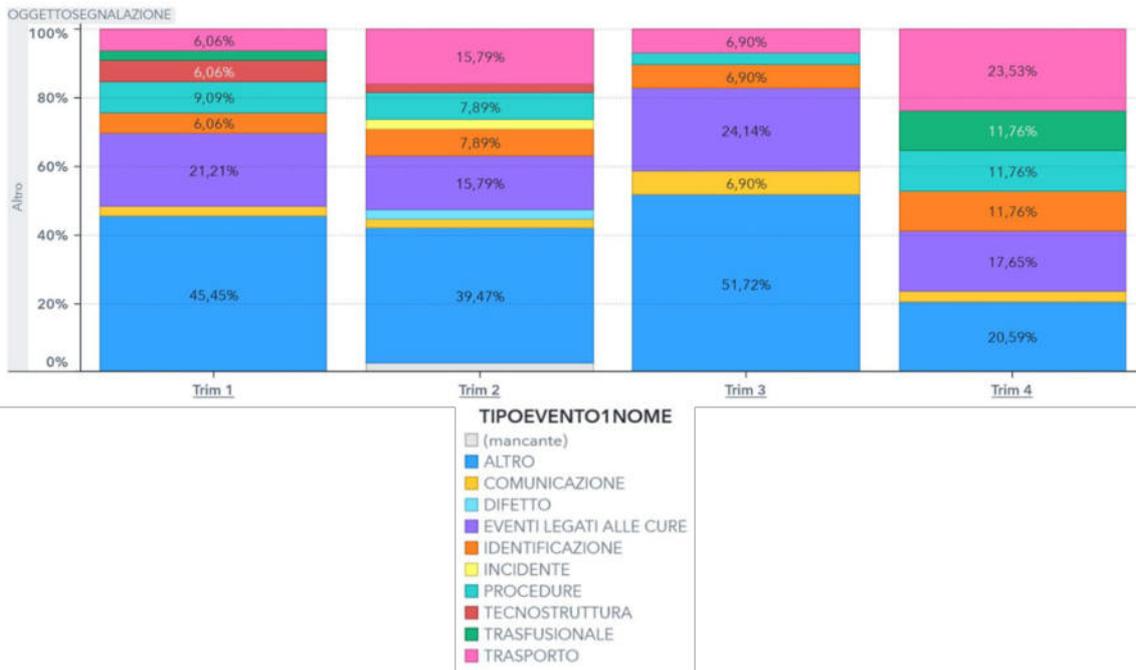


### TIPOEVENTO1NOME

- (mancante)
- ALTRO
- DIFETTO DI QUALITÀ
- FARMACO SPERIMENTALE
- PREPARAZIONE
- PRESCRIZIONE
- SOMMINISTRAZIONE
- SOSPETTA REAZIONE AVVERSA

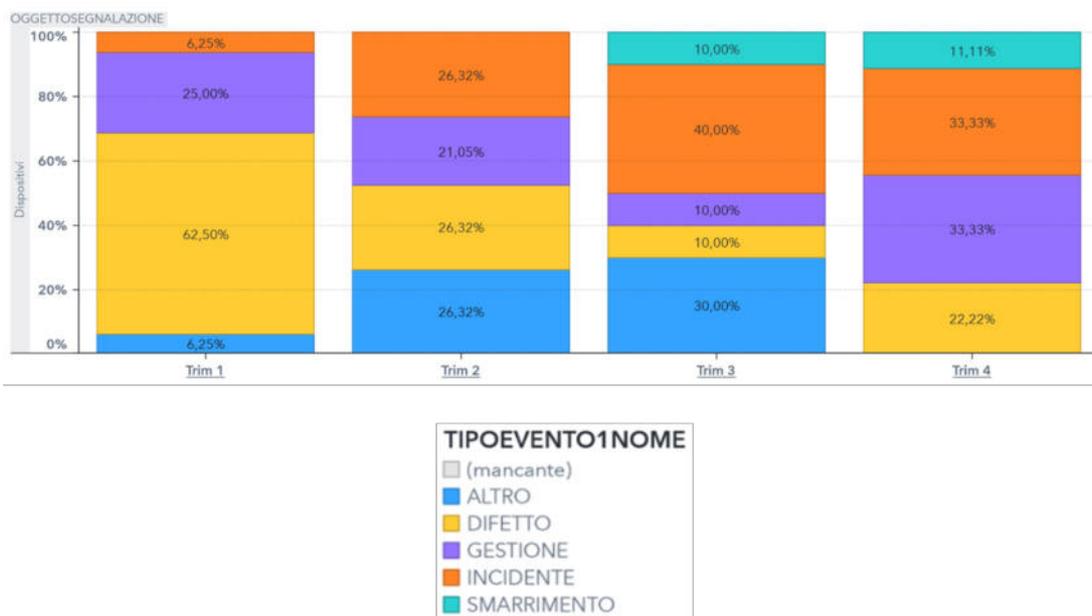
## TIPO DI EVENTI AVVERSO CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «ALTRO»

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



## TIPO DI EVENTI AVVERSO CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «DISPOSITIVI»

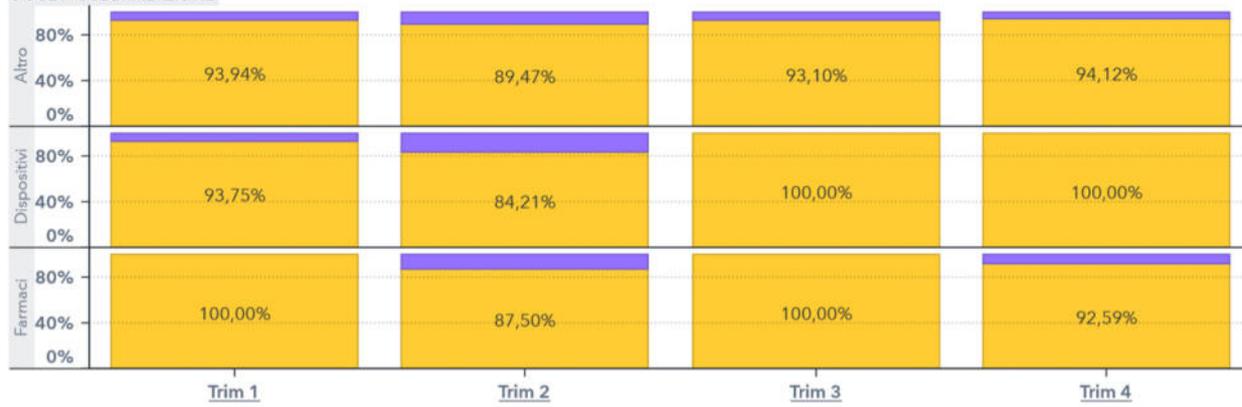
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



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

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾

OGGETTOSEGNALAZIONE

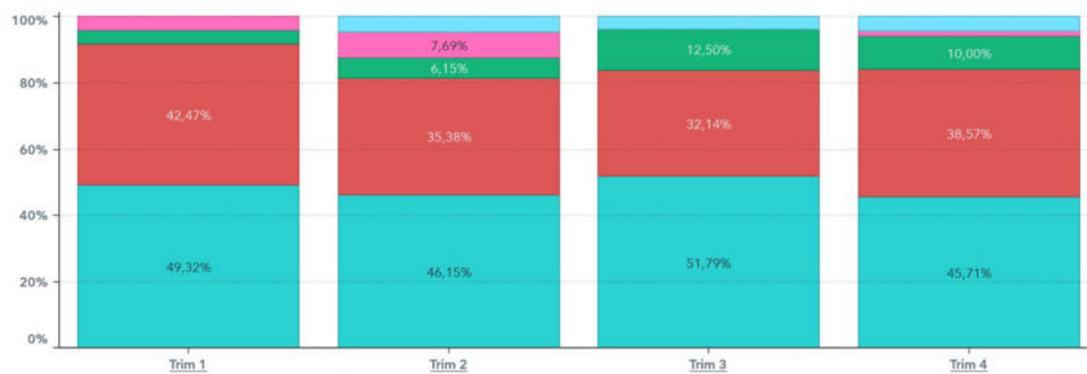


### Livello di gravità (pro.077)

- Livello 0
- Livello 1-6
- Livello 7-8

## SEGNALAZIONI DI EVENTI AVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ

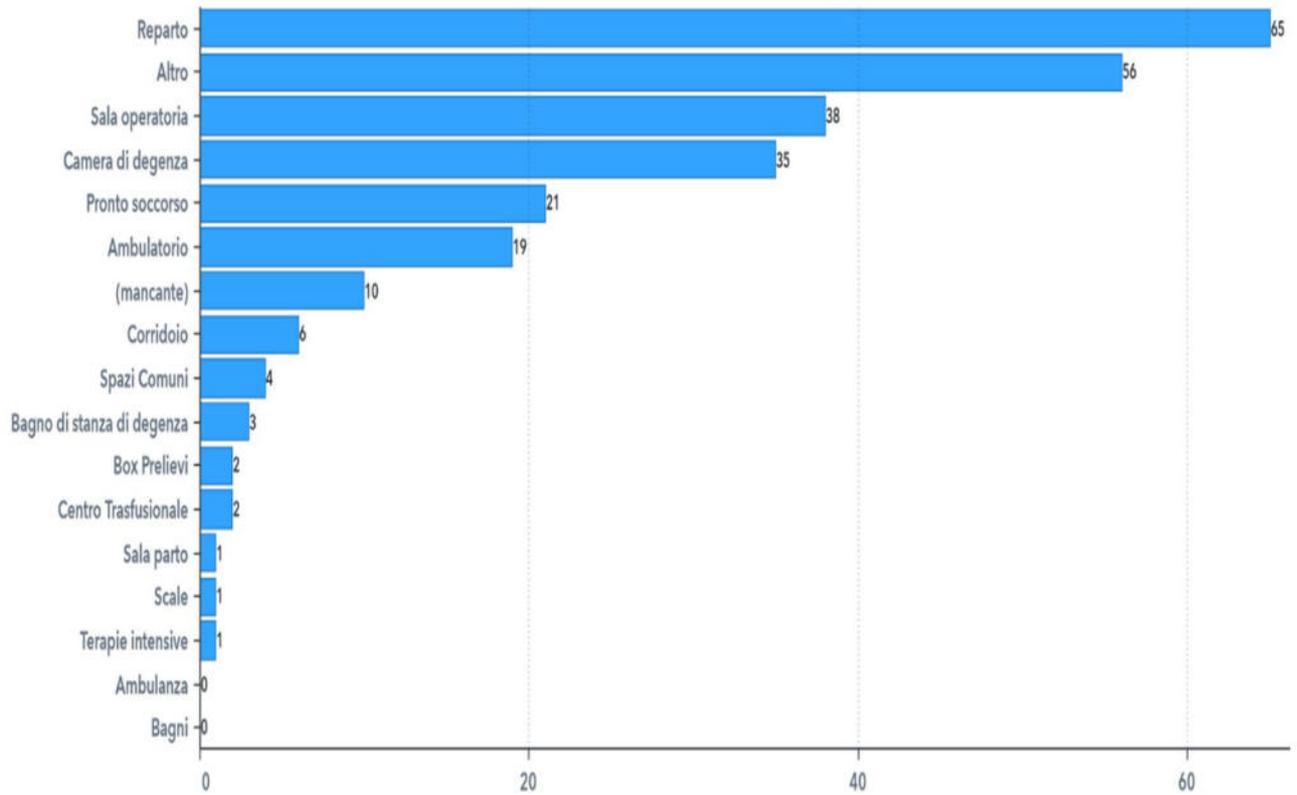
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



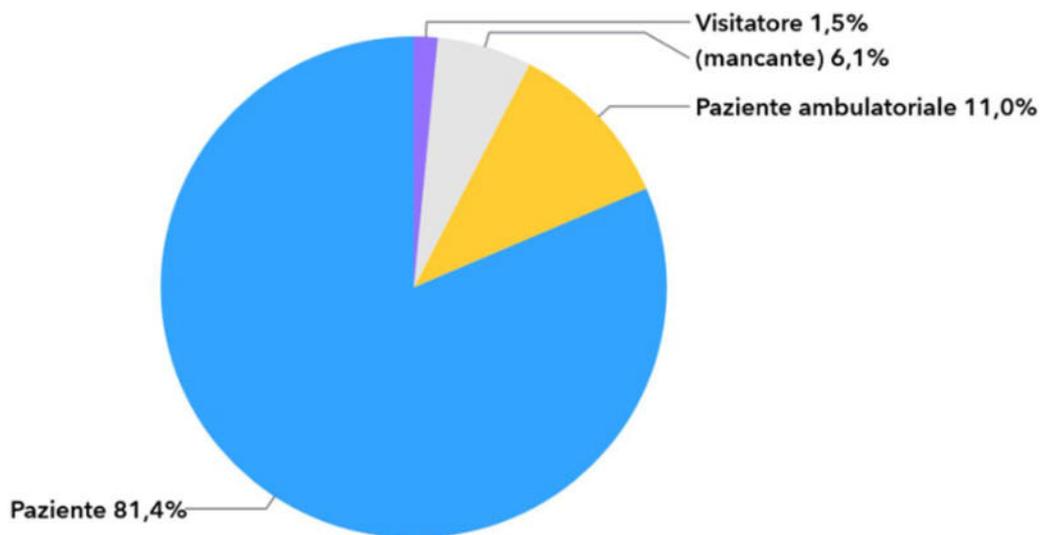
### LIVELLOGRAVITA

- Livello 0
- Livello 1
- Livello 2
- Livello 3
- Livello 4
- Livello 5
- Livello 6
- Livello 7
- Livello 8

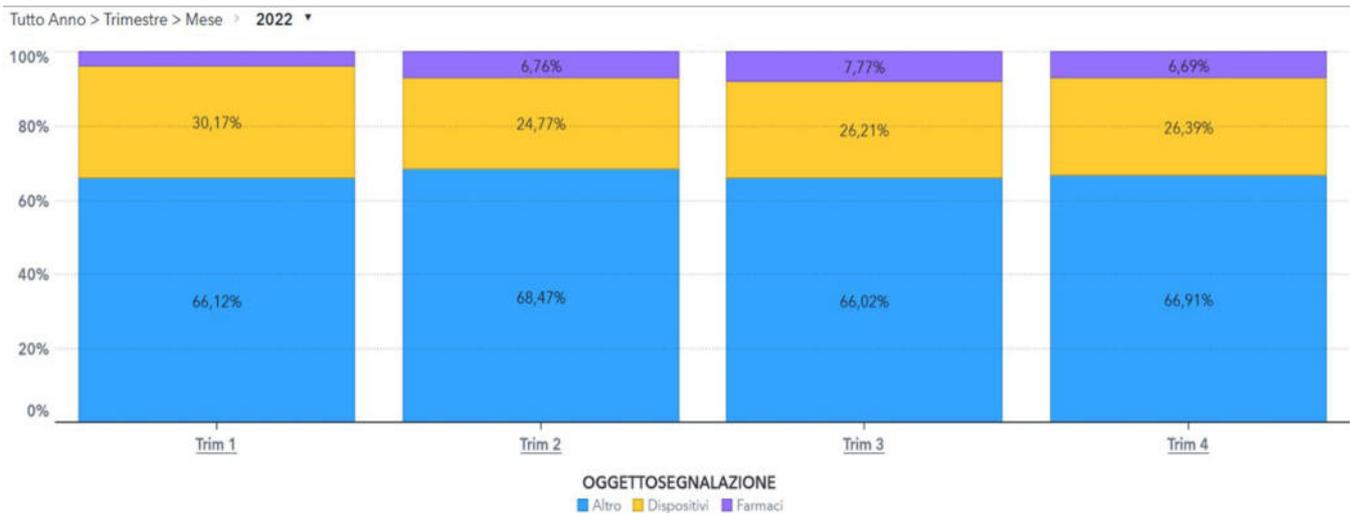
## EVENTI AVVERSI PER LUOGO INCIDENTE



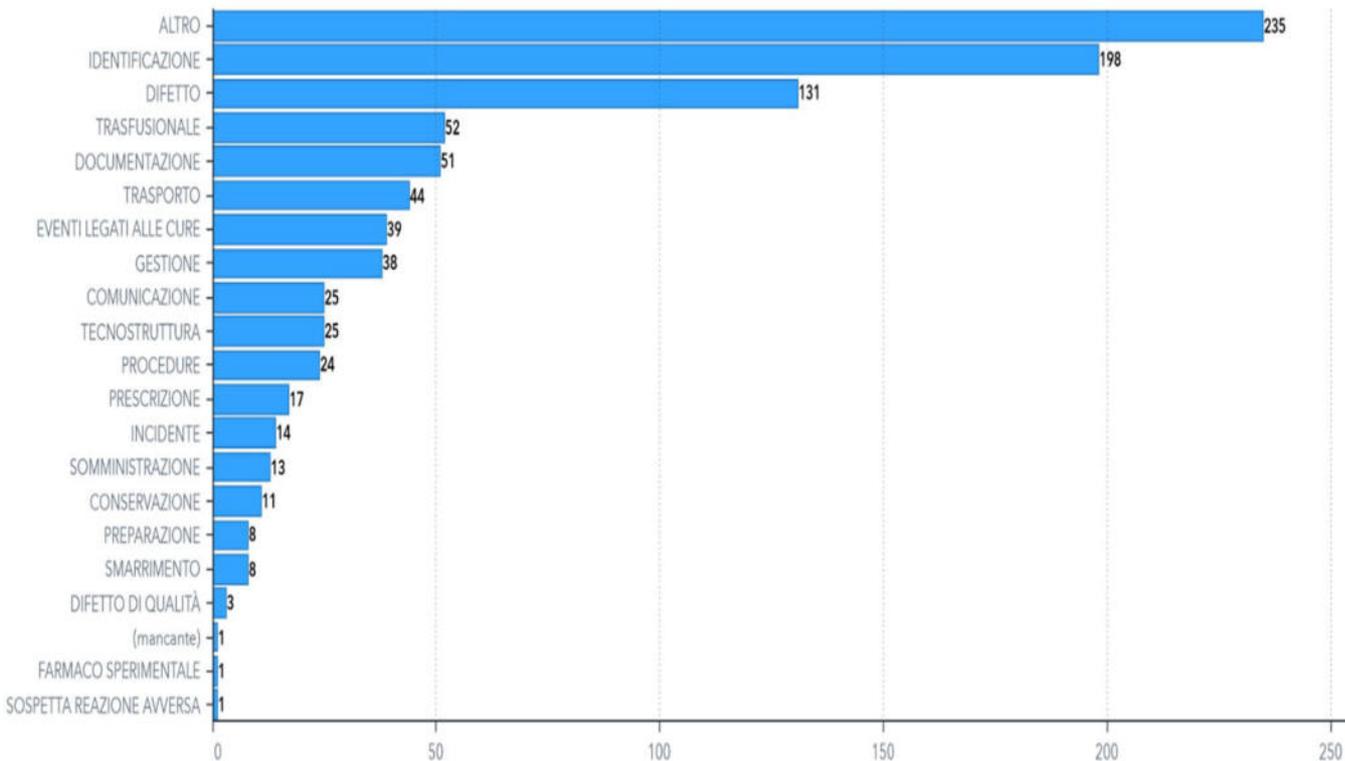
## EVENTI AVVERSI PER SOGGETTI COINVOLTI



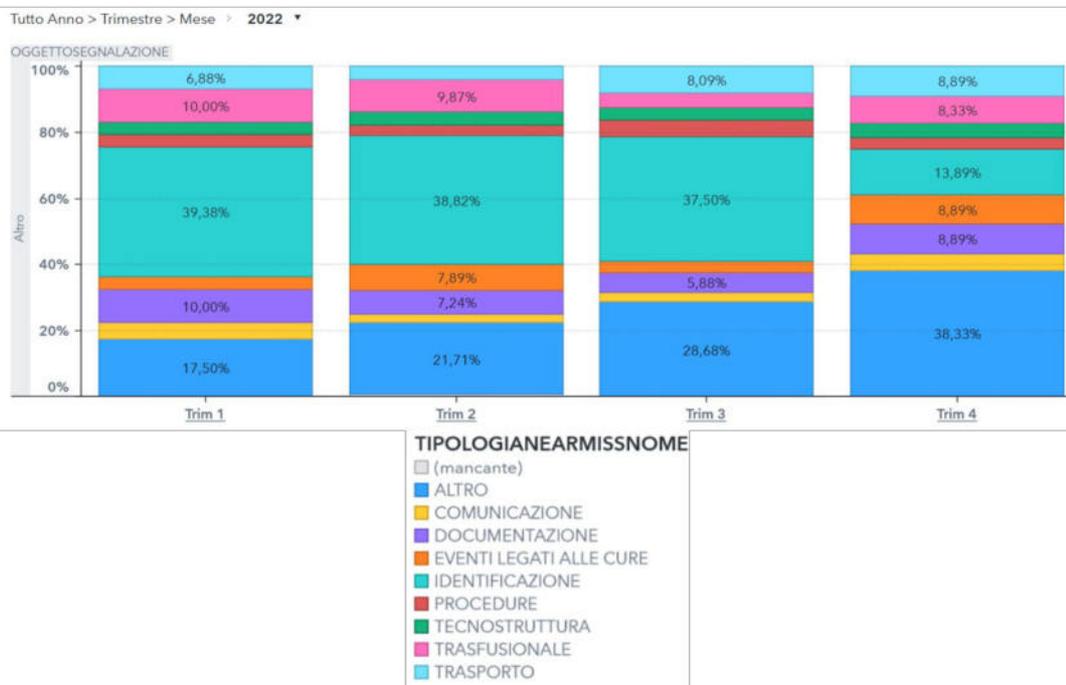
## NEAR MISS PER OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE



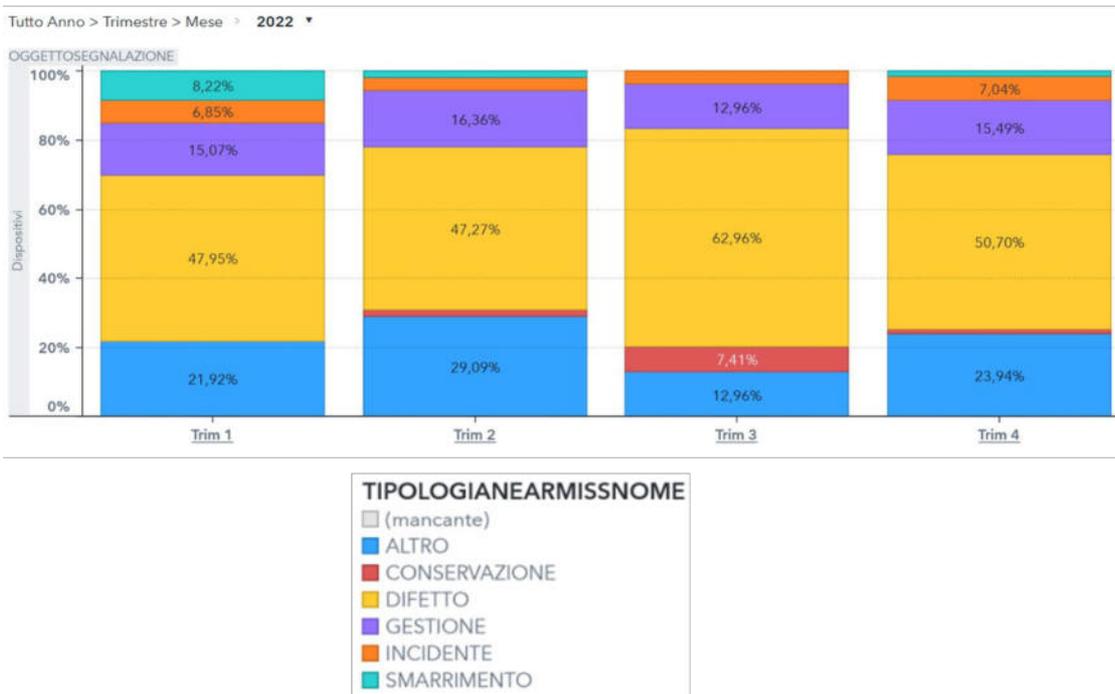
## NEAR MISS PER TIPOLOGIA



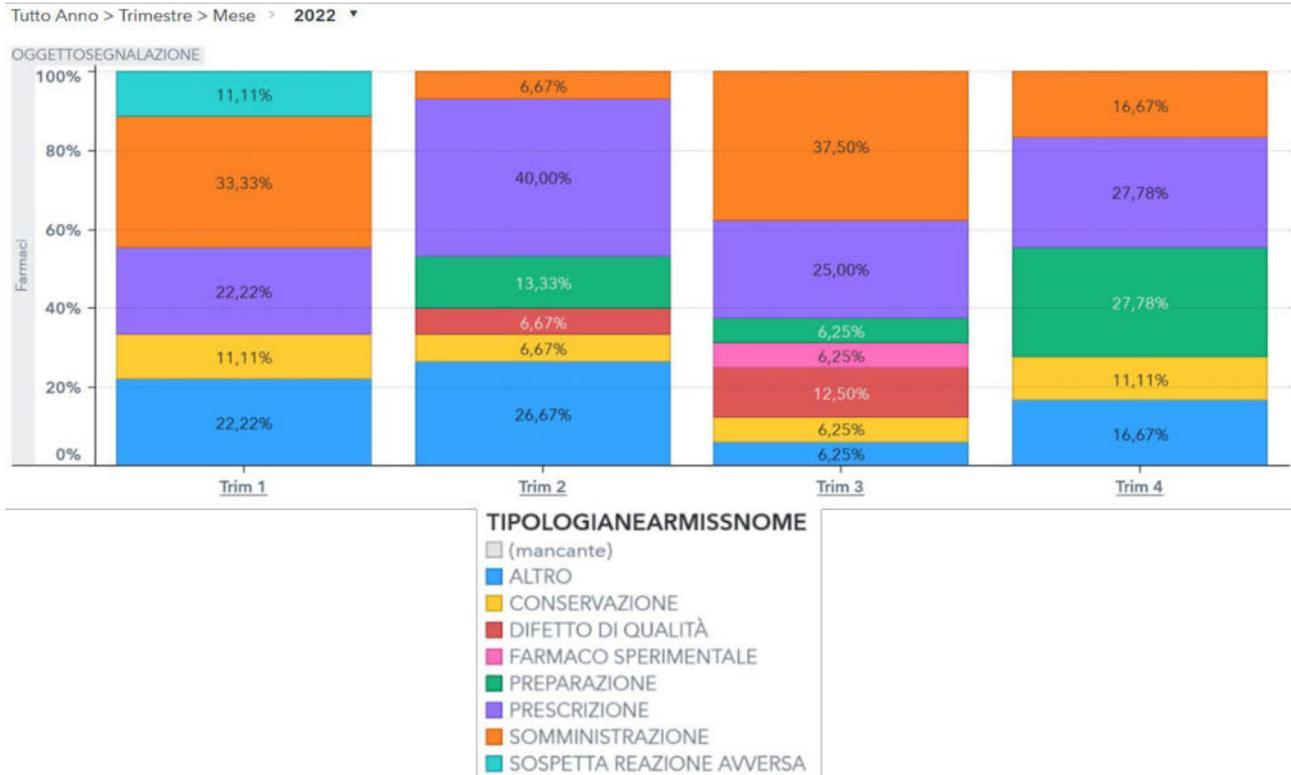
## TIPO DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «ALTRO»



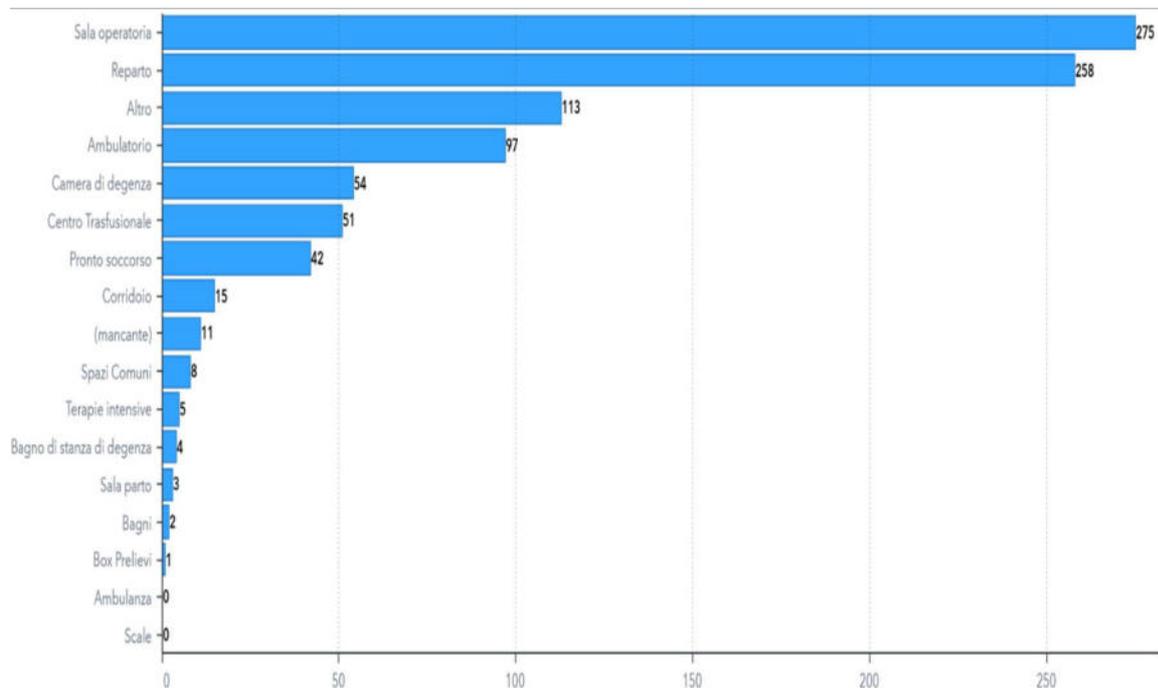
## TIPO DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «DISPOSITIVI»



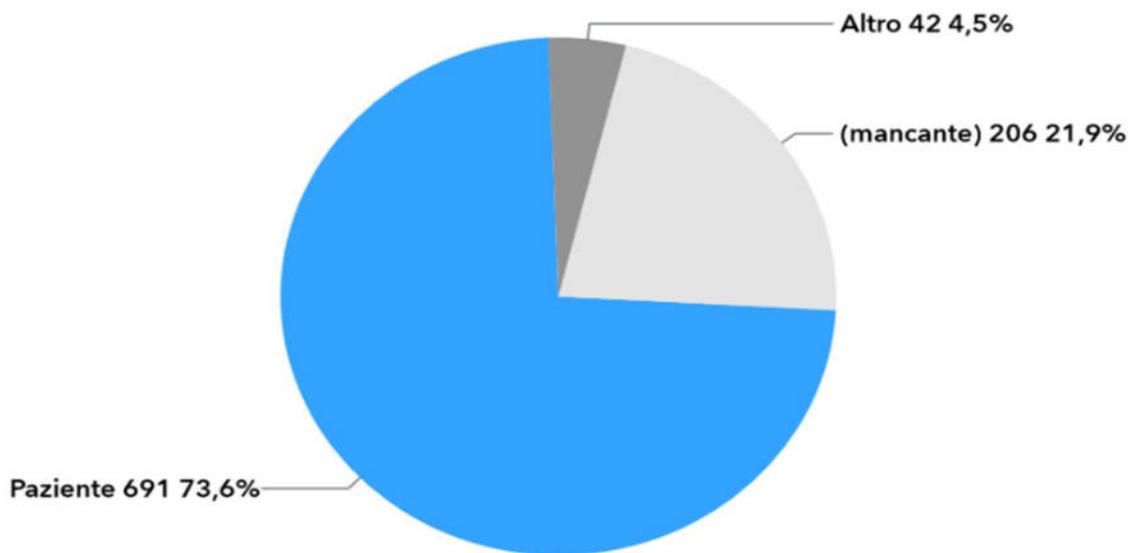
## TIPO DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI «FARMACI»



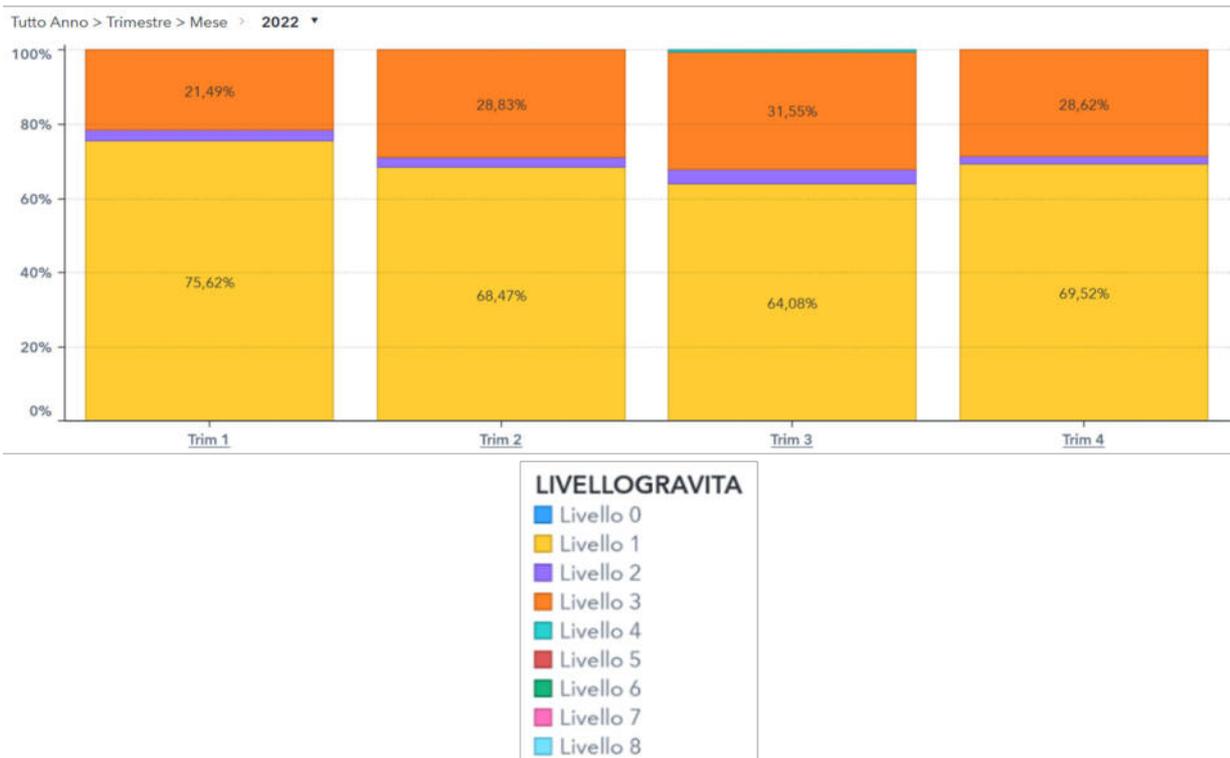
## NEAR MISS PER LUOGO EVENTO



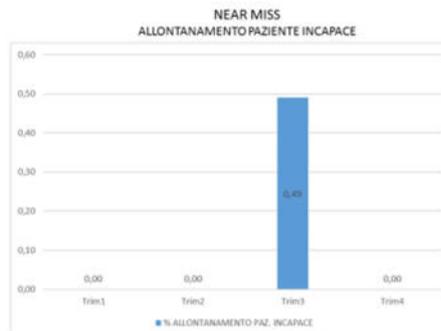
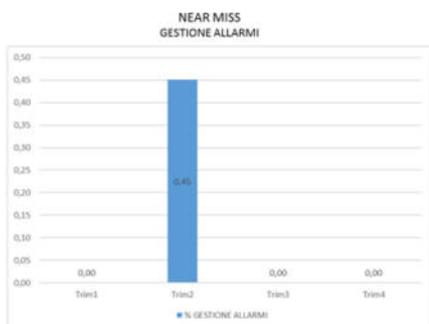
## NEAR MISS PER SOGGETTI COINVOLTI



## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LIVELLO DI GRAVITÀ



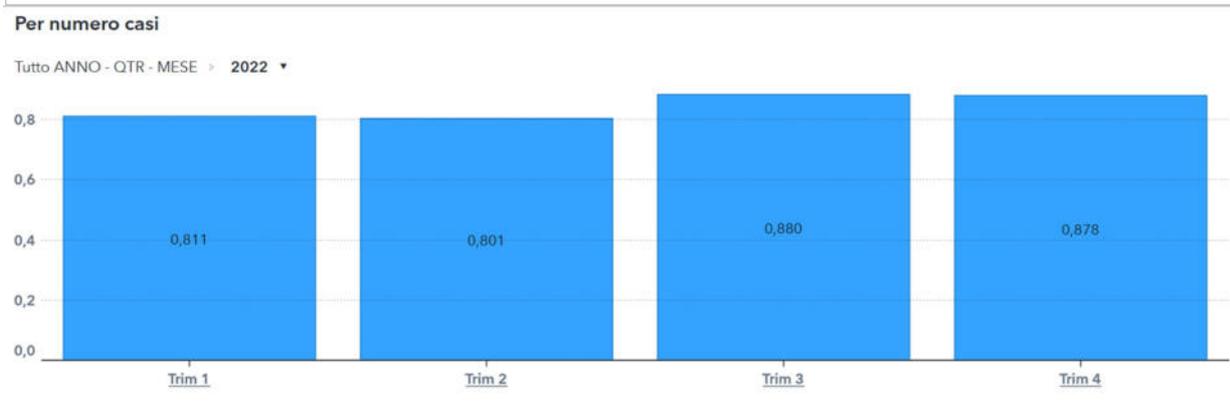
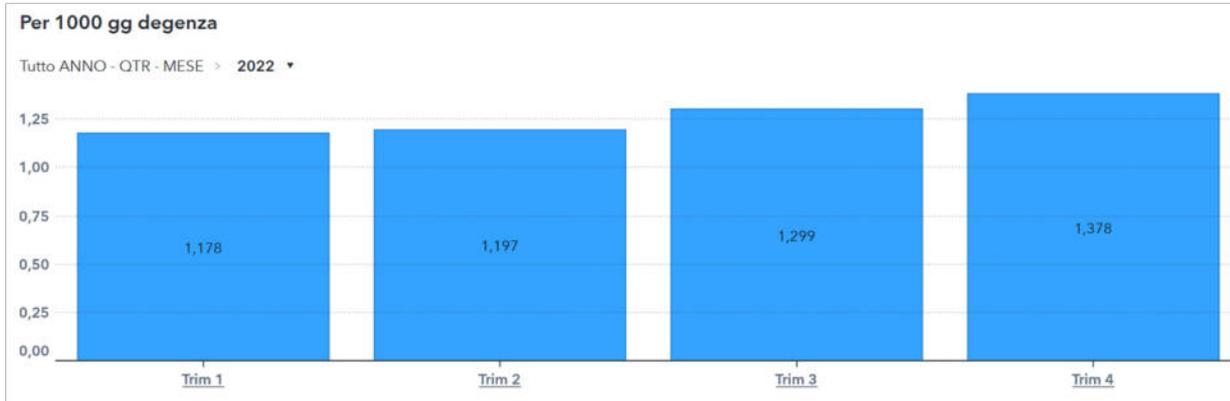
## SEGNALAZIONI NEAR MISS SU GESTIONE ALLARMI E ALLONTANAMENTO PAZIENTE



Non risultano segnalazioni di near miss in merito a:

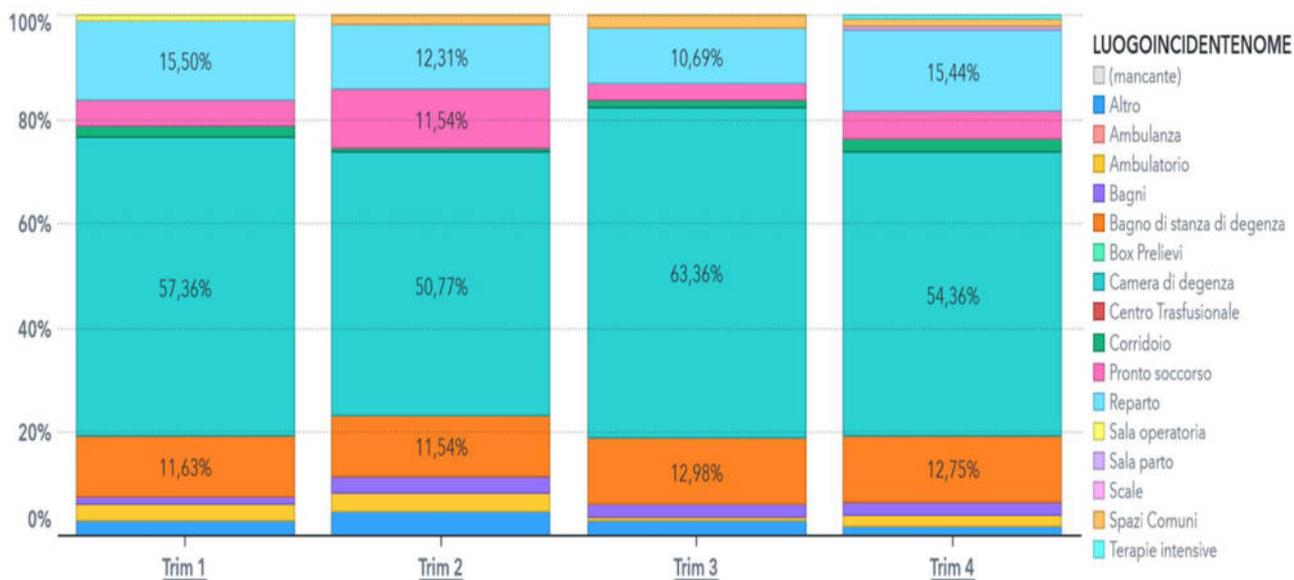
- Errori in sedazione/anestesia
- Errori di diagnosi
- Contenzione
- Tentativo di suicidio

## SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI GIORNATE E NUMERO DI CASI

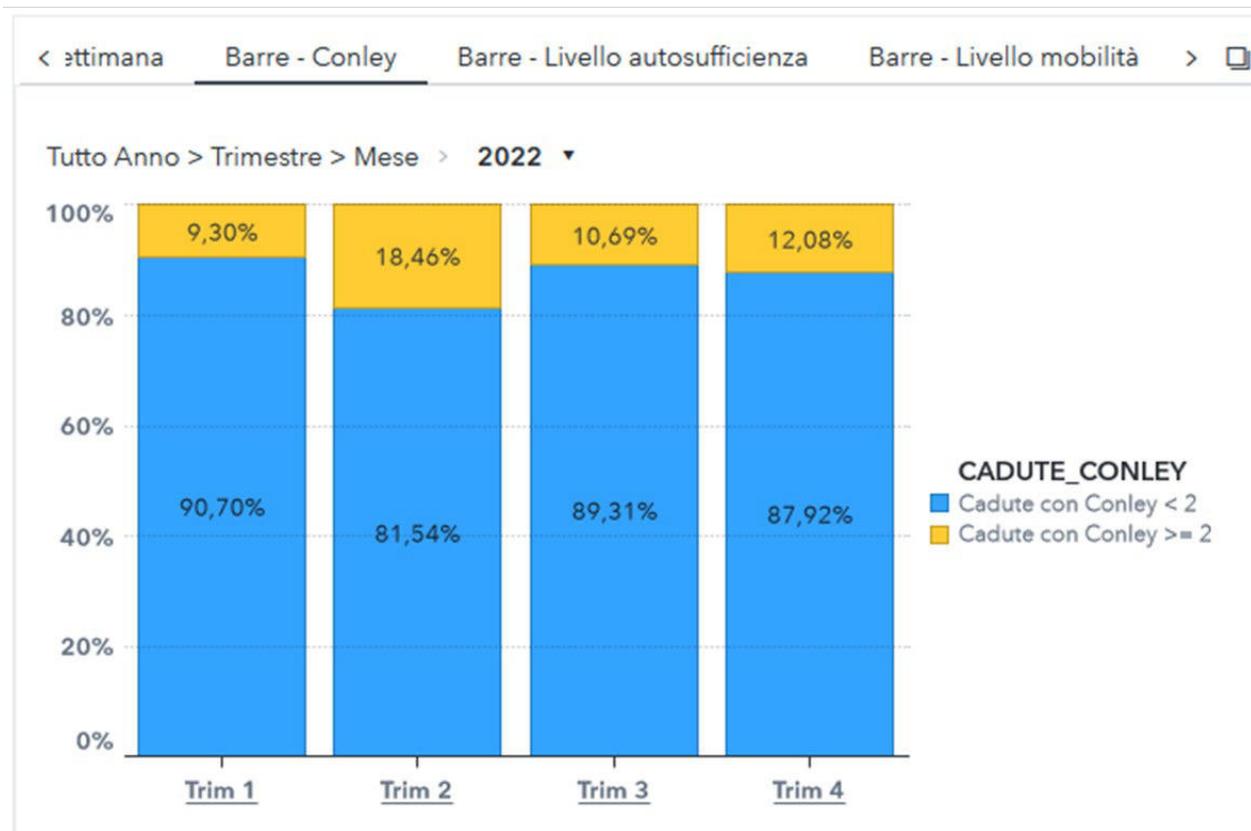


## LUOGO CADUTE

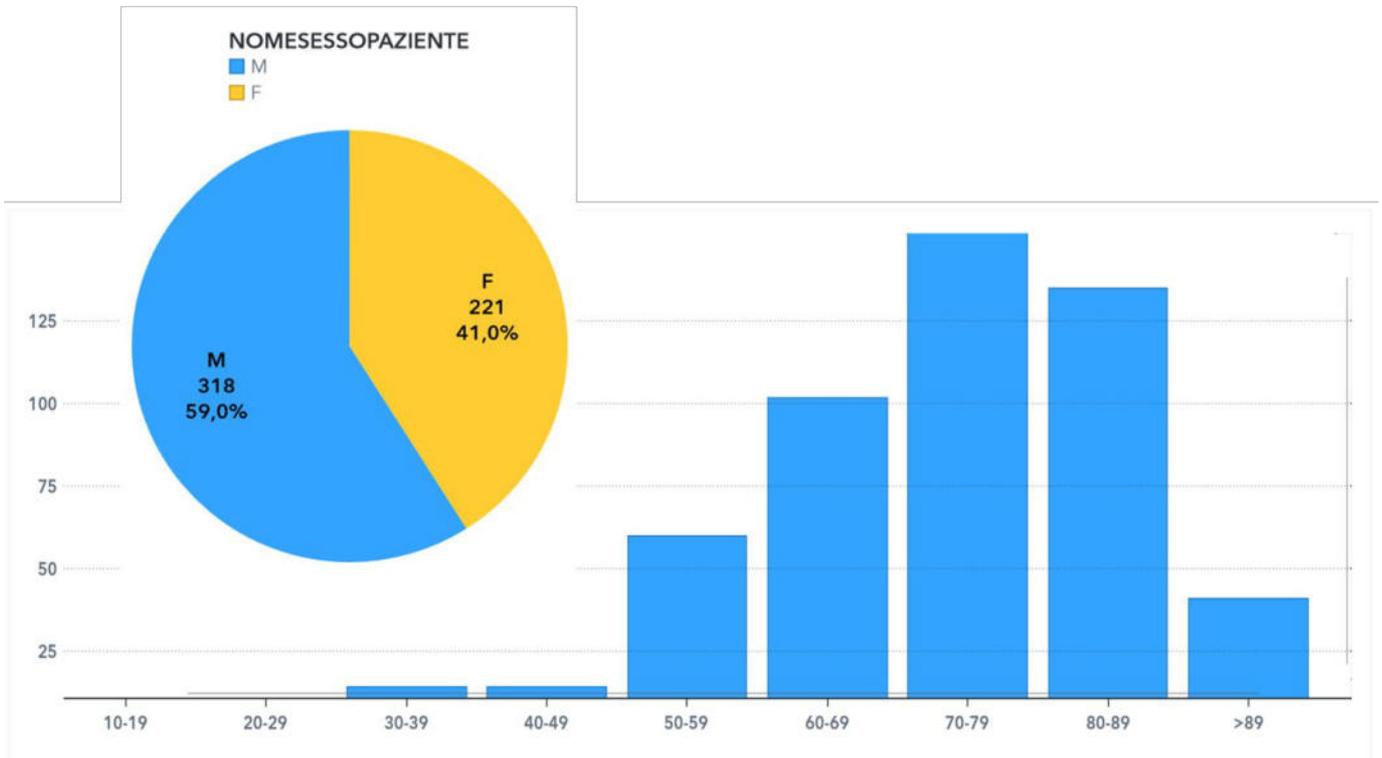
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



## CADUTE E RICADUTE 2022 PER SCALA DI CONLEY

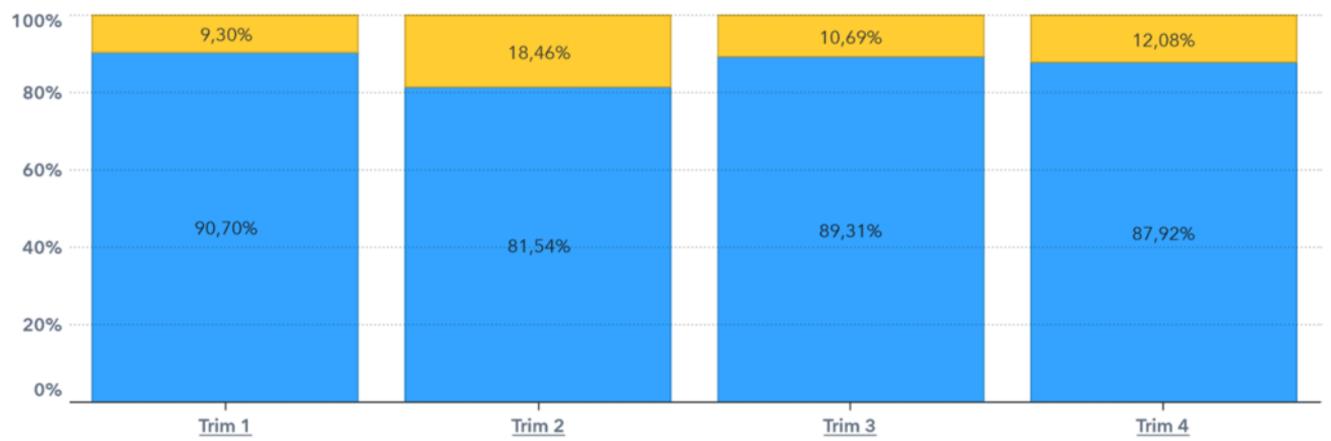


### CADUTE PER FASCIA D'ETA E GENERE



### SEGNALAZIONI CADUTE PER SCALA DI CONLEY

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▼

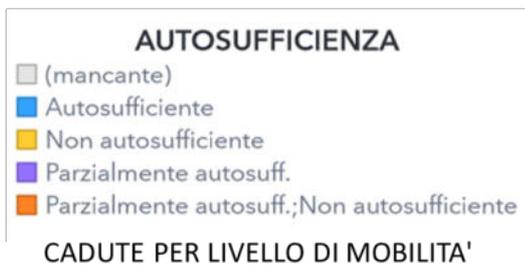
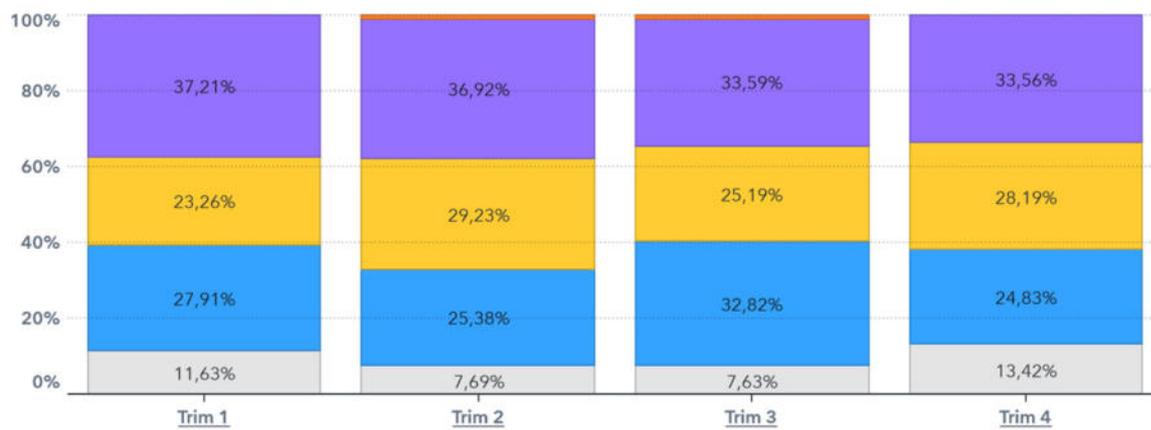


#### CADUTE\_CONLEY

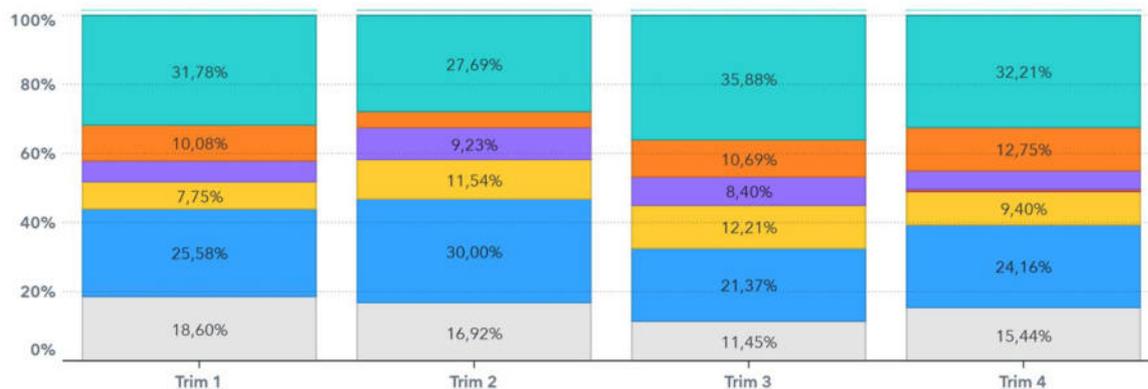
- Cadute con Conley < 2
- Cadute con Conley >= 2

## CADUTE PER LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA

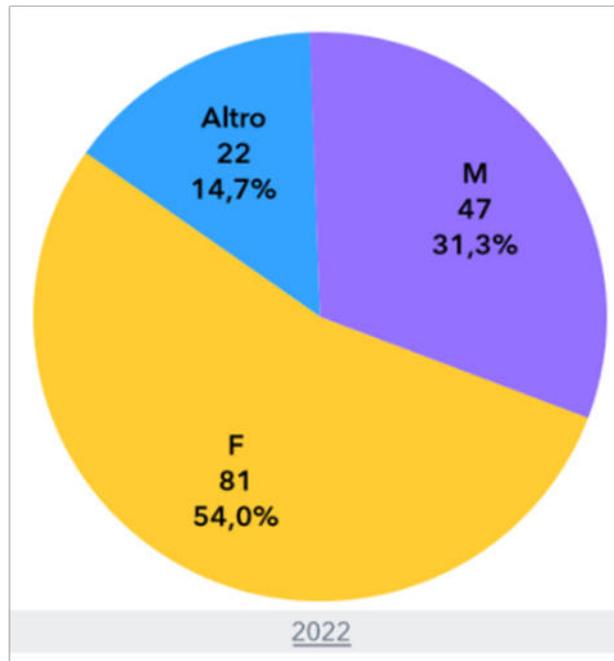
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾

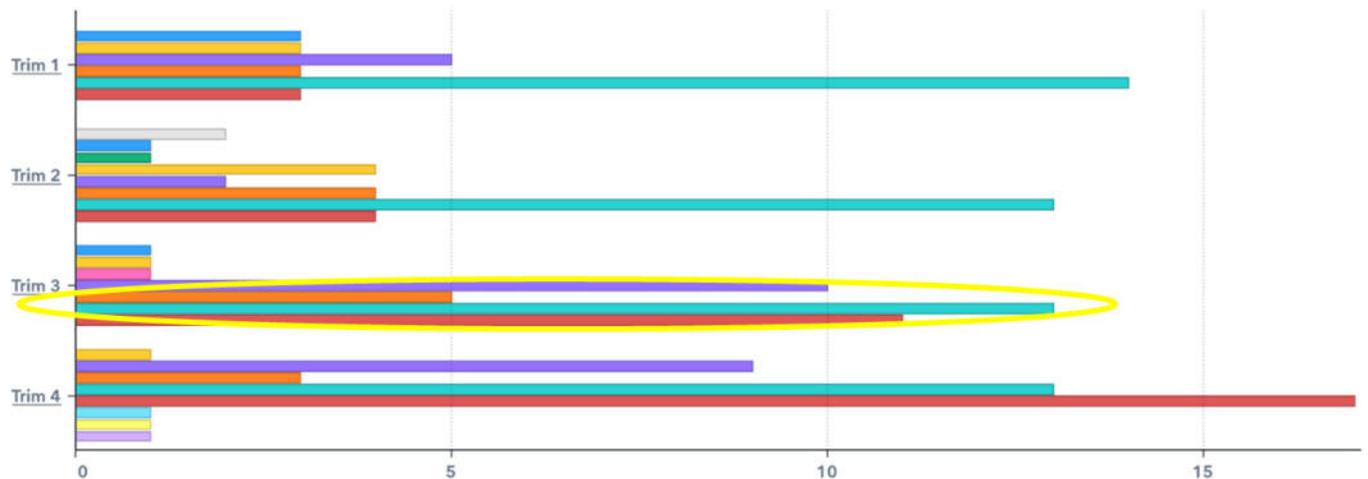


### GENERE OPERATORE AGGREDITO



### LUOGO AGGRESSIONI

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2022 ▾



#### LUOGO INCIDENTE NOME

- (mancante)
- Altro
- Ambulanza
- Ambulatorio
- Bagno di stanza di degenza
- Camera di degenza
- Corridoio
- Pronto soccorso
- Reparto
- Sala operatoria
- Spazi Comuni
- Terapie intensive

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).

Dopo l'avvenuta osservazione di un incremento significativo della sinistrosità nel 2015, in coincidenza con il totale assorbimento dell'impatto del rischio assicurativo gravante sul Complesso Integrato Columbus (Presidio CIC), si è potuta registrare un'inversione di tendenza che dal 2018 si dimostra consolidata (cfr. tabella sottostante).

Nel 2021 si registra un nuovo incremento della numerosità dei sinistri, che tuttavia appare 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.

A riprova della sporadicità del dato, soccorre l'evidenza dell'anno 2022, quando il numero dei sinistri denunciati rientra all'interno dell'abituale trend.

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

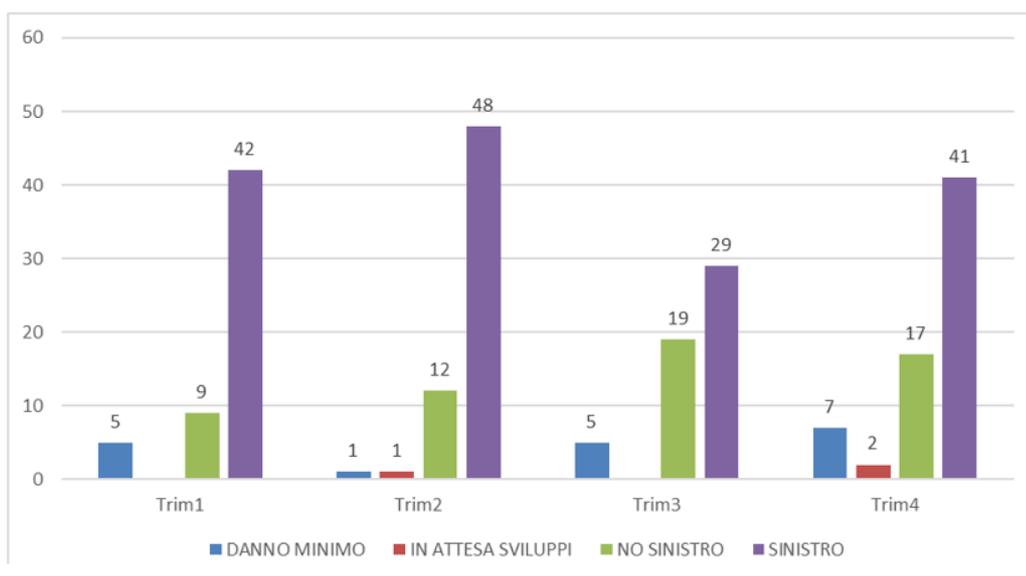
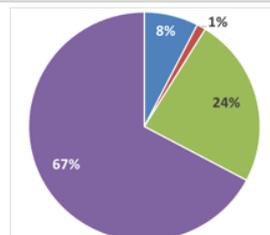
Anno	N° sinistri Totali	N° Sinistri Chiusi	N° Risarcimenti erogati
2015	202	80	99
2016	187	124	39
2017	174	105	30
2018	160	72	30
2019	158	40 <sup>11</sup>	30
2020	147	35 <sup>11</sup>	29
2021	189	33	20
2022	160	15	1
Totale	1377	504	278

<sup>11</sup>Dato al netto dei chiusi senza seguito e dei chiusi in corso di pagamento

Di particolare interesse la distinzione delle tipologie di contenziosi aperti nel 2022:

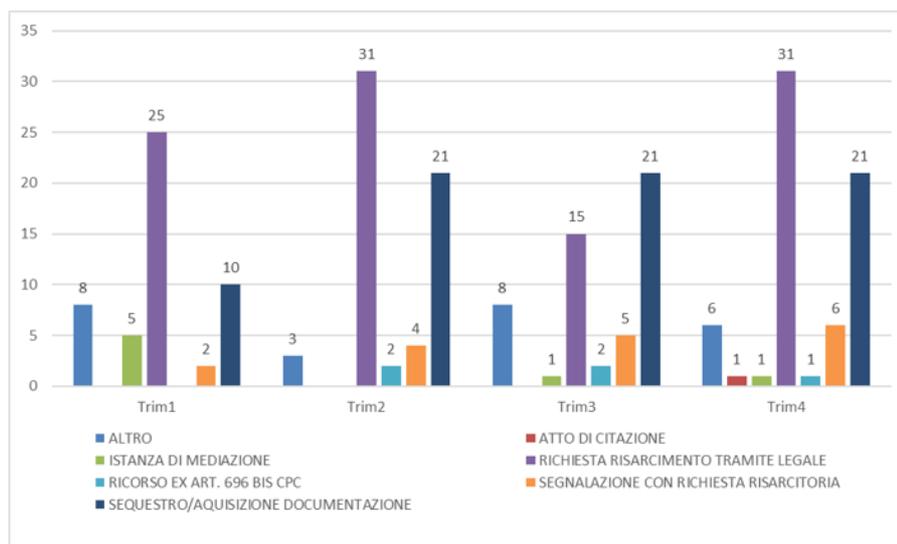
## Posizione aperte Classificazione

DANNO MINIMO	18
IN ATTESA SVILUPPI	3
NO SINISTRO	57
SINISTRO	160

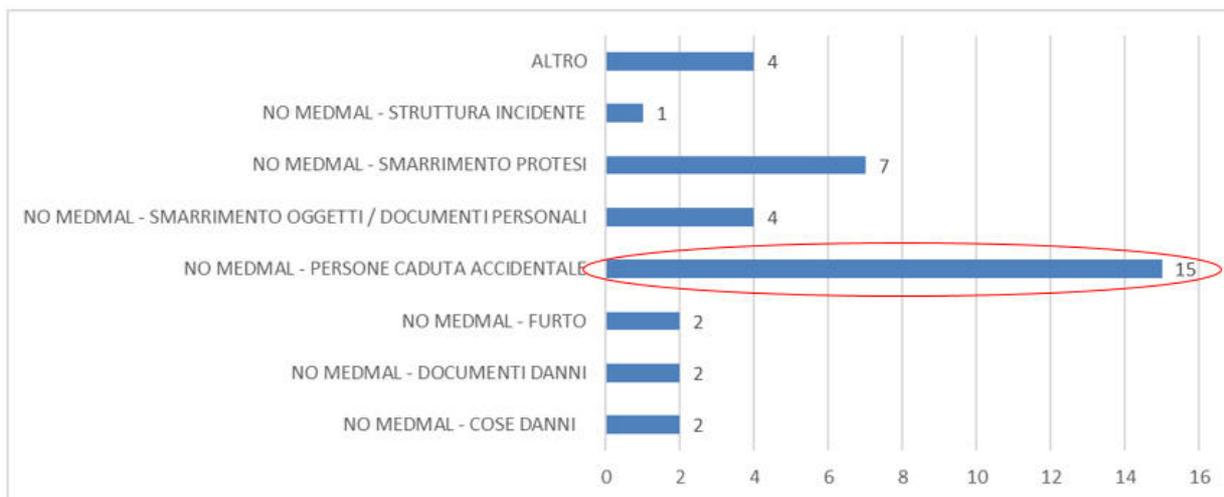


## Posizione aperte Tipologia ricezione

ALTRO	25
ATTO DI CITAZIONE	1
ISTANZA DI MEDIAZIONE	7
RICHIESTA RISARCIMENTO TRAMITE LEGALE	102
RICORSO EX ART. 696 BIS CPC	5
SEGNALAZIONE CON RICHIESTA RISARCITORIA	17
SEQUESTRO/AQUISIZIONE DOCUMENTAZIONE	73

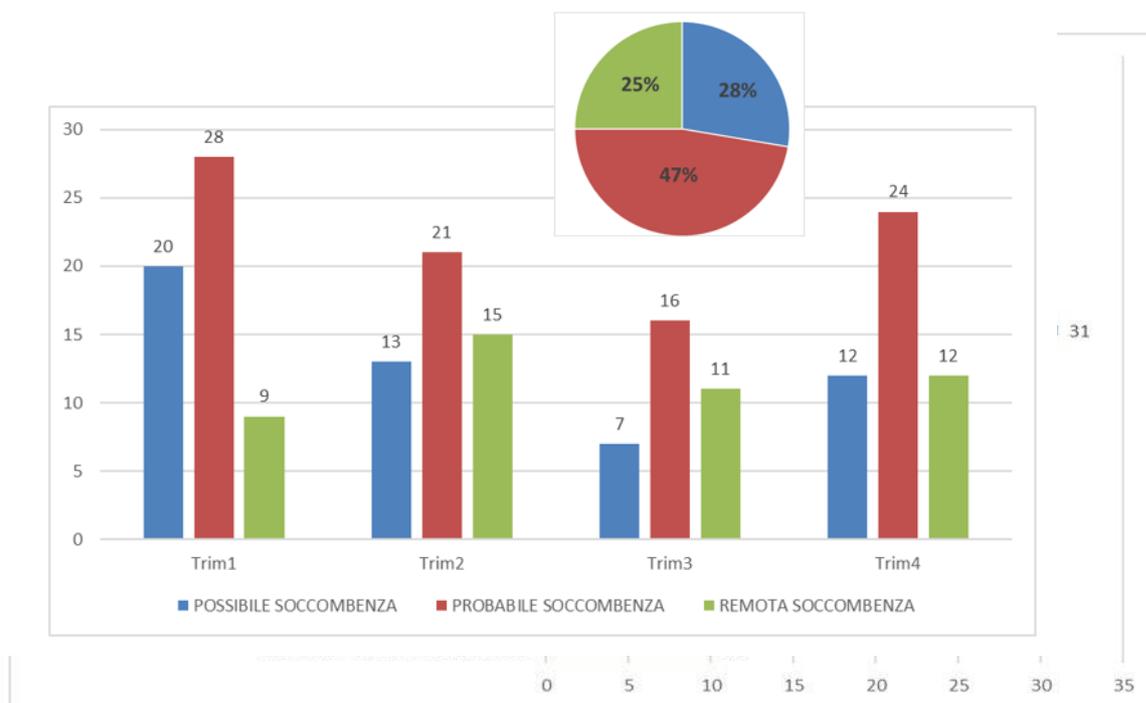


# Sinistri aperti Tipologia NO MEDMAL

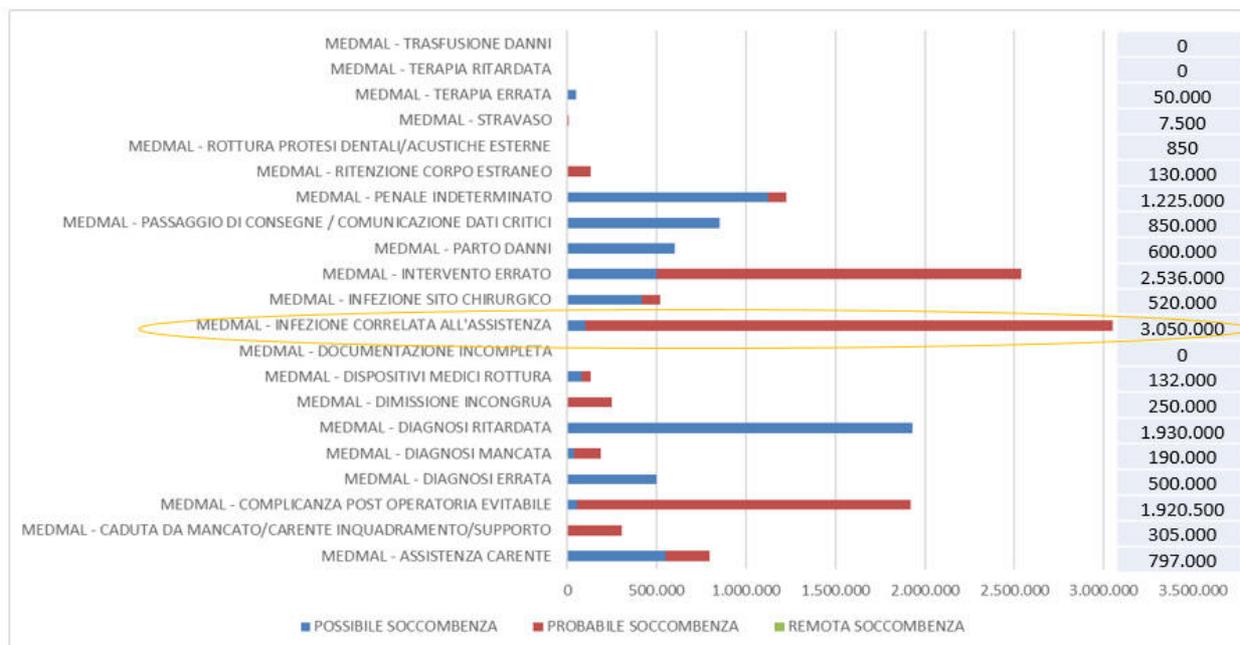


## Sinistri aperti Rischio di soccombenza

POSSIBILE SOCCOMBENZA	52
PROBABILE SOCCOMBENZA	89
REMOTA SOCCOMBENZA	47



## Sinistri aperti Riserva per soccombenza sinistri MEDMAL



Si registra un incremento della quota di sinistri aperti per effetto di una iniziativa avviata in sede penale (73 sinistri nascono per effetto di sequestro/acquisizione di cartella clinica per ipotesi ex art. 590 sexies c.p.): l'aumento non appare particolarmente consistente, ma non è affatto trascurabile.

### 1.3 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 catastrofali (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 catastrofali 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 nell'ultimo quinquennio:

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.

#### 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM E DEL PAICA 2022

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2022 in relazione agli obiettivi e alle azioni prescelti:

Obiettivo a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	
Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> Aggiornamento ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.	Si è provveduto ad aggiornare le procedure su prevenzione cadute, sicurezza in sala operatoria, gestione parto in sicurezza.
<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	Sono state avviate a partire da gennaio 2022: dall'originaria cadenza settimanale si è passati ad una cadenza bisettimanale: ne sono state compiute 28
<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> – Prosecuzione del percorso di formazione per piccoli gruppi sulla corretta acquisizione del consenso informato e sulla compilazione delle modulistiche	Al 31.12.2022 è stato raggiunto l'80% delle UU.OO. destinatarie dell'attività; la revisione sistematica condotta sulle cartelle cliniche mostra il 90% di adesione delle UUOO ai modelli aziendali
---	--

<b>Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]:</b>	
Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Introduzione nuova procedura sulla gestione dei conducenti di veicoli coinvolti in accertamenti tossicologici in Pronto Soccorso	La procedura di accompagnamento della convenzione tra UCSC e FPG è in corso di revisione
<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 48 Audit su eventi avversi significativi, con 1 Audit clinico a valenza interaziendale, prodotte 30 RCA ed avviate 25 azioni di miglioramento. Non è stato possibile accreditare gli AUDIT in modalità ECM, perché questo accreditamento non è stato ancora consentito in modalità "da remoto".
<b>Azione 3</b> – Attività FMECA (1 analisi)	E' 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 braccialetto)
<b>Azione 4</b> – Introduzione scale integrate di valutazione del rischio nelle aree critiche (Pronto Soccorso)	Alla luce della revisione dei dati compiuta attraverso esame a campione delle cartelle cliniche, è emerso che la permanenza in Pronto Soccorso costituisce di per sé rischio aggiuntivo per caduta che agisce indipendentemente dall'età e si proietta sul paziente anche quando, al di fuori del Pronto Soccorso, sia costretto a proseguire la degenza in un reparto ordinario. Conseguentemente è stata abbandonata l'idea della scala integrata e si è proceduto a revisionare la procedura prevenzione del rischio cadute, per introdurre questo elemento di integrazione alla scala di Conley.

<b>Obiettivo c) Favorire visione unitaria sicurezza:</b>	
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; verrà sperimentato per le contenzioni nell'anno 2023
<b>Azione 2</b> - Realizzazione ed avvio del percorso di sicurezza del paziente fragile a rischio allontanamento e suicidio	Il percorso è stato realizzato nell'Unità di degenza 2P nell'ambito del progetto "braccialetto": verrà implementato in PS nel 2023
<b>Azione 3</b> – Progettazione ed avvio seminario aziendale sulle modalità di redazione dei certificati medici e dei referti	Attività rinviata
<b>Azione 4</b> – Realizzazione di una indagine di sieroprevalenza su operatori sanitari e socio - sanitari	L'indagine è stata eseguita nel periodo gennaio – febbraio 2022 ed è stata indirizzata a chiarire il livello di protezione anticorpale raggiunto dagli operatori reclutati nella campagna di vaccinazione e il tasso di reinfezioni

<b>Azione 5</b> – Revisione delle istruzioni operative in materia di impiego dei percorsi latex free	L'istruzione operativa è stata aggiornata a ottobre 2022
<b>Azione 6</b> – Progettazione avvio nuova campagna vaccinale 2022-2023 diretta ad operatori sanitari e di interesse sanitario FPG ed estesa alla combinazione "Covid+Influenza"	La campagna vaccinale è stata eseguita ricorrendo al modello delle "giornate open di vaccinazione", iniziate a fine settembre 2022 e concluse a metà dicembre 2022, con il reclutamento di studenti e personale non sanitario dipendente ed assimilato

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 e per la realizzazione del documento in materia di contrasto al contenzioso per ICA, quest'ultimo licenziato a fine 2022.
<b>Azione 2</b> – Trasmissioni delle segnalazioni su near miss ed eventi avversi al CRRC	Il flusso di trasmissione è stato attivato e, per effetto di dinamiche extra-aziendali, l'allineamento è in corso di completamento a marzo 2023

#### 1.4.1 PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2020: 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 ad una popolazione target con le seguenti caratteristiche: pazienti trasferiti da altra struttura (lungodegenza, RSA, cliniche di riabilitazione, PS, altro ospedale), pazienti che sono stati degenti in Unità di Terapia Intensiva da più di 3 giorni, pazienti con precedente ricovero negli ultimi 30 giorni, pazienti con precedente positività a CRE. Lo screening ha lo scopo di identificare tempestivamente eventuali pazienti portatori del germe sentinella e prevenirne la trasmissione intraospedaliera. Nella tabella 2 riportata di seguito è indicato il numero di tamponi totali eseguiti negli anni 2018-2022 nelle varie aree di ricovero (medica, chirurgica, terapie intensive) della FPG IRCCS.

Nel 2022 si è registrato un calo di circa 1000 tamponi preventivi rispetto all'anno precedente; diminuzione che riguarda maggiormente le aree mediche e intensive. Tale diminuzione non ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo fissato per il 2022 ovvero aumentare del 10% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati.

**Tabella 2: totale dei tamponi eseguiti nel triennio 2018-2022 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>

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 nei 4 trimestri del 2022.

**Tabella 3: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nei 4 trimestri 2022 nel presidio Gemelli**

Unità Operativa			1° trimestre 22		2° trimestre 22		3° trimestre 22		4° trimestre 22	
			% positività	N Tamponi						
106	03U - 04U	MALATTIE INFETTIVE	14%	7	8%	12	21%	24	8%	12
107	09L	MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	6%	17	9%	11	0%	4	0%	14
109	10M	ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	0%	12	20%	5	-	-	6%	17
110	07P	CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0%	14	7%	14	0%	17	0%	16
112	09P	CLINICA UROLOGICA	0%	4	0%	2	0%	16	0%	2
113	06N	PNEUMOLOGIA	4%	52	2%	47	2%	49	2%	42
114	05M	CHIRURGIA PEDIATRICA	0%	1	0%	1	-	-	-	-
119	9D	CHIRURGIA PLASTICA	-	-	-	-	0%	1	-	-
125	05M	PEDIATRIA	-	-	-	-	-	-	0%	100%
127	10P	CHIRURGIA GENERALE	0%	6	0%	9	0%	2	0%	6
129	07N	CHIRURGIA VERTEBRALE	50%	2	0%	2	-	-	-	-
135	03N	OTORINOLARINGOIATRIA	50%	2	0%	1	0%	1	33%	3
138	00J	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	5%	164	2%	162	5%	213	4%	213
139	08P	CARDIOCHIRURGIA	1%	196	0%	207	1%	195	0%	225
141	07N - 02V	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20%	5	20%	5	0%	3	11%	9
142	07E - 04L	NEUROLOGIA	0%	23	10%	29	6%	35	4%	25
144	10N - 03N	NEUROCHIRURGIA	0%	33	10%	10	0%	2	13%	8
145	08C	CARDIOLOGIA INTENSIVA	4%	28	0%	23	0%	26	0%	20
146	10M	PATOLOGIA DELL'OBESITA	0%	3	50%	2	0%	1	0%	6
148	06LM - 04L	MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	17%	6	40%	5	0%	8	10%	10
149	10P	CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	0%	9	13%	8	0%	1	9%	11
150	10D	NEUROCHIRURGIA INFANTILE	0%	3	0%	4	0%	7	0%	4
152	03E	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	17%	12	0%	9	0%	6	0%	4
153	05E	EMATOLOGIA	1%	304	0%	272	1%	369	0%	192
154	10D	ONCOLOGIA PEDIATRICA	20%	5	0%	1	0%	2	0%	2
155	10C	CHIRURGIA DIGESTIVA	0%	12	8%	13	0%	3	0%	6
157	04V	GERIATRIA	0%	15	23%	13	10%	21	11%	9
161	00J	TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	0%	10	17%	12	5%	21	20%	5
163	6N	CHIRURGIA TORACICA	0%	10	0%	5	0%	2	-	-

167	10C -10B	CHIRURGIA ENDOCRINA	0%	7	0%	9	0%	14	0%	14
168	8N	TERAPIA INTENSIVA DI CARDIOCHIRURGIA	0%	107	0%	81	0%	75	3%	100
169	08P	CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0%	2	0%	1	0%	4	0%	1
174	09M	ONCOLOGIA MEDICA	0%	23	0%	20	0%	25	0%	29
176	07M	CHIRURGIA VASCOLARE	0%	3	0%	3	-	-	25%	4
177	06M	ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0%	1	100%	1	-	-	-	-
180	07N	CHIRURGIA D'URGENZA	5%	19	0%	18	0%	7	0%	8
181	03P	MEDICINA D'URGENZA	0%	1	0%	1	67%	3	0%	2
182	02J	TERAPIA INTENSIVA POST-OPERATORIA	0%	9	0%	12	17%	23	4%	23
184	3LM	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0%	4	0%	9	0%	7	10%	10
189	9N	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	-	-	-	-	0%	4	-	-
195	7E	NEUROLOGIA STROKE UNIT	0%	37	0%	40	0%	28	0%	43
196	8M	CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	-	-	-	-	0%	4	0%	2
197	10B	CHIRURGIA ENDOCRINA	-	-	-	-	0%	1	-	-
5109	02P	MEDICINA GENERALE	4%	49	6%	18	7%	15	0%	12
5112	07P	MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	17%	12	13%	8	18%	11	7%	14
5114	04M	CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	0%	9	0%	5	0%	20	0%	6
5115	03M	CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0%	5	0%	6	0%	1	0%	10
5117	09P	TRAPIANTI DI RENE	0%	3	0%	9	0%	7	0%	3
5118	08N	TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	1%	115	2%	113	0%	117	1%	115
5120	09N	CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0%	2	-	-	0%	1	0%	4
5122	01E	EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	0%	179	1%	166	1%	169	3%	144
5126		PATOLOGIE ALCOL RELATE	-	-	-	-	0%	4	-	-
5127	10C - 10P	CENTRO DEL COLON RETTO	0%	4	0%	4	0%	2	0%	7
5128	7P	CHIRURGIA GENERALE 2	-	-	-	-	0%	1	-	-
5129	10P	CHIRURGIA ADDOMINALE	0%	1	-	-	-	-	0%	3
5131	04L	NEFROLOGIA	17%	6	0%	4	0%	2	0%	5
5132	07P	PROCTOLOGIA	0%	1	-	-	-	-	-	-
5134	07M	UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	33%	3	0%	7	0%	7	17%	6
5135	09M	MEDICINA INTERNA GERIATRICA	25%	8	33%	3	0%	2	0%	2
5136	04L	REUMATOLOGIA	0%	5	0%	4	0%	6	0%	9
5137	06LM - 04L	MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	4%	27	8%	12	0%	3	10%	10
5139	7N	ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	0%	4	0%	1	0%	1	0%	1
5141	6N	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	0%	8	0%	4	0%	12	0%	7
5143		MEDICINA INTERNA 3	0%	2	-	-	33%	3	0%	4
701	02V	RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	0%	1	-	-	0%	1	-	-
704	03V	NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	11%	35	12%	51	9%	32	9%	32
706	07M	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1
707	02V	RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	0%	6	7%	14	20%	10	50%	4
<b>TOTALE UOOO</b>			<b>2.4%</b>	<b>1654</b>	<b>2.6%</b>	<b>1509</b>	<b>2.7%</b>	<b>1653</b>	<b>2.7%</b>	<b>1497</b>

**Tabella 4: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nei 4 trimestri 2022 nel presidio Columbus**

Unità Operativa		1° trimestre 22		2° trimestre 22		3° trimestre 22		4° trimestre 22	
		% positività	N Tamponi	% positività	N Tamponi	% positività	N Tamponi	% positività	N Tamponi
208	MALATTIE INFETTIVE COLUMBUS	13%	16	8%	12	-	-	-	-
209	MEDICINA INTERNA 2 COLUMBUS	0%	4	-	-	-	-	-	-
211	MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	0%	1	0%	9	-	-	0%	2
225	TERAPIA INTENSIVA COLUMBUS	2%	468	6%	175	-	-	-	-
288	MEDICINA INTERNA 2	0%	2	11%	9	0%	1	25%	4
289	CIC_MEDICINA INTERNA 3	8%	13	-	-	-	-	-	-
299	INSUFFICIENZE RESPIRATORIE	17%	18	0%	6	-	-	-	-
<b>TOTALE UOOO</b>		<b>3.3%</b>	<b>522</b>	<b>6.2%</b>	<b>211</b>	<b>0.0%</b>	<b>1</b>	<b>16.7%</b>	<b>6</b>

#### 1.4.2 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 2022. 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 2022, presso le Unità Operative per le quali è stato possibile effettuare il monitoraggio per tutto l'anno nel presidio Gemelli e in quello Columbus rispettivamente.

Come emerge dalla tabella "presidio Gemelli", l'obiettivo del Piano 2022, cioè registrare una riduzione dell'incidenza dell'isolamento dei germi alert del 5% rispetto al dato 2021 è stato raggiunto (dato 2021: 3.40 x 1000 gg degenza, dato 2022: 2.78 x 1000 gg 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 2022, 2021, nel 2020 e nel 2019 presso le Unità Operative del presidio Gemelli.**

Unità Operativa	MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii XDR	P. aeruginosa MDR	P. aeruginosa XDR	Tot 2022*	Tot 2022**	Tot 2021*	Tot 2021**	Tot 2020**	Tot 2019**
106 MALATTIE INFETTIVE	0.35	0.00	1.30	0.95	0.43	0.52	0.17	3.55	3.21	3.13	2.77	3.08	3.69
107 MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	1.18	0.12	0.71	0.59	0.83	0.36	0.00	3.79	3.43	5.12	4.82	3.1	3.81
109 ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	0.67	0.00	0.45	1.12	0.90	0.45	0.00	3.60	3.15	4.56	4.56	-	-
110 CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.26	0.00	1.84	0.79	1.31	0.79	0.00	4.99	4.20	2.65	2.39	-	-
112 CLINICA UROLOGICA	0.30	0.00	0.30	0.10	0.00	0.10	0.00	0.80	0.70	1.06	0.85	-	-
113 PNEUMOLOGIA	1.85	0.00	2.46	0.92	3.54	2.16	0.77	10.93	9.55	14.57	12.27	9.28	14.07

114	CHIRURGIA PEDIATRICA	2.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.83	0.00	<b>3.34</b>	<b>2.50</b>	-	-	-	-
117	DERMATOLOGIA	2.04	2.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>4.07</b>	<b>4.07</b>	-	-	-	-
125	PEDIATRIA	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.20</b>	<b>0.20</b>	1.96	1.53	0.76	1.07
127	CHIRURGIA GENERALE	0.38	0.38	0.76	0.00	0.38	0.76	0.00	<b>2.65</b>	<b>1.89</b>	-	-	-	-
129	CHIRURGIA VERTEBRALE	0.32	0.00	0.32	0.00	0.64	0.00	0.00	<b>1.29</b>	<b>1.29</b>	2.4	2.4	-	-
130	OSTETRICIA	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.09</b>	<b>0.09</b>	-	-	-	-
131	PATOLOGIA OSTETRICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	-	-	-	-
132	GINECOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	-	-	-	-
135	OTORINOLARINGOIATRIA	0.37	0.00	0.00	0.37	0.19	0.00	0.00	<b>0.93</b>	<b>0.93</b>	-	-	-	-
138	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	4.96	0.00	4.96	1.45	6.00	3.10	1.03	<b>20.48</b>	<b>18.41</b>	20.1	18.94	9.18	12.22
139	CARDIOCHIRURGIA	3.06	0.00	0.00	0.15	0.00	0.00	0.00	<b>3.21</b>	<b>3.21</b>	0.89	0.89	0.32	1.5
140	PATOLOGIA NEONATALE	1.60	0.00	2.67	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>4.27</b>	<b>4.27</b>	2.18	2.18	2.33	-
141	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.05	0.07	0.30	0.37	1.05	0.07	0.00	<b>2.91</b>	<b>2.84</b>	3.29	3	-	-
142	NEUROLOGIA	0.73	0.12	0.24	0.37	0.73	0.61	0.12	<b>2.80</b>	<b>2.32</b>	2.64	2.11	2.31	3.28
144	NEUROCHIRURGIA	0.41	0.07	0.14	0.27	0.34	0.41	0.00	<b>1.62</b>	<b>1.22</b>	2.5	2.15	-	-
145	CARDIOLOGIA INTENSIVA	1.38	0.00	0.92	0.92	0.00	0.69	0.00	<b>3.92</b>	<b>3.23</b>	4.8	4.32	3.9	4.74
146	PATOLOGIA DELL'OBESITA	1.65	0.00	2.75	0.55	1.65	0.00	0.00	<b>6.60</b>	<b>6.60</b>	4.89	4.89	-	-
148	MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	0.53	0.00	0.91	0.91	0.45	0.23	0.00	<b>3.03</b>	<b>2.80</b>	2.72	2.41	-	-
149	CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	0.87	0.00	1.74	1.16	0.00	0.29	0.00	<b>4.05</b>	<b>3.76</b>	4.3	3.99	-	-
150	NEUROCHIRURGIA INFANTILE	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.47</b>	<b>0.47</b>	-	-	-	-
152	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0.00	0.00	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	<b>0.30</b>	<b>0.30</b>	-	-	-	-
153	EMATOLOGIA	0.23	0.00	1.35	0.00	0.23	0.00	0.00	<b>1.80</b>	<b>1.80</b>	2.66	2.66	3.53	4.81
154	ONCOLOGIA PEDIATRICA	0.00	0.00	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00	<b>0.40</b>	<b>0.40</b>	-	-	-	-
155	CHIRURGIA DIGESTIVA	0.58	0.00	0.39	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.97</b>	<b>0.97</b>	3.05	2.85	-	-
157	GERIATRIA	1.33	0.00	2.54	1.22	1.33	0.89	0.00	<b>7.30</b>	<b>6.42</b>	7.42	7.05	-	-
160	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1.09	0.00	1.21	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>2.30</b>	<b>2.30</b>	2.57	2.57	1.61	-
161	TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	7.10	0.00	0.55	2.18	0.00	2.18	1.09	<b>12.02</b>	<b>10.92</b>	4.02	4.02	3.58	5.23
167	CHIRURGIA ENDOCRINA	0.00	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.17</b>	<b>0.17</b>	-	-	-	-
168	TERAPIA INTENSIVA DI CARDIOCHIRURGIA	1.13	0.00	0.00	1.13	0.75	0.75	0.38	<b>3.75</b>	<b>3.38</b>	-	-	-	-
169	CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0.27	0.00	0.13	0.13	0.27	0.00	0.00	<b>0.80</b>	<b>0.80</b>	0.78	0.78	0.64	0.69
174	ONCOLOGIA MEDICA	0.13	0.13	0.38	0.38	0.00	0.00	0.00	<b>1.01</b>	<b>1.01</b>	1.31	1.18	1.1	1.28
176	CHIRURGIA VASCOLARE	1.21	0.00	0.40	0.00	0.80	0.40	0.00	<b>2.81</b>	<b>2.41</b>	-	-	-	-
180	CHIRURGIA D'URGENZA	0.53	0.00	2.29	0.53	1.06	0.18	0.00	<b>4.59</b>	<b>4.41</b>	4.17	3.83	4.84	6.26
181	MEDICINA D'URGENZA	0.27	0.00	0.41	0.27	0.55	0.14	0.00	<b>1.64</b>	<b>1.50</b>	1.77	1.47	-	-
182	TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	1.02	0.00	2.72	1.70	1.70	0.34	0.00	<b>7.48</b>	<b>7.14</b>	6.42	5.84	-	-
189	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	0.08	0.00	0.17	0.08	0.00	0.00	0.00	<b>0.34</b>	<b>0.34</b>	0.62	0.62	-	-
195	NEUROLOGIA STROKE UNIT	0.55	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.55</b>	<b>0.55</b>	-	-	-	-
196	CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	-	-	-	-
5109	MEDICINA GENERALE	1.05	0.00	2.10	0.92	0.52	0.26	0.13	<b>4.85</b>	<b>4.72</b>	4.45	3.79	3.47	7.99

5112	MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.36	0.00	1.43	1.07	0.71	0.00	0.00	<b>3.57</b>	<b>3.57</b>	1.6	1.6	-	-
5114	CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	1.18	0.00	0.00	1.47	0.29	2.06	0.29	<b>5.00</b>	<b>3.23</b>	4.89	4.31	2.55	7.61
5115	CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.53	0.00	<b>0.53</b>	<b>0.00</b>	-	-	-	-
5117	TRAPIANTI DI RENE	1.35	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	<b>2.02</b>	<b>2.02</b>	3.94	3.94	-	-
5118	TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	0.96	0.00	0.32	0.00	0.00	0.96	0.00	<b>2.23</b>	<b>1.27</b>	-	-	-	-
5120	CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.25</b>	<b>0.25</b>	-	-	-	-
5122	EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	0.23	0.23	1.59	0.45	0.00	0.23	0.23	<b>2.72</b>	<b>2.72</b>	2.67	2	5.23	4.56
5125	CARDIOLOGIA SCOMPENSO	0.73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.73</b>	<b>0.73</b>	-	-	-	-
5127	CENTRO DEL COLON RETTO	0.19	0.00	0.39	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.58</b>	<b>0.58</b>	-	-	-	-
5131	NEFROLOGIA	1.24	0.00	2.48	0.62	2.89	0.21	0.00	<b>7.44</b>	<b>7.23</b>	2.83	2.36	-	-
5134	UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	1.41	0.40	3.42	1.81	3.62	2.01	0.60	<b>12.67</b>	<b>11.26</b>	5.57	5.36	-	-
5135	MEDICINA INTERNA GERIATRICA	0.87	0.00	1.91	1.21	1.21	0.00	0.00	<b>5.20</b>	<b>5.20</b>	3.56	3.46	-	-
5136	REUMATOLOGIA	1.42	0.00	1.06	0.71	0.00	0.71	0.71	<b>3.89</b>	<b>3.89</b>	7.05	5.99	-	-
5137	MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	0.56	0.00	1.12	0.84	0.00	0.28	0.00	<b>2.81</b>	<b>2.52</b>	3.09	3.09	-	-
5139	ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	2.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>2.04</b>	<b>2.04</b>	-	-	-	-
5141	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	1.56	0.00	0.00	0.00	0.00	1.56	1.56	<b>3.13</b>	<b>3.13</b>	-	-	-	-
5143	MEDICINA INTERNA 3	0.27	0.00	2.46	0.82	0.82	0.27	0.00	<b>4.64</b>	<b>4.37</b>	5.3	5.09	-	-
701	RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	0.00	0.00	0.61	0.82	0.00	0.20	0.00	<b>1.64</b>	<b>1.43</b>	1.45	1.24	-	-
704	NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	1.07	0.36	1.61	2.32	2.32	3.93	0.00	<b>11.61</b>	<b>7.68</b>	14.94	11.46	5.85	7.97
706	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0.00	0.00	0.34	0.00	0.00	0.00	0.00	<b>0.34</b>	<b>0.34</b>	-	-	-	-
707	RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	0.15	0.00	0.44	0.44	0.74	0.15	0.00	<b>1.93</b>	<b>1.78</b>	3.61	2.98	-	-
<b>TOTALE UU.OO.</b>		<b>0.72</b>	<b>0.03</b>	<b>0.86</b>	<b>0.49</b>	<b>0.60</b>	<b>0.39</b>	<b>0.07</b>	<b>3.10</b>	<b>2.78</b>	<b>3.78</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 2022 e 2021 presso le Unità Operative del Presidio Columbus.**

Unità Operativa		MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii DR	P. aeruginosa MDR	P. aeruginosa XDR	Tot 2022*	Tot 2022**	Tot 2021*	Tot 2021**
211	MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	1.23	0.00	1.54	1.08	1.08	0.00	0.00	<b>4.93</b>	<b>4.93</b>	-	-
212	IMMUNOLOGIA CLINICA COLUMBUS	0.00	0.00	1.91	0.00	3.82	0.00	0.00	<b>5.74</b>	<b>5.74</b>	-	-
288	MEDICINA INTERNA 2	0.98	0.00	1.48	0.49	0.49	0.16	0.16	<b>3.61</b>	<b>3.61</b>	2.84	2.84
<b>TOTALE UU.OO.</b>		<b>1.07</b>	<b>0.00</b>	<b>1.53</b>	<b>0.76</b>	<b>0.92</b>	<b>0.08</b>	<b>0.08</b>	<b>4.35</b>	<b>4.35</b>	<b>7.45</b>	<b>7.05</b>

\*Alert totali con P.aeruginosa MDR

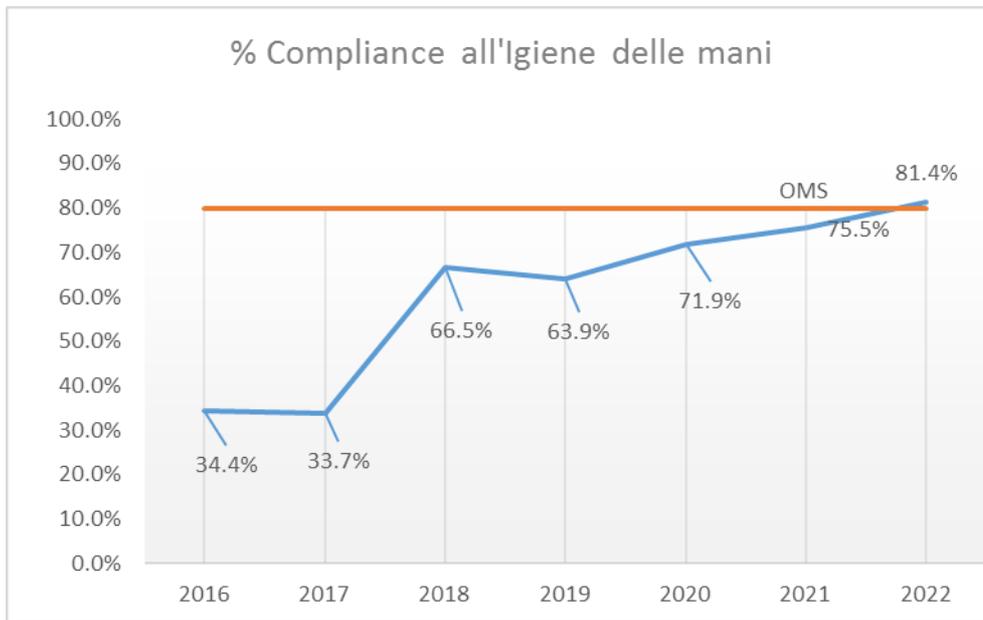
\*\*Alert totali con P.aeruginosa XDR

### 1.4.3 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 2022.

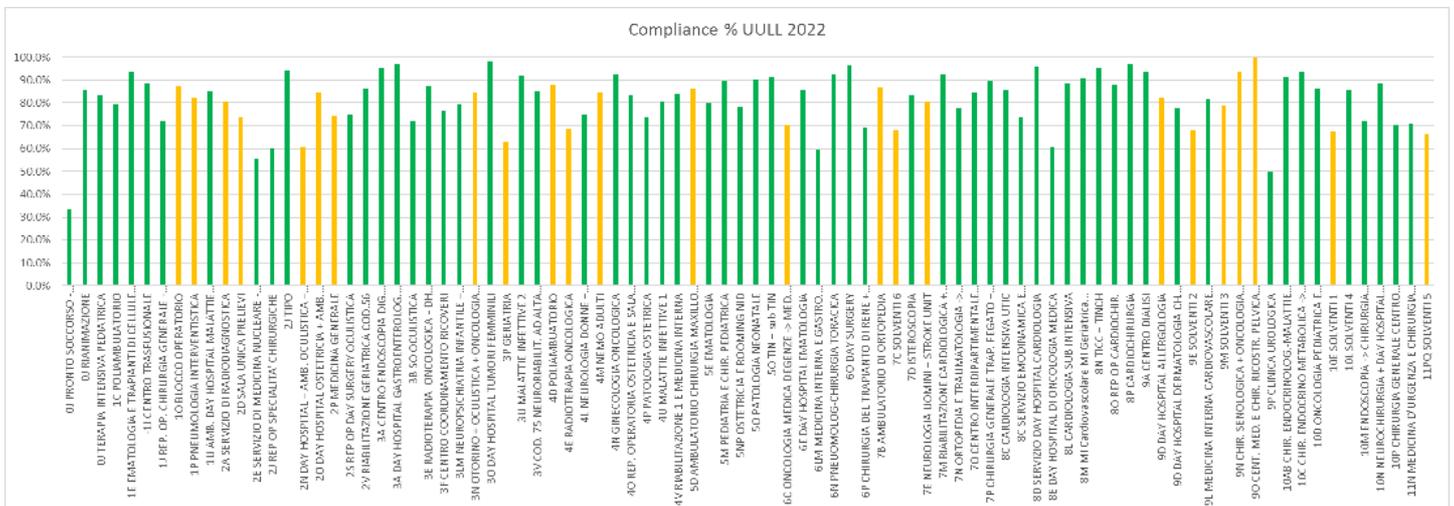
Tali rilevazioni hanno misurato il grado di adesione all'igiene mani durante le varie "opportunità", come definite dai 5 momenti indicati dall'OMS. Le rilevazioni sono state effettuate da un team di rilevatori appositamente formato ed incaricato di effettuare le rilevazioni presso tutte le UU.LL.

**Figura 1: Andamento della compliance all'igiene delle mani nel periodo 2016-2022**



La valutazione condotta ha registrato un'adesione all'igiene delle mani pari all'**81.4%** nel corso di tutto il 2022, registrando un aumento della compliance del 5.9% rispetto al 2021. Tale aumento ha così permesso il raggiungimento dell'obiettivo fissato per il 2022 dell'80% della compliance.

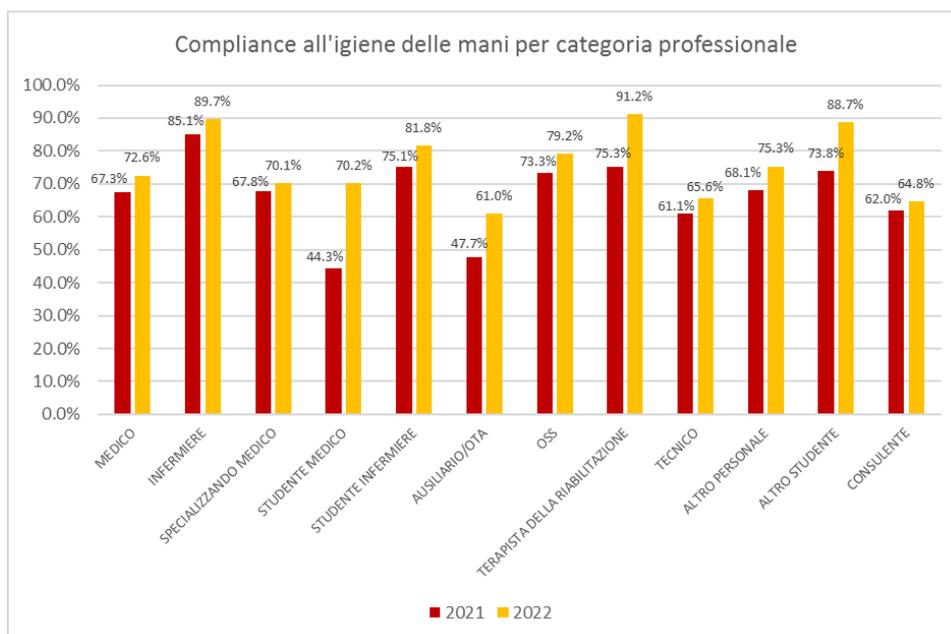
Nella figura 2 è riportata la compliance all'igiene delle mani registrata nell'anno 2022 nelle UU.LL. oggetto di rilevazione.



**Figura 2: Compliance all'igiene delle mani per Unità logistica.**

- 100 rilevazioni ≤ **arancione** < 200 rilevazioni
- **verde** ≥ 200 rilevazioni

(Standard OMS per ogni UL in un anno: 200 rilevazioni)

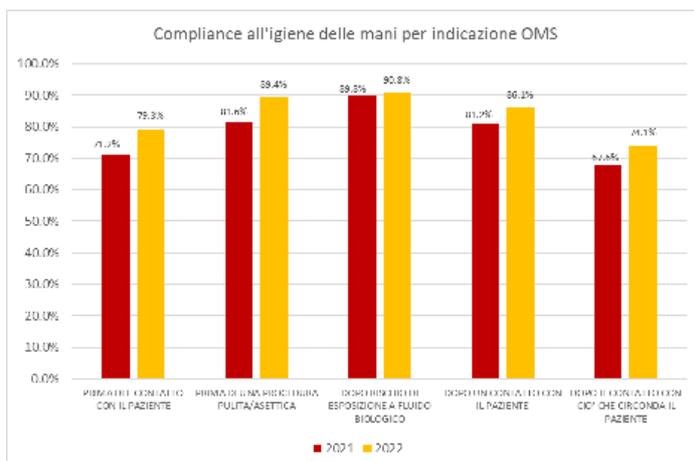


**Figura 3. Compliance all'igiene delle mani 2021-2022 per categoria professionale**

La categoria professionale infermieristica e quella dei terapisti della riabilitazione hanno registrato nel 2022 le migliori compliance all'igiene delle mani (89,7% e 91,2%), mentre la categoria medica si attesta sul 72,6%.

Nel precedente Piano si era posto l'obiettivo di incrementare del 10% il dato 2021 registrato nei medici, negli specializzandi, negli ausiliari/OTA e nei tecnici (categorie con compliance < 70%), tale obiettivo è stato raggiunto esclusivamente per la categoria "Ausiliario/OTA" che rimane comunque la categoria con la compliance più bassa.

Per quanto concerne la *compliance* ai cinque momenti dell'igiene delle mani (Figura 4), si evidenzia una crescita della compliance a tutte le indicazioni OMS. Le percentuali più basse si confermano essere quelle relative ai momenti "dopo il contatto con ciò che circonda il paziente" (74,1%) e "prima del contatto con lo stesso" (79,3%).



#### Figura 4. Compliance all'igiene delle mani 2021-2022 per indicazione OMS

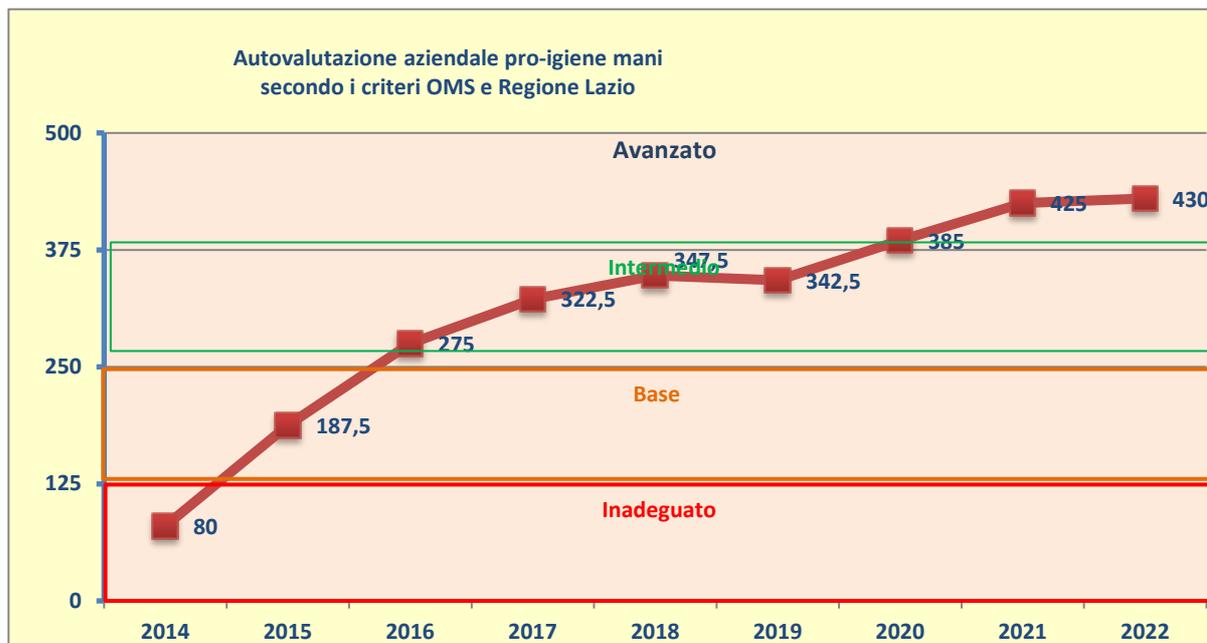
Per quanto concerne il framework per l'autovalutazione dell'igiene delle mani, strumento sistematico sviluppato dall'OMS e utile ad analizzare, all'interno di una struttura sanitaria, la situazione in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani, il punteggio della FPG è cresciuto ulteriormente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

**Tabella 8: Punteggi del questionario di autovalutazione aziendale igiene mani registrati negli anni 2014-2022**

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

\*Il progresso nello score tra il 2021 e il 2022 riguarda la *compliance* che ha superato l'80%.

**Figura 5. Grafico punteggi del questionario di autovalutazione aziendale igiene mani registrati negli anni 2014-2022**



#### 1.4.4 VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI

Presso la FPG IRCCS nel corso del 2022 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 mentre nella tabella 9 sono riportate le dosi di vaccino somministrate agli operatori sanitari della FPG.

Figura 6: Copertura vaccinale antinfluenzale, stratificata per tipologia di OS nell'ultimo triennio presso la FPG

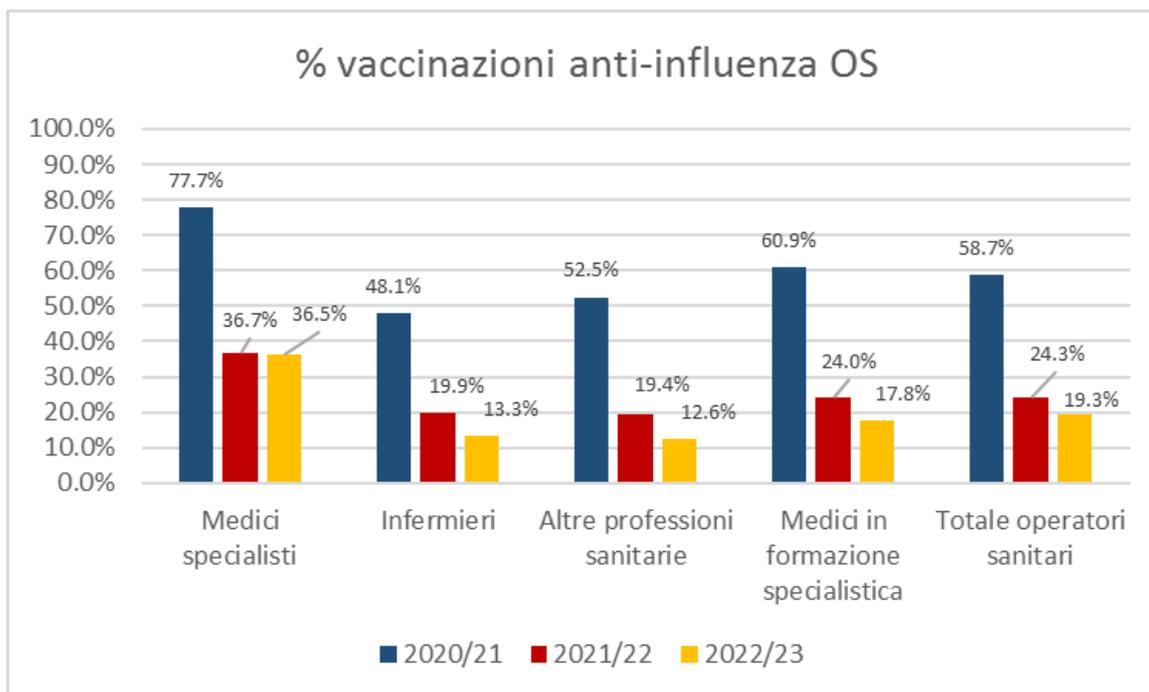


Tabella 9: Numero di dosi di vaccino antinfluenzale somministrate agli OS della FPG nelle campagne vaccinali 2020-21, 2021-22 e 2022-23

campagna vaccinale anti-influenzale	Medici Specialisti	Infermieri	Altre professioni sanitarie	Medici in formazione specialistica	Totale operatori sanitari vaccinati
2020-2021	1170	971	825	688	3654
2021-2022	560	455	330	472	1817
2022-2023	545	301	167	369	1382

Come emerge da figura e tabella, rispetto alla campagna antiinfluenzale precedente, quella del 2022-23 ha registrato un ulteriore calo delle vaccinazioni. Tale fenomeno ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo 2022 esclusivamente per la categoria medica (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 2022 ad immunizzare il personale sanitario con la prima dose booster; nel grafico seguente (figura 7) sono indicate le percentuali di copertura vaccinale degli OS.

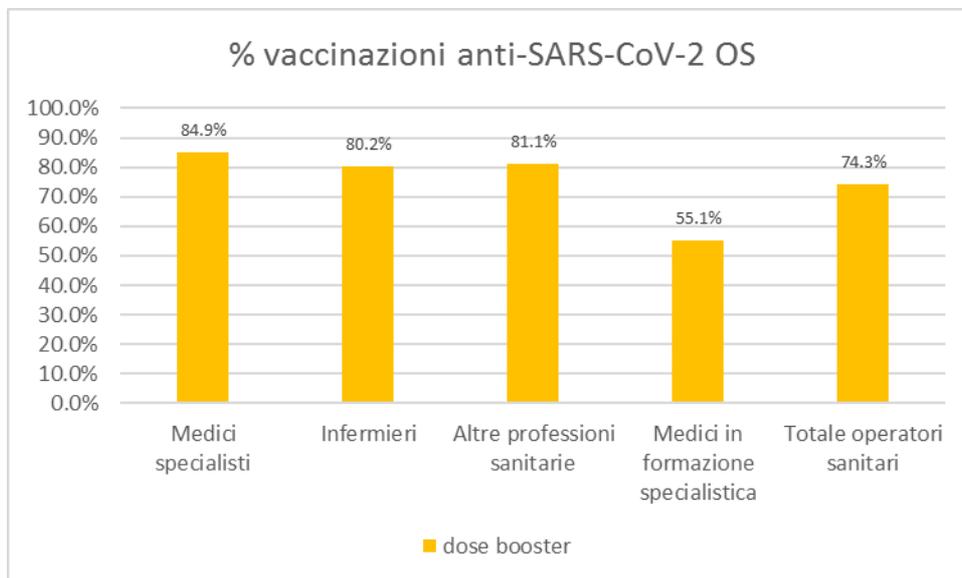


Figura 7: Copertura vaccinale anti- SARS-CoV 2 stratificata per tipologia di operatore sanitario presso la FPG nel 2022

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 8, che illustra l’immunizzazione contro MPR-V raggiunta negli operatori sanitari nel 2022 a confronto con gli anni precedenti, il trend dell’immunizzazione registra un leggero aumento per tre delle quattro patologie infettive interessate.

L’obiettivo 2022 (mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2021 e comunque non inferiore al 95%) può ritenersi quindi raggiunto.

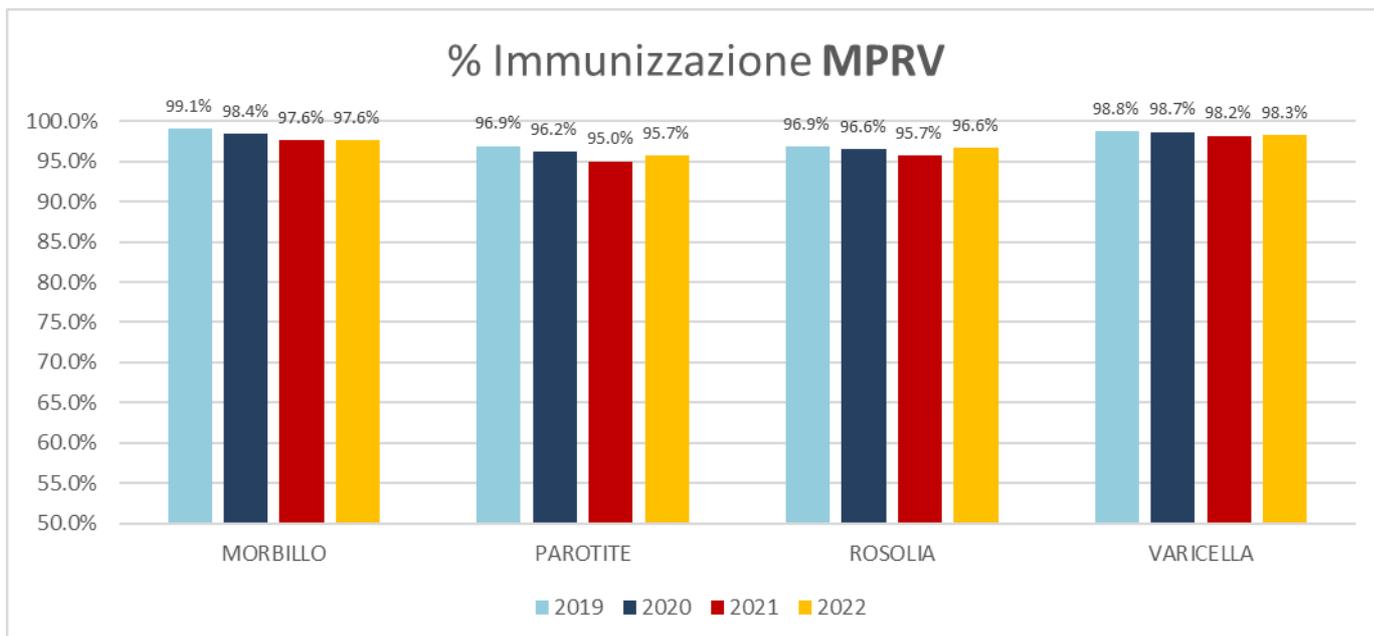


Figura 8: Copertura vaccinale contro MPR-V tra gli OS nel 2019 - 2022 presso la FPG IRCCS

1.4.5 INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA

La figura 9 mostra il tasso delle infezioni correlate all’assistenza, standardizzato per tipologia di infezione, in Rianimazione (0J) negli ultimi 6 mesi del 2020, nel 2021 e nel 2022. Nel 2022 è stata inclusa nella sorveglianza anche la Terapia Intensiva Neurochirurgica (8N)

Nel 2022 si è osservata una diminuzione delle infezioni totali che permette di raggiungere l’obiettivo 2022 “registrare una riduzione dell’incidenza delle infezioni totali del 5% rispetto al dato 2021 nella UOC Rianimazione (0°J)”. Al contrario, l’aumento delle polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP) non ha permesso di raggiungere l’obiettivo 2022 di riduzione del 5% della loro incidenza.

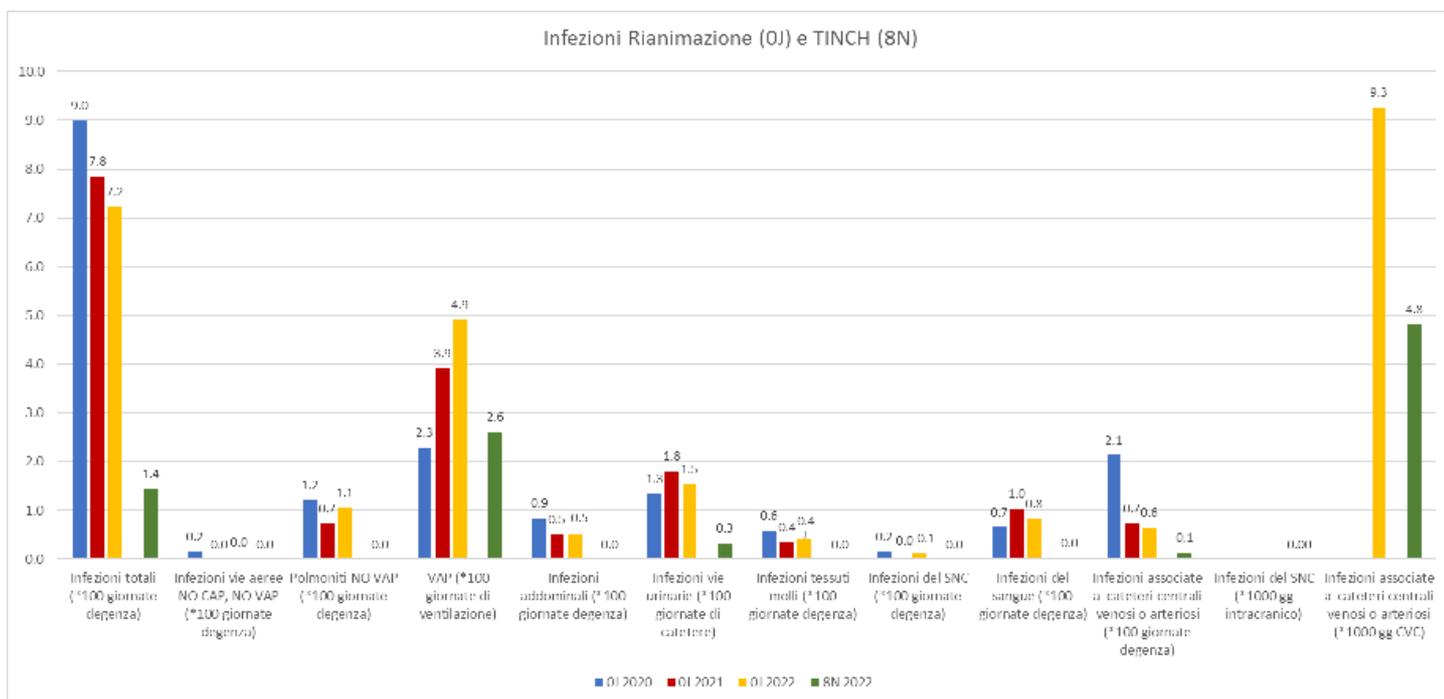


Figura 9. Tasso standardizzato di infezioni correlate all’assistenza in Rianimazione e TINCH

#### 1.4.6 INFEZIONI NEI NEONATI

Nel 2022 nella UOC Neonatologia si è registrato un valore di infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari centrali (CLABSI) pari a 9 per 1.000 giorni di cateterismo rispetto alle 13 dell'anno precedente; tale riduzione non ha però permesso di raggiungere l'obiettivo 2022 (riduzione dell'incidenza delle CLABSI del 50% (5 per 1000 gg catetere) rispetto al dato del 2° semestre 2021 (10.7 per 1000 gg catetere).

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

Tipologia	1° semestre 2022			2° semestre 2022			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	gg cat	N CLABSI	CLABSI 1000 gg cat
CVO+CAO	407	4	9,8	347	4	11.5	754	8	10.6	805	7	8.7
ECC	518	6	11,6	511	4	7.8	1029	10	9.7	1447	28	19.4
CICC+FICC	913	7	7,7	755	6	7.9	1668	13	7.8	951	7	7.4
<b>Tutti</b>	<b>1838</b>	<b>17</b>	<b>9,2</b>	<b>1613</b>	<b>14</b>	<b>8.7</b>	<b>3451</b>	<b>31</b>	<b>9.0</b>	<b>3203</b>	<b>42</b>	<b>13.1</b>

gg cat= giorni di cateterismo vascolare

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

#### 1.4.7 INFEZIONI DEL SANGUE - CATHETER-RELATED BLOODSTREAM INFECTION (CRBSI)

Nella tabella sottostante è rappresentata l'incidenza, standardizzata per 1.000 giornate di cateterismo vascolare, delle catheter-related bloodstream infection nelle quattro Unità Operative pilota della FPG nel 2022; solo in una di esse, la Neurochirurgia, si è registrata una riduzione (pari a circa il 50%). L'obiettivo 2022, cioè azzeramento o maggior riduzione possibile dell'incidenza delle CRBSI rispetto all'anno precedente è stato quindi raggiunto esclusivamente in tale Unità Operativa.

**Tabella 11. Incidenza delle CRBSI registrate nei reparti pilota FPG nel 2021 e nel 2022**

Catheter-Related BloodStream Infection per mille giornate di cateterismo vascolare								
	MALATTIE INFETTIVE 2 3U		MALATTIE INFETTIVE 1 4U		NEUROCHIRURGIA		TRAPIANTI DI MIDOLLO/EMATOLOGIA /DH EMATOLOGIA	
	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021
GENNAIO	0	-	6.99	-	111.1	-	0.53	-
FEBBRAIO	5.43	0	0	-	0	0	0	0
MARZO	0	0	0	-	10.52	0	0.63	0

APRILE	0	8.1	0	-	0	9.9	0	0
MAGGIO	0	0	0	-	9.43	11.7	0.61	0
GIUGNO	0	0	0	-	0	13.7	0	0
LUGLIO	0	0	0	-	0	0	0	0
AGOSTO	9.70	0	8.47	-	0	20.5	0	0
SETTEMBRE	7.04	0	0	-	0	33.3	0	0
OTTOBRE	0	0	0	-	0	11.2	0	0
NOVEMBRE	0	0	11.90	-	0	5.88	0	0.57
DICEMBRE	9.9	0	9.52	-	0	6.17	0.38	0
<b>TOTALE</b>	<b>3.11</b>	<b>0.95</b>	<b>2.97</b>	<b>-</b>	<b>4.87</b>	<b>9.32</b>	<b>0.16</b>	<b>0.06</b>

## 1.4.8 INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

Nelle tabelle 12 e 13 sono rappresentate rispettivamente l'incidenza, standardizzata per 1000 giornate di degenza, del totale delle infezioni del tratto urinario e del dettaglio di quelle associate a catetere urinario nelle tre Unità Operative pilota della FPG nel 2022 a confronto con il 2021; in due ULA su tre si è registrata una diminuzione dell'incidenza.

L'obiettivo 2022, cioè registrare un'incidenza delle UTI in linea con i dati presenti in letteratura (3.55 x 1000 giorni degenza) può dirsi quindi raggiunto in due ULA su tre.

### UTI TOTALI (N x 1000 gg degenza)

ULA	UUOO	1° trim. 22	2° trim. 22	3° trim. 22	4° trim. 22	2022	2021
2V	Riabilitazione Geriatrica 2	3.64	8.28	5.07	5.29	5.63	6.25
6LM	Medicina Interna e Gastroenterologia	1.14	1.86	1.79	2.23	1.74	2.96
10M	Endocrinologia e Diabetologia, Medicina Interna Geriatrica, Patologia dell'obesità	2.17	2.38	2.50	6.04	2.99	2.09

**Tabella 12. Incidenza delle infezioni urinarie totali registrate nei reparti pilota FPG nel 2022**

### CAUTI (N x1000 gg degenza)

ULA	UUOO	1° trim. 22	2° trim. 22	3° trim. 22	4° trim. 22	2022	2021
2V	Riabilitazione Geriatrica 2	1.82	4.97	4.51	3.31	3.70	4.64
6LM	Medicina Interna e Gastroenterologia	0.85	1.86	1.49	2.23	1.59	1.94
10M	Endocrinologia e Diabetologia, Medicina Interna Geriatrica, Patologia dell'obesità	1.93	2.38	1.56	5.11	2.49	1.83

**Tabella 13. Incidenza delle infezioni urinarie associate a catetere urinario registrate nei reparti pilota FPG nel 2022**

#### 1.4.9 INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Presso la Fondazione, da luglio 2018 è attivo un sistema di sorveglianza attivo delle infezioni del sito chirurgico. Tale sistema misura l'incidenza di infezione del sito chirurgico in tutte le UUOO di tipo chirurgico a rotazione, prevedendo 5 mesi di rilevazione continuativa dei pazienti ricoverati più 90 giorni post dimissione per gli interventi che hanno comportato utilizzo di materiale protesico o 30 giorni per tutti gli altri interventi. La sorveglianza, e la relativa raccolta dati, viene eseguita al momento del ricovero, al momento della visita di controllo ambulatoriale e dopo 30 o 90 giorni, in base alla presenza di materiale protesico, con apposita telefonata ad un recapito lasciato dal paziente.

Per l'anno 2022, l'incidenza delle ISC nelle Unità Operative monitorate è indicata nella tabella sottostante.

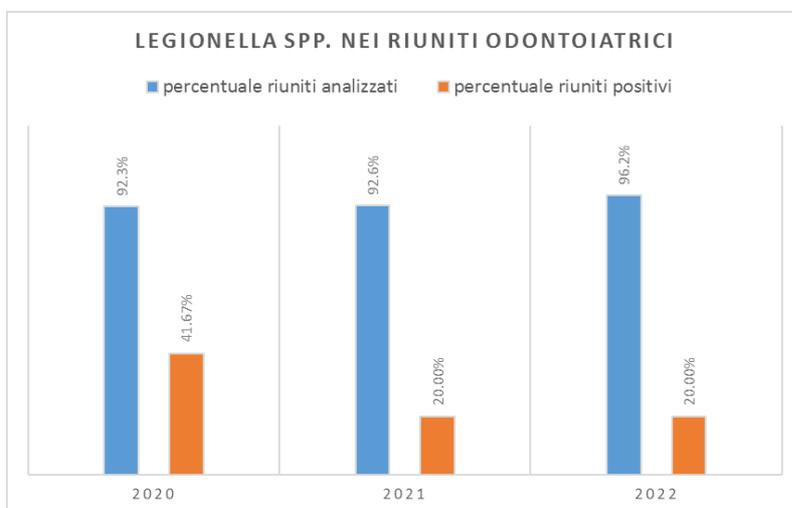
**Tabella 14. Incidenza di infezioni del Sito Chirurgico nelle Unità Operative oggetto di monitoraggio nel 2022 presso la FPG IRCCS**

ULD	COD	REPARTO	Periodo di studio	N procedure	N ISC	ISC su totale interventi
7N	141	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4 ottobre - 3 marzo (+1/3 mesi)	283	29	10.2%
7N	129	CHIRURGIA VERTEBRALE	4 ottobre - 3 marzo (+1/3 mesi)	197	12	6.1%
10D	150	NEUROCHIRURGIA INFANTILE	4 ottobre - 3 marzo (+1/3 mesi)	105	4	3.8%
3N	135	ORL	17 gennaio - 16 giugno (+1/3 mesi)	290	12	4.1%
3N	5119	MAXILLO FACCIALE	17 gennaio - 16 giugno (+1/3 mesi)	131	11	8.4%
3N	137	OCULISTICA	17 gennaio - 16 giugno (+1/3 mesi)	51	2	3.9%
3N	136	ONCOLOGIA OCULARE	17 gennaio - 16 giugno (+1/3 mesi)	22	0	0.0%
5M	114	CHIRURGIA PEDIATRICA	14 febbraio - 15 luglio (+1/3 mesi)	97	5	5.2%
6N	119	CHIRURGIA PLASTICA	14 febbraio - 15 luglio (+1/3 mesi)	253	6	2.4%
9L	176	CHIRURGIA VASCOLARE	14 febbraio - 15 luglio (+1/3 mesi)	181	2	1.1%
9N	194	CHIRURGIA SENOLOGICA	14 febbraio - 15 luglio (+1/3 mesi)	250	11	4.4%
10N	144	NEUROCHIRURGIA - NEUROTRAUMATOLOGIA	14 marzo - 14 agosto (+1/3 mesi)	333	7	2.1%
8P	139	CARDIOCHIRURGIA	14 marzo - 14 agosto (+1/3 mesi)	232	5	2.2%
9P	112	UROLOGIA	14 marzo - 14 agosto (+1/3 mesi)	304	16	5.3%

Come si evince dalla tabella, in sole due UO (Oncologia Oculare, Chirurgia Vascolare) si è registrata un'incidenza di SSI in linea con il dato italiano presente in letteratura (interventi ortopedici: 1,2%, interventi non ortopedici 1,4%), obiettivo del PCI 2022.

### 1.4.10 SORVEGLIANZA AMBIENTALE

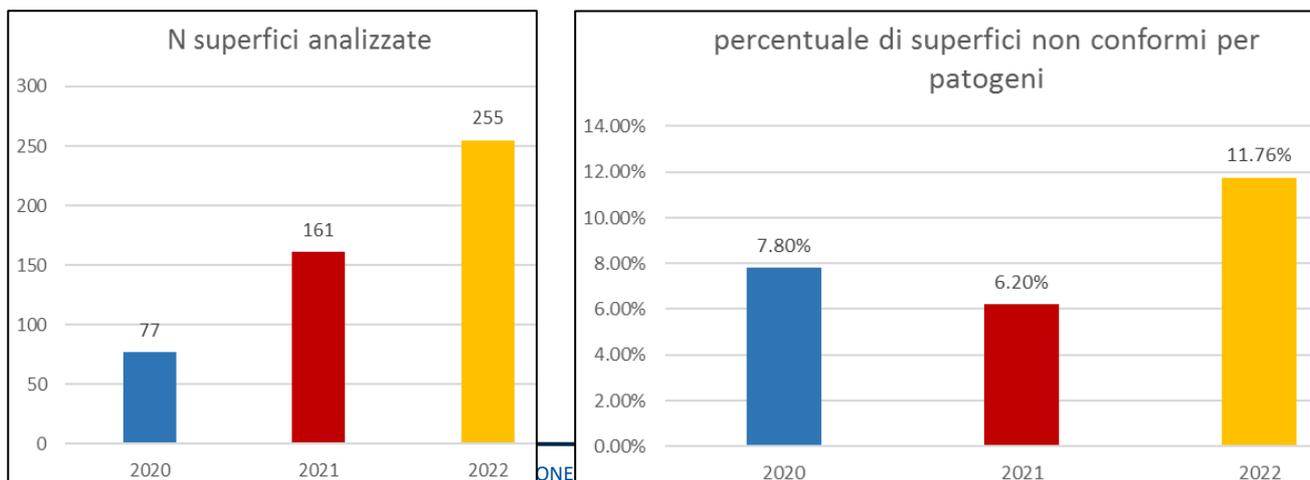
Nella figura seguente sono illustrati i risultati relativi alla presenza di Legionella spp. nei riuniti odontoiatrici all'interno di FPG, in accordo con la PRO.452: si è registrato un aumento dei riuniti analizzati rispetto allo scorso anno mentre la percentuale di quelli positivi al batterio è rimasta invariata. L'obiettivo 2022 di ridurre del 10% la proporzione di riuniti contaminati da Legionella non è stato quindi raggiunto.



**Figura 11. Grafici con 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 12, nel 2022 sono state analizzate oltre 250 superfici contro le 160 circa del 2021 mentre nel secondo grafico si evince come si sia passati da circa il 6% di superfici positive per patogeni del 2021 a circa il 12% del 2022; l'obiettivo 2022 di ridurre del 5% la proporzione di superfici colonizzate da microrganismi patogeni non è stato quindi raggiunto.



## Figura 12. Numero di superfici analizzate e relativa positività a microrganismi patogeni nel triennio 2020-22

### 1.4.11 SALUTE DEL PERSONALE

Nel corso del 2022 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 2022 (mantenere a 0 tale numero).

Durante lo scorso anno l'FPG ha registrato 3341 casi (di cui 21 reinfezioni) di operatori sanitari contagiati da SARS-CoV2 (non è stato possibile differenziare i contagi lavorativi) rispetto ai 541 del 2021; l'obiettivo 2022 di ridurre di un quinto tale numero non è stato quindi raggiunto.

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

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 Punti 1.2 e 1.3	C	C	C	I	I	I
Redazione punti 3.1 e 4.1	R	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 3.1 e 4.1	R	C	I	I	C	C

## 3. 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 2023 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, un liquidatore e due posizioni amministrative; l'inserimento di 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.

### 3.1 GESTIONE 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).

A questi obiettivi, si aggiungono le seguenti ulteriori priorità, valorizzate anche in considerazione della recente esperienza epidemica:

- 1) Mantenimento coperture vaccinali Operatori Sanitari e personale di interesse sanitario.

Inoltre si è ritenuto di promuovere l'intensificazione della sorveglianza sui germi CRE, introducendo uno 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.

## 4. ATTIVITÀ

### 4.1 ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

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), appaiono i rischi meritevoli di iniziative volte al loro contenimento per l'anno 2023:

1. Miglioramento degli strumenti di valutazione del rischio cadute;
2. Compliance sulla gestione secondo procedura dei consensi informati nel 100% delle UOC
3. Introduzione delle informative a prova di bambino;
4. Ampliamento del progetto braccialetto e valutazione introduzione reparti con porte «bloccate» per il contenimento del rischio suicidio
5. Aggiornamento procedura per la valutazione e la gestione del rischio allergie a somministrazione di mdc.

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 4.1 del presente documento.

Il primo punto rappresenta il portato dell'evidenza del mancato raggiungimento dell'obiettivo (ambizioso) assegnato (e condiviso) per l'anno 2022: si era infatti stabilito di promuovere il massimo sforzo per un'ulteriore riduzione pari al 10% del numero di cadute. Il numero delle cadute ha invece registrato un trend stabile, con un picco di incremento nell'ultimo trimestre 2022. Questo dato numerico assoluto viene solo parzialmente attenuato dalla normalizzazione per giornate di degenza e per numero di ricoveri, a dimostrazione del fatto che l'aumento osservato non è direttamente collegato all'aumento delle attività e prestazioni di ricovero e di ambulatorio. Ci si è appunto chiesti se questo dato non fosse il risultato di una insufficiente capacità di stratificazione del rischio caduta. I limiti della scala di Conley erano noti. I dati registrati nel corso dell'anno 2022 hanno reso quei limiti ancora più evidenti: contrariamente all'atteso, il maggior numero di cadute si registra in pazienti con punteggio Conley inferiore a 2 (e cioè nel range di punteggio cui dovrebbe corrispondere la minore probabilità di caduta a priori).

L'impegno dell'UOS Risk Management e delle articolazioni organizzative di supporto sarà dunque rivolto a costruire un modello predittivo basato su una integrazione delle scale attualmente in uso, in grado di raffinare la rudimentale Conley, senza gravare di ulteriori strumenti operativi il personale dedicato all'assistenza: i dati raccolti indicano che le cadute investono principalmente pazienti poco o nulla autonomi. L'integrazione della Conley con i punteggi derivanti dall'applicazione delle scale di BRASS e BARTHEL ritualmente popolate dal personale di assistenza per altri scopi potrebbe pertanto essere d'ausilio.

I restanti punti scaturiscono da un lato dall'esigenza di affrontare in maniera più decisa il tema della comunicazione tra personale curante e paziente, con particolare riguardo all'ambito pediatrico ed al coinvolgimento del minore nei progetti di cura. L'avvio di un programma mirato a introdurre Morbidity Mortality Conference nel Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche potrà costituire il volano per la progressiva estensione dello strumento dei fogli informativi a tutte le Unità di Chirurgia ancora non del tutto complianti rispetto allo standard stabilito da FPG.

Gli eventi sentinella accaduti su pazienti fragili e su soggetti sottoposti a procedure con impiego di mezzi di contrasto hanno poi pungolato l'UOS Risk Management a definire una strategia di contenimento per questi due specifici rischi: l'ampliamento del progetto braccialetto sarà il primo passaggio di un piano che, con particolare riguardo alla categoria dei soggetti a rischio suicidio, si estenderà all'individuazione e applicazione di altre soluzioni tecnico-strutturali ed organizzative.

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:

### ATTIVITÀ OBIETTIVO A

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>
ATTIVITÀ 1 – Aggiornamento ed Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali
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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE				
ATTIVITA' 2 – Implementazione e accreditamento ECM del programma “pillole di Risk Management”: 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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 3 – Riproposizione della edizione del corso 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 e destinato ai neo-assunti
INDICATORE Partecipazione di almeno il 75% dei neo-assunti e Principal Investigator

STANDARD > 75%			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOS Qualità ed Accredimento	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	I	I
Esecuzione del corso	R	C	C
Verifica degli esiti dell'attività	I	C	R

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
ATTIVITÀ 4 – Avvio delle Morbidity & Mortality Conference di Dipartimento con cadenza mensile in un Dipartimento Pilota		
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 31.12.2023		
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

<b>OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]</b>			
ATTIVITÀ 1 – Introduzione di istruzione operativa sulla esecuzione degli accertamenti tossicologici in Pronto Soccorso			
INDICATORE Avvio operativo entro 31/09/2023			
STANDARD Si			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria/Qualità e Accreditamento	UOC Medicina Legale
Redazione della procedura	R	C	C
Validazione della procedura	C	R	I

<b>OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]</b>		
ATTIVITÀ 2 – Incremento attività di Audit ed accreditamento ECM		
INDICATORE Confermare l'obiettivo di almeno due Audit al mese su eventi avversi significativi condotti nell'anno corrente, con modalità di esecuzione tali da consentire il riconoscimento di crediti ECM		
STANDARD Si		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UOS Selezione, Formazione
Esecuzione degli Audit	R	C
Verifica dell'attività	C	R

<b>OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]</b>
ATTIVITÀ 3 – Conferma attività FMECA
INDICATORE Realizzazione di almeno 1 analisi FMECA sulla prevenzione del rischio suicidio attraverso l'adozione del sistema "porte chiuse" mediante calamita entro il 31/12/2023
STANDARD Si

FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Qualità e Accredimento	UOC Medicina d'Urgenza e PS
Esecuzione delle valutazioni FMECA	R	C	C
Verifica dell'attività	C	R	I

<b>OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]</b>					
ATTIVITA' 4 – Introduzione delle scale integrate di valutazione del rischio cadute nelle unità di degenza; individuazione di un indicatore sulla base delle serie storiche; revisione procedura rischio cadute per allineamento alle indicazioni regionali; attività di formazione					
INDICATORE 70% del personale sanitario dell'area dell'assistenza dimostra di aver appreso il corretto impiego delle nuove misure introdotte in procedura					
STANDARD Si					
FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOS Qualità/Accreditamento	SITRA	UU.OO.	Direttori di Dipartimento
Revisione della Procedura	R/C	I	R/C	C	I
Verifica di aderenza agli standard JCI	C	R	I	C	I
Valutazione impatto sul rischio clinico	R	I	C	C	I
Organizzazione Corso di Formazione (con accreditamento ECM)	C	C	R	I	I
Avvio fase pilota introduzione scale integrate su due Unità Operative	R/C	I	R/C	I	I
Revisione serie storiche andamento cadute e valutazione modello	R	I	C	I	I

predittivo (confronto multicentrico)					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

### ATTIVITÀ OBIETTIVO C

<b>OBIETTIVO C) Favorire visione unitaria sicurezza</b>			
ATTIVITA'1 – 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 – Focus sulla contenzione			
INDICATORE Costruzione e Validazione dello strumento entro il 31.12.2023			
STANDARD Si			
FONTE UOS Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	ICT	Direzione Sanitaria
Applicazione del modello su un campione di cartelle cliniche del biennio 2021-2022	R	R/C	I
Analisi dei dati	R	R	I
Validazione dei dati	C	R	C
Estensione del modello così testato su base trimestrale	R	I	C

<b>OBIETTIVO C) Favorire visione unitaria sicurezza</b>			
ATTIVITA'2 – Realizzazione ed avvio del percorso di sicurezza del paziente fragile a rischio allontanamento/suicidio mediante introduzione del sistema a porte chiuse			
INDICATORE - Avvio del progetto pilota entro il 30/09/2023			
STANDARD Si			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	ICT	UOC Psichiatria	UOC Geriatria e P.S.	Facility Management
Ricezione del parere favorevole del Comando Provinciale dei VV.FF.	R	C	I	I	I	C
Individuazione dei varchi nei tre reparti pilota (una unità geriatrica; una unità medica ed una unità di neurospichiatria infantile) provvisti di sistemi di video-assistenza (introdotti durante la fase pandemica)	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

### **OBIETTIVO C) Favorire visione unitaria sicurezza**

ATTIVITA'3 –Progettazione ed avvio di attività formativa a piccoli gruppi sulle modalità di redazione dei certificati medici e dei referti

INDICATORE Progettazione entro 30/06/2023; Avvio dell'attività nel secondo semestre 2023

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC Medicina Legale	Formazione
Avvio del corso	R	R	I
Monitoraggio dell'aderenza	R	I	C
Stesura del Report	R	C	I

### **OBIETTIVO C) Favorire visione unitaria sicurezza**

ATTIVITA 4 – Revisione delle istruzioni operative in materia di utilizzo di mezzi di contrasto

INDICATORE Revisione dell'istruzione operativa entro il 31.06.2023

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

<b>OBIETTIVO C) Favorire visione unitaria sicurezza</b>				
ATTIVITA' 5 – Miglioramento appropriatezza prescrittiva e sicurezza nel processo di somministrazione delle terapie				
INDICATORE Introduzione applicativo Medi-Span®				
STANDARD Si				
FONTE UO Risk Management				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	UOC Qualità e Accreditamento	ICT	Direzione Sanitaria
Avvio dell'attività di supporto	C	R	I	I
Introduzione dell'applicativo	I	C	R	C
Stesura del Report	C	R	R/C	I

LEGENDA R=Responsabile, C= Coinvolto, I=Interessato

## Specchietto riassuntivo dei tempi di realizzazione dei principali obiettivi sopra declinati:

Obiettivi	Azioni di miglioramento	Tempo di realizzazione	Valutazione Efficacia
Miglioramento degli strumenti di valutazione del rischio cadute	Realizzazione e validazione di uno strumento di predizione del rischio, dotato di sensibilità e specificità superiore a quelle della scala di Conley	31.12.2023	Controllo esterno della metodologia applicata
Miglioramento degli strumenti di valutazione del rischio caduta	Realizzazione di uno strumento di predizione degli eventi attesi di cadute per mese di accadimento a parità di condizioni organizzative	30.06.2023	Controllo esterno della metodologia applicata
Miglioramento protezione rischio caduta	Aggiornamento della Procedura Aziendale in recepimento della Procedura Regionale; Corso di Formazione; Completamento piano di sostituzione barelle di PS e ampliamento piano di acquisto carrozzine per PS	31.05.2023	Andamento delle segnalazioni di caduta su TALETE con riduzione del 5% dei casi con esito grave
Miglioramento della qualità dei consensi informati	Formazione sul campo Pubblicazione sul report trimestrale di Qualità dei dati di compilazione dei moduli di consenso per Unità Operativa	30.06.2023	Raggiungimento del 100% dell'aderenza allo standard
Contenimento rischio suicidio (in special modo da precipitazione all'interno dello stabile)	Approvazione del piano «porte bloccate» con sistema a calamita da parte del Comando dei VVFF	31.03.2023	Ottenimento dell'approvazione
Contenimento rischio suicidio (in special modo da precipitazione all'interno dello stabile)	Realizzazione FMECA per definire le Unità di degenza da destinare al progetto «porte bloccate» Avvio Fase Pilota	31.12.2023	Avvenuto azzeramento del rischio suicidio da precipitazione nelle Unità inserite nel programma di miglioramento

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 procederà a trasmettere le segnalazioni di eventi avversi e near miss, con l'obiettivo di andare a regime con un sistema di automatismo della trasmissione tra TALETE® e Portale Regionale entro il 31.12.2023.

Si stabilisce 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.

## 4.2 ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In continuità con l'anno 2021 e 2022, anche per il 2023 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 18 sottostante sono riportati i valori assegnati da HVA.

**Tabella 18. Hazard Vulnerability Analysis 2023**

FPG RISK ASSESSMENT 2023				
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%
Polmoniti associate alla ventilazione meccanica	4	4	1	71%
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	2	54%
<i>Acinetobacter baumannii XDR</i>	4	3	2	71%
<i>Pseudomonas aeruginosa MDR</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	1	1	21%
Insufficiente compliance all'igiene delle mani delle mani	2	3	1	29%
Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico	1	4	1	18%
<b>Eventi correlati all'ambiente</b>				
Sanificazione non idonea delle superfici ambientali	3	2	2	43%
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	2	1	11%
<b>Collocazione geografica e caratteristiche della comunità</b>				
Tubercolosi	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	2	2	1	21%
<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, SARS Cov 2)	2	2	1	21%
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	2	1	11%
<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.	3	4	1	54%

Legenda:

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

#### 4.2.1 PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI 2022 (PCI.4 E PCI.5 EM 3, JCI EDIZIONE 7)

Nella tabella sottostante è riportato il Piano di prevenzione e controllo infezioni elaborato per l'anno 2023; per ogni item prioritario, identificato tramite l'HVA, sono stati definiti: un obiettivo da conseguire nel 2023, 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. in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle CRBSI per tutto il personale sanitario</li> </ul>
<b>Polmoniti Associate Alla Ventilazione (VAP)</b>	Registrare una riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2022 nella UOC Rianimazione (0°J) (dato 2022: 4.9 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.	<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 all'adesione all'igiene mani.</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> </ul>

<p><b>Infezioni del sito chirurgico</b></p>	<p>Registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2011–2012: 1.27%)</p>	<p>Rilevazione della prevalenza delle ISC nelle UU.OO. attraverso indagine.</p>	<p>Numero di pazienti con ISC sul totale di pazienti inclusi nell'indagine</p>	<p>Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.</p>	<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. in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle ISC per tutto il personale sanitario</li> </ul>
<p><b>Infezioni delle vie urinarie catetere correlate (CAUTI)</b></p>	<p>Registrare una prevalenza delle CAUTI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2011–2012: 0.73%)</p>	<p>Rilevazione della prevalenza delle CAUTI nelle UU.OO. attraverso indagine.</p>	<p>Numero di pazienti con CAUTI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine</p>	<p>Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.</p>	<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. in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle CAUTI per tutto il personale sanitario</li> </ul>

<p><b>Monitoraggio sistematico ICAS</b></p>	<p>Nel 2023 proseguire la definizione di un modello di monitoraggio informatizzato dell'incidenza delle ICAs in tutte le UU.OO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica del completamento dell'implementazione informatica degli strumenti necessari alla documentazione dell'applicazione dei bundle</li> <li>• Formazione all'uso degli strumenti informatici sviluppati rivolta al personale medico e infermieristico delle UU.OO.</li> <li>• Verifica della definizione delle regole del modello di monitoraggio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementazione degli strumenti informatici: 100%</li> <li>• Formazione del personale medico e infermieristico: 100%</li> <li>• Definizione delle regole del modello di monitoraggio: 100%</li> <li>• Implementazione del modello di monitoraggio: 80%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trakcare</li> <li>- Digistat</li> <li>- SAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- Direzione ICT e processi,</li> <li>- SITRA,</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>• Identificazione delle modifiche da apportare agli strumenti informatici per la documentazione delle ICAs</li> <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> </ul>
---	--	---	--	---	---	---

<p><b>Monitoraggio checklist (bundle) prevenzione ICAs</b></p>	<p>Nel 2023 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica della definizione delle regole del modello di monitoraggio</li> <li>• Verifica dello sviluppo 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>• Definizione delle regole del modello di monitoraggio: 100%</li> <li>• Implementazione del modello di monitoraggio: 80%</li> <li>• Verifiche sul campo eseguite una volta a trimestre nel 100% delle ULA</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>- Direzione ICT e processi,</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>
--	--	--	---	--	---	--

<p><b>Infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari centrali (CLABSI) in Neonatologia</b></p>	<p>Registrare una riduzione dell'incidenza delle CLABSI nella UOC Neonatologia del 30% rispetto al dato del 2022 (9 per 1000 gg catetere)</p>	<p>Rilevazione continua dell'incidenza delle CLABSI in TIN, subTIN e Patologia Neonatale.</p>	<p>Numero CLABSI per 1000 giorni di cateterismo vascolare nelle UU.OO. indicate</p>	<p>Dati della documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Neonatologia,</li> <li>- UOC Microbiologia, UDCII,</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>• Redazione di una procedura per la gestione delle vie centrali in Neonatologia</li> <li>• Formazione <i>ad hoc</i> del personale della UOC</li> <li>• Reportistica quotidiana dei microorganismi multiresistenti isolati dai campioni clinici</li> <li>• Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani degli operatori sanitari della UOC e di quelli consulenti</li> </ul>
<p><b>Infezioni in Rianimazione</b></p>	<p>Registrare una riduzione dell'incidenza delle infezioni totali del 10% rispetto al dato 2022 nella UOC Rianimazione (0°J) (dato 2022: 7.2 infezioni totali *100 gg di degenza)</p>	<p>Rilevazione dell'incidenza delle infezioni totali nella UOC Rianimazione (0°J)</p>	<p>Numero di infezioni totali per 100 giorni di degenza</p>	<p>Analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche.</p>	<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 all'adesione all'igiene mani.</li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle infezioni per il personale sanitario</li> </ul>

<p><b>Sorveglianza Germi Sentinella</b></p>	<p>Registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2022 (Gemelli: 2.78 x 1000 giornate di degenza)</p>	<p>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 XDR, P. aeruginosa XDR) standardizzati per 1000 giornate di degenza per ogni UU.OO.</p>	<p>Numero di isolamenti dei germi alert per 1000 giornate di degenza</p>	<p>Dati delle risultanze delle colture microbiologiche</p>	<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>• Ridefinizione della policy "PLC.004 Pulizia e Disinfezione ambientale"</li> <li>• Verifiche igienico-sanitarie post sanificazione ambientale</li> <li>• Formazione sui suddetti temi rivolta a tutto il personale</li> </ul>
---	---	--	--	--	---	---

<p><b>Screening Tampone Rettale CRE</b></p>	<p>Nel 2023 aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati (dato 2022: 7.053)</p>	<p>Rilevazione dei trend trimestrali del numero di tamponi preventivi CRE effettuati per ogni UU.OO. di FPG</p>	<p>Numero di tamponi preventivi CRE effettuati in ciascuna U.O. di FPG</p>	<p>Dati relativi ai tamponi preventivi CRE effettuati</p>	<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>
---	--	---	--	---	--	---

<p><b>Igiene delle mani</b></p>	<p>Aumentare la compliance all'igiene delle mani totale registrata in FPG all'85% (raccomandazione WHO) ed incrementare del 10% il dato 2022 registrato nelle categorie con compliance &lt; 80%</p>	<p>Rilevazione della compliance all'igiene delle mani in tutte le UU.LL. della FPG tramite checklist</p>	<p>Numero di azioni di igiene mani effettuate (lavaggio o frizione) dagli operatori sanitari sul numero totale di opportunità valutate</p>	<p>Dati registrati dai rilevatori durante le osservazioni nelle UU.LL.</p>	<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> <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>
---------------------------------	---	--	--	--	---	--

<p><b>Qualità igienico-sanitaria dell'acqua erogata nelle cure odontoiatriche</b></p>	<p>Nel 2022 passare dal 20% al 15% la proporzione di riuniti contaminati da <i>Legionella</i> spp.</p>	<p>Verificare la qualità dell'acqua erogata durante le cure odontoiatriche mediante la ricerca di agenti patogeni, quali Legionella spp</p>	<p>Numero di non conformità sul totale di riuniti odontoiatrici monitorati</p>	<p>Dati database verifiche UOC Igiene Ospedaliera</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- Responsabile Ufficio Tecnico</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 corredata 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> <li>• Verifica dell'efficacia delle azioni correttive</li> </ul>
<p><b>Sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle superfici ambientali</b></p>	<p>Nel 2022 ridurre del 5% la proporzione delle superfici colonizzate da microrganismi patogeni elencati nella PRO.463.</p>	<p>Monitoraggio dei processi di sanificazione e disinfezione degli ambienti a carica microbica controllata e dei reparti ad alto e medio rischio</p>	<p>Numero di non conformità sul totale di campioni analizzati</p>	<p>Dati database verifiche UOC Igiene Ospedaliera</p>	<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 corredata 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> <li>- Verifica dell'efficacia delle azioni correttive</li> </ul>

<p><b>Vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari</b></p>	<p>Nel 2023 raggiungere un valore di copertura vaccinale, per ogni tipologia di OS, pari come minimo alla mediana europea (dato ECDC 2016-17= 30.2%)</p>	<p>Misurazione del valore di copertura vaccinale antinfluenzale degli Operatori Sanitari raggiunta attraverso la campagna 2023/24</p>	<p>Proporzione di operatori sanitari vaccinati per ogni tipologia sul totale</p>	<p>Database dati vaccinazioni FPG</p>	<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>• Coinvolgimento dei Responsabili di UOC</li> <li>• Vaccinazione on site nelle UU.OO</li> </ul>
<p><b>Immunizzazione anti MPR-V negli operatori sanitari</b></p>	<p>Nel 2023 mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2022 e comunque non inferiore al 95%.</p>	<p>Misurazione dell'immunizzazione anti MPR-V negli operatori sanitari nel corso del 2023</p>	<p>Proporzione di operatori sanitari immunizzati per ogni microrganismo sul totale</p>	<p>Database dati immunizzazione della Sorveglianza Sanitaria</p>	<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>

<p><b>Riduzione contagio infezioni negli operatori sanitari</b></p>	<p>Nel 2023 mantenere a zero il numero di operatori che contraggono la TBC, HIV, HBV, Sifilide (post esposizione)</p>	<p>Registrazione dei casi di TBC, HIV, HBV, HCV, Sifilide (Post esposizione).</p>	<p>Numero di operatori sanitari contagiati da TBC HIV, HBV, Sifilide (post esposizione)</p>	<p>Dati registrati dalla Medicina Preventiva e dalla Sorveglianza Sanitaria</p>	<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>	<p>Formazione alla corretta adesione alla procedura per gestione esposizione alla tubercolosi, HIV, HBV, HCV, Sifilide (Post esposizione)</p>
---	---	---	---	---	---	---

## 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine dello 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, informato sintetico, in apposita, erigenda sezione del sito internet aperto alla pubblica consultazione.

## 6. 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 "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani";
- XXII. 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)".

- XXIII. 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";
- XXIV. 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)".

## 7. 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 Uve" 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/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);

- 
- 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>.

## 8. ALLEGATI

Allegato 1, Stratificazione del rischio clinico, indice di priorità e mappa del rischio FPG 2022.

