

# PIANO

Annuale Rischio Sanitario (PARS): anno 2025

# Gemelli



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

## SOMMARIO

PREMESSA	4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	7
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	29
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2024)	30
5.1. RISULTATI DEL PARM	30
5.2. DATI DEL PAICA	32
4.2.1. PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2024: SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI	33
4.2.2. MICRORGANISMI SENTINELLA (ALERT)	36
4.2.3. IGIENE DELLE MANI	38
4.2.4. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI	43
4.2.5. INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA	45
4.2.6. INFEZIONI NEI NEONATI	47
4.2.7. INFEZIONI DEL SANGUE	47
4.2.8. INFEZIONI DELLE VIE URINARIE	47
4.2.9. INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	47
4.2.10. MONITORAGGIO ICAS E RELATIVI BUNDLE	48
4.2.11. SORVEGLIANZA AMBIENTALE	48
4.2.12. PRESIDI, DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO CHIRURGICO	49
4.2.13. SALUTE DEL PERSONALE	49
4.2.14. EMERGENZE CORRELATE AL MANIFESTARSI DI MALATTIE GLOBALI TRASMISSIBILI	49
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	50
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	50
7.1. OBIETTIVI	50
7.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (GLD.13 E QPS.10 JCI EDIZIONE 7)	51
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	59
8.1. OBIETTIVI DEL RISCHIO INFETTIVO	59
8.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	59
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	74
10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	74
10.1. BIBLIOGRAFIA	74
10.2. RIFERIMENTI NORMATIVI	74
11. ALLEGATI	76

## STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	ARTICOLI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	REDATTO DA	DATA
0			Risk Management	15/09/2016
1			Risk Management	13/02/2017
2			Risk Management	31/03/2018
3			Risk Management	15/02/2020
4			Risk Management	17/02/2021
5			Risk Management	17/02/2022
6			Risk Management	17/02/2023
7			Risk Management	12/02/2024
8			Risk Management	25/02/2025

## PREMESSA

*“Prima della scoperta dell’Australia, gli abitanti del Vecchio Mondo erano convinti che tutti i cigni fossero bianchi: una convinzione inconfermata, poiché sembrava pienamente confermata dall’evidenza empirica. L’avvistamento del primo cigno nero può essere stato una sorpresa per alcuni ornitologi (e per altre persone interessate al colore degli uccelli), ma non è questo il punto. La vicenda evidenzia un grande limite del nostro apprendimento basato sulle osservazioni e sull’esperienza, nonché la fragilità della nostra conoscenza. Una sola osservazione può confutare un’asserzione generale ricavata da millenni di avvistamenti di milioni di cigni bianchi. Basta un solo (e, a quanto pare, piuttosto brutto) uccello nero”* (Taleb NN. Il cigno nero: come l’improbabile governa la nostra vita. Il Saggiatore, Milano, 2023; 11). L’incipit del prologo della nota opera di Nassim Taleb ci invita da tempo a riflettere non solo sui limiti della conoscenza umana, ma anche e soprattutto sulla inadeguatezza dei modelli previsionali e di controllo dei rischi basati su ciò che è già noto. La logica del “cigno nero” all’apparenza rende ciò che non si sa molto più importante di ciò che si sa: il cigno nero infatti è un evento isolato, di rilevante e spesso violento impatto, che non rientra nel campo delle normali aspettative, poiché niente nel passato può indicare in modo plausibile la sua possibilità, nonostante poi si cerchi, a posteriori, una volta verificatosi, di trovare giustificazioni della sua comparsa per renderlo spiegabile.

Se così fosse, avrebbe certamente ragione Nassim Taleb a considerare le capacità di predire i rischi totali proprie della cd. scienza dell’incertezza applicata ad ambiti strategici dell’agire umano come la finanza o la salute non superiori a quelle tipiche dell’astrologia. In realtà, la cecità rispetto al caso o alle grandi deviazioni potrebbe essere anche il portato di un eccesso di fideismo nei confronti delle analisi delle serie e vicende storiche, delle valutazioni del susseguirsi di episodi dei singoli e di costruzioni, positive o erratiche, dei consorzi umani, nella convinzione che l’esperienza acquisita e confermata nel tempo faccia da scudo rispetto all’eventualità di accadimenti sfavorevoli. Un concetto che, sul grande schermo, venne icasticamente richiamato nell’aforisma attribuito a Mark Twain che il regista e sceneggiatore Adam McKay pose come frase d’esordio del notissimo film “La Grande Scommessa” nel 2015: *«Non sono le cose che non sai a metterti nei guai. È quello che dai per certo e che invece non lo è.»*.

Spesso gli interventi effettuati e i piani disegnati per la loro esecuzione risentono di errori in fase di costruzione e di realizzazione, che dipendono da procedimenti euristici fallaci (bias) oppure dal cosiddetto rumore di fondo, ossia dalla variabilità di approccio di più soggetti di pari competenza rispetto ad un unico tema. Mentre lo studio dei bias è ormai universalmente diffuso e i programmi di rischio clinico enfatizzano la buona pratica di apprendere dagli errori individuali e di sistema per pianificare efficaci interventi migliorativi, non altrettanto si può affermare per la corretta pesatura del rumore che affligge il mondo della medicina. E’ questo rumore a distorcere la corretta percezione di ciò che è *dato per certo* ed è per contrastare questo fenomeno o per circoscriverne le ricadute che a livello organizzativo si insiste per l’introduzione di regole e per il confronto con gli standard. Regole e standard tuttavia rappresentano, a loro volta, il distillato di decisioni frutto di valutazioni ed interpretazioni di dati che potrebbero essere esposte al rischio di variabilità, sia per le modalità di misurazione a monte dei dati impiegati per la costruzione delle regole e la fissazione degli standard, sia per le dinamiche di ponderazione adottate a valle dagli esperti che quelle regole e quegli standard finiscono per introdurre.

Sistemi di intelligenza artificiale, basati su algoritmi di apprendimento automatico e modelli predittivi, si propongono come alleati cui riporre fiducia nella lotta all’errore complessivo che inficia l’efficacia delle possibili strategie di cura, perché, si afferma, “l’algoritmo di apprendimento automatico trova segnali significativi in combinazioni di variabili che altrimenti potrebbero passare inosservate” (Hahneman D, Sibony O, Sunstein CR. Rumore. UTET, 2021; 153), riuscendo ad individuare configurazioni rare ma determinanti, ad esempio, nel predire un rischio elevato di accadimento di eventi sfavorevoli in una definita popolazione di pazienti candidati ad un trattamento specifico. In effetti, tutte le tecniche predittive meccaniche, non soltanto quelle più recenti e sofisticate, rappresentano un notevole miglioramento rispetto



alla valutazione umana: dato il peso che la combinazione di schemi personali e il rumore occasionale hanno sulla qualità del giudizio umano, semplicità ed assenza di rumore garantiti dal processo decisionale meccanico costituiscono due vantaggi considerevoli. Tuttavia, un algoritmo realizzato per prevedere quali candidati possano ottenere un lavoro e programmato per prendere in considerazione unicamente le promozioni ottenute dai candidati nei lavori precedenti è destinato a replicare tutte le distorsioni umane presenti in quelle decisioni. Ogni anno, migliaia di modelli di previsione clinica sono pubblicati in letteratura scientifica con l'obiettivo di guidare i curanti a formulare una diagnosi o la prognosi per una particolare popolazione bersaglio. Essi pesano il rischio (probabilità) di un individuo di recare già con sé (diagnosi) o di sviluppare poi (prognosi) una determinata condizione di salute, condizionato da un insieme di molteplici predittori, allo scopo di accompagnare il processo decisionale clinico. Si sono così affacciati nel tempo modelli di predizione clinica realizzati ricorrendo a sistemi di calcolo quali la regressione logistica o a metodi attribuiti all'intelligenza artificiale (AI) fondati sull'apprendimento automatico (costruiti attraverso alberi e deep learning). Questi modelli avrebbero dovuto essere valutati criticamente e rigorosamente prima di essere suggeriti come utilizzabili nella pratica clinica. Purtroppo, però, uno studio pubblicato sull'autorevole rivista internazionale BMJ il 15 febbraio 2025, nel mentre si revisionava il presente PARS, ha rivelato che la stragrande maggioranza dei modelli pubblicati in letteratura non sono poi così affidabili "a causa di standard metodologici poveri", tra i quali "dimensioni contenute del campione di riferimento, inadeguate tecniche di sviluppo del modello, validazione esterna di modesto significato": in questo modo, è stato possibile osservare in una revisione di 606 modelli prognostici per il Covid-19 che ben 545 erano ad alto rischio di bias, un dato preoccupante, perché impattante sulla concreta accuratezza predittiva di ognuno di quei modelli (cfr. Riley RD et al. Uncertainty of risk estimates from clinical prediction models: rationale, challenges, and approaches. BMJ, 2025; 388:e080749).

Su questi modelli e su questi sistemi si potrebbe incentrare l'offerta assistenziale di base del prossimo futuro, espandendo potenzialità già intraviste nel periodo pandemico (cfr. Best J. The robot will see you now: how machines could reshape post-pandemic medicine. BMJ, 2021; 373:n454) per contrastare carenze di personale e garantire la piena funzionalità dei nodi sanitari strategici: per la verità in alcune aree del pianeta questo già avviene. In India, ad esempio, "l'assistenza sanitaria in India cambia molto da regione a regione: mentre gli ospedali nelle grandi città hanno reparti di terapia intensiva ben equipaggiati e personale qualificato, l'assistenza nelle zone rurali è ancora insufficiente" (cfr. [https://www.hamilton-medical.com/it\\_IT/Stories/India-Heroes.html](https://www.hamilton-medical.com/it_IT/Stories/India-Heroes.html)). Si è quindi dapprima disegnato e realizzato un modello di terapia intensiva in telemedicina per supportare in totale 16 ospedali nell'ambito del progetto 10BedICU, con un polo centrale rispondente agli standard più elevati, ma difficilmente raggiungibile da tutti i numerosissimi cittadini di cui che popolano l'area regionale in cui insiste, e una rete di 16 altri centri ospedalieri, carenti di dotazioni soprattutto mediche, ma con un team di infermieri di terapia intensiva, cui gli specialisti anestesisti ed intensivisti del polo forniscono supporto attraverso soluzioni tecnologiche di telemedicina (collegamenti video e trasmissione da remoto di dati clinici e di laboratorio aggiornati in tempo reale). Da qui si è immaginato di estendere una soluzione simile, in scala, all'assistenza di base nelle zone rurali del medesimo contesto. Non è una prospettiva così distante dalla nostra se si pensa che già adesso nel nostro Paese migliaia di pazienti cardiologici portatori di dispositivi medici impiantabili attivi di pertinenza cardiologica soggetti a recall per ragioni di sicurezza sono portatori di meccanismi di monitoraggio da remoto che trasmettono in tempo reale informazioni ai servizi specialistici di competenza, informazioni codificate da algoritmi che guidano i tecnici ed i medici deputati alla valutazione nell'interpretazione e nella corretta attribuzione delle eventuali priorità di trattamento.

Si comprende pertanto come, in una crisi dei sistemi sanitari nazionali che non accenna a mostrare segnali di inversioni di tendenza, con sovraffollamenti dei Pronto Soccorso, collassi delle reti territoriali ed esplosioni delle liste d'attesa che ormai non fanno più notizia, con le nubi che si addensano all'orizzonte per teatri di guerra prima avvertiti lontani ma ora divenuti prossimi, con la certificazione di 8 Regioni che non garantiscono a pieno le cure nel nostro Paese (cfr.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127964&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127964&fr=n)) e con una fiducia sempre più incrinata tra le organizzazioni degli operatori del settore nella reale efficacia risolutiva degli strumenti proposti nel recente passato per provare ad invertire la rotta ([https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=127964&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127964&fr=n)), in assenza di un deciso ripensamento delle perduranti politiche di austerità anche solo avendo riguardo ai danni fin qui prodotti (de Haro Moro MT, Schofield L, Munoz-Arroyo R, McCartney G, Walsh D. A new era of inequality: profound changes to mortality in England, Scotland, and 10 major British cities. Eur J Public Health. 2025 Feb 19:ckaf008; Walsh D, McCartney G. Social murder? austerità and life expectancy in the UK. Bristol University Press, 2024), l'impiego dell'intelligenza artificiale e il ricorso a soluzioni di telemedicina e teleassistenza costituiranno una componente crescente del piano di offerta assistenziale che i decisori politici saranno costretti a proporre nel breve periodo e diverranno pertanto un importante terreno di sfida per i gestori del rischio clinico, visto che le ricadute potenzialmente sfavorevoli di simili soluzioni non sono ancora del tutto note e ancor meno studiate appaiono le strategie di contenimento dei rischi per la salute dei pazienti collegati a simili approcci.

Su questo panorama che, come detto, presenta sì molte ombre, ma squarciate da ampie fessure di luce, si proietta il piano annuale di rischio sanitario per l'anno 2025 di Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS (FPG). Un piano redatto sulla spinta dell'energia positiva assorbita per effetto dell'avvenuto conseguimento, a fine maggio 2024, del secondo accreditamento internazionale JCI – dopo quello, il primo, ricevuto nel 2021 -, nella convinzione che il cammino fin qui intrapreso, ancorché impegnativo, sia quello giusto, perché focalizzato sull'obiettivo di restituire cure sicure ai cittadini.

Conseguentemente, al pari di quanto già avvenuto in occasione della presentazione dei PARS 2023 e 2024, 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 2025 ed esposte in questo documento sviluppano anche i temi assegnati alle UOS Risk Management e Igiene Ospedaliera, nonché alle UOC Igiene Ospedaliera, Malattie Infettive, Microbiologia e Emergenze Infettive e COVID-19/Coordinamento Antibiotic Stewardship all'interno del più esteso Piano di Qualità e Sicurezza per l'anno 2025 della Fondazione.



## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

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

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	1.423	Area Medica	574
		Area Chirurgica	462
		Area Critica	98
		Area Materno-Infantile-Pediatria	229
		Area Post-Acuzie	60
Posti letto diurni	128		
Blocchi operatori	19	Sale operatorie	72
Terapie intensive	12		
UTIC	1		
Centro Procreazione Medicalmente Assistita	1	Amb. ISI	
Centro Trapianti	2		
Servizi Trasfusionali	1		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	69.936	Ricoveri diurni	35.103
Ricoveri Riabilitazione	761	Neonati (Parti)	4.521 (4.505)
Accessi PS	73.371	Prestazioni ambulatoriali erogate	4.131.637
Branche specialistiche	62	Numero di prestazioni di laboratorio	1.479.574
Numero di interventi chirurgici	95.866		

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

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

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

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

### 3. 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.

Nel 2024 sono stati segnalati 2052 eventi complessivi (alcuni dei quali segnalati più volte, da più operatori distinti, la qual cosa spiega il motivo per cui il numero complessivo di segnalazioni registrate, pari ad oltre 2500, supera il numero di eventi censiti in totale): in numeri assoluti si registra un incremento contenuto rispetto al totale raccolto alla fine del 2023. Tuttavia, sia per la pressoché impercettibilità dell'incremento in valori assoluti (2053 vs. 2032), sia per il confronto tra percentuale di incremento del numero di segnalazioni e percentuale di incremento del numero di ricoveri (69.936 vs. 68.457), il dato registrato non è stato ritenuto soddisfacente.

Ci si è interrogati sul motivo di questo segnale di rallentamento della crescita, soprattutto in considerazione del fatto che numerosi sono stati gli sforzi prodotti negli anni per promuovere la diffusione della cultura "no blame" tra il personale sanitario e degli interventi operati nel tempo sull'applicativo per agevolare il sistema di segnalazione.

Due sembrano essere le spiegazioni più plausibili: 1) il modello di segnalazione inizialmente pensato per supportare il personale segnalante a comprendere le ragioni reali della segnalazione, che sono quelle volte ad aiutare l'organizzazione ad apprendere dagli eventi avversi, avvenuti o mancati, seguendo uno schema logico allo scopo tradotto in una successione di 5 schede digitalizzate ("Dove", per identificare luogo dell'evento e unità del segnalante, "Quando", per indicare l'ora ed il giorno dell'evento, "Chi", per comunicare il nome del segnalante e l'identità della persona interessata dall'evento, "Che cosa", per categorizzare e spiegare l'evento, e "Come", per cogliere le possibili spiegazioni immediate dei fattori contribuenti al determinismo dell'evento) che devono essere necessariamente compilate dal segnalatore, risulta troppo indaginoso, richiedendo un eccesso di passaggi all'operatore che voglia



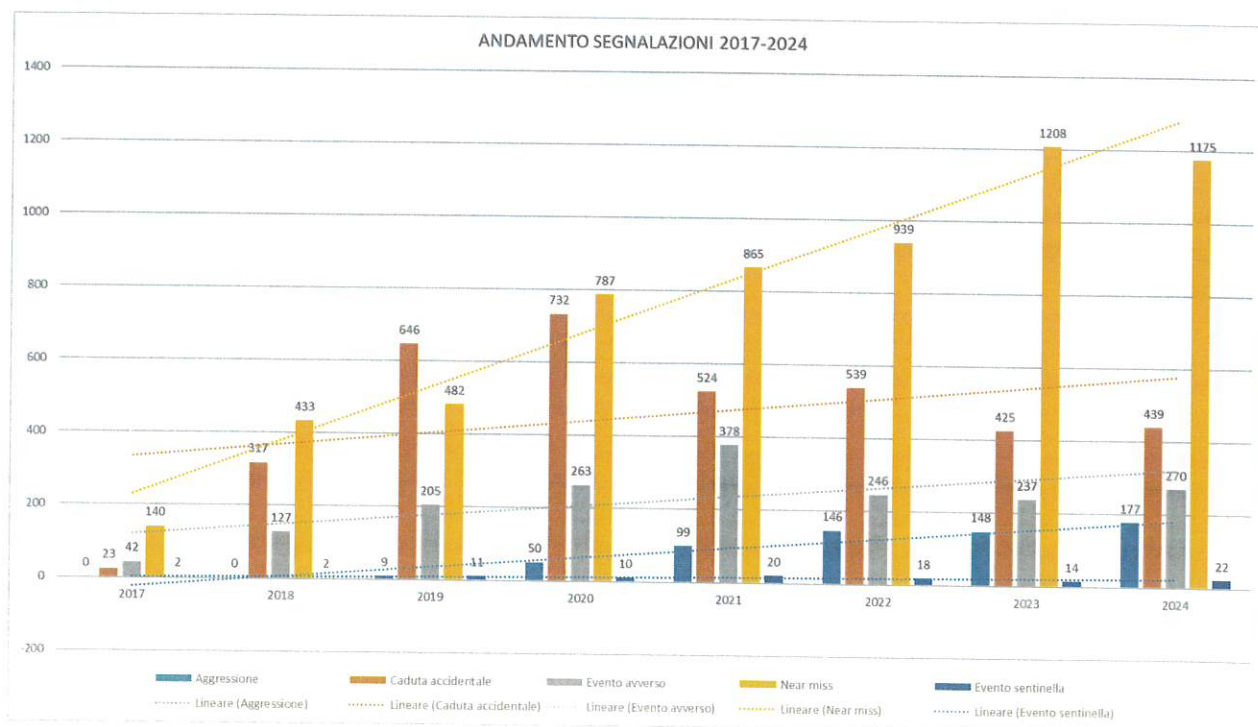
segnalare e che potrebbe essere quindi indotto a trascurare l'esigenza di segnalare per ottimizzare i tempi; 2) la reazione alla segnalazione viene percepita dagli operatori come poco efficace e tempestiva.

Per ovviare alla prima criticità, si è pianificato un ridisegno del modello di segnalazione, per renderlo più semplificato possibile, all'interno di un'unica scheda, che dovrà peraltro armonizzare la lista dei 23 eventi sentinella JCI con la nuova lista di eventi sentinella proposta dal Ministero della Salute nel luglio 2024: l'intervento migliorativo dovrebbe perfezionarsi entro la fine del maggio 2025 onde consentire l'aggiornamento del programma per il secondo semestre dell'anno.

Per migliorare i tempi della presa in carico e della risposta alle segnalazioni si è invece proceduto ad una riorganizzazione delle attività dell'UOS Risk Management, sfruttando i margini di efficientamento resi possibili dalla differente modalità di gestione dei sinistri adottata da FPG a partire dal secondo semestre 2023, una volta chiuso il periodo di necessario affiancamento all'UOC Medicina Legale per la piena conoscenza di alcuni processi organizzativi essenziali per la tenuta degli obiettivi.

Si confida che tali iniziative migliorino le prospettive dei trend di segnalazione e si traducano anche in una crescente qualità dei contenuti delle segnalazioni, con un progressivo ulteriore assottigliamento della quota di near miss, peraltro mai eccessiva, dal palese significato recriminativo. Quest'ultimo risultato sarà poi assicurato dall'ulteriore intervento migliorativo sull'applicativo TALETE®, volto a separare le schede di segnalazione di incidenti trasfusionali e non conformità laboratoristiche e di compilazione dei registri operatori dalle vere e proprie circostanze che configurano i "quasi eventi": nell'ambito di questo intervento si colloca anche l'obiettivo di inserire la scheda di segnalazione di episodi di violenza di genere nella prospettiva di supportare le attività del Comitato Risposta alla Violenza di Genere, istituito presso FPG nel 2023 e di consolidare le attività del Centro Anti-Violenza S.O.S.Lei presso il locale Pronto Soccorso.

Ciò premesso, il grafico sottostante riporta comunque l'andamento delle segnalazioni e degli eventi censiti nel periodo 2017-2024:



Per la verità, gli eventi censiti come “sentinella” per l’anno 2024 risultano pari a 14: lo scarto è dovuto alla riqualificazione di alcuni eventi segnalati come sentinella dal personale sanitario in eventi avversi sulla base delle verifiche condotte dall’UOS Risk Management di FPG.

Per effetto degli aggiornamenti in tema di classificazione degli eventi sentinella operati dal Ministero della Salute nel 2024, il numero di eventi sentinella atteso sarebbe dovuto essere significativamente più ampio. Gli interventi correttivi su questo ambito per migliorare la qualità del dato prevedono la realizzazione di due cruscotti dedicati all’ambito delle morti intraospedaliere di pazienti potenzialmente riconducibili alle conseguenze di infezioni correlate all’assistenza e di eventi ipossico-ischemici nel peripartum, le cui caratteristiche saranno illustrate nel paragrafo dedicato all’esposizione delle attività di rischio clinico da realizzare per l’anno 2025.

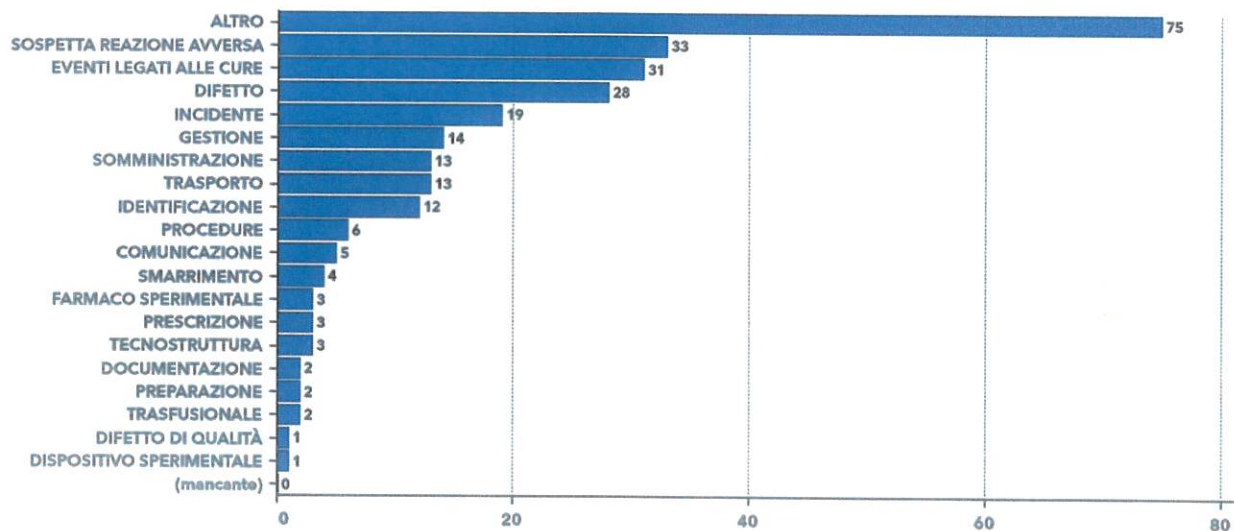
La tabella sottostante descrive invece maniera sintetica i numeri e la tipologia dei 2052 eventi complessivamente registrati presso FPG nel 2024:

SEGNALAZIONE EVENTI				
Tipo di evento	N (e % sul totale) degli eventi	Principali fattori contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1176 (57.3%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (35%)+ Comunicazione (25%)	Organizzativo/strutturale (25%)  Tecnologico (25%)  Procedure (35%)  Comunicazione (15%)	Sistema di reporting (94%) + Emovigilanza (6%)
Eventi avversi	861 (di cui 439 cadute accidentali, di cui 15 ricadute) (42.0%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (25%) + Organizzativi/Procedure (30%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting
Eventi sentinella	15 (0.7%)	Strutturali (15%)+ Tecnologici (20%) + Organizzativi/Procedure (35%)+ Comunicazione (30%)		Sistema di reporting

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

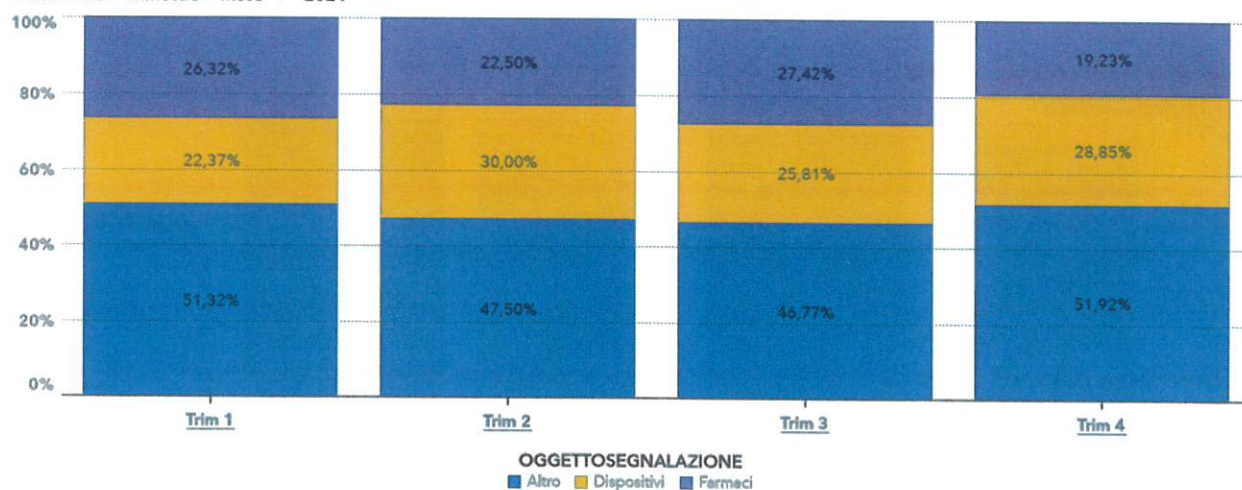


### TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI



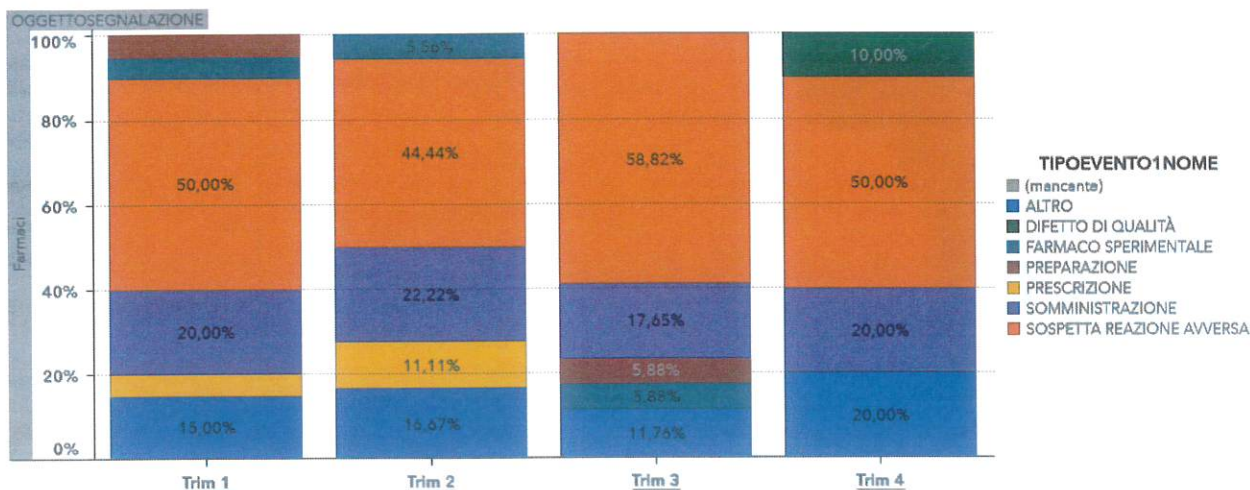
### EVENTI AVVERSI PER OGGETTO SEGNALAZIONE

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



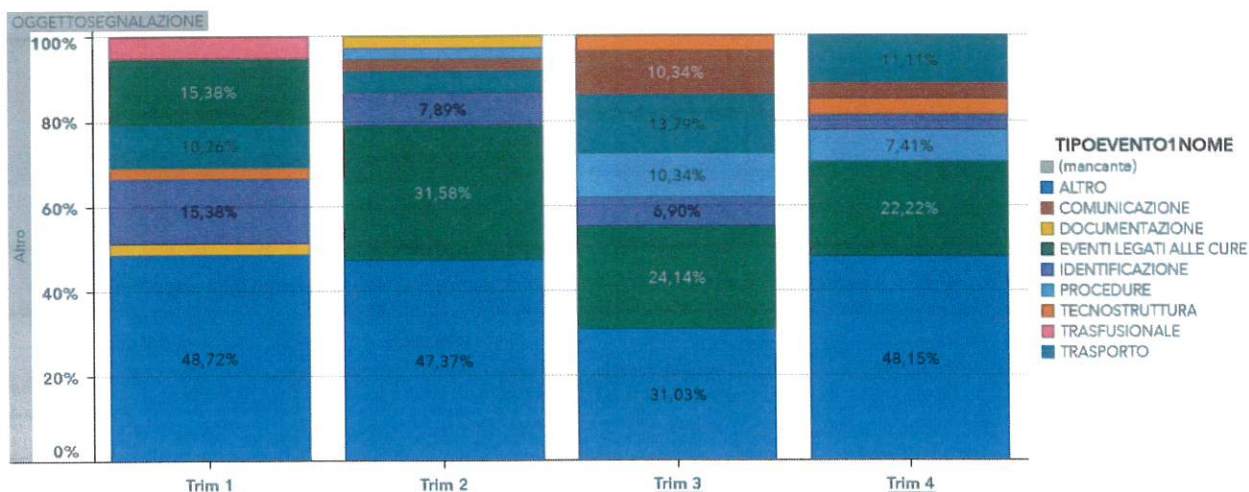
## TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



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

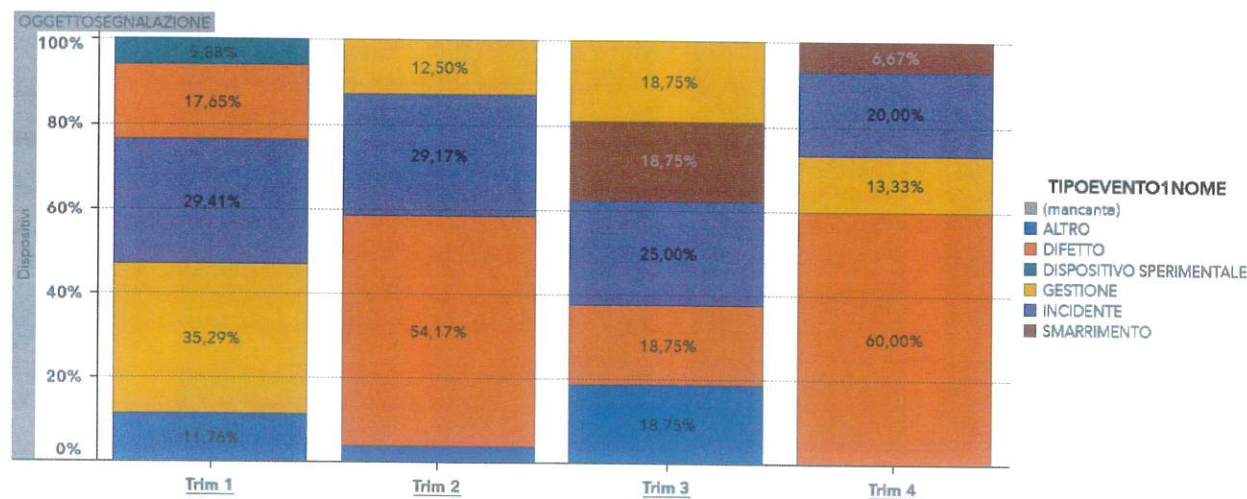
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024





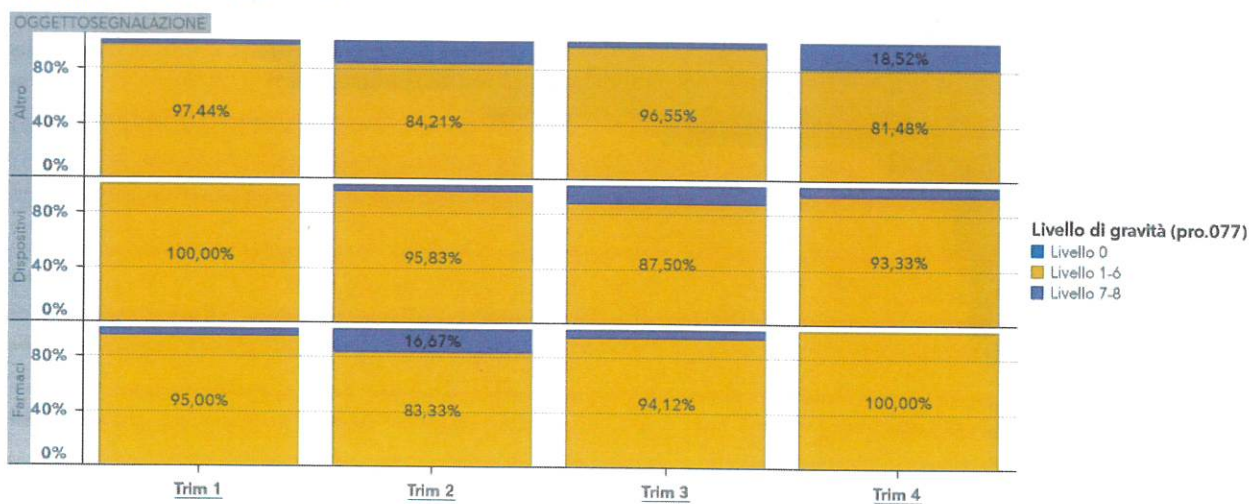
## TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



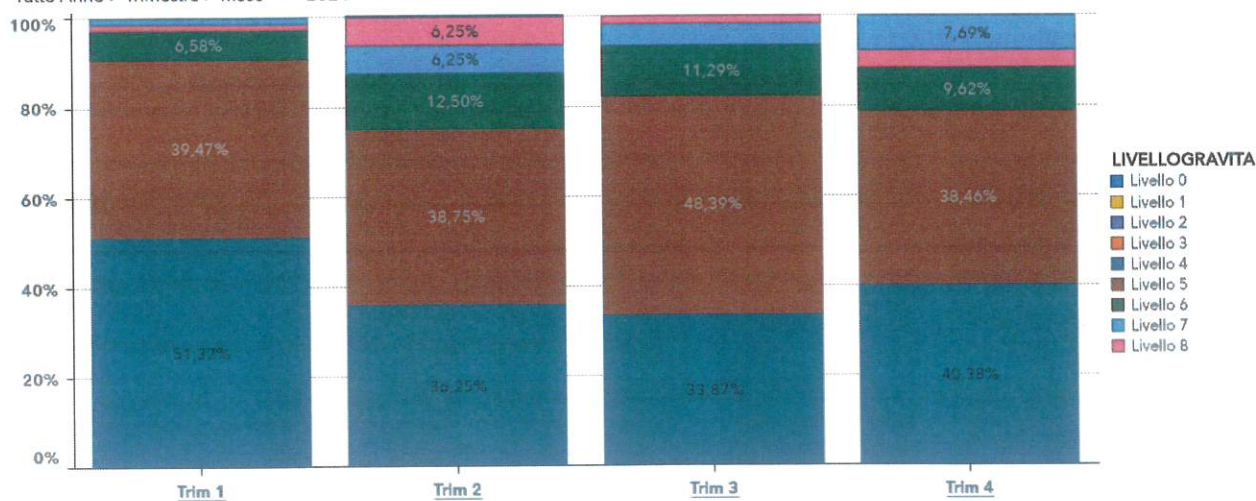
## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ ED OGGETTO

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024

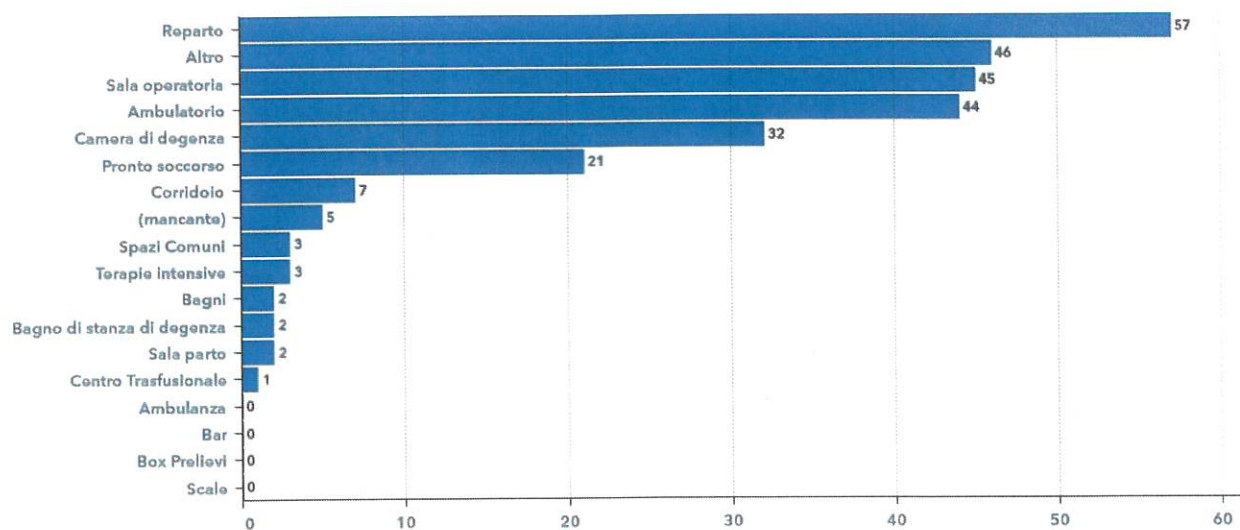


## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ

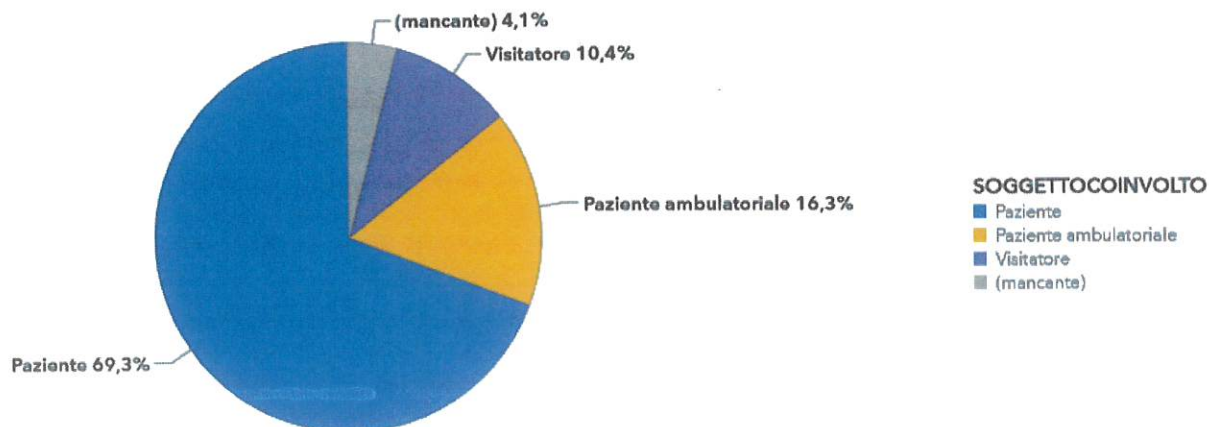
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LUOGO DI INCIDENTE

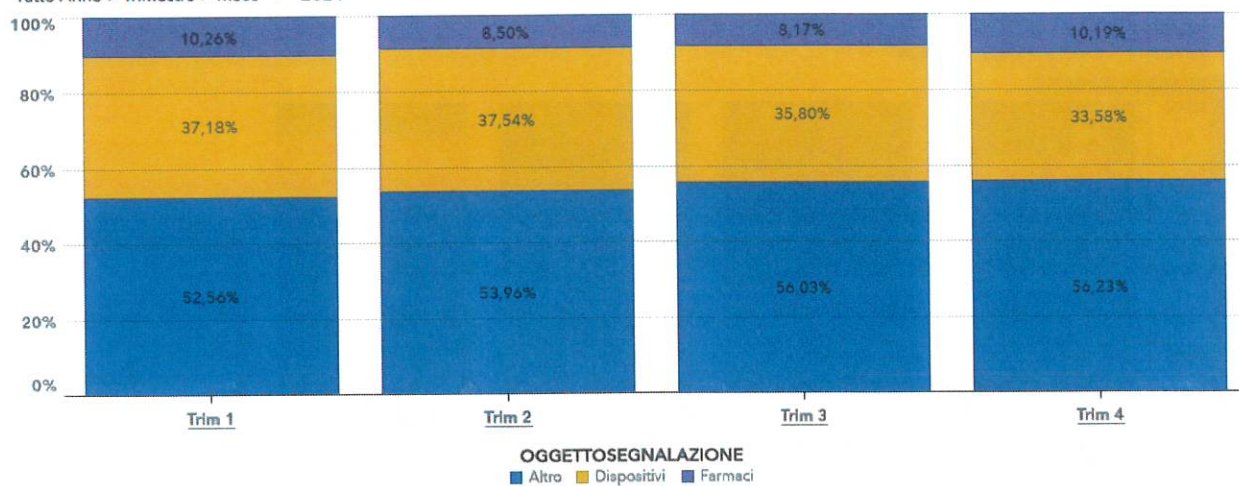


## SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER SOGGETTI COINVOLTI



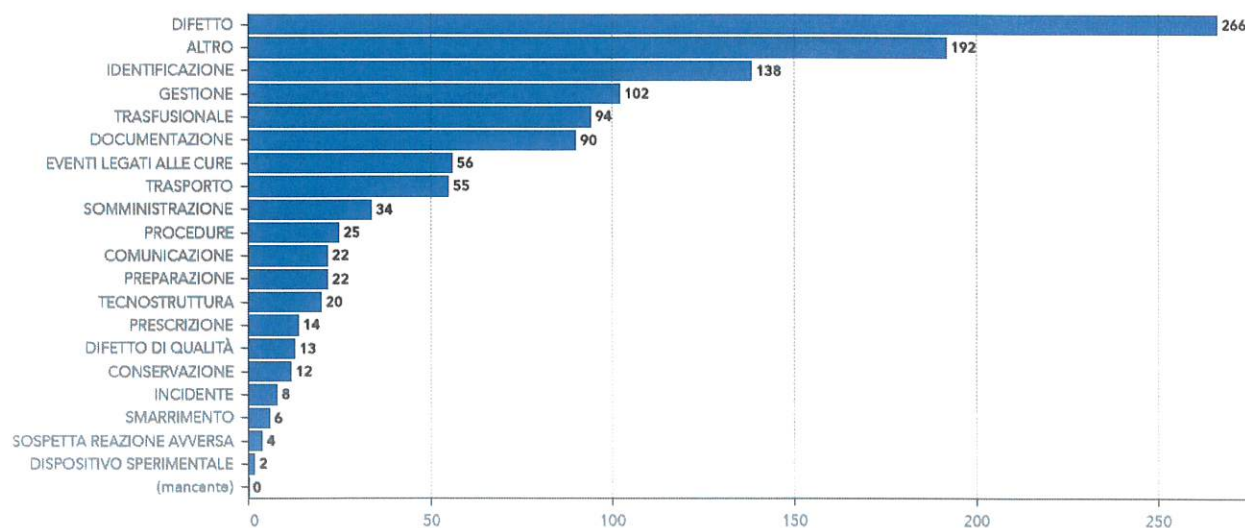
## TIPOLOGIA NEAR MISS

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



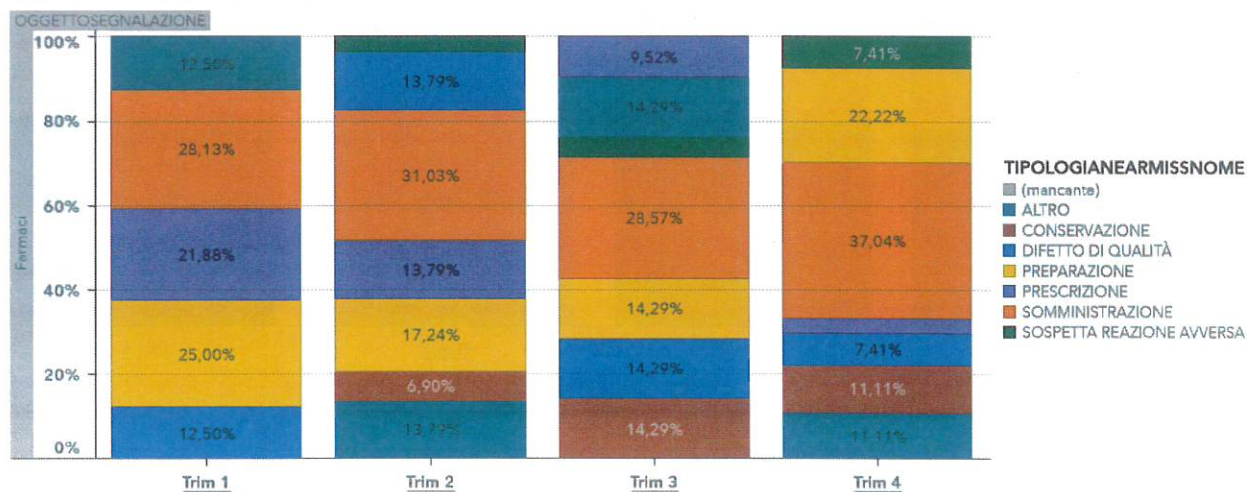


## NEAR MISS PER OGGETTO SEGNALAZIONE



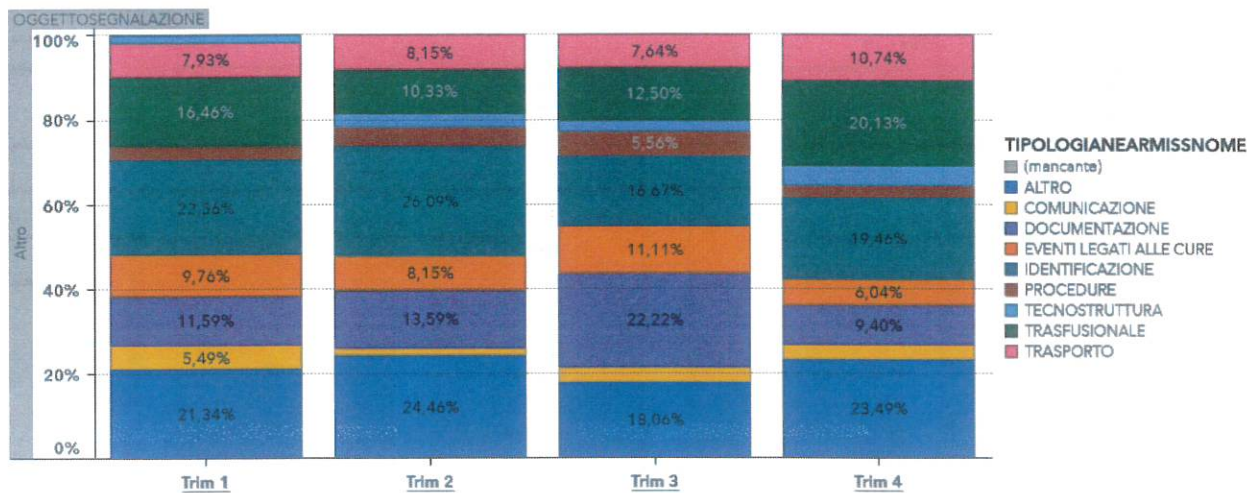
## TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"

Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024

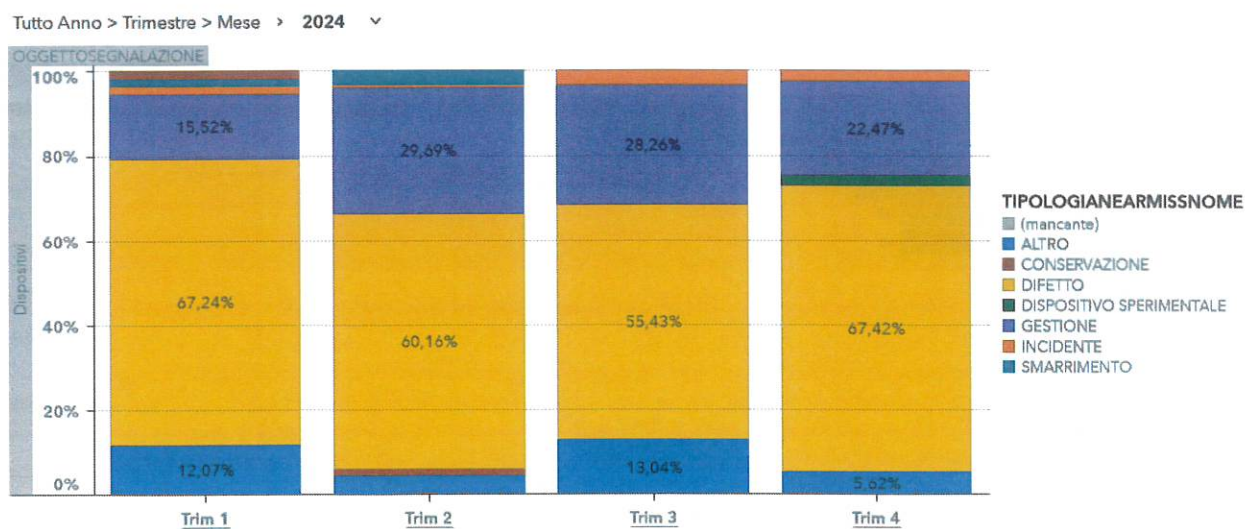




## TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "ALTRO"

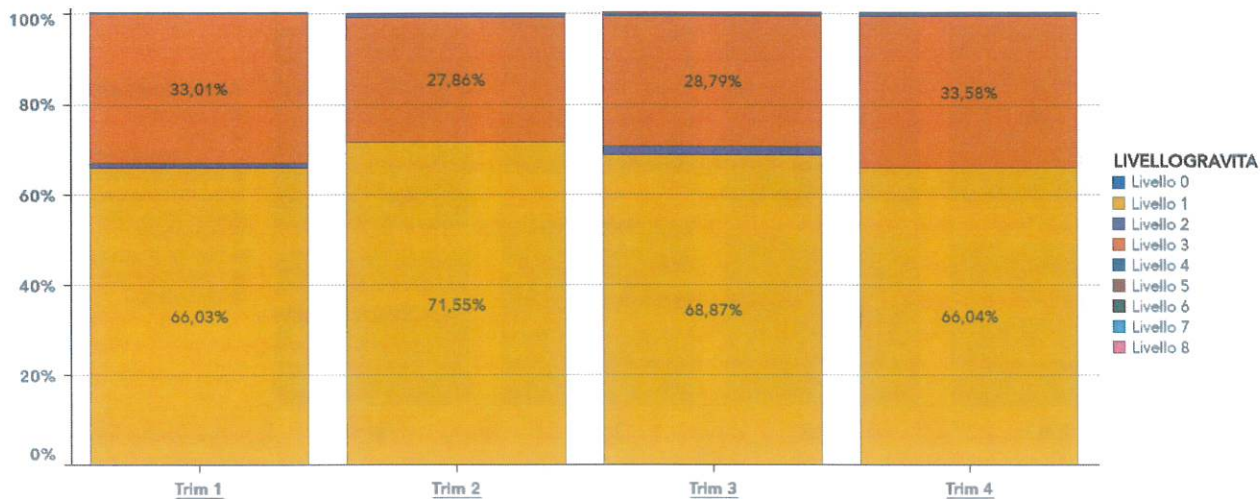


## TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"

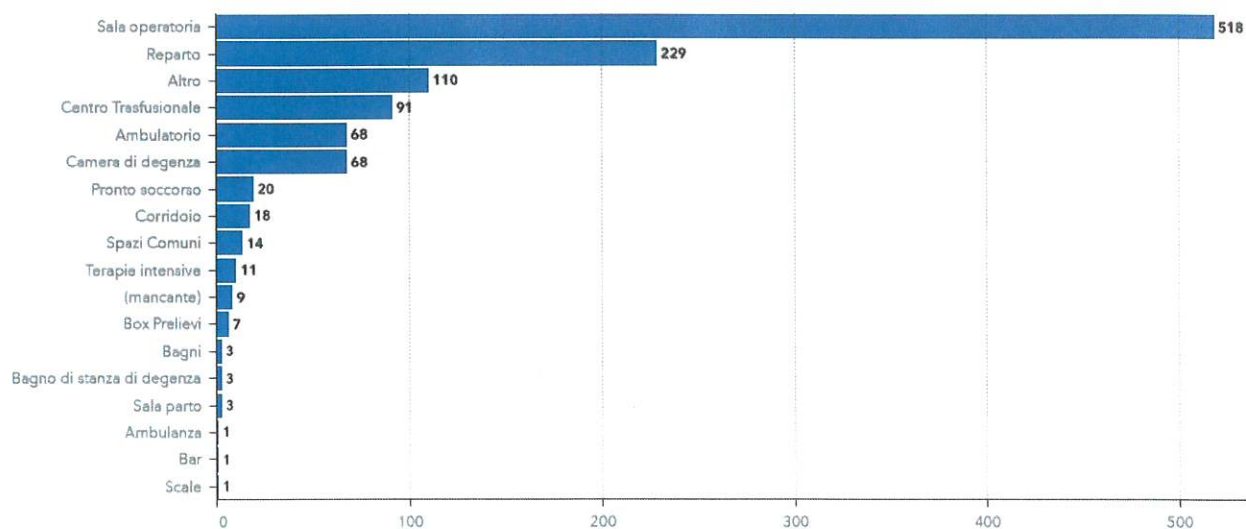


## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LIVELLO DI GRAVITÀ

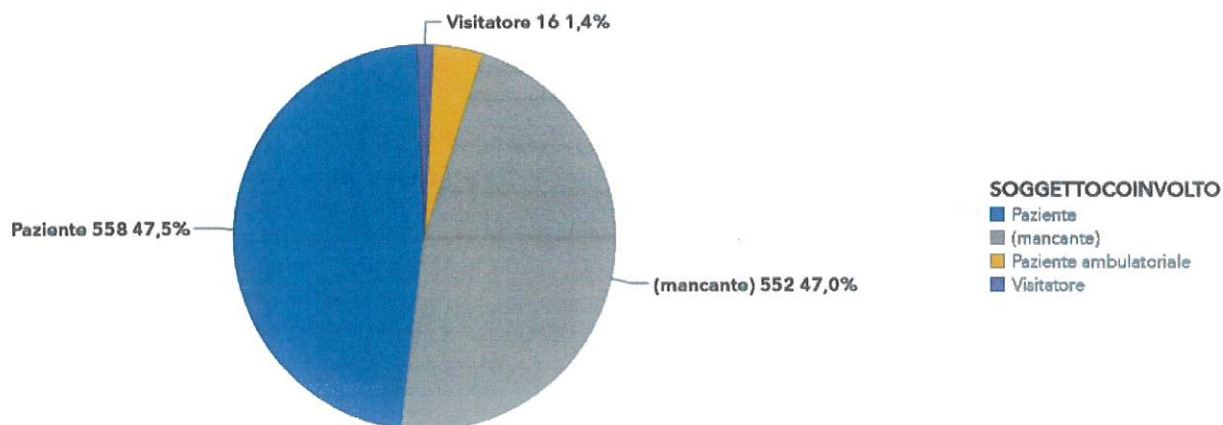
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LUOGO DI INCIDENTE



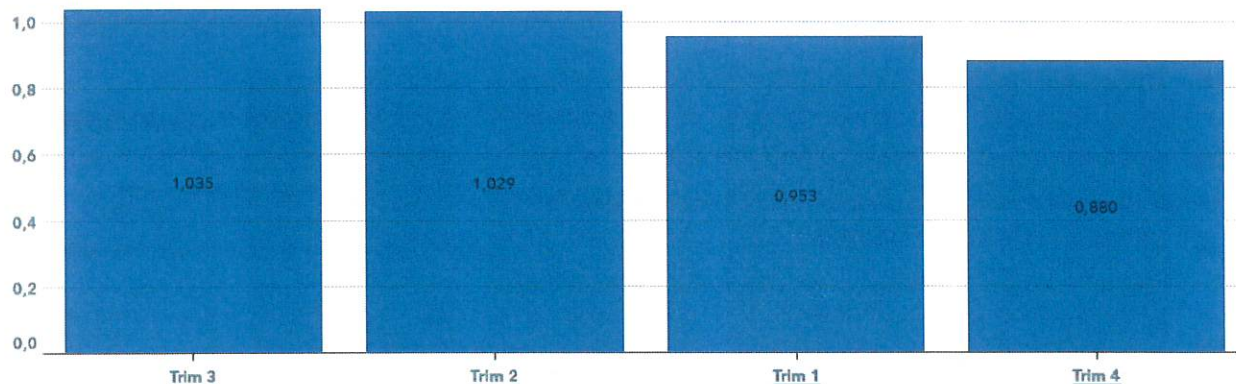
## SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER SOGGETTI COINVOLTI



## SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI GIORNATE DI DEGENZA

### Per 1000 gg degenza

Tutto ANNO - QTR - MESE > 2024

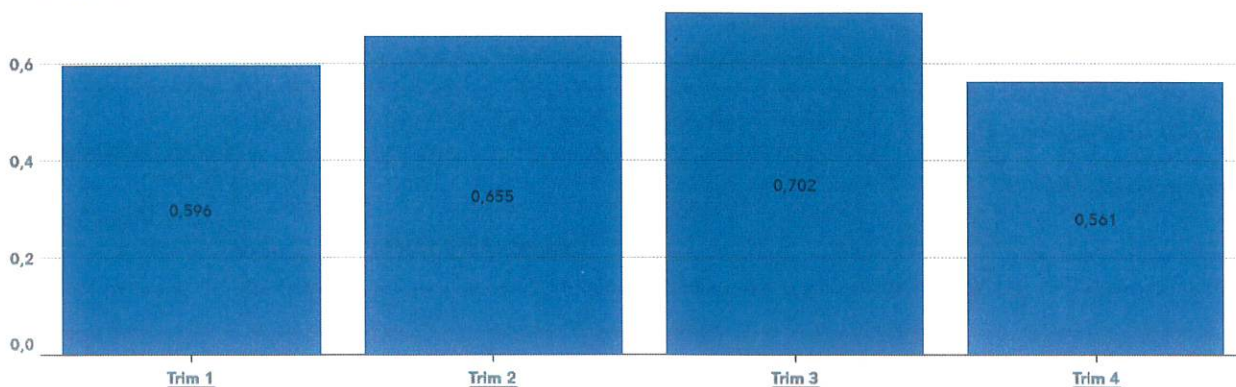




## SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI CASI

### Per numero casi

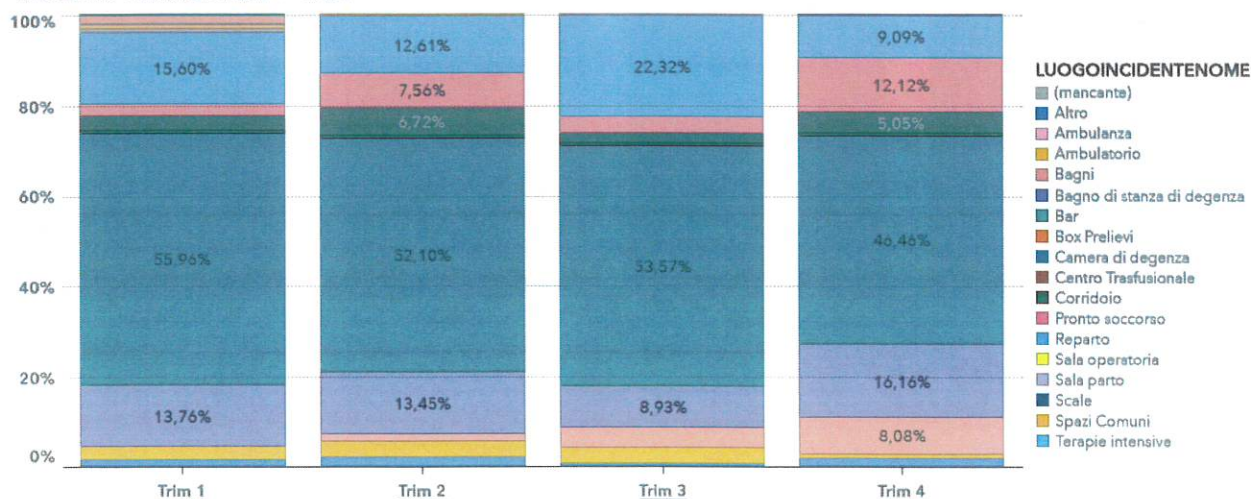
Tutto ANNO - QTR - MESE > 2024



Il dato osservato, pur mostrando un leggero incremento degli episodi di cadute in numeri assoluti rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente, si è invece rivelato in linea con l'atteso e, normalizzato per numero di pazienti ricoverati, persino in lieve ulteriore miglioramento (discesa dell'indicatore).

## LUOGO CADUTE

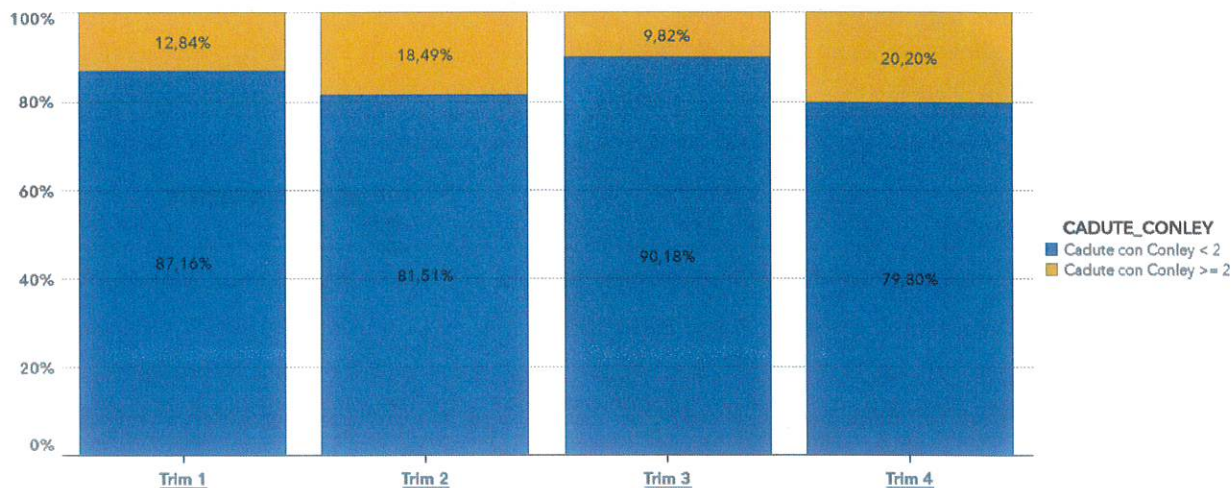
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



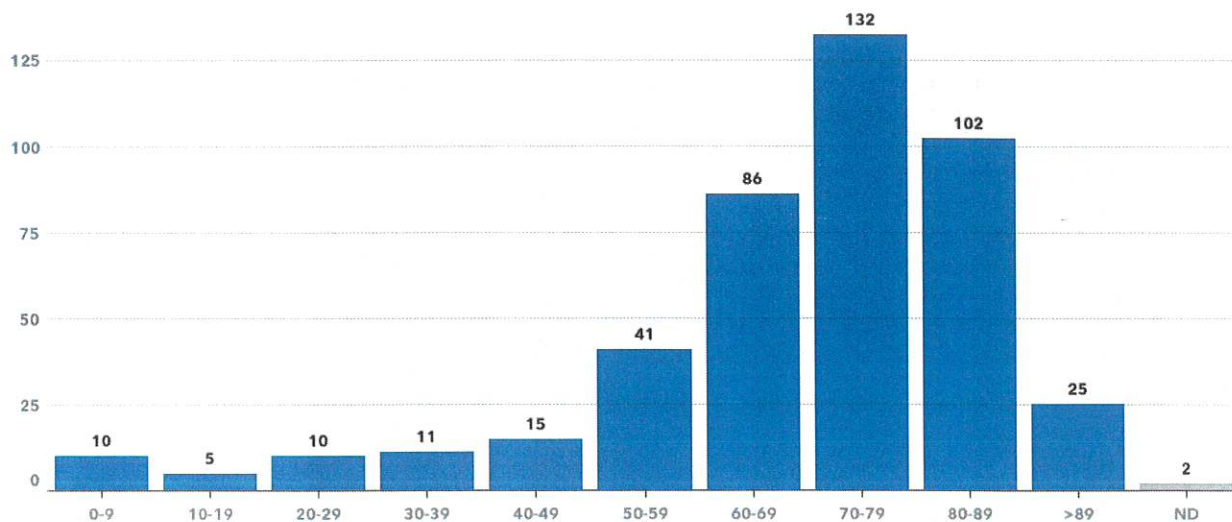


## CADUTE E RICADUTE PER SCALA DI CONLEY

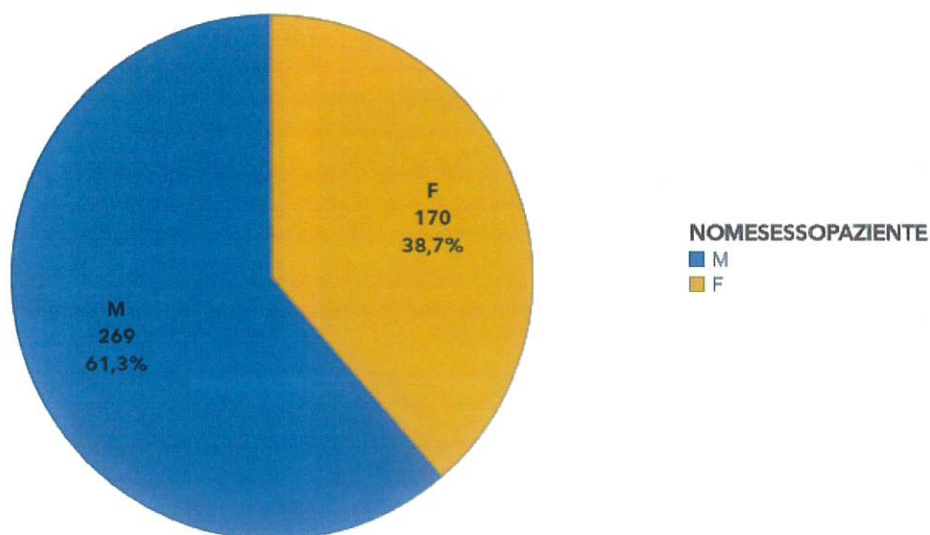
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



## CADUTE PER FASCIA D'ETÀ

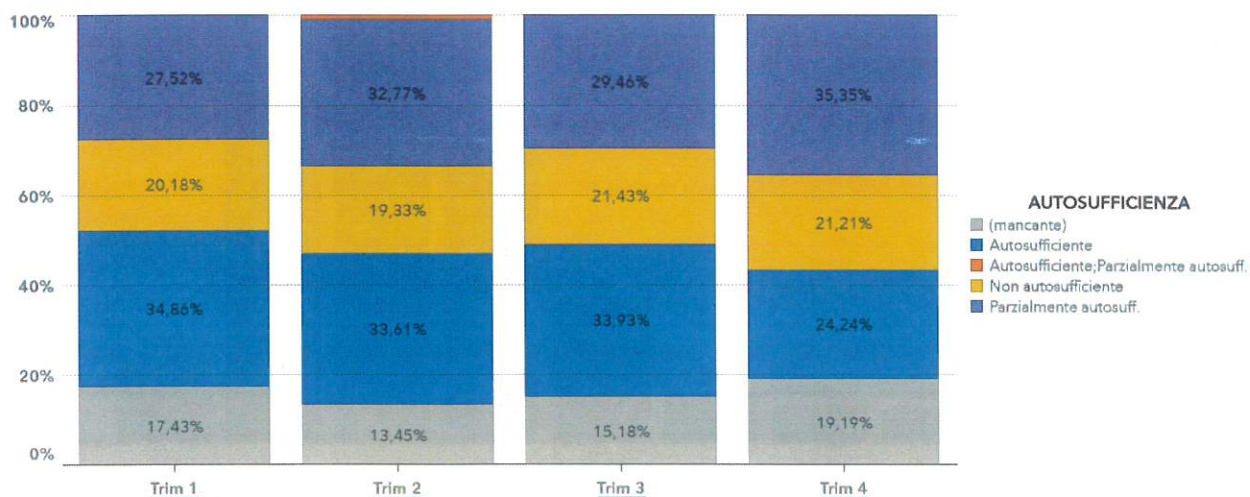


## CADUTE PER GENERE



## CADUTE PER LIVELLI DI AUTOSUFFICIENZA

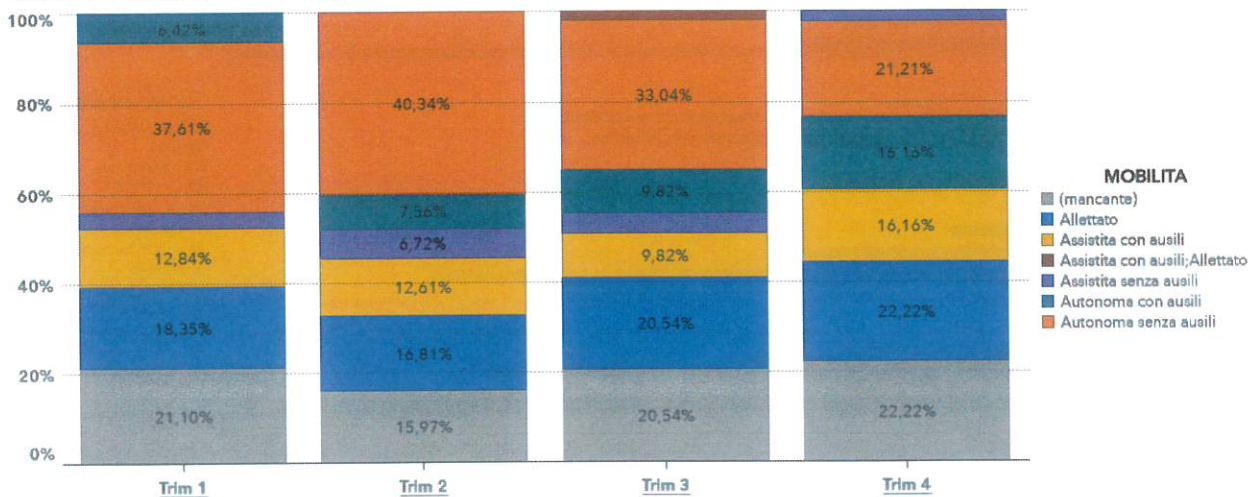
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



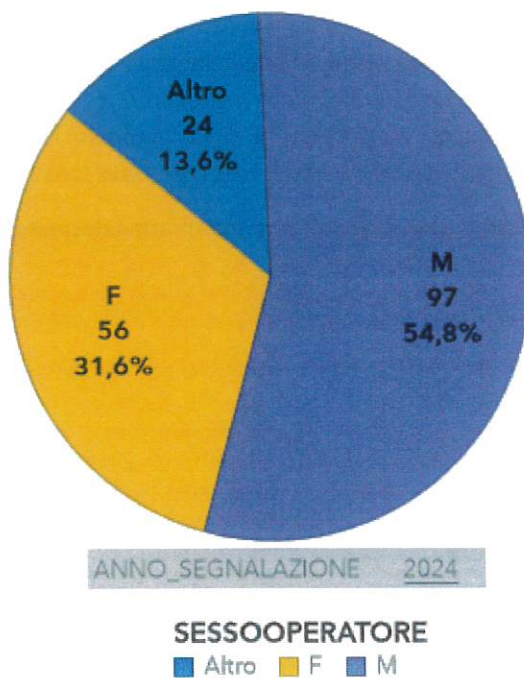


## CADUTE PER LIVELLI DI MOBILITÀ

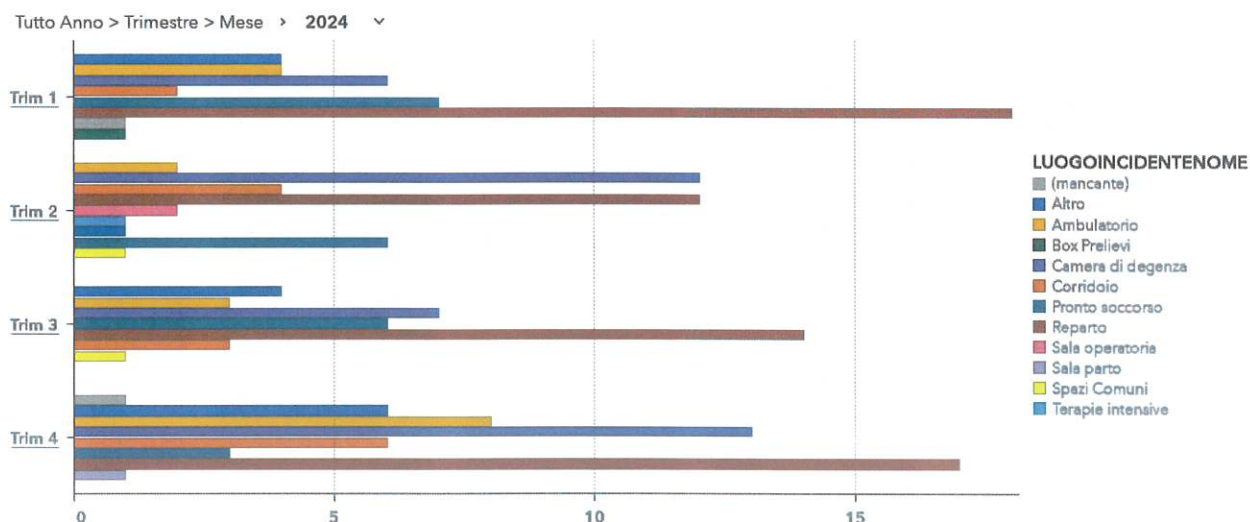
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2024



## GENERE OPERATORE AGGREDITO



## LUOGO AGGRESSIONI



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

Complessivamente l'andamento della sinistrosità appare stabile negli anni: l'andamento registrato nell'ultimo triennio conferma l'interpretazione avanzata negli anni precedenti circa il fatto che il picco rilevato nel 2021 dovesse essere ascrivibile ad una sorta di effetto "rimbalzo" per via della consistente contrazione della sinistrosità registrata nel 2020 nel pieno della crisi pandemica e della sostanziale riduzione delle attività degli studi legali soprattutto in concomitanza con il primo, prolungato quanto intenso lockdown (cfr. Vetrugno G et al. Responsabilità professionale sanitaria: l'offerta crea la domanda? Riflessioni dopo la legge Gelli. In: 43mo Congresso Nazionale ANMDO OBIETTIVO SICUREZZA IN OSPEDALE Responsabilità, strategie e modelli di gestione. L'OSPEDALE, 2017; 109).

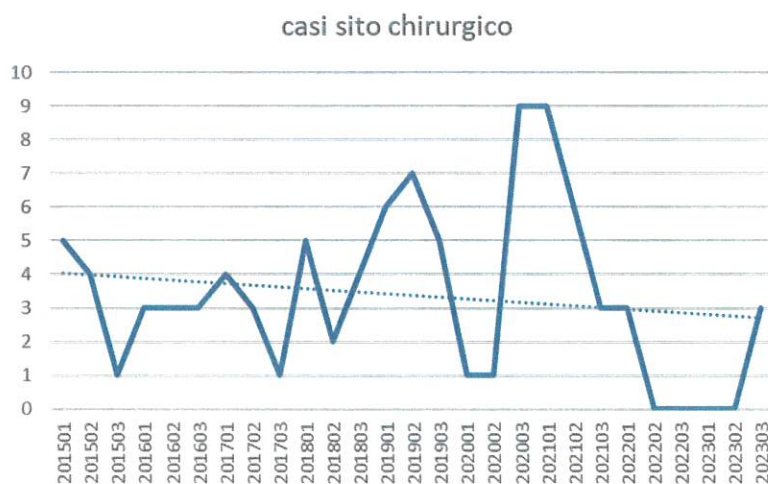
L'analisi della serie storica dei sinistri e degli IBNR rafforza una siffatta interpretazione.



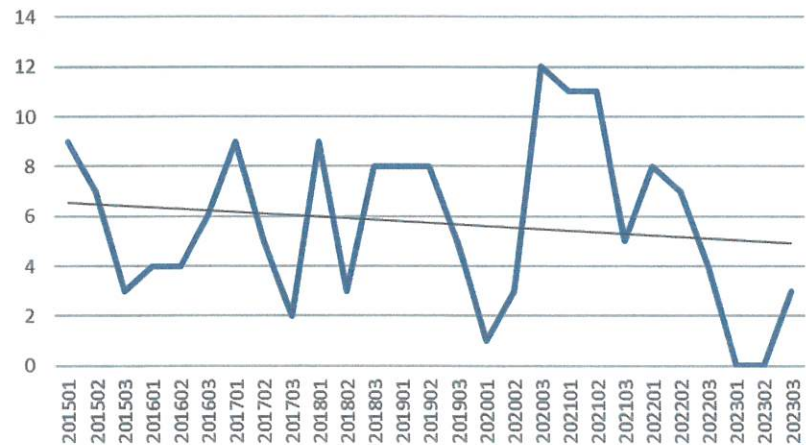
Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N° sinistri Totali	N° Sinistri Chiusi	N° Risarcimenti erogati
2015	202	165	99
2016	187	136	49
2017	174	119	46
2018	160	97	41
2019	158	130	51
2020	147	122	42
2021	189	125	33
2022	160	35	27
2023	149	19	18
2024	164	4	3
<b>Totale</b>	<b>1690</b>	<b>952</b>	<b>409</b>

Utile richiamare l'andamento di una particolare tipologia di sinistri, quelli relativi alle infezioni correlate all'assistenza, registrato nel medesimo periodo. I grafici tengono conto sia del numero di sinistri censiti, che del numero dei sinistri stimati come accaduti ancorché non ancora denunciati (IBNR) e descrivono la medesima tendenza alla riduzione.

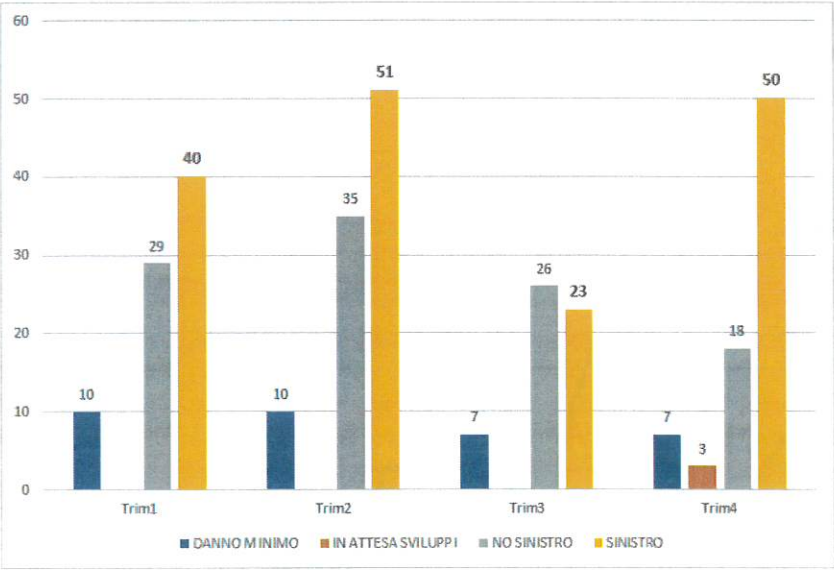


casi totali

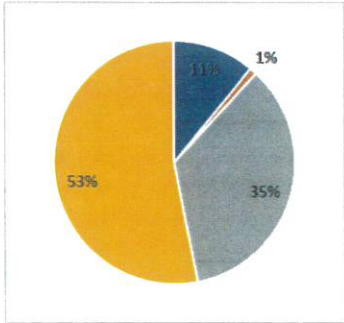


Di seguito, invece, la distinzione delle tipologie di contenziosi aperti nel 2024:

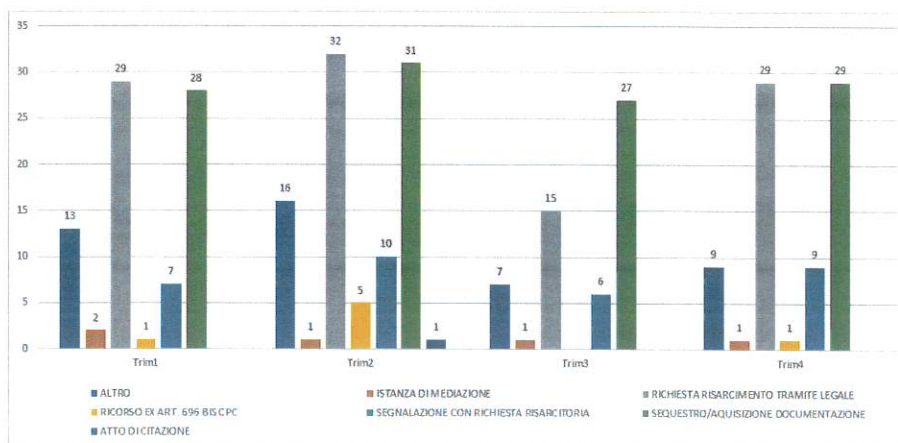
POSIZIONI APERTE CLASSIFICATE



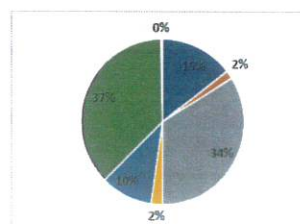
DANNO MINIMO	34
IN ATTESA SVILUPPI	3
NO SINISTRO	108
SINISTRO	164



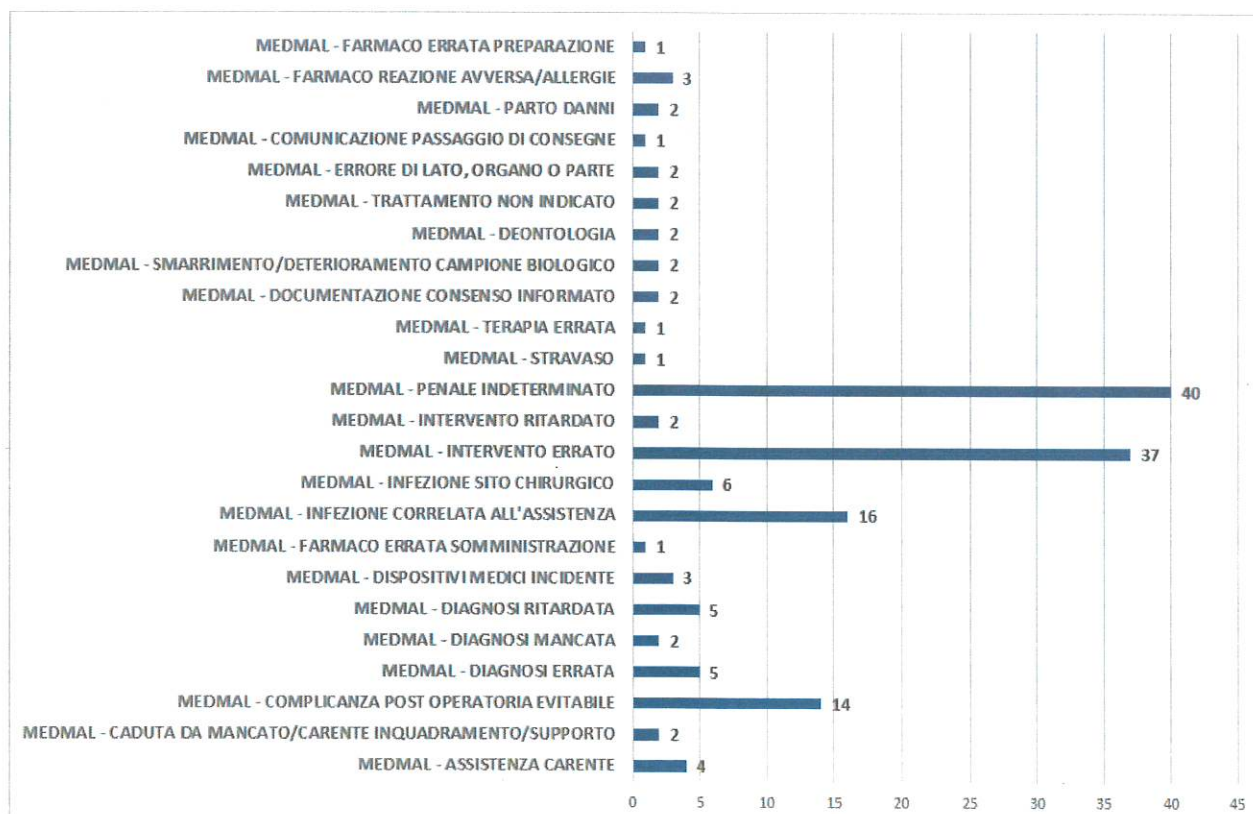
## POSIZIONI APERTE PER TIPOLOGIA DI RICEZIONE



ALTRIO	49
ISTANZA DI MEDIAZIONE	5
RICHIESTA RISARCIMENTO DA LEGALE	105
RICORSO EX ART. 696 BIS CPC	7
SEGNALAZIONE CON RICH. RISARCITORIA	32
SEQUESTRO/AQUISIZIONE DOC	113
ATTO DI CITAZIONE	1

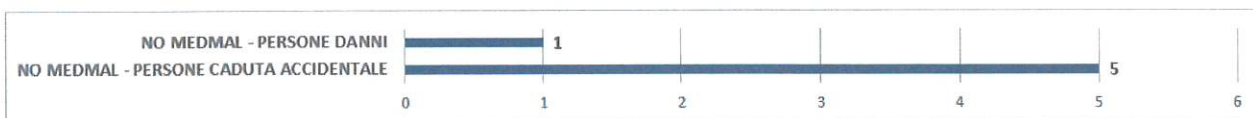


## SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA MEDMAL

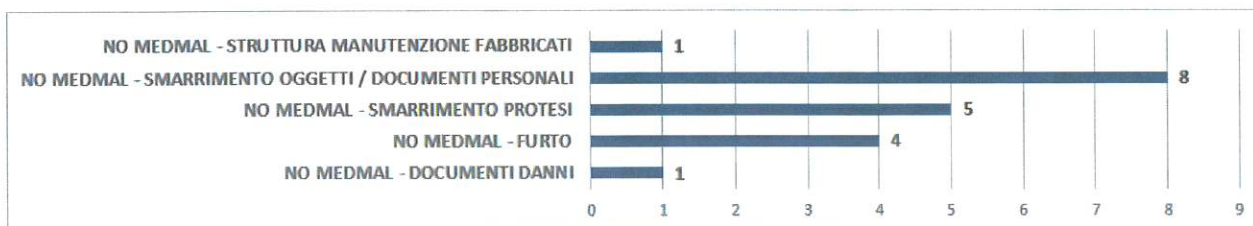




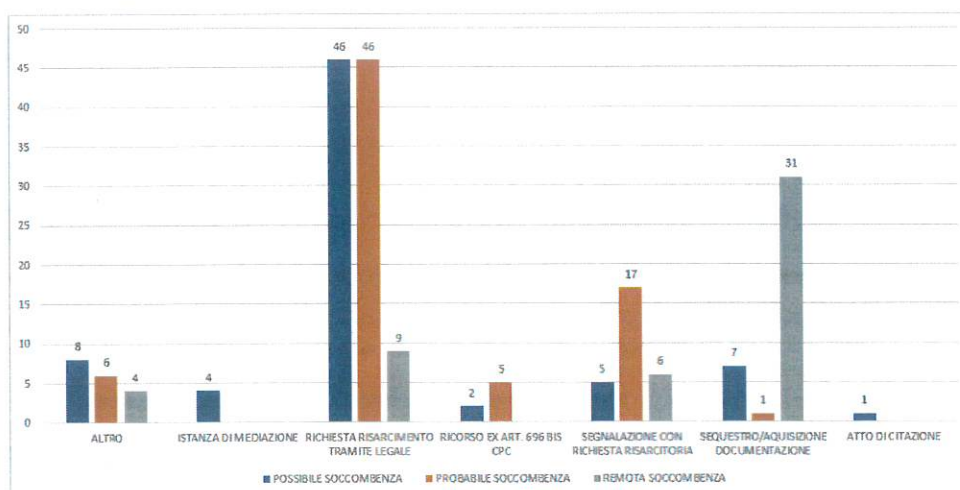
## SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA NO MEDMAL



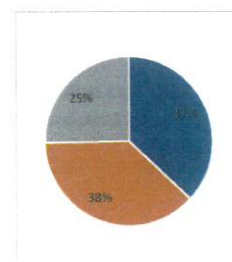
## SINISTRI APERTI CLASSIFICATI COME DANNI MINIMI



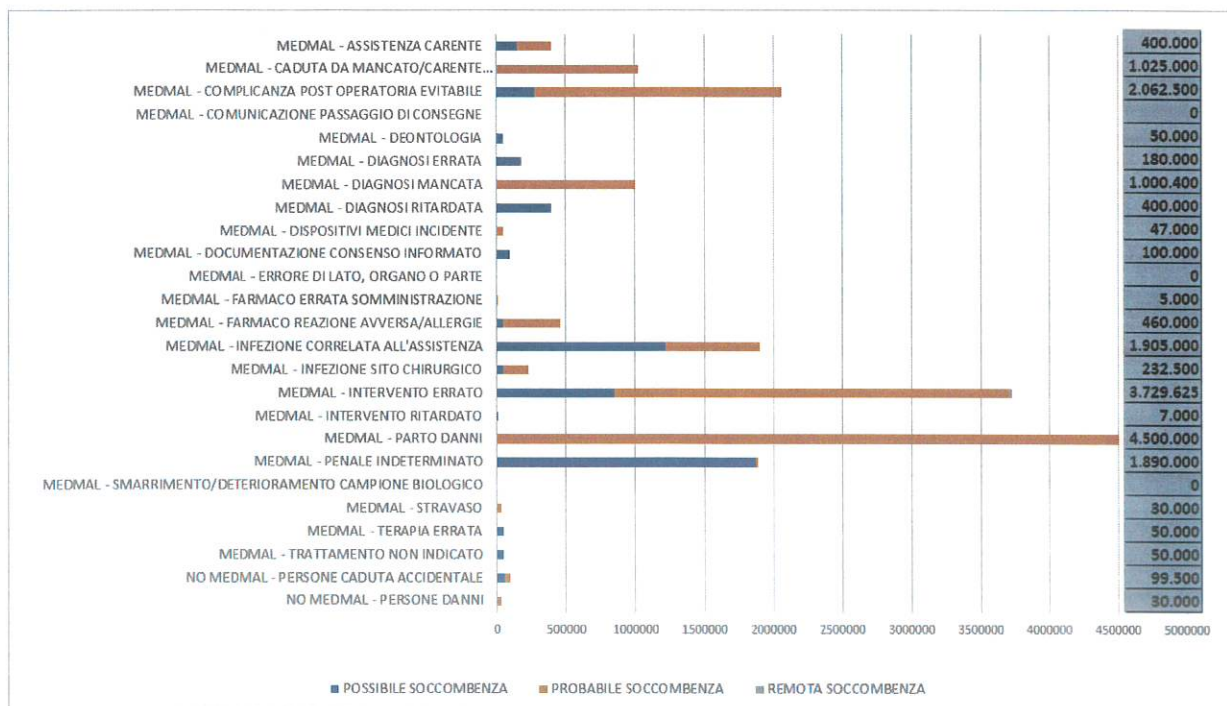
## SINISTRI APERTI CON RISCHIO DI SOCCOMBENZA



POSSIBILE SOCCOMBENZA	73
PROBABILE SOCCOMBENZA	75
REMOTA SOCCOMBENZA	50



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



## 4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

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

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

La soluzione così offerta consente ad FPG di continuare a promuovere in maniera credibile la cd. cultura "no blame" tra i propri dipendenti ed assimilati.

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

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	SIR + Franchigia Aggregata	Brokeraggio/Loss Adjuster
2016	30.06.2017	Swiss Re	€ 1.943.775,00	2.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2017	30.06.2018	Swiss Re	€ 1.943.775,00	2.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2018	30.06.2019	AIG	€ 727.388,00	5.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2019	30.06.2020	Swiss Re	€ 655.000,00	5.000.000,00 S.I.R.	Strategica G./Crawford Milano
2020	30.06.2021	AM Trust	€ 623.475,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2021	30.06.2022	AM Trust	€ 623.475,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2022	30.06.2023	AM Trust	€ 257.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2023	30.06.2024	AM Trust	€ 257.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON
2024	30.06.2025	AM Trust	€ 256.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON

Nel mentre si redige il presente piano non si sono ancora concluse le attività funzionali alla definizione delle modalità di reclutamento della figura di Loss Adjuster nei termini indicati dal Decreto Legge 15 dicembre 2023 n. 232 pubblicato in GU in data 1.03.2024, con particolare riguardo alla esigenza di soddisfazione del requisito di cui all'art.16, comma 2, del predetto Decreto.

## 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2024)

### 5.1. RISULTATI DEL PARM

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2024 in relazione agli obiettivi e alle azioni prescelti nell'ambito del PARM:

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 in scadenza nell'imminenza della Survey JCI 2024



<b>Azione 2</b> – Implementazione del programma pillole di Risk Management: una finestra di confronto da remoto di 30 minuti a settimana tra RM e Unità di degenza	Ne sono state condotte 12, una delle quali a valenza multidisciplinare con il personale medico ed infermieristico delle sale operatorie
<b>Azione 3</b> – Avvio delle Morbidity & mortality con cadenza mensile nei Dipartimenti di Scienze dell’Emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione e di Scienze della Salute della Donna e del Bambino e di Sanità Pubblica	Al 31.12.2024 sono state realizzate 6 MMC presso i due Dipartimenti

## Obiettivo b) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]:

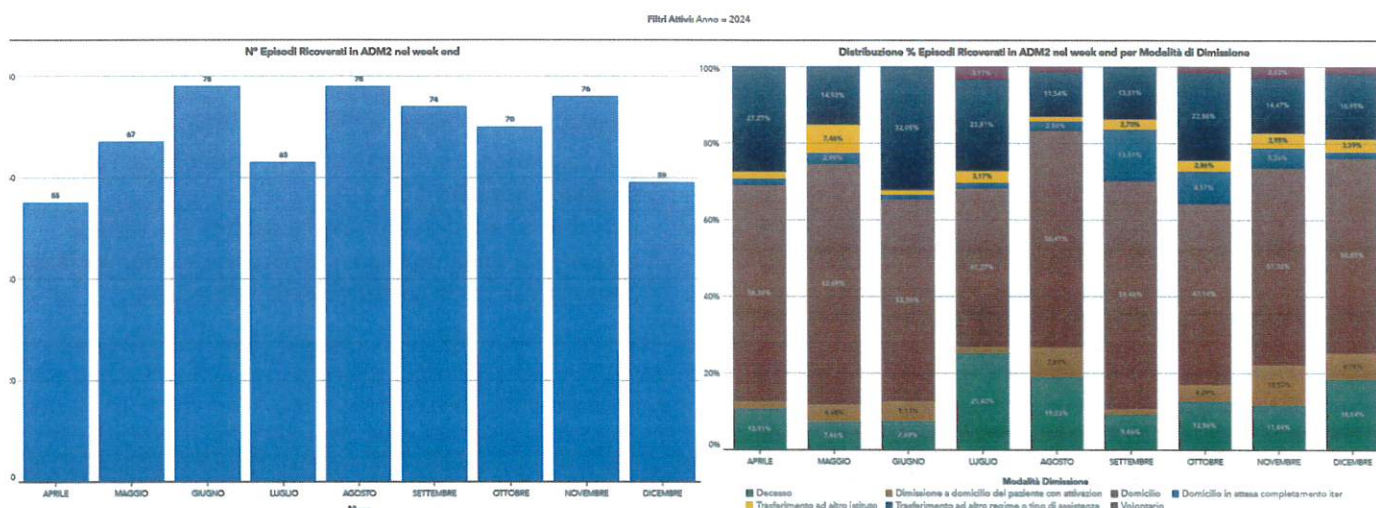
Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici	L’attività di caricamento è stata temporaneamente sospesa in attesa dell’aggiornamento dei profili di sicurezza per la prescrizione dei chemioterapici da parte del Fabbicante TraKcare, con particolare riguardo al tema della dose letale massima, a seguito dei rilievi di rischio clinico e farmacologico sollevati dal gruppo tecnico FPG ai rappresentanti dell’azienda
<b>Azione 2</b> – Aggiornamento Fogli Informativi con indicazione del tasso di mortalità intraospedaliera	Al 31.12.2024 su 675 fogli informativi il dato risulta inserito nel 5% delle schede (obiettivo di avvio progetto 10%).
<b>Azione 3</b> – Attività FMECA (1 analisi)	È stata condotta una FMECA finalizzata alla messa in sicurezza del percorso di richiamo dei pazienti bersaglio degli avvisi di sicurezza sui dispositivi medici impiantabili coinvolgendo le Unità Operative di Aritmologia, Farmacia e Direzione Acquisti.
<b>Azione 4</b> – Introduzione di un sistema di cattura dati basato sull’impiego di acronimi-marcatori calati all’interno delle cartelle cliniche ed ambulatoriali elettroniche in uso presso FPG	Il controllo tra i dati catturati dal sistema e le cartelle cliniche e ambulatoriali estratte a campione non ha fornito l’esito atteso per la conferma della validazione

## Obiettivo c) Favorire visione unitaria sicurezza:

Azione	Stato di attuazione
<b>Azione 1</b> – Realizzazione di un nuovo modello di richiesta di esami istologici collegati a prelievi eseguiti in contesti ambulatoriali o di sala operatoria	L’esigenza di allineamento delle agende di prenotazione al sistema RECUP ha impedito di soddisfare l’obiettivo entro il 31.12.2024: il disegno è definito, si tratta di renderlo operativo sui differenti applicativi verticali dei Servizi interessati
<b>Azione 2</b> - Realizzazione ed avvio del percorso di sicurezza del paziente fragile a rischio allontanamento e suicidio	Il progetto “porte chiuse” attende il via libera dell’Autorità Provinciale dei Vigili del Fuoco. Il sistema di Video-Sorveglianza a infrarossi è stato individuato e verrà applicato in due stanze di degenza del reparto di Neuropsichiatria Infantile una volta ultimati i lavori di

	ristrutturazione ed adeguamento previsti per fine settembre 2025.
<b>Azione 3</b> – Valutazione implementazione processo di allestimento di preparati istologici mediante introduzione sistematica del controllo positivo nei casi di impiego di colorazioni speciali per contenere il rischio di risposte false negative alla lettura	FMECA eseguita; disegno del progetto tecnico sospeso in attesa di definizione del budget assegnato
<b>Azione 4</b> – Revisione dell’istruzione operativa in materia di utilizzo dei mezzi di contrasto	Istruzioni Operative revisionate
<b>Azione 5</b> – Validazione del modello predittivo del trend del fenomeno “cadute” dei pazienti in ospedale sulla base dell’analisi delle serie storiche degli episodi censiti negli ultimi 10 anni	Trattandosi di un lavoro multicentrico, si è registrato un rallentamento nel recupero dei dati di alcuni centri partecipanti

Infine, nell’ambito delle attività a sostegno della Direzione Sanitaria per il contrasto al fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso, si espongono i dati relativi all’impatto dell’Unità Funzionale Admission Room 2, a 5 giorni di degenza, con apertura il sabato e la chiusura il mercoledì, attivata espressamente ad aprile 2024 allo scopo di fornire impulso ai ricoveri da PS nel week end, stante l’indicazione ad accettare ricoveri solo il sabato e la domenica, dal momento che l’altra unità funzione Admission Room 1, operativa dall’anno precedente, già agiva nella facilitazione dei ricoveri da PS nei restanti giorni della settimana:



Da ultimo, si dà atto dell’avvenuto aggiornamento della PRO.198 in tema di Gestione del Contenzioso a marzo 2024.

## 5.2. DATI DEL PAICA

L’orientamento strategico del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) consiste nella prevenzione e nel controllo delle infezioni, promuovendo un ambiente sano e sicuro, attraverso la prevenzione della trasmissione di infezioni tra pazienti, operatori e visitatori. Ciò è integrato con un efficiente ed efficace sistema basato sulla valutazione continua e sull’adeguamento dei nostri servizi in accordo con leggi, regolamenti, standard internazionali e linee guida di riferimento.



Nell'ambito dell'accreditamento Joint Commission International tali aspetti sono presidiati dal gruppo di lavoro "Prevenzione e Controllo Infezioni", un gruppo multidisciplinare costituito da professionisti qualificati, in capo alle attività di prevenzione e del controllo delle infezioni, parte dei quali sono membri del CIO.

Attraverso un meccanismo orientato al coordinamento di tutte le attività di prevenzione e controllo delle infezioni, il gruppo definisce annualmente il Piano prevenzione e controllo infezioni.

Nel presente documento sono illustrati sia il contesto di riferimento in cui opera la FPG IRCCS, con evidenza dei dati di attività e della tipologia di pazienti trattati, sia i dati disponibili relativamente al tema della prevenzione delle infezioni; entrambi, insieme al risk assessment, costituiscono il fondamento per la definizione degli obiettivi prioritari del Piano di prevenzione e controllo delle infezioni.

Di seguito l'illustrazione dei dati raccolti nell'ambito delle attività previste nel PAICA relativo all'anno 2024:

#### 4.2.1. PRESENTAZIONE DEI DATI RELATIVI A ISOLAMENTI MICROBIOLOGICI E AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE E CONTROLLO – DATI DEL 2024: SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI

Presso la FPG IRCCS è attivo un sistema di screening mediante tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) rivolto a specifici gruppi di pazienti; ad esempio, quelli trasferiti da altra struttura sanitaria o con precedente storia di ricovero, pazienti colonizzati/infetti nell'ultimo anno, pazienti in ingresso in reparti a rischio (Terapie Intensive, Oncologie, Trapianti, Chirurgie), pazienti dializzati o in chemioterapia. Lo screening ha lo scopo di identificare tempestivamente eventuali pazienti portatori di germi CRE e prevenirne la trasmissione intraospedaliera. Nella tabella 2 riportata di seguito è indicato il numero di tamponi di screening totali (eseguiti negli anni 2018-2024 nelle varie aree di ricovero (medica, chirurgica, terapie intensive) della FPG IRCCS.

Nonostante l'aumento di circa 700 tamponi preventivi nell'area medica, nel 2024 si è registrato un calo di circa 300 tamponi di screening totali rispetto all'anno precedente, diminuzione che riguarda esclusivamente le aree intensive. Tale dato comunque non è completamente confrontabile con i dati pregressi perché dal 2024 sono stati applicati criteri informatici più restrittivi per la definizione di tampone di screening preventivo. Tale diminuzione non ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo fissato per il 2024 ovvero aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE.

**Tabella 2: totale dei tamponi eseguiti nel triennio 2018-2024 nelle varie aree di ricovero e in totale nella FPG IRCCS.**

Data	Medicine	Chirurgie	UTI	Totale Tamponi eseguiti
2018	2.918	571	934	4.423
2019	3.778	1.107	1.205	6.090
2020	2.575	1.309	1.837	5.721
2021	3.560	1.492	3.131	8.183
2022	3.129	1.338	2.586	7.053
2023	2.793	1.422	2.269	6.484
2024	3.462	1.612	1.103	6.177*

\*dato non completamente confrontabile con i pregressi

Nelle tabelle 3 e 4 si riportano rispettivamente i dati di positività dei tamponi nelle diverse UU.OO. del presidio Gemelli e di quello Columbus nel 2024.

**Tabella 3: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nel 2024 nel presidio Gemelli**



Unità Operativa	% positività	N Tamponi
0106 - MALATTIE INFETTIVE	12.5%	344
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	11.9%	219
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	5.9%	34
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	7.4%	27
0112 - CLINICA UROLOGICA	5.1%	59
0113 - PNEUMOLOGIA	4.1%	146
0114 - CHIRURGIA PEDIATRICA	33.3%	3
0117 - DERMATOLOGIA	0.0%	6
0125 - PEDIATRIA	0.0%	2
0127 - CHIRURGIA GENERALE	2.0%	49
0129 - CHIRURGIA VERTEBRALE	33.3%	3
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	0.0%	4
0137 - OCULISTICA	0.0%	1
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	6.8%	325
0139 - CARDIOCHIRURGIA	2.4%	502
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15.8%	57
0142 - NEUROLOGIA	0.0%	42
0144 - NEUROCHIRURGIA	12.1%	33
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA	2.6%	457
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITÀ	8.7%	23
0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	16.3%	486
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	10.5%	143
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	7.7%	13
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	11.8%	17
0153 - EMATOLOGIA	1.7%	652
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	2.2%	232
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	7.8%	51
0157 - GERIATRIA	19.4%	36
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	5.0%	60
0163 - CHIRURGIA TORACICA	8.3%	12
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	3.6%	56
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	6.7%	15
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0.0%	18
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	2.4%	254
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	4.6%	109
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0.0%	5
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	2.2%	92
0181 - MEDICINA D'URGENZA	20.7%	29
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	0.0%	2

0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	33.3%	3
0188 - CARDIOLOGIA	0.0%	9
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	7.7%	26
0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	2.7%	75
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	26.7%	15
05109 - MEDICINA GENERALE	21.5%	65
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	9.3%	54
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	14.3%	42
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0.0%	14
05117 - TRAPIANTI DI RENE	6.0%	67
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	4.0%	151
05119 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0.0%	3
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	4.3%	23
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	4.3%	185
05125 - CARDIOLOGIA SCOMPENSO	0.0%	31
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	0.0%	42
05128 - CHIRURGIA GENERALE 2	0.0%	1
05129 - CHIRURGIA ADDOMINALE	3.6%	28
05131 - NEFROLOGIA	10.6%	47
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	13.5%	89
05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	31.6%	19
05136 - REUMATOLOGIA	10.0%	20
05137 - GASTROENTEROLOGIA	26.7%	15
05139 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	0.0%	1
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	7.3%	55
05146 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	28.6%	14
05147 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE 2	7.7%	13
05148 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO 2	0.0%	10
05149 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA 2	0.0%	1
0701 - RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	10.5%	19
0704 - NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	17.9%	67
0706 - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	6.3%	142
0707 - RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	21.1%	19
<b>TOTALE UUOO</b>	<b>6.9%</b>	<b>5.983</b>

**Tabella 4: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE nel 2024 nel presidio Columbus**

Unità Operativa	% positività	N Tamponi
0204 - TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E CHIRURGIA GINOCCHIOCIC	100%	1
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	38.8%	85



0214 - GERIATRIA COLUMBUS	47.6%	21
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	25.3%	75
0296 - MEDICINA GENERALE COLUMBUS	8.3%	12
<b>TOTALE UUOO</b>	<b>33.0%</b>	<b>194</b>

## 4.2.2. MICRORGANISMI SENTINELLA (ALERT)

Sono stati analizzati e valutati i microrganismi sentinella (alert) isolati dai campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi) pervenuti alla UOC Microbiologia nel corso del 2024. 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 2024, presso le Unità nel presidio Gemelli e in quello Columbus rispettivamente.

Come emerge dalla tabella "presidio Gemelli", l'obiettivo del Piano 2024, cioè registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2023 (Gemelli: 3.46 x 1000 giornate di degenza), è stato raggiunto avendo registrato un valore di 2.92 x 1000 giornate di degenza (riduzione di circa il 15%).

**Tabella 5: Incidenza per 1.000 giornate di degenza dei microrganismi alert, rilevati dalla UOC Microbiologia nei campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi), nel periodo 2019-2024 presso le Unità Operative del presidio Gemelli.**

Unità Operativa	MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii CR	P. aeruginosa CR	Tot 2024	Tot 2023	Tot 2022	Tot 2021	Tot 2020	Tot 2019
0106 - MALATTIE INFETTIVE	0.47	0.08	1.17	1.01	1.17	0.54	4.43	2.78	3.21	2.77	3.08	3.69
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	1.08	0.00	0.68	2.03	0.95	0.41	5.13	2.16	3.43	4.82	3.10	3.81
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	0.80	0.00	1.86	0.53	0.80	0.53	4.51	5.22	3.15	4.56	-	-
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.00	0.00	1.30	1.30	0.32	0.00	2.92	3.22	4.20	2.39	-	-
0112 - CLINICA UROLOGICA	0.29	0.10	0.58	0.29	0.10	0.10	1.46	1.51	0.70	0.85	-	-
0113 - PNEUMOLOGIA	1.04	0.00	2.43	1.04	3.82	1.91	10.23	8.99	9.55	12.27	9.28	14.07
0114 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0.00	0.00	0.74	0.74	0.00	0.00	1.49	-	-	-	-	-
0117 - DERMATOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	2.67	2.67	5.33	13.77	4.07	-	-	-
0119 - CHIRURGIA PLASTICA	2.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.17	-	-	-	-	-
0125 - PEDIATRIA	1.58	0.00	0.00	0.00	0.20	0.00	1.77	1.14	0.20	1.53	0.76	1.07
0127 - CHIRURGIA GENERALE	0.00	0.00	0.35	0.70	0.00	0.00	1.05	1.34	1.89	-	-	-
0129 - CHIRURGIA VERTEBRALE	0.41	0.00	0.00	0.00	0.41	0.00	0.82	0.66	1.29	2.40	-	-
0130 - OSTETRICIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
0131 - PATOLOGIA OSTETRICA	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.24	0.00	-	-	-
0132 - GINECOLOGIA (09N)	0.00	0.00	0.66	0.00	0.00	0.00	0.66	0.80	0.00	-	-	-
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	0.26	0.00	0.53	0.00	0.26	0.00	1.05	1.28	0.93	-	-	-
0137 - OCULISTICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	3.03	0.00	4.46	3.03	8.13	2.55	21.20	23.15	18.41	18.94	9.18	12.22
0139 - CARDIOCHIRURGIA	2.00	0.00	0.00	0.17	0.17	0.00	2.33	3.38	3.21	0.89	0.32	1.50
0140 - PATOLOGIA NEONATALE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	4.27	2.18	2.33	-
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.61	0.00	0.07	0.14	0.42	0.14	2.38	1.57	2.84	3.00	-	-
0142 - NEUROLOGIA	0.50	0.00	0.50	0.13	0.13	0.25	1.51	4.38	2.32	2.11	2.31	3.28
0144 - NEUROCHIRURGIA	0.66	0.00	0.07	0.33	0.20	0.40	1.66	2.86	1.22	2.15	-	-
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA	0.91	0.00	0.23	0.91	0.46	0.68	3.19	5.23	3.23	4.32	3.90	4.74
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITA	1.27	0.00	0.63	1.27	0.63	0.63	4.44	6.17	6.60	4.89	-	-
0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	0.55	0.00	1.35	0.95	0.65	0.20	3.69	2.97	2.80	2.41	-	-
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	0.74	0.00	1.97	1.72	0.00	0.49	4.92	5.04	3.76	3.99	-	-
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	0.42	0.00	0.42	0.00	0.00	0.00	0.85	0.39	0.47	-	-	-
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0.00	0.00	0.62	0.00	0.00	0.21	0.83	1.02	0.30	-	-	-



0153 - EMATOLOGIA	0.21	0.00	3.39	0.53	0.11	0.64	4.88	4.53	1.80	2.66	3.53	4.81
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	0.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.72	1.10	0.40	-	-	-
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	0.65	0.00	1.30	0.81	0.49	0.49	3.74	2.05	0.97	2.85	-	-
0157 - GERIATRIA	0.64	0.00	1.28	0.85	1.92	0.43	5.12	6.30	6.42	7.05	-	-
0160 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1.29	0.00	0.35	0.12	0.00	0.00	1.75	1.49	2.30	2.57	1.61	-
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	3.57	0.00	0.51	0.51	0.51	1.02	6.11	3.85	10.92	4.02	3.58	5.23
0163 - CHIRURGIA TORACICA	0.39	0.00	0.19	0.00	0.19	0.19	0.96	0.91	-	-	-	-
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	0.00	0.00	0.50	0.00	0.17	0.00	0.67	0.31	0.17	-	-	-
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	0.00	0.00	0.73	0.36	1.46	0.00	2.55	3.10	3.38	-	-	-
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.14	0.52	0.80	0.78	0.64	0.69
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	0.47	0.00	0.47	0.36	0.00	0.00	1.31	0.47	1.01	1.18	1.10	1.28
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	0.83	0.00	0.41	0.83	0.83	0.00	2.90	0.37	2.41	-	-	-
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0.00	0.00	0.46	0.46	0.00	0.00	0.93	0.42	-	-	-	-
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	1.06	0.00	1.42	0.88	1.42	0.18	4.95	7.14	4.41	3.83	4.84	6.26
0181 - MEDICINA D'URGENZA	0.85	0.00	1.00	0.43	0.57	0.14	2.99	2.56	1.50	1.47	-	-
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST-OPERATORIA	2.78	0.00	3.61	3.33	2.78	1.39	13.88	-	-	-	-	-
0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.95	-	-	-	-
0188 - CARDIOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	0.07	0.00	0.36	0.00	0.00	0.04	0.47	0.77	0.34	0.62	-	-
0194 - CHIRURGIA SENOLOGICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28	-	-	-	-
0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	1.04	0.00	0.52	0.00	0.00	0.00	1.55	1.48	0.55	-	-	-
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.92	0.00	-	-	-
05104 - NEONATOLOGIA ROOMING IN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
05109 - MEDICINA GENERALE	1.30	0.00	1.73	1.08	2.81	1.30	8.21	8.50	4.72	3.79	3.47	7.99
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.33	0.00	1.32	1.32	1.32	0.00	4.30	4.31	3.57	1.60	-	-
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	2.70	0.30	0.90	1.20	0.60	2.70	8.39	10.26	3.23	4.31	2.55	7.61
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.36	0.00	-	-	-
05117 - TRAPIANTI DI RENE	0.57	0.00	1.15	1.15	0.57	0.00	3.45	2.77	2.02	3.94	-	-
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	2.05	0.00	0.68	0.00	0.68	0.34	3.76	2.76	1.27	-	-	-
05119 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0.00	0.00	1.35	0.22	0.00	0.00	1.57	1.45	0.25	-	-	-
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	0.22	0.00	3.36	0.45	0.22	0.67	4.93	5.56	2.72	2.00	5.23	4.56
05125 - CARDIOLOGIA SCOMPENSO	0.00	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.67	-	-	-	-	-
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	0.44	0.00	1.33	0.22	0.22	0.00	2.22	1.34	0.58	-	-	-
05128 - CHIRURGIA GENERALE 2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
05129 - CHIRURGIA ADDOMINALE	0.00	0.00	1.19	0.00	0.00	0.00	1.19	-	-	-	-	-
05131 - NEFROLOGIA	1.33	0.00	1.78	1.33	1.78	0.44	6.67	4.82	7.23	2.36	-	-
05133 - TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E CHIRURGIA ARTICOLARE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	0.64	0.21	3.43	0.86	2.14	0.21	7.50	11.76	11.26	5.36	-	-
05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	0.74	0.00	1.48	0.37	1.48	0.00	4.08	6.32	5.20	3.46	-	-
05136 - REUMATOLOGIA	1.80	0.00	1.08	0.00	0.36	0.72	3.97	8.74	3.89	5.99	-	-
05137 - GASTROENTEROLOGIA	0.76	0.00	0.76	2.29	1.02	0.25	5.10	5.63	2.52	3.09	-	-
05139 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	2.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.01	-	-	-	-	-
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	2.60	0.00	0.00	1.30	3.90	0.00	7.79	1.33	3.13	-	-	-
05146 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	0.00	0.00	0.50	0.50	0.00	0.00	1.00	-	-	-	-	-
05147 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE 2	0.00	0.00	2.39	0.00	0.00	2.39	4.77	-	-	-	-	-
05148 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO 2	0.00	0.00	2.83	0.00	0.00	0.00	2.83	-	-	-	-	-
05149 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA 2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-
0701 - RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	0.22	0.00	1.12	0.22	0.45	0.22	2.23	-	-	-	-	-
0704 - NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	0.75	0.00	0.15	0.90	0.60	1.65	4.05	-	-	-	-	-
0706 - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0.00	0.00	0.00	0.76	0.00	0.38	1.13	-	-	-	-	-
0707 - RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	0.30	0.00	0.15	0.30	0.15	0.46	1.37	-	-	-	-	-
TOTALE UU.OO.	0.63	0.01	0.83	0.52	0.61	0.32	2.92	3.46	2.78	3.40	3.31	3.12

**Tabella 6: Incidenza per 1.000 giornate di degenza dei microrganismi alert, rilevati dalla UOC Microbiologia nei campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi), nel periodo 2019-2024 presso le Unità Operative del Presidio Columbus.**

Unità Operativa	MRSA	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	CRE	A. baumannii CR	P. aeruginosa CR	Tot 2024	tot 2023	Tot 2022	Tot 2021	Tot 2020	Tot 2019
0202 - ORTOPEDIA COLUMBUS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-	-

0204 - TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E CHIRURGIA GINOCCHIOIC	0.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.92	-	-	-	-	-
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	0.77	0.00	0.85	1.11	0.60	0.60	3.92	4.40	4.93	-	-	-
0212 - IMMUNOLOGIA CLINICA COLUMBUS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.10	5.74	-	-	-
0214 - GERIATRIA COLUMBUS	0.48	0.00	1.45	1.45	0.73	0.00	4.11	-	-	-	-	-
0275 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO COLUMBUS	2.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.28	2.54	-	-	-	-
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	0.63	0.00	2.00	1.37	1.16	0.53	5.69	2.64	3.61	2.84	-	-
TOTALE UU.OO.	0.72	0.00	1.27	1.16	0.76	0.43	4.35	3.54	4.35	7.05	-	-

## 4.2.3. IGIENE DELLE MANI

Presso la FPG è attivo un sistema di monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, secondo le indicazioni dell'OMS. Per quanto concerne la valutazione dell'adesione all'igiene delle mani, si riporta nelle figure 1 e 2 sottostanti l'andamento globale del dato relativo alla compliance all'igiene delle mani presso la FPG e presso le singole Unità Logistiche circa le rilevazioni svolte nell'anno 2024.

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

### % Compliance all'Igiene delle mani

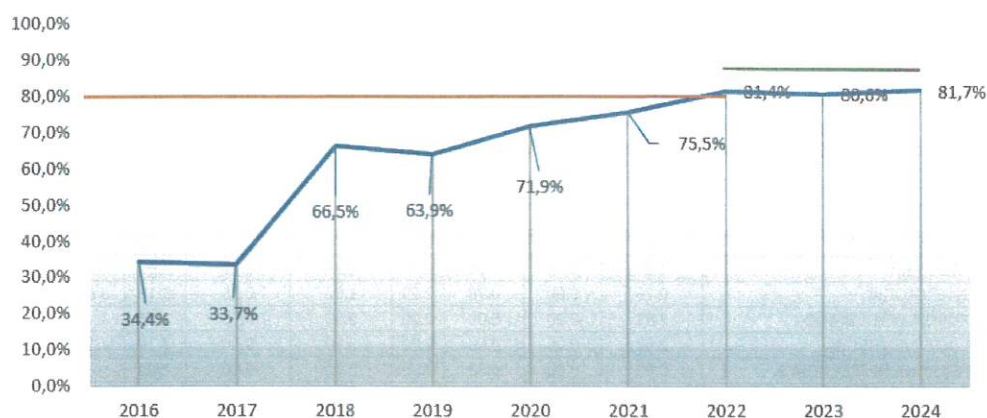


Figura 1 - Andamento della compliance all'igiene delle mani nel periodo 2016-2024

La valutazione condotta ha registrato un'adesione all'igiene delle mani pari all'**81.7%** nel corso di tutto il 2024, registrando quindi un aumento del 1,1% rispetto al 2023. Tale aumento non ha comunque permesso il raggiungimento di uno degli obiettivi fissati per il 2024, aumentare la compliance all'igiene delle mani totale registrata in FPG all'85%. Nella figura 2 è riportato il confronto della compliance all'igiene delle mani registrata nelle UU.LL. oggetto di rilevazione nel 2023 e nel 2024.



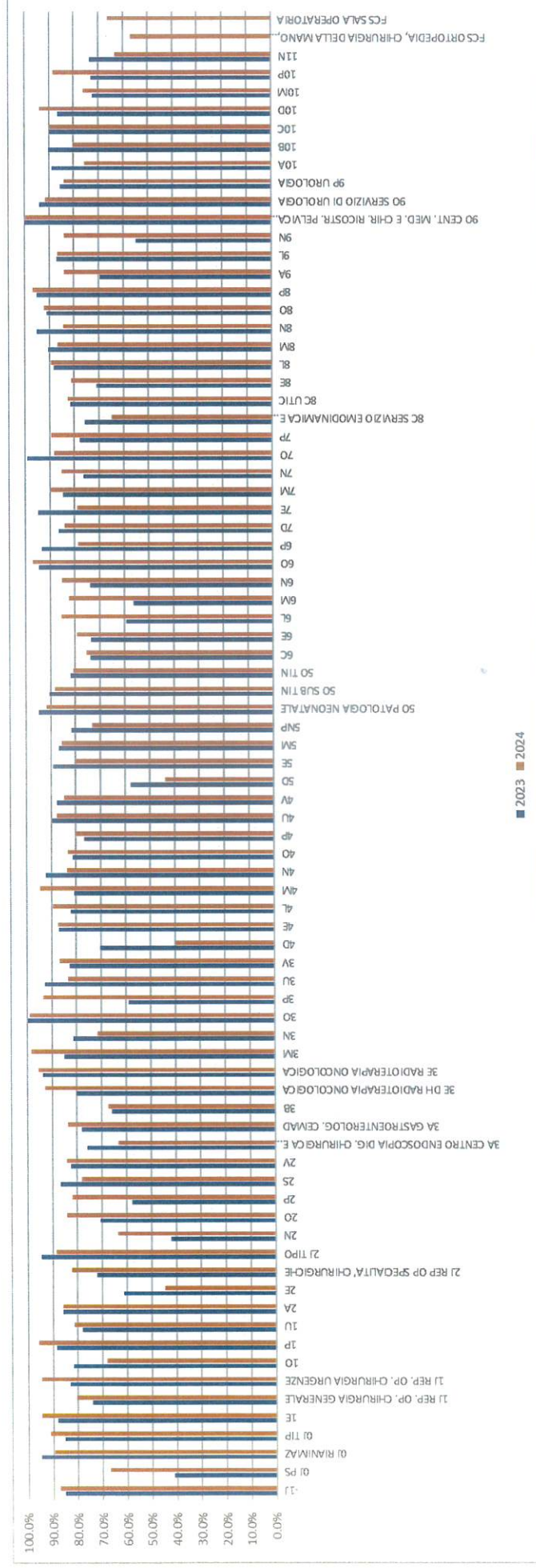


Figura 2 - Compliance all'igiene delle mani 2023-24 per Unità Logistica.



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

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

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

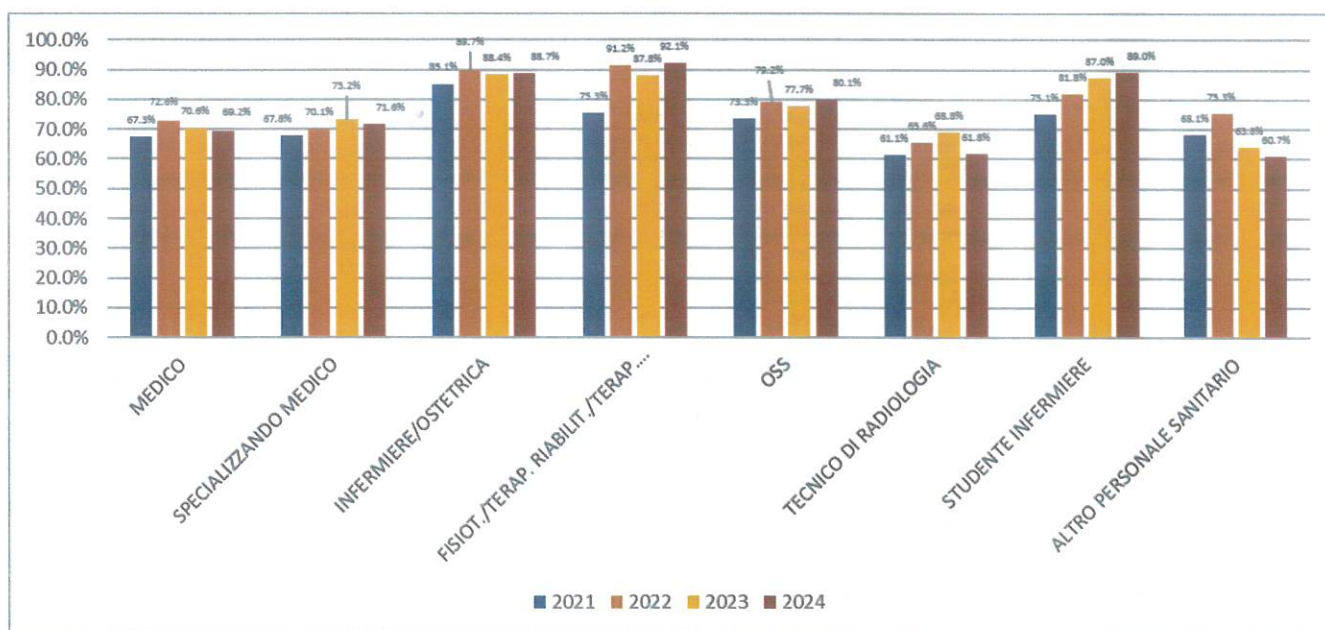


Figura 3 - Compliance all'igiene delle mani 2021-2024 per categoria professionale

La categoria professionale infermieristica e quella dei terapisti della riabilitazione hanno confermato nel 2024 le migliori compliance all'igiene delle mani (88.7%, 89% e 92.1%).

Una diminuzione è stata invece registrata nella categoria medica (strutturati e specializzandi) che passa dal 70.6% e 73.2% del 2023 al 69.2% e 71.6% del 2024. Tale riduzione della compliance non ha permesso di raggiungere l'obiettivo del precedente Piano (incrementare del 10% il dato 2023 in tali categorie).

Per quanto concerne la *compliance* ai cinque momenti dell'igiene delle mani (Figura 4), si evidenzia un calo in due indicazioni e un aumento in altre due, tra cui quella relativa a "dopo il contatto con ciò che circonda il paziente",

indicazione che, pur registrando da sempre le percentuali più basse, nell'ultimo anno è aumentata di 3 punti percentuali.

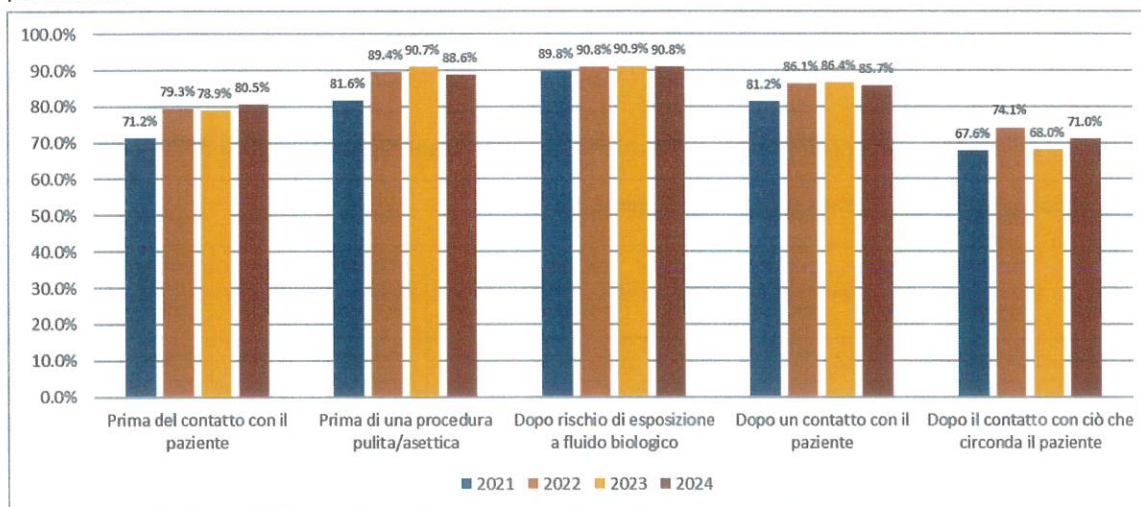


Figura 4 - Compliance all'igiene delle mani 2021-2023 per indicazione OMS

In relazione al gold standard OMS (20 lt/1000 gg assistenza), che indica il minimo consumo di soluzione alcolica che garantisce una buona adesione di igiene mani, come per gli altri anni, sono stati presi in considerazione esclusivamente i reparti di degenza del Policlinico.

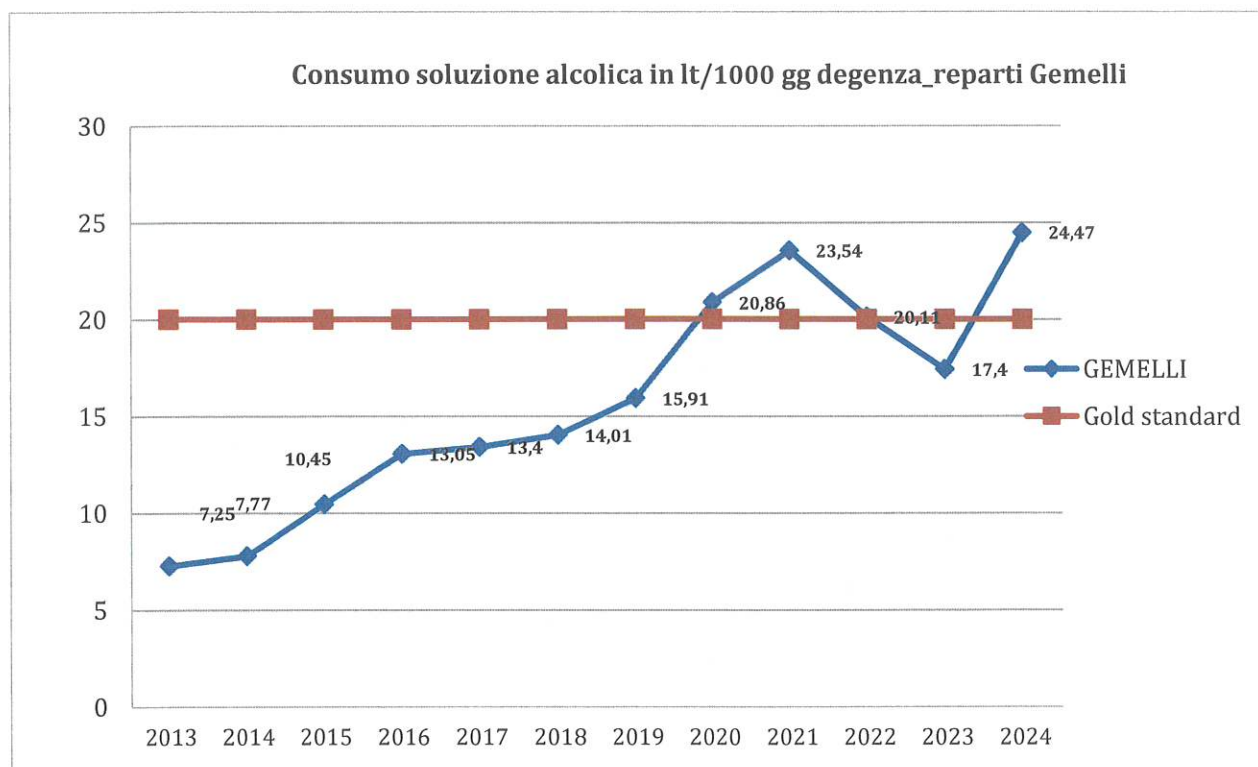


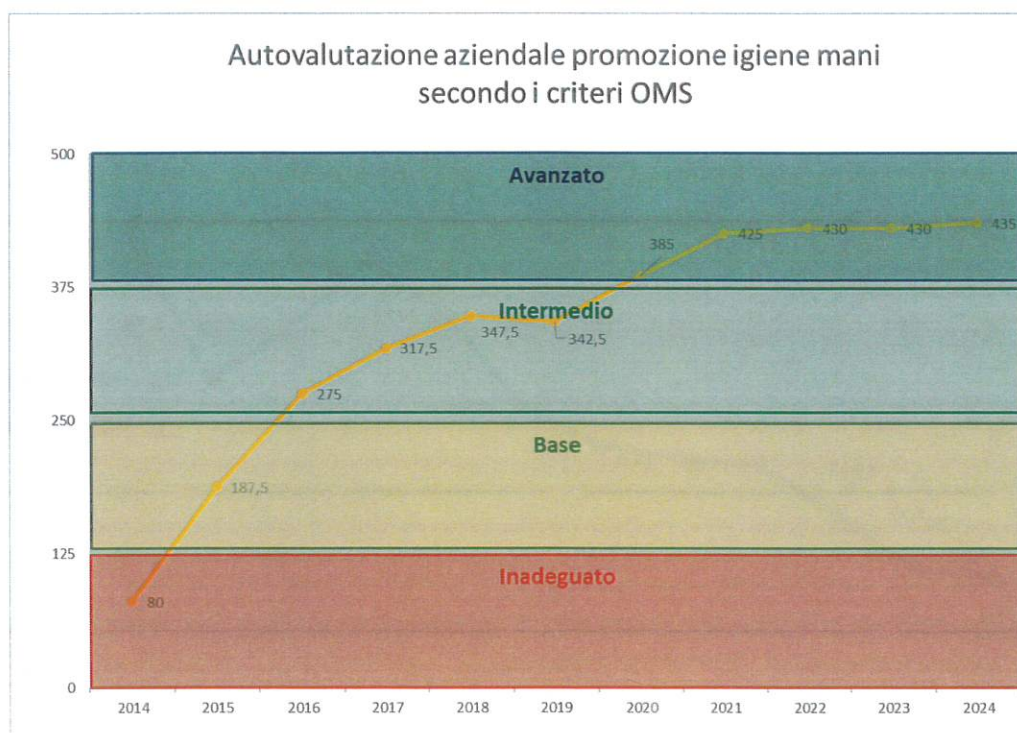
Figura 4bis – è rappresentato il dato relativo al consumo della soluzione alcolica nelle degenze della FPG.



Nel 2024 il tasso di consumo di soluzione alcolica è aumentato da 17,4 Lt/1000 gg degenza nel 2023 a 24.5 del 2024; dopo due anni di flessione quindi il consumo torna ai livelli soddisfacenti del 2021.

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

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

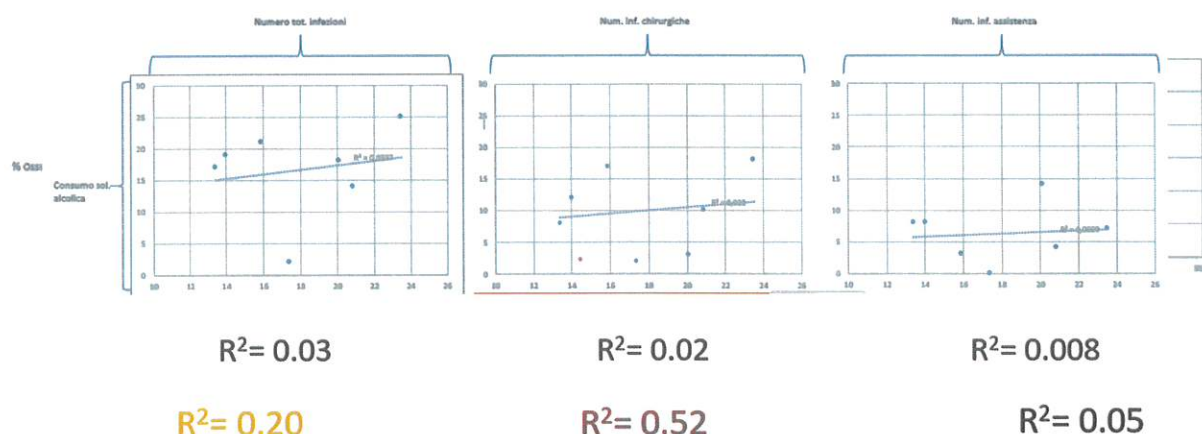


**Figura 5 - Grafico punteggi del questionario di autovalutazione aziendale igiene mani registrati negli anni 2014-2024**



Le ultime due tabelle mettono a confronto l'andamento dei livelli di compliance all'igiene delle mani con il numero di sinistri aperti per infezioni correlate all'assistenza e, in particolare, per infezioni correlate al sito chirurgico nel periodo 2015-2024: si può osservare il positivo impatto delle politiche complessivamente adottate soprattutto in relazione all'obiettivo del contenimento del fenomeno delle SSI.

### Effetti consumo gel idro-alcologico vs SSI e ICA



#### 4.2.4. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI

Presso la FPG IRCCS nel corso del 2024 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 5 è riportata la percentuale di copertura vaccinale degli OS per le campagne antinfluenzali 2020-21, 2021-22, 2022-23, 2023-24 e 2024-25 mentre nella tabella 8 sono riportate le dosi di vaccino somministrate agli operatori sanitari della FPG.

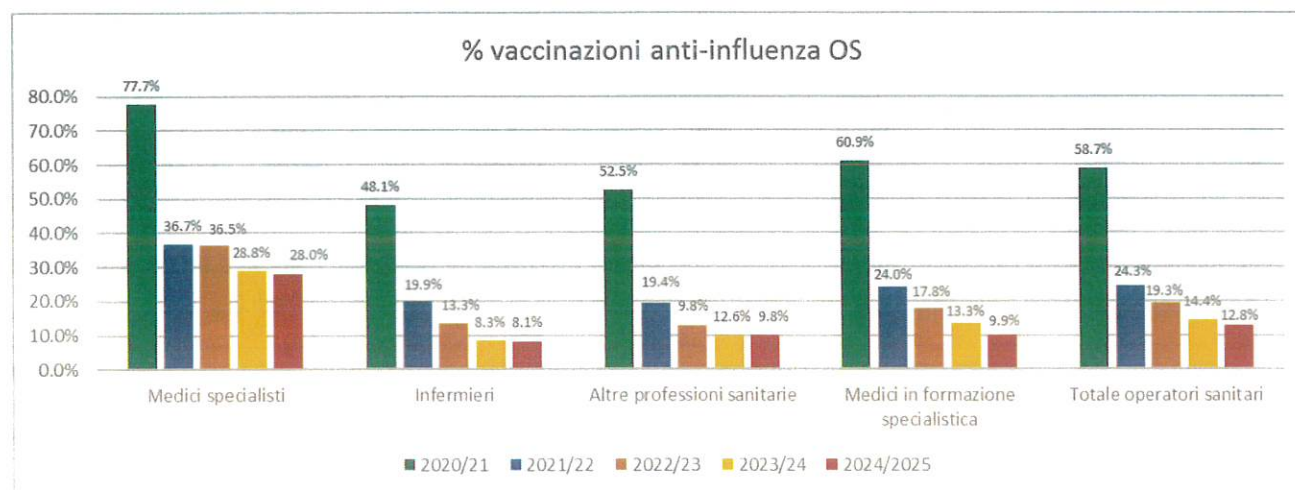


Figura 6 - Copertura vaccinale antinfluenzale 2020-2024, stratificata per tipologia di OS, presso la FPG

**Tabella 8: Numero di dosi di vaccino antinfluenzale somministrate agli OS della FPG nelle campagne vaccinali 2020-21, 2021-22, 2022-23, 2023-24 e 2024-25**

campagna vaccinale anti-influenzale	Medici Specialisti	Infermieri	Altre professioni sanitarie	Medici in formazione specialistica	Totale operatori sanitari vaccinati
2020-21	1170	971	825	688	3654
2021-22	560	455	330	472	1817
2022-23	545	301	167	369	1382
2023-24	449	187	128	280	1044
2024-25	429	187	165	242	1023

Come emerge da figura e tabella, rispetto alla campagna antiinfluenzale precedente, quella del 2024-25 ha registrato un ulteriore calo delle vaccinazioni. Tale fenomeno non ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo 2024 per tutte le categorie professionali (raggiungere un valore di copertura vaccinale, per ogni tipologia di OS, pari come minimo alla mediana europea - dato ECDC 2016-17= 30.2%).

Per quanto concerne SARS COV 2, nella tabella seguente è riportato il numero di operatori sanitari della FPG vaccinati nel 2023 e nel 2024 e la relativa proporzione sul totale.

**Tabella 9: Numero di operatori sanitari della FPG vaccinati per SARS COV 2 nel 2023 e 2024 e proporzione sul totale**

anti SARS COV 2	Medici Specialisti	Infermieri	Altre professioni sanitarie	Medici in formazione specialistica	Totale operatori sanitari vaccinati
2023	320	76	53	188	637
	20.5%	3.4%	4.1%	8.8%	8.8%
2024	240	50	49	148	487
	15.7%	2.2%	2.9%	6.0%	6.1%

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 6, che illustra l'immunizzazione contro MPR-V raggiunta negli operatori sanitari nel 2024 a confronto con gli anni precedenti, il trend dell'immunizzazione registra un dato stabile per le quattro patologie infettive interessate.

L'obiettivo 2024 (mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2023 e comunque non inferiore al 95%) può ritenersi quindi raggiunto.

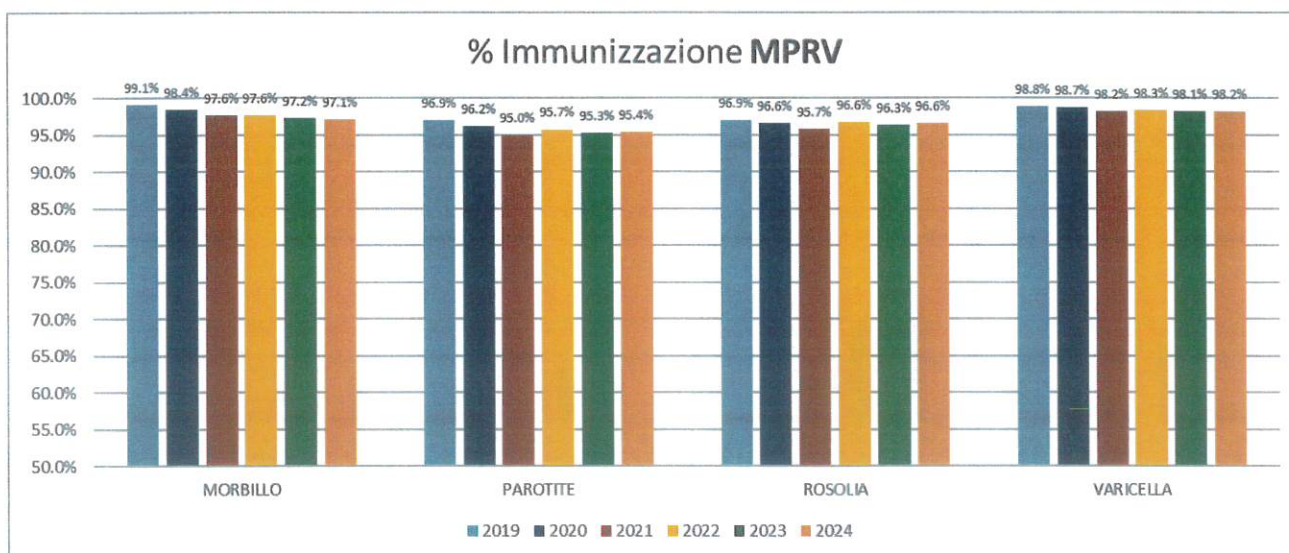


Figura 7 - Copertura vaccinale contro MPR-V tra gli OS nel 2019 - 2024 presso la FPG IRCCS

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

Le figure 7 e 8 mostrano il tasso delle infezioni correlate all'assistenza, standardizzato per tipologia di infezione, in Rianimazione (0J) e in Terapia Intensiva Neurochirurgica (8N) nel corso degli anni, sebbene il dato 2024 della Rianimazione 0J non sia completamente confrontabile con gli anni passati, visto che in questo anno si è passati ad un sistema di raccolta prospettico paziente per paziente che ha permesso di identificare le sole ICA attribuibili alla Terapia intensiva.

Per tale motivo, in Rianimazione nel 2024 si è osservato un forte calo delle infezioni totali (da 9.3 a 1.5\*100 giornate di degenza) che ha permesso di raggiungere l'obiettivo 2024 "registrare una riduzione dell'incidenza delle infezioni totali del 5% rispetto al dato 2023 nella UOC Rianimazione (0°J)". Anche l'obiettivo 2024 "registrare una riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2023 nella UOC Rianimazione (0°J)" è stato raggiunto.



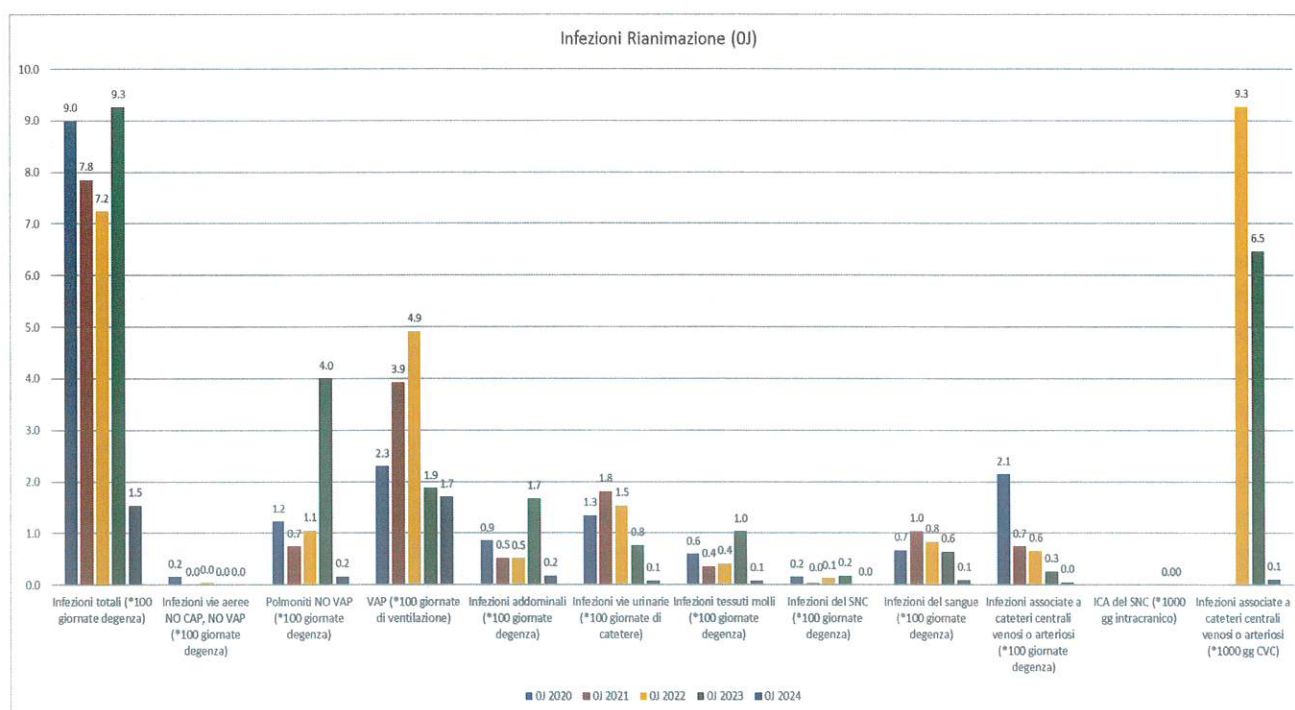


Figura 8 - Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in Rianimazione

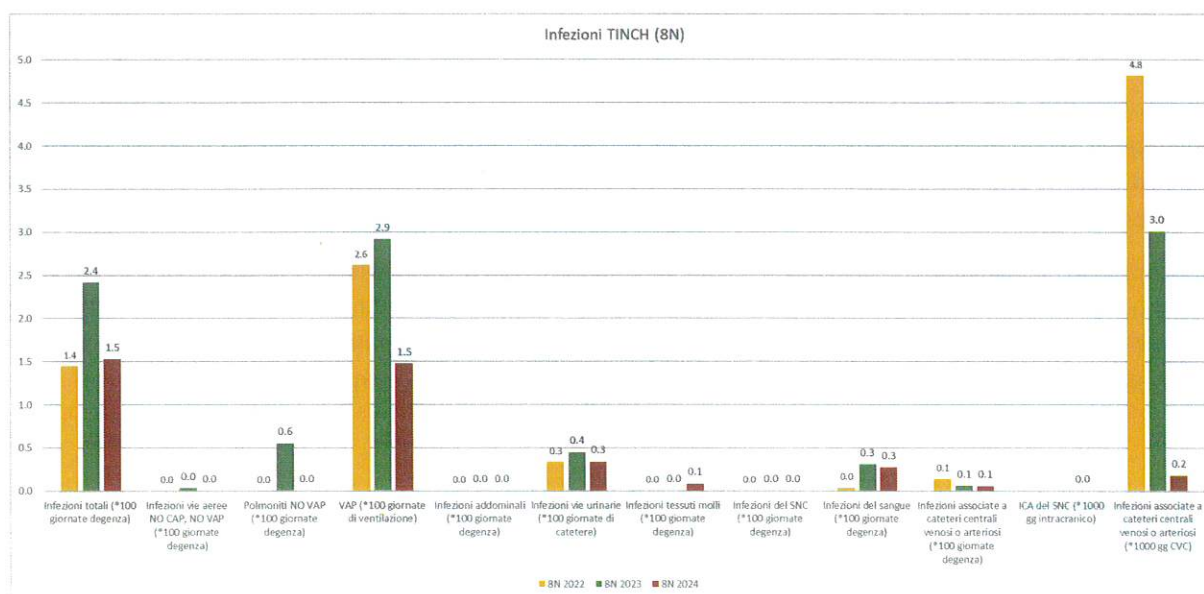


Figura 9 - Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in TINCH

#### 4.2.6. INFEZIONI NEI NEONATI

Nel 2024 nella UOC Neonatologia si è registrato un valore di infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari centrali (CLABSI) pari a 6.8 per 1.000 giorni di cateterismo, dato in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente.

**Tabella 10. Incidenza delle CLABSI registrate nella UOC Neonatologia nel 2021-2024**

Tipologia	2021			2022			2023			2024		
	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	805	7	8.7	754	8	10.6	635	0	0	653	2	3.1
ECC	1447	28	19.4	1029	10	9.7	899	11	12.2	829	12	14.5
CICC+FICC	951	7	7.4	1668	13	7.8	834	7	8.4	786	2	2.5
FICCnt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225	1	4.4
Tutti	3203	42	13.1	3451	31	9	2368	18	7.6	2493	17	6.8

gg cat= giorni di cateterismo vascolare

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

Per quanto concerne l'obiettivo per il 2024, non sono state effettuate le rendicontazioni del gruppo Cometa sull'andamento della progettualità nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni.

#### 4.2.7. INFEZIONI DEL SANGUE

Per quanto riguarda le infezioni correlate a catetere venoso centrale, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato pari all'1.1% dei pazienti (nel 2023 1.2%).

L'obiettivo 2024, cioè l'azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle infezioni correlate a catetere venoso centrale non può quindi dirsi raggiunto.

#### 4.2.8. INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

Con riferimento alle infezioni delle vie urinarie, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato in aumento, pari al 4.2% dei pazienti (nel 2023 3.5%); di questi il 3.3% presentava un'infezione associata al catetere urinario (nel 2023 2.9%).

L'obiettivo 2024, cioè registrare una prevalenza delle CAUTI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 0.9%) non può quindi dirsi raggiunto.

#### 4.2.9. INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Relativamente alle infezioni del sito chirurgico, l'indagine annuale di prevalenza puntuale delle ICA in tutte le UU.OO ha mostrato un dato in diminuzione, pari al 1.4% dei pazienti (nel 2023 2.5%).

L'obiettivo 2024, cioè registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 1.2%), può quindi dirsi in buona parte raggiunto.

#### 4.2.10. MONITORAGGIO ICAS E RELATIVI BUNDLE

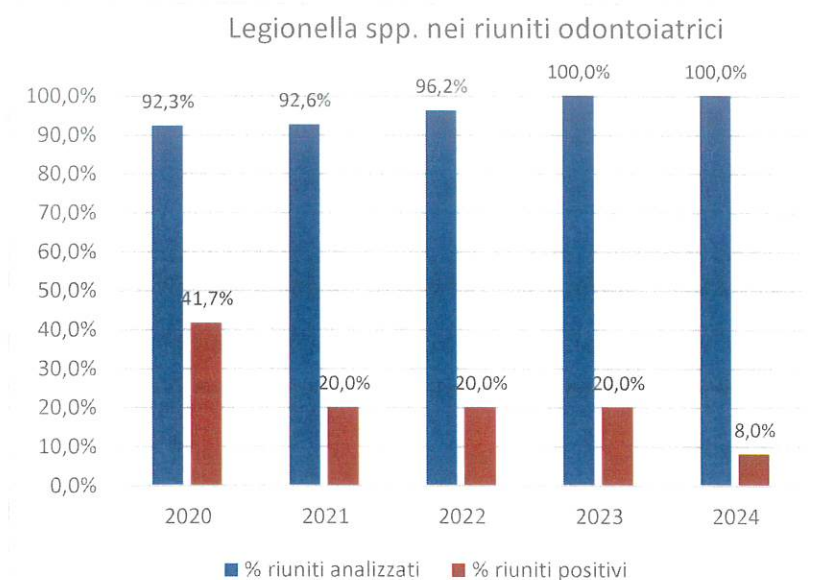
Per quanto concerne gli obiettivi 2024 relativi al monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e ai relativi bundle di prevenzione, nel corso dello scorso anno sono state definite le regole di monitoraggio delle CAUTI, CLABSI e VAP.

Relativamente alle CAUTI è stato sviluppato il modello di monitoraggio, includendo anche i bundle, ma non è stato possibile validare i dati

#### 4.2.11. 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: nel 2024 sono stati analizzati tutti i riuniti presenti in struttura e la percentuale di quelli positivi al batterio è scesa all'8%.

L'obiettivo 2024 di ridurre dal 20% al 15% la proporzione di riuniti contaminati da *Legionella* spp. è stato quindi raggiunto.



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

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

Come emerge dal primo grafico della figura 11, nel 2024 sono state analizzate 90 superfici in più rispetto al 2023 mentre nel secondo grafico si evince come si sia passati da circa il 29% di superfici positive per patogeni nel 2023 a circa il 5% del 2024; l'obiettivo 2024 di ridurre del 10% la proporzione delle superfici colonizzate da microrganismi patogeni è stato quindi raggiunto.



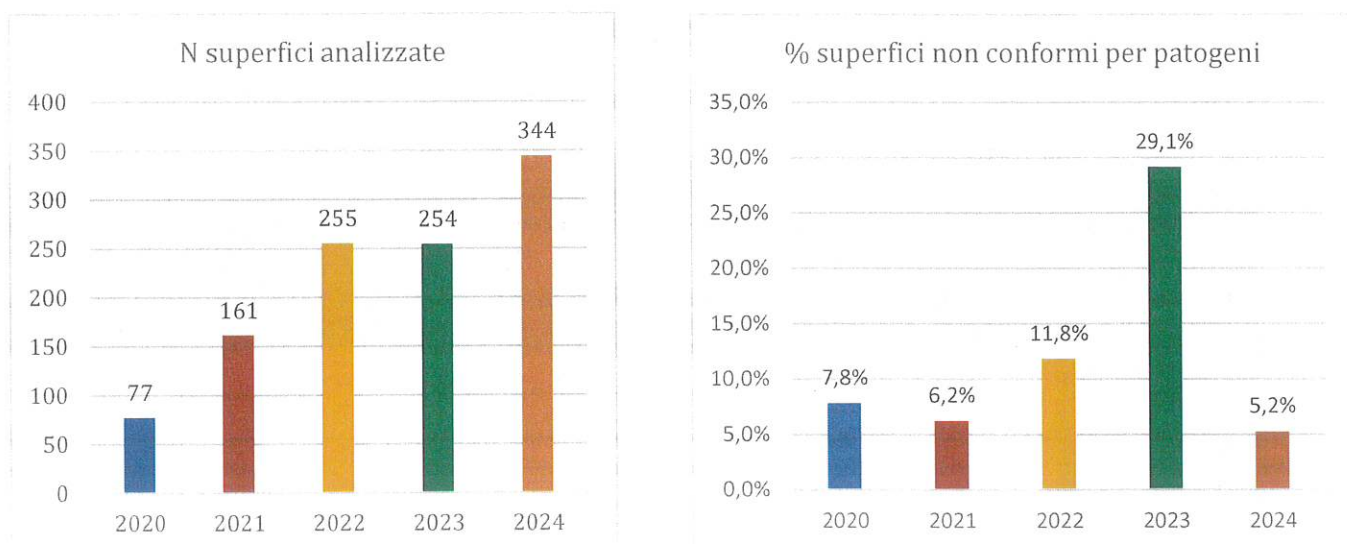


Figura 11 - Numero di superfici analizzate e relativa positività a microrganismi patogeni nel triennio 2020-24

#### 4.2.12. PRESIDI, DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO CHIRURGICO

Per quanto riguarda l'obiettivo 2024 "Nuovo modello per le verifiche igienico sanitarie in centrale di sterilizzazione e nelle aree di sub sterilizzazione", l'implementazione della procedura 467 relativa alle verifiche igienico sanitarie del processo di sterilizzazione è in fase di elaborazione e a fine anno sono state svolte le prime prove biologiche.

Con riferimento all'obiettivo sulla "Gestione corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico nelle aree di sub-sterilizzazione", nel corso del 2024 è stato effettuato il 100% dei sopralluoghi previsti e sono stati ridefiniti e implementati i percorsi sporco-pulito ove possibile e dove necessario. Inoltre, è stata razionalizzato il numero di autoclavi in uso nelle unità operative e creato una nuova sub-sterilizzazione presso il 2J con percorsi strutturali definiti

#### 4.2.13. SALUTE DEL PERSONALE

Nel corso del 2024 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 del Piano (mantenere a 0 tale numero).

#### 4.2.14. EMERGENZE CORRELATE AL MANIFESTARSI DI MALATTIE GLOBALI TRASMISSIBILI

Per quanto concerne l'obiettivo 2024, "Consolidamento competenze del personale infermieristico di PS, finalizzato al pronto riconoscimento di segni e sintomi correlabili a malattie globali trasmissibili", la procedura relativa è stata diffusa mediante i canali abituali tra il personale infermieristico ma non è stata svolta nel corso dell'anno un'attività formativa specifica in merito.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

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

Azione	Funzione di Gestione del Rischio Infettivo	Funzione di Gestione del rischio sanitario	Funzione di gestione del contenzioso	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Funzione Qualità ed Accredimento
Redazione PARS	C	R	I	C	I	I
Redazione paragrafi 1, 2, 3, 4.1 e 6	I/C	R	C	I	I	I
Redazione punti 4.2 e 7	R	I/C	I	I	I	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	I
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punti 4.2 e 7	R	C	I	I	C	C

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

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 7.1. OBIETTIVI

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati confermati per l'anno 2025 i seguenti obiettivi strategici:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

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



- a) Conferma della dotazione di personale attualmente dedicata alla gestione del rischio clinico che preveda (oltre al Risk Manager), un dirigente medico con contratto a tempo determinato, tre posizioni amministrative, nonché un ulteriore medico con contratto di collaborazione e due coordinatori infermieristici in staff.
- 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, con il Comitato RiViGe, nonché con Direzione Affari Legali e Societari e funzione di liquidatore.

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

Sulla base del ridisegno della mappatura del rischio come modificatasi a seguito dell'analisi delle segnalazioni di incident reporting e delle revisioni dei dati sull'andamento della sinistrosità di più recente generazione (cfr. allegati 1), sono stati individuati rischi meritevoli di iniziative di contenimento che per l'anno 2025 vengono declinate nei seguenti termini:

- 1) Estensione delle Mortality and Morbidity Conference ai restanti Dipartimenti, con programma di accorpate gli appuntamenti in numero pari a 4 all'anno per Dipartimento;
- 2) Prosecuzione attività di aggiornamento dei fogli informativi collegati alle modulistiche sul consenso informato, mediante l'indicazione del dato della mortalità intraospedaliera;
- 3) Realizzazione introduzione della differente modalità di gestione informatica delle richieste degli esami istologici su campioni biologici prelevati in contesti ambulatoriali e di sala operatoria;
- 4) Completamento dell'informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici;
- 5) Avvio reparto 3M (Neuropsichiatria Infantile) con porte bloccate e due stanze adibite a contenimento pazienti, con modifica della procedura prevenzione del rischio suicidio in ospedale;
- 6) Ulteriore estensione modello Admission Room per contrastare il fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso;
- 7) Aggiornamento delle procedure esistenti in tema di contrasto al fenomeno della malnutrizione ospedaliera e degli episodi di ab ingestis nel post-operatorio, con diffusione dei sistemi automatizzati per la predisposizione delle colazioni nelle Unità di degenza;
- 8) Messa in sicurezza della filiera di produzione delle nutrizioni parenterali per setting neonatologico;
- 9) Procedura per il richiamo in sicurezza di pazienti soggetti a recall conseguente ad avviso di sicurezza relativo a dispositivi medici dichiarati difettosi o comunque malfunzionanti o a rischio di diventarlo nel breve periodo;
- 10) Aggiornamento dell'applicativo TALETE® per il miglioramento delle schede di segnalazione, la divisione dei flussi "eventi avversi"/"non conformità", la semplificazione dei contenuti e l'aggiornamento della lista eventi sentinella;
- 11) Costruzione di due cruscotti permanenti per il monitoraggio del fenomeno "mortalità intraospedaliera" e "morbilità neonatale a tre mesi".

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

Si conferma inoltre l'attenzione al tema del contrasto al fenomeno delle cadute dei pazienti in ospedale: anche alla luce delle sopravvenute modifiche ai requisiti di accreditamento JCI, per i quali è necessario predisporre un piano che tenga conto anche dell'esigenza della prevenzione dell'episodio caduta, viene istituito un tavolo di lavoro che oltre ad armonizzare procedure ed istruzioni operative esistenti, avrà il compito di provvedere alla graduale diffusione delle scale di valutazione multidimensionali e/o integrate in relazione ai differenti contesti assistenziali.

I restanti punti scaturiscono, da un lato, dalla necessità di completare il percorso avviato l'anno precedente su alcuni temi di miglioramento della qualità della comunicazione, della prevenzione del rischio suicidio/allontanamento di pazienti fragili, della gestione delle terapie oncologiche, della corretta attribuzione delle richieste di esami istologici ai campioni prelevati all'interno di setting assistenziali ad elevato turn over di pazienti, nonché della maturazione piena della consapevolezza del valore positivo della segnalazione degli eventi avversi e della discussione delle loro cause radice impattanti sul contesto organizzativo, dall'altro da nuovi bisogni emersi a seguito delle root cause analysis su alcuni eventi sentinella accaduti nel secondo semestre 2024 ed incidenti in maniera significativa sul lato della sicurezza nutrizionale e perinatale.

La realizzazione dei cruscotti si impone invece per effetto dell'avvenuto aggiornamento della lista degli eventi sentinella ad opera del Ministero della Salute, allo scopo di ampliare il più possibile il perimetro di raccolta dati, andando oltre il confine della stretta segnalazione individuale operatore dipendente, con particolare riferimento ai fenomeni delle morti collegate a infezioni correlate all'assistenza.

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) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
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
ATTIVITÀ 2 – Conferma del programma “pillole di Risk Management” a conduzione infermieristica: una finestra di confronto da remoto di 30 minuti ogni due settimane tra RM e Unità di degenza per richiamare aspetti irrinunciabili della sicurezza delle cure		



## INDICATORE Pianificazione ed esecuzione delle "pillole"

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOS Qualità ed Accreditamento	SITRA	DRU
Calendarizzazione delle pillole	I	I	R	I
Realizzazione dei sottogruppi	C	I	R	I
Esecuzione delle attività	R/C	I	R/C	C
Accreditamento ECM	C	I	R/C	R/C

**ATTIVITÀ 3 – Estensione delle Morbidity & Mortality Conference di Dipartimento con cadenza quadrimestrale a tutti i Dipartimenti di FPG**

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 31.12.2025

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

FONTE UO Risk Management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

## ATTIVITÀ OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA [...]

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

INDICATORE Avvio operativo entro 31/07/2025 di almeno due Unità Operative a vocazione assistenziale oncologica

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	ICT	Farmacia
--------	--------------	-----	----------



Avvio dell'Informatizzazione	I	R	C
Applicazione della procedura	C	I	R
ATTIVITÀ 2 – Aggiornamento dei fogli informativi con indicazione del tasso di mortalità intraospedaliera per il miglioramento della comunicazione tra operatori e persone assistite			
INDICATORE il 50% dei fogli informativi in uso presso FPG dovrà essere aggiornato alla luce dei dati di mortalità rivisti al 31.12.2024			
STANDARD entro il 31.12.2025 dovrà essere ottenuto l'obiettivo fissato nello standard			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager		UOC di pertinenza chirurgica
Avvio dell'attività	R		C
Realizzazione dell'aggiornamento	C		R
ATTIVITÀ 3 – Aggiornamento delle procedure esistenti in tema di contrasto al fenomeno della malnutrizione ospedaliera e degli episodi di ab ingestis nel post-operatorio, con diffusione dei sistemi automatizzati per la predisposizione delle colazioni nelle Unità di degenza			
INDICATORE Aggiornamento delle procedure ed estensione dei dispositivi a tutte le unità di degenza entro il 31.12.2025			
STANDARD Si			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabile Farmaco e Dispositivo Vigilanza/SITRA/Facility Management	UOS Nutrizione Clinica
Aggiornamento procedure	C	C	R
Estensione dei sistemi di predisposizione colazioni	I	R	C
Verifica dell'attività	E	C	I
ATTIVITA' 4 – Introduzione di due cruscotti su mortalità intraospedaliera e su morbidità perinatale a 3 mesi			
INDICATORE Realizzazione e validazione del cruscotto per una Unità Operativa entro il 30.06.2025			
STANDARD Si			

FONTE UO Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOS Qualità/Accreditamento	ICT/Datawarehouse Management	UU.OO.	Direttore di Dipartimento
Disegno del sistema	R/C	I	R/C	I	C
Realizzazione dello strumento	I	I	R	C	I
Confronto con dati in concreto osservati su un campione di cartelle dei primi 4 mesi del 2025 per validazione	C	R	C	C	I
Introduzione del sistema	C	I	C	C	R

## ATTIVITÀ OBIETTIVO C) FAVORIRE VISIONE UNITARIA SICUREZZA

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

INDICATORE Realizzazione dello strumento entro il 31.12.2025

STANDARD Si

FONTE UOS Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	ICT	UU.OO.
Definizione delle caratteristiche strumento informativo	I	R	C
Realizzazione dello strumento	I	R	I
Avvio della fase pilota	C	R	C
Estensione del modello così testato	I	R	C

ATTIVITA' 2 – Avvio della sub-unità di degenza 3M destinata ad accogliere paziente fragile pediatrico a rischio allontanamento/suicidio rafforzata dal sistema a porte chiuse e di video-sorveglianza

INDICATORE – Sub-Unità inaugurata entro il 30/12/2025

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	ICT	UOC Psichiatria	UOC Neuropsichiatria Infantile	Facility Management
Realizzazione dei varchi nel reparto e allestimento degli arredi nelle due stanze individuate in coda (Unità di degenza 3M)	C	C	R	C	C	C
Completamento opere	I	I	R	I	C	C
Osservazione dei risultati	R	C	I	C	C	I
ATTIVITA'3 – Messa in sicurezza della filiera di produzione delle nutrizioni parenterali per setting neonatologico						
INDICATORE Introduzione nuovo dispositivo e aggiornamento procedure entro il 30.07.2025						
STANDARD Si						
FONTE UO Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager/UOC Neonatologia		UOC Farmacia/Direzione Acquisiti		UOS Ingegneria Clinica/ICT	
Individuazione del dispositivo di sicurezza	C		R/C		C	
Perfezionamento acquisizione	I		C/R		C	
Aggiornamento procedure	R		C		I	
ATTIVITA 4 – Aggiornamento applicativo TALETE ® per il miglioramento delle segnalazioni						
INDICATORE aggiornamento entro il 30.06.2025						
STANDARD Si						
FONTE UO Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	ICT		UOC Qualità e Accreditamento	Direzione Sanitaria	
Avvio dell'attività di revisione	R	C		C	I	
Realizzazione interventi	C	R		I	I	

**ATTIVITA' 5 – Procedura per il richiamo in sicurezza di pazienti soggetti a recall conseguente ad avviso di sicurezza relativo a dispositivi medici dichiarati difettosi o comunque malfunzionanti o a rischio di diventarlo nel breve periodo**

INDICATORE Diffusione della procedura entro il 31.12.2025

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	Direzione Acquisti	Responsabile Farmaco e Dispositivo Vigilanza/UOS Aritmologia	Direzione Sanitaria/SITRA
Avvio del tavolo di lavoro	R	C	C	C
Realizzazione procedura	C	C	R	I
Diffusione della procedura	C	I	C	R

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

Si renderà inoltre necessario avviare un processo di revisione della PRO.198 in tema di Gestione del contenzioso in FPG per armonizzarne i contenuti con le disposizioni richiamate all'interno del Decreto 232/2023 in materia di ripartizione del fondo rischi nella prospettiva di portare FPG ad essere allineata alle tempistiche di effettiva introduzione della nuova disciplina previste per il 01.04.2026.

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



Obiettivi	Azioni di miglioramento	Tempo di realizzazione	Valutazione Efficacia
Estensione delle <b>Mortality and Morbidity Conference</b> a due nuovi Dipartimenti	Realizzazione di MMC a cadenza quadrimestrale e secondo la metodologia della esposizione di RCA su eventi sentinella o su eventi avversi significativi nei Dipartimenti di FPG	31.12.2025	Aver organizzato almeno 24 MMC su tutti i Dipartimenti a partire da aprile 2025 fino al 28.02.2026
Aggiornamento dei fogli informativi collegati alle modulistiche sul consenso informato, mediante l'indicazione del dato della mortalità intraospedaliera	Aggiornamento del 50% dei fogli informativi	31.12.2025	Entro il 31.12.2025 deve essere completata l'attività di aggiornamento sul 50% dei fogli informativi di pertinenza chirurgica
Aggiornamento piattaforma TALETE *	Aggiornamento: - Schede di segnalazione eventi avversi e non conformità - Introduzione scheda segnalazione violenza di genere - Modifica flussi di presa in carico a seconda della tipologia di segnalazione - Introduzione modello semplificato gruppo di lavoro revisione RCA - Aggiornamento lista eventi sentinella	30.06.2025	- Consegna della piattaforma aggiornata e diffusione del nuovo applicativo mediante pillole formative di RM
Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici	Inserimento dei protocolli sulla piattaforma <b>TraKcare</b> e formazione sul campo	31.07.2025	Raggiungimento del 100% dell'aderenza degli utenti delle due Unità Operative reclutate alla nuova modalità di richiesta dei farmaci CHT
Aggiornamento delle procedure esistenti in tema di contrasto al fenomeno della malnutrizione ospedaliera e degli episodi di ab ingestis nel post operatorio, con diffusione dei sistemi automatizzati per la predisposizione delle colazioni nelle Unità di degenza	Introduzione di nuovi dispositivi nelle «cucine» delle unità di degenza per la predisposizione di colazioni a prova di eventi post-inalatori Aggiornamento procedure in tema di sicurezza nutrizionale	31.12.2025	Avvenuta estensione dei dispositivi entro il 31.12.2025 Revisione delle PRO e IO entro il 30.09.2025
Messa in sicurezza della filiera di produzione delle nutrizioni parenterali per setting neonatologico	Introduzione del nuovo dispositivo di sicurezza per migliorare la capacità di verifica dell'ottimale confezionamento delle sacche nutrizionali destinate a pazienti pediatrici	30.07.2025	- Completamento degli aggiornamenti tecnici necessari a rendere operativo il sistema

Pur in assenza dell'avvenuta realizzazione delle modifiche sull'applicativo TALETE® che avrebbero dovuto consentire l'automatico travaso dei dati relativi ai sinistri dalla piattaforma aziendale a quella regionale, si ritiene di destinare risorsa umana al completamento del percorso di allineamento nella trasmissione delle segnalazioni di eventi avversi e near miss, allargandolo anche ai sinistri con l'obiettivo di andare a regime entro il 30.06.2025.

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

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

Infine, nell'ambito delle iniziative assunte per contrastare il fenomeno del sovraffollamento, all'UOS Risk Management è stato affidato il compito di estendere il modello "Clinical Admission Room", introdotto, dopo una breve fase pilota, a settembre 2023 e ampliato ad aprile 2024 con l'inserimento di una seconda unità funzionale di degenza a 5 gg, ipotizzando il varo di un terzo modulo a tipo "Holding Area" sempre a 5 giorni, posto ad incastro tra i primi due, e finalizzato a ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso di pazienti destinati a ricovero per acuti.

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

### 8.1. OBIETTIVI DEL RISCHIO INFETTIVO

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARS ed in continuità con i PAICA predisposti negli anni precedenti, sono stati confermati per l'anno 2025 i seguenti obiettivi strategici:

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

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

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

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

### 8.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In continuità con gli anni precedenti, anche per il 2025 si è scelto di effettuare una valutazione del rischio di tipo quantitativo secondo il modello del Hazard Vulnerability Analysis (HVA).

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

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

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

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

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



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

**Tabella 11. Hazard Vulnerability Analysis 2025**

FPG RISK ASSESSMENT 2025				
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	2	4	1	36%
Infezioni sito chirurgico (SSI-Surgical site infections)	3	3	2	54%
Infezioni nei reparti di terapia intensiva	2	4	1	36%
Infezioni in popolazioni fragili (neonati pretermine)	3	4	1	54%
<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 CR</i>	3	3	2	54%
<i>Pseudomonas aeruginosa CR</i>	3	3	2	54%
<b>Eventi correlati all'uso di strumentario medico-chirurgico</b>				
Reprocessing non corretto degli endoscopi	2	3	1	29%
Gestione non corretta dei riuniti odontoiatrici (presenza di Legionella spp)	2	2	1	21%
Insufficiente compliance all'igiene delle mani delle mani	3	2	1	32%
Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico in CDS	1	4	2	21%
Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico nelle aree di substerilizzazione	2	4	3	50%
<b>Eventi correlati all'ambiente</b>				
Sanificazione non idonea delle superfici ambientali	3	2	3	54%
Qualità igienico-sanitaria di alimenti e di prodotti nutrizionali non idonea	1	1	1	7%
Sanificazione della biancheria, degli effetti letterari e delle divise fornite dall'ospedale non idonea	1	2	1	11%
Funzionamento dei dispositivi di controllo automatizzato non corretto	1	3	1	14%
<b>Collocazione geografica e caratteristiche della comunità</b>				
Tubercolosi	1	4	1	18%
Morbillo	1	2	1	11%
Rosolia	1	2	1	11%
Varicella	1	2	1	11%
Sars CoV 2	2	3	1	29%
Influenza	3	2	2	43%
<b>Salute del personale</b>				
Esposizione accidentale a patogeni del sangue e liquidi biologici	1	3	1	14%
Esposizione a infezioni per via aerea (TB, influenza, SARS Cov 2)	2	2	2	29%
Esposizione a malattie prevenibili con vaccino	2	3	1	29%
Esposizione a rifiuti a rischio infettivo (sangue ed emocomponenti, liquidi biologici e tessuti umani)	1	3	2	18%
<b>Salute legata alle infrastrutture</b>				
Esposizione a patogeni legati a lavori di demolizione, costruzione e ristrutturazione degli edifici.	1	2	2	14%
<b>Preparazione all'emergenza</b>				
Emergenze correlate al manifestarsi di malattie globali trasmissibili.	2	4	1	36%

## 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

Nella tabella sottostante è riportato il Piano di prevenzione e controllo infezioni elaborato per l'anno 2025; per ogni item prioritario, identificato tramite l'HVA, sono stati definiti: un obiettivo da conseguire nel 2025, 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
<p><b>Infezioni Torrente Ematico Catetere Correlate (CRBSI)</b></p>	<p>Azzerramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle CRBSI (Criteri CDC 2011 e INS 2021)</p>	<p>Rilevazione della prevalenza delle CRBSI attraverso indagine.</p>	<p>Numero di pazienti con CRBSI 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>- UDCI,</li> <li>- UOC Microbiologia, personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera, UOS Igiene Ospedaliera, GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle CRBSI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CRBSI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>
<p><b>Poinmoniti Associate Alla Ventilazione (VAP)</b></p>	<p>Registrare una riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2024 nella UOC Rianimazione (0°)</p> <p>(dato 2024: 1.7 x 100 giornate di ventilazione)</p>	<p>Rilevazione dell'incidenza delle VAP nella UOC Rianimazione (0°)</p>	<p>Numero di VAP per 100 giorni di ventilazione meccanica</p>	<p>Analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Rianimazione, UOC Igiene Ospedaliera, UOS Igiene Ospedaliera, UOC Microbiologia, UDCI,</li> <li>- GdI PCI JCI, CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alla UOC dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le infezioni registrate,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri in caso di criticità</li> <li>• Formazione relativa alla prevenzione delle VAP per il personale sanitario</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Infezioni del sito chirurgico	Registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 1.2%)	Rilevazione della prevalenza delle ISC nelle UU.OO. attraverso indagine.	Numero di pazienti con ISC sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personale medico e infermieristico delle UU.OO. coinvolte, UOC Igiene</li> <li>- Ospedalliera, UOS Igiene</li> <li>- Ospedalliera, UOC Microbiologia, GdI PCI JCI, CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle ISC,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di ISC maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>
Infezioni delle vie urinarie catetere correlate (CAUTI)	Registrare una prevalenza delle CAUTI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 0.9%)	Rilevazione della prevalenza delle CAUTI nelle UU.OO. attraverso indagine.	Numero di pazienti con CAUTI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UDCI,</li> <li>- personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, UOC Microbiologia, UOC Igiene</li> <li>- Ospedalliera, UOS Igiene</li> <li>- Ospedalliera, GdI PCI JCI, CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il monitoraggio delle CAUTI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CAUTI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema</li> <li>• Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche</li> </ul>



Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Programma di prevenzione e controllo delle infezioni urinarie	Sistema di monitoraggio informatizzato su SAS dell'incidenza delle CAUTI e della compilazione del relativo bundle in tutte le UU.OO	Implementazione dei sistemi di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione delle regole condivise con i professionisti dei sistemi di monitoraggio</li> <li>Modello di monitoraggio validato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trakcare</li> <li>Digistat</li> <li>DNLab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOC Igiene</li> <li>UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>Ospedaliere,</li> <li>UOC ICT, Sistemi Informativi ospedalieri e integrazioni informative</li> <li>UOS DWH, Sistemi dipartimentali, Applicativi della Ricerca</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>Definizione delle regole teoriche di funzionamento del modello di monitoraggio</li> <li>Project management per la verifica periodica dello stato di avanzamento dell'implementazione delle modifiche lato documentazione e monitoraggio</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
<b>Monitoraggio e rendicontazione degli esiti del progetto COMETA nella UOC Neonatologia</b>	Rendicontazione trimestrale degli esiti del Progetto COMETA al Gruppo Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Rendicontazione trimestrale al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	4 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni sull'andamento della progettualità	Verbalì del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	- Componenti del gruppo Progetto Cometa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vedi Progetto Cometa</li> </ul>
<b>Sorveglianza Germi Sentinella</b>	Registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2024 (Gemelli: 2.92 x 1000 giornate di degenza)	Rilevazione dei trend trimestrali relativi agli isolamenti dei germi alert (S. aureus complex MRSA, E. faecalis VRE, E. faecium VRE, Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE), A. baumannii CR, P. aeruginosa CR)	Numero di isolamenti dei germi alert per 1000 giornate di degenza	Dati delle risultanze delle colture microbiologiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>UOC Microbiologia,</li> <li>UOC Igigene</li> <li>Ospedaliere,</li> <li>UOS Igigene</li> <li>Ospedaliere</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> </ul>



Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
		standardizzati per 1000 giornate di degenza per ogni UU.OO.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifiche igienico-sanitarie post sanificazione ambientale</li> <li>• Formazione sui suddetti temi rivolta a tutto il personale</li> </ul>
Screening Tampone Rettale CRE	Aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati (dato 2024: 6.177)	Rilevazione dei trend trimestrali del numero di tamponi preventivi CRE effettuati per ogni UU.OO. di FPG	Numero di tamponi preventivi CRE effettuati in ciascuna U.O. di FPG	Dati relativi ai tamponi preventivi CRE effettuati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Microbiologia,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UDCL,</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>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Igiene delle mani	Aumentare la compliance all'igiene delle mani registrata in FPG media totale e della categoria medica (strutturati e specializzandi) all'85%	Rilevazione della compliance all'igiene delle mani in tutte le UU.LL. della FPG tramite checklist	Numero di azioni di igiene mani effettuate (lavaggio o frizione) dagli operatori sanitari sul numero totale di opportunità valutate	Dati registrati dai rilevatori durante le osservazioni nelle UU.LL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale di rilevazione formato, personale medico e infermieristico delle UU.LL. coinvolte,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera, UOS Igiene Ospedaliera, SITRA</li> <li>- GdI PCI JCI, 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>
Attività Task Force per la verifica in urgenza sul campo delle regole di PCI in FPG	Acquisire consapevolezza sul livello di conoscenza delle regole di prevenzione e	Condivisione trimestrale con il gruppo PCI dei risultati delle verifiche	3 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	Verbali del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	Task force Infezioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Malattie Infettive</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera, UOS Igiene Ospedaliera, UOC Microbiologia, SITRA</li> </ul>	Vedi regole Task Force infezioni





Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Monitoraggio della corretta esecuzione delle pulizie ambientali	controllo infezioni nelle UUO di FPG					
	Definire un modello di monitoraggio informatizzato della corretta esecuzione delle pulizie ambientali e uno di verifica sul campo nelle UU.OO operative	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica della definizione delle regole del modello di monitoraggio</li> <li>Verifiche sul campo del livello di esecuzione delle pulizie ambientali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementazione del modello di monitoraggio</li> <li>Definizione di un programma di verifiche sul campo e sua applicazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Applicativo del monitoraggio ad hoc</li> <li>Verbali verifiche sul campo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facility Management</li> <li>SITRA,</li> <li>UOC Igiene</li> <li>Ospedaliere,</li> <li>UOS Igiene</li> <li>Ospedaliere,</li> <li>UOC ICT, Sistemi</li> <li>Informativi ospedaliere e integrazioni informative</li> <li>UOS DWH, Sistemi dipartimentali,</li> <li>Applicativi della Ricerca</li> <li>GdI PCI JC,</li> <li>CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo</li> <li>Direzione risorse umane e organizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione delle regole teoriche di funzionamento del modello di monitoraggio</li> <li>Project management per la verifica periodica dello stato di avanzamento dell'implementazione delle modifiche lato documentazione e monitoraggio</li> <li>Definizione dei contenuti formativi, delle modalità di somministrazione degli stessi</li> <li>Definizione di una modalità condivisa di esecuzione delle verifiche sul campo</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle superfici ambientali	Ridurre al 10% la proporzione delle superfici colonizzate da microrganismi patogeni elencati nella PRO.463.	Monitoraggio dei processi di sanificazione e disinfezione degli ambienti a carica microbica controllata e dei reparti ad alto e medio rischio	Numero di non conformità sul totale di campioni analizzati	Dati database verifiche UOC Igiene Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera, personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, SITRA</li> <li>- UOS Servizi Generali</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera, GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e</li> <li>- CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restituzione pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie da parte della UOC Igiene Ospedaliera alla Direzione Sanitaria e alle UOC interessate dei risultati dei campionamenti.</li> <li>- Identificazione delle azioni correttive da mettere in atto da parte dell'Ente gestore, del gruppo PCI e del CIO.</li> <li>- Istituzione di un tavolo di confronto con l'Ente fornitore del servizio</li> </ul>
Nuovo modello per le verifiche igienico sanitarie in centrale di sterilizzazione e nelle aree di sub sterilizzazione	Implementare la procedura (PRO.467) ad oggi in essere sulle verifiche igienico sanitarie del processo di sterilizzazione	Definizione e implementazione della procedura per le verifiche igienico sanitarie in centrale di sterilizzazione e nelle aree di sub sterilizzazione	aggiornamento della procedura; inizio dei test con la procedura implementata	Catflow; database UOC igiene ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera, personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, SITRA</li> <li>- UOS Servizi Generali</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera, GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- revisione della procedura aziendale di riferimento con il gruppo di lavoro della UOC igiene ospedaliera; fase pilota di implementazione della procedura</li> </ul>



Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Gestione corretta strumentario medico/chirurgico in CDS	Ottimizzazione dei kit chirurgici di neurochirurgia ed ortopedia	Monitoraggio del corretto utilizzo dello strumentario da parte del personale medico infermieristico.	Controllo di almeno i 15% dello strumentario ottimizzato	Segnalazioni sul portale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SITRA</li> <li>- Direzione sanitaria</li> <li>- Personale medico ed infermieristico delle unità coinvolte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione al corretto utilizzo dello strumentario</li> </ul>

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Gestione di dispositivi e forniture scaduti o danneggiati	Implementazione del processo per la gestione di dispositivi e forniture scaduti o danneggiati	Monitoraggio a campione della riconsegna dello strumentario scaduto o danneggiato	Sopraluogo in almeno il 50% delle aree dove sono in uso kit chirurgici	Verbale di sopralluogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppo di lavoro UU.OO. Coinvolte:</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera</li> <li>- UOC progetti manutenzione e realizzazioni edilizie</li> <li>- Blocchi operatori e Unità Operative Chirurgiche</li> <li>- UOC qualità e accreditamento</li> <li>- Direzione Sanitaria</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e</li> <li>- CIO Tecnico –Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restituzione di pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie sulla corretta riconsegna dello strumentario</li> <li>- Formazione alla corretta riconsegna dello strumentario</li> </ul>
Vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari	Raggiungere un valore di copertura vaccinale, per ogni tipologia di OS, pari come minimo alla mediana europea (dato ECDC 2016-17= 30.2%)	Misurazione del valore di copertura vaccinale antinfluenzale degli Operatori Sanitari raggiunta attraverso la campagna 2024/25	Proporzione di operatori sanitari vaccinati per ogni tipologia sul totale	Database dati vaccinazioni FPG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOSD Sorveglianza Sanitaria</li> <li>- UOS Servizio Igiene Ospedaliera,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagna vaccinale informativa rivolta a tutti gli operatori sanitari</li> <li>• Formazione relativa alla vaccinazione influenzale rivolta a tutto il personale</li> <li>• Offerta vaccinale flessibile per facilitare l'accesso a tutti gli operatori sanitari</li> </ul>



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

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Emergenze correlate al manifestarsi di malattie globali trasmissibili (GCD).	Definizione di protocolli di screening per global communicable disease in PS (focus su respiratorie, orofecali e vector borne disease)	Codifica e implementazione dei protocolli	Definizione di protocolli condivisi con i professionisti dei sistemi screening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trakcare</li> <li>- Digistat</li> <li>- DNLab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Med Urgenza e PS</li> <li>- UOS Igiene Ospedaliera,</li> <li>- UOC Igiene Ospedaliera,</li> <li>- SITRA,</li> <li>- GdI PCI JCI,</li> <li>- CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo</li> </ul>	<p>Definizione delle procedure di screening per global communicable disease in PS</p> <p>Formazione alla corretta identificazione delle global communicable disease per tutto il personale del PS</p>
Formazione per studenti sulla prevenzione e controllo delle infezioni	Creazione di un pacchetto formativo sui principali strumenti di prevenzione e controllo delle infezioni	Rilevazione semestrale dei dati dall'Università	Numero di studenti formato sul totale eleggibile	Dati registrati dall'Università	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutto il gruppo PCI</li> <li>- Formazione UCSC</li> </ul>	Realizzazione e implementazione di un programma formativo focalizzato sui principali strumenti di prevenzione e controllo delle infezioni



## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

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

E' previsto che nel corso dell'anno 2025 si realizzi l'allestimento di uno spazio dedicato in Home Page per l'accesso diretto al PARS da parte dell'utenza.

## 10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

### 10.1. BIBLIOGRAFIA

- i. De Stefano F et al. La Legge 24/2017 ed il ruolo medico-legale in un sistema di autoassicurazione: le 'analoghe' misure della Regione Liguria. Riv It Med Leg, 2017; 3: 1015-1024;
- ii. Cembrani F. Su alcuni snodi critici della Legge Gelli Bianco. Riv It Med Leg, 2017; 2: 873;
- iii. Foti F et al. Il contenzioso medico-legale e la Legge Gelli-Bianco: sta mutando l'andamento della sinistrosità? In: Atti 44° Congresso Nazionale ANMDO, Padova – 19-21 novembre 2018;
- iv. Gelli F. et al. Nuova Responsabilita' Sanitaria e la Sua Assicurazione. Giuffrè editore, 2017;
- v. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- vi. WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save 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/p26.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>.

### 10.2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- i. Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- ii. Legge 22 dicembre 2017 n. 219 recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento";

- iii. Legge 11 gennaio 2018 n. 3 su "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute";
- iv. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- v. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- vi. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- vii. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- viii. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- ix. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- x. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- xi. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- xii. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)';
- xiii. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
- xiv. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
- xv. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- xvi. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella';
- xvii. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti';
- xviii. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
- xix. Determinazione Regionale n. G00164 dell'11.01/2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le 'Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)';



- xx. Linee Guida per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PAGERS) – Regione Lazio, 2020;
- xxi. Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante il "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani";
- xxii. Determinazione Regionale n. G00642 del 25 gennaio 2022 recante l' *"Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato"*;
- xxiii. Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 in materia di "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- xxiv. Determinazione Regionale n. G15198 del 6 novembre 2022 recante l'Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016";
- xxv. Determinazione Regionale n. G16501 del 28 novembre 2022 recante l'Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- xxvi. Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l'Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);
- xxvii. Circolare Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio n. U.0091714.22-01-2024 recante indicazioni in merito al "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)".

## 11.ALLEGATI

Allegato 1, Stratificazione del rischio clinico, indice di priorità e mappa del rischio FPG 2025

Allegato 2, Programma di controllo della Legionellosi 2025

## RESPONSABILITA' DELL'EMANAZIONE DEL DOCUMENTO

### VERIFICATORI:

### FUNZIONI

### DATA E FIRMA

Patrizia Laurenti

Direttore UOC Igiene Ospedaliera

11/11

*Patrizia Laurenti*

Michele Di Donato

Responsabile UOS Servizio Igiene  
Ospedaliera

11/11

*Michele Di Donato*

Giuseppe Vetrugno

Responsabile Risk Management

11/11

*Giuseppe Vetrugno*

Carmen Nuzzo

Responsabile SITRA

11/11

*Carmen Nuzzo*

Alberto Fiore

Responsabile Qualità e Accreditamento

11/11

*Alberto Fiore*

Raffaele Pignataro

Direttore Presidio Columbus

11/11

*Raffaele Pignataro*

Maria Elena D'Alfonso

Direttore Presidio Gemelli

11/11

*Maria Elena D'Alfonso*

### APPROVATORE:

Andrea Cambieri

Direttore Sanitario

12/6/20

*Andrea Cambieri*





DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

---

## AGGIORNAMENTO PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

## SOMMARIO

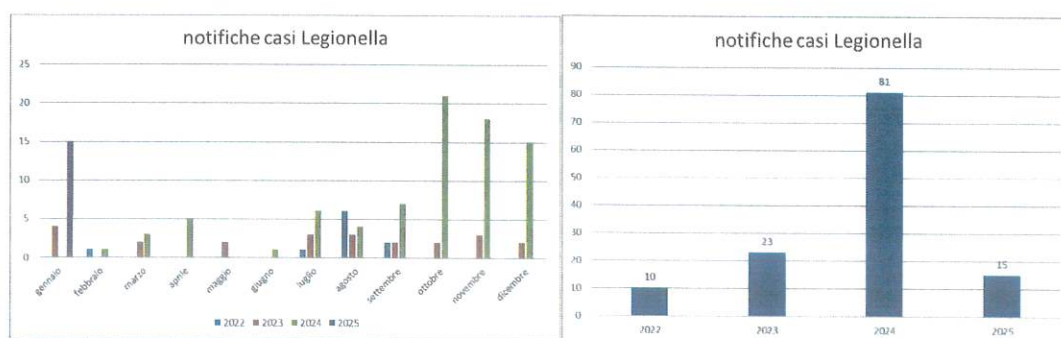
SOMMARIO .....	2
DISCUSSIONE SULLA LEGIONELLA .....	4
INDAGINE EPIDEMIOLOGICA E LA SORVEGLIANZA .....	4
SORVEGLIANZA, COMUNICAZIONE E WATER SAFETY PLAN.....	5
GESTIONE DELLA SICUREZZA DELL'ACQUA E DELLA LEGIONELLA.....	5
AGGIORNAMENTO SULLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI E DELLE MISURE DI SICUREZZA DELL'ACQUA .....	6
FOCUS LAVAOCCHI, DOCCE D'EMERGENZA E FLUSSAGGI .....	7
<b>SINTESI FINALE DELLA DISCUSSIONE.....</b>	<b>8</b>



DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

Il Dott. Di Donato introduce l'argomento dicendo come nel 2024 si è assistito ad un'impennata di casi di Legionella, con un picco prevalentemente dopo l'estate scorsa. Da fine settembre ai primi di ottobre, fino alla fine dell'anno, nella nostra struttura si osserva un trend costante in crescita, fino al corrente mese di gennaio 2025, in cui si ha una media di 1 caso al giorno.

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	TOT
2022	0	1	0	0	0	0	1	6	2	0	0	0	10
2023	4	0	2	0	2	0	3	3	2	2	3	2	23
2024	0	1	3	5	0	1	6	4	7	21	18	15	81
2025	15												15



Viene evidenziato il carattere multicentrico dell'iniziativa e il suo potenziale valore scientifico interno, con particolare riferimento al coinvolgimento dei microbiologi per lo studio della Legionella. Si discute della necessità di approfondire la virulenza del batterio attraverso approcci di omica e proteomica, mettendo in relazione le caratteristiche dei ceppi ambientali con la patomorfosi e l'outcome clinico.

Si conferma che è già in atto uno scambio di ceppi tra i laboratori di microbiologia clinica e quella ambientale, in collaborazione con il professor Sanguinetti e la dottoressa La Sorda, per analizzare le affinità tra ceppi clinici e ambientali. Si propone di ampliare questo studio per correlare i dati con la gravità del quadro clinico e l'esito dei pazienti, valorizzando così il progetto.

Viene apprezzata l'iniziativa del gruppo di lavoro, che consente di mettere in rete competenze diverse per sviluppare studi più approfonditi. Si sottolinea che il gruppo è stato rimodulato rispetto alla DGR 460/24 per adattarlo alla realtà operativa della Fondazione, includendo alcune funzioni non espressamente previste ma ritenute essenziali per il risultato comune.

Infine, si ricorda che la tipizzazione genomica dei ceppi di Legionella è supportata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), fornendo ulteriori dati utili per la ricerca.

#### ◆ Decisioni e Azioni Prossime:

- Proseguire con l'analisi dei ceppi e ampliare la correlazione con gli esiti clinici.
- Valutare l'integrazione di studi di omica per approfondire la virulenza del batterio.
- Rafforzare la collaborazione tra microbiologi, clinici e tecnici per una gestione più efficace del rischio.

DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

## DISCUSSIONE SULLA LEGIONELLA

Si è discusso dell'incremento dei casi notificati di Legionella negli ultimi due anni, sottolineando che nessun caso è stato confermato come di origine nosocomiale, grazie agli approfonditi studi condotti. È stato ricordato un caso emblematico (paziente TF, gennaio 2023), inizialmente sospettato come nosocomiale, ma poi risultato già affetto da polmonite prima del ricovero. Il caso aveva sollevato un confronto con il Seresmi e le istituzioni, evidenziando l'importanza degli aspetti medico-legali.

Si è rilevato un miglioramento nei tempi di esecuzione dei test diagnostici: oggi, nella maggior parte dei casi, il test dell'antigene urinario viene effettuato al tempo zero in pronto soccorso, mentre in passato la diagnosi di Legionella avveniva solo dopo il ricovero in reparto.

La relazione del Seresmi ha confermato che nessun caso analizzato sembra di origine nosocomiale, ma le loro conclusioni sono ritenute parziali, senza aggiungere elementi significativi rispetto ai dati già in possesso del gruppo di lavoro. È stato evidenziato che i campionamenti, secondo quanto in nostra conoscenza allo stato attuale, vengono eseguiti solo in strutture sanitarie e ricettive, trascurando le abitazioni private, aspetto ritenuto critico per la valutazione dell'origine dei contagi.

Infine, si è sottolineato che la Fondazione è pienamente compliant alla DGR 460/24, con un gruppo di lavoro già operativo e strutturato, e che i campioni vengono inviati al laboratorio regionale con procedure consolidate e tracciabili.

### ◆ Punti chiave e azioni future:

- **Confermata l'assenza di casi nosocomiali.**
- **Migliorati i tempi diagnostici per la Legionella.**
- **Criticità nei campionamenti domiciliari**, su cui le ASL non sembrano intervenire.
- **Sistema di tracciabilità campioni efficiente e senza criticità.**

## INDAGINE EPIDEMIOLOGICA E LA SORVEGLIANZA

Si è sottolineata l'importanza di garantire un'indagine epidemiologica accurata, utilizzando l'Allegato 11 delle linee guida nazionali. Per questo motivo, nel 97% dei casi, la scheda di sorveglianza viene somministrata direttamente al paziente, quando possibile, o ai familiari. Tuttavia, è emersa una criticità: alcuni clinici non sempre raccolgono con la dovuta attenzione le informazioni di esposizione all'acqua funzionali alla compilazione della scheda di sorveglianza, elemento essenziale per valutare il rischio di contagio.

Un esempio riguarda la mancata segnalazione dell'utilizzo di aerosolterapia e ossigenoterapia domiciliare, che rappresentano un possibile veicolo di trasmissione della Legionella se i gorgogliatori vengono riempiti con acqua di rubinetto. Questo evidenzia la necessità di migliorare la formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario su questi aspetti.

Si è discusso dell'efficacia degli interventi informativi verso la popolazione, senza una chiara definizione di chi dovrebbe occuparsene e con quali modalità. È stato inoltre osservato un ritardo negli accertamenti

DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

ambientali a domicilio da parte delle ASL, che si concentrano principalmente su strutture sanitarie e ricettive, trascurando le abitazioni private dei pazienti.

Si è suggerito di organizzare un evento formativo interno per sensibilizzare il personale sulla gestione della Legionella, illustrando l'aumento dei casi notificati, le misure di sicurezza adottate dall'ospedale come la sorveglianza ambientale, la diagnosi precoce con antigene urinario in PS e gli studi clinici, e il coinvolgimento degli operatori nella prevenzione. Infine, è stato confermato che i dati ambientali raccolti vengono utilizzati dal RSPP Stefano Massera per l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi DVR in collaborazione con Sara Vincenti. Tra le azioni da implementare si è discusso di migliorare la qualità della raccolta dati nelle schede di sorveglianza, valutare interventi informativi per la popolazione, accelerare i campionamenti domiciliari da parte delle ASL, definire obiettivi chiari per la sicurezza ospedaliera e il miglioramento continuo, organizzare un evento formativo per il personale.

## SORVEGLIANZA, COMUNICAZIONE E WATER SAFETY PLAN

Si è ribadita l'importanza della sorveglianza annuale, nonostante la possibilità di una frequenza meno rigorosa di aggiornamento del documento di valutazione dei rischi, perché il tema è troppo rilevante per ridurre i controlli. Esiste una percezione errata riguardo all'aumento delle notifiche, spesso interpretato come un maggiore rischio, mentre in realtà è il frutto di un'attività di controllo più efficiente. Per evitare fraintendimenti, si propone di migliorare la comunicazione interna, ad esempio con una circolare informativa o altre iniziative. Si è discusso della possibilità di inserire nel nuovo capitolato d'appalto per le pulizie l'obbligo del flussaggio quotidiano delle utenze idriche. Attualmente questa attività non è formalizzata, ma esiste già una scheda di registrazione per le attività svolte dagli operatori, quindi basterebbe aggiungere il flussaggio alla lista delle operazioni obbligatorie in modo che venga certificato con la firma dell'operatore. La gestione della Legionella rientra in un quadro più ampio di sicurezza dell'acqua, il cosiddetto Water Safety Plan, che prevede il controllo di vari rischi legati all'acqua in ospedale.

Un esempio è il caso di un operatore della sub-sterilizzazione in isteroscopia, protetto con un filtro dopo la rilevazione di Legionella in un rubinetto, che nonostante questa misura è stato ricoverato con polmonite da Legionella. Le verifiche hanno però dimostrato che l'infezione non era collegata all'ospedale, dato che il filtro era già presente da tempo. Successivamente l'ASL ha effettuato un'ispezione, trovando lo stesso filtro senza data di scadenza visibile, ma è stato chiarito che esiste un sistema centralizzato di monitoraggio e sostituzione dei filtri gestito dall'ufficio tecnico con Technodal, che tiene traccia delle scadenze e ordina la sostituzione. Attualmente, le procedure di controllo dell'acqua sono frammentate in diverse istruzioni operative, come quelle relative alla Legionella, all'acqua di dialisi e alla presenza di *Pseudomonas* nei reparti a rischio. Si propone quindi di unificare tutto in un unico documento globale, un vero piano di sicurezza dell'acqua, che includa le attività già in atto, le procedure di monitoraggio e sostituzione dei filtri e eventuali nuove misure da implementare. Tra le azioni da realizzare si è discusso di migliorare la comunicazione interna per chiarire il significato dell'aumento delle notifiche, integrare il flussaggio quotidiano delle utenze idriche nel capitolato d'appalto delle pulizie, formalizzare e centralizzare il sistema di gestione dei filtri per garantire tracciabilità e redigere un piano globale di sicurezza dell'acqua che unifichi tutte le istruzioni operative esistenti.

## GESTIONE DELLA SICUREZZA DELL'ACQUA E DELLA LEGIONELLA

Si evidenzia che la maggior parte delle azioni per la gestione della sicurezza dell'acqua e della Legionella, circa il 97%, è già in atto. Tuttavia, sarebbe opportuno raggruppare tutto in un unico documento formale, assegnandogli la dignità di Water Safety Plan WSP o, in alternativa, un piano specifico per il controllo della



Legionella come sottosezione del WSP. Si discute anche della necessità di individuare un Water Safety Manager, figura prevista da una direttiva comunitaria, responsabile della gestione della sicurezza dell'acqua nell'ospedale. Si osserva come l'attenzione delle autorità, ASL, NAS, magistratura, sia particolarmente focalizzata sugli ospedali, mentre il problema della Legionella è più ampio e riguarda anche altri ambienti comunitari, come alberghi e abitazioni private. Alcuni episodi specifici di controllo, come il campionamento in un bagno operatori per un caso ambulatoriale, vengono percepiti come azioni sproporzionate rispetto al rischio effettivo. A livello legale, si sottolinea che gli ospedali sono spesso considerati bersagli privilegiati e la Legionella è un problema che ha già causato perdite di posizioni direttive in strutture sanitarie di rilievo, evidenziando quindi la necessità di formalizzare documenti dettagliati per tutelarsi in caso di ispezioni o procedimenti legali. Oltre alla Legionella, viene sollevata la questione della continuità dell'approvvigionamento idrico, ricordando che l'ospedale ha già affrontato periodi di interruzione delle forniture e che in futuro potrebbe ripresentarsi il problema della carenza idrica nella zona romana. Si propone quindi di includere nel piano di sicurezza dell'acqua anche un protocollo per la gestione delle emergenze idriche, che tenga conto delle riserve d'acqua nei serbatoi dell'ospedale, delle alternative di approvvigionamento come autobotti o fonti secondarie, e dei piani di emergenza per garantire la continuità operativa. Si evidenzia anche la necessità di tenere in considerazione aspetti di sicurezza fisica delle riserve idriche, per prevenire possibili manomissioni o contaminazioni dolose. Un ulteriore tema emerso riguarda l'asilo nido situato all'interno del complesso ospedaliero, dove sono stati rilevati problemi legati alla presenza di filtri terminali. Questi filtri, pur garantendo la sicurezza, creano difficoltà operative nel lavaggio dei bambini e nell'insegnamento dell'igiene delle mani. La dotazione di filtri doveva essere una misura temporanea, in attesa di una soluzione strutturale che però non è ancora stata implementata.

#### Azioni Proposte:

- **Formalizzare un Water Safety Plan (WSP)** che raccolga tutte le procedure esistenti e le organizzi in un unico documento operativo e formale.
- **Nominare ufficialmente un Water Safety Manager**, chiarendo il ruolo e le responsabilità.
- **Integrare nel WSP la gestione delle emergenze idriche**, con protocolli chiari per l'approvvigionamento e la sicurezza delle riserve d'acqua.
- **Mantenere un archivio dettagliato** per rispondere rapidamente a richieste di accesso agli atti o ispezioni.
- **Trovare una soluzione per il problema dei filtri all'asilo nido**, valutando alternative meno impattanti sulle attività quotidiane.

L'idea generale è riorganizzare e strutturare tutto ciò che già si fa, per garantire una migliore operatività interna e una maggiore tutela legale in caso di controlli esterni.

#### AGGIORNAMENTO SULLA GESTIONE DEGLI IMPIANTI E DELLE MISURE DI SICUREZZA DELL'ACQUA

Si sta valutando quale disinfettante utilizzare, considerando le compatibilità con le tubazioni esistenti e il biossido di cloro. Le opzioni in discussione includono il biossido di cloro, già utilizzato in alcune aree come la Columbus, e le clorammine o altre soluzioni alternative. La Columbus dispone già di un impianto a biossido di cloro, con un livello di protezione e campionamento analogo a quello del Policlinico, tuttavia alcune aree funzionano ancora in modo autonomo rispetto alla gestione centralizzata e queste vanno integrate meglio nel piano generale.

Un punto critico è rappresentato dall'impianto del 5°F, dove il blocco di un'utenza idrica ha generato disagi superiori rispetto ad altre aree più sensibili come la rianimazione o le sale operatorie. Si discute quindi se sia più opportuno isolare l'impianto con un sistema separato, ad esempio con un boiler dedicato, o integrare il punto nel sistema generale risolvendo le criticità tecniche. Questa valutazione tecnica è affidata all'Ufficio Tecnico, che sta studiando soluzioni alternative con l'obiettivo di ridurre il rischio di campionamenti con esiti critici e garantire un flusso idrico sicuro e stabile.

Si sottolinea che i problemi impiantistici vanno risolti alla radice, anziché limitarsi ai controlli, e che il flussaggio regolare delle utenze idriche è una misura di prevenzione essenziale da includere formalmente nei protocolli di sicurezza. Si propone di istituzionalizzare il flussaggio quotidiano di tutte le utenze idriche come misura standard di prevenzione, includendolo nel documento ufficiale in elaborazione. Le linee guida suggerite prevedono un flussaggio di almeno un minuto al giorno per tutte le utenze idriche, come docce, doccini, vasche, bidet e lavandini, un'attenzione particolare alle docce non utilizzate, che spesso non vengono né pulite né flussate dagli operatori, e un monitoraggio continuo del flussaggio con indicazione chiara nei protocolli di gestione del rischio. Si evidenzia che solo una piccola percentuale di pazienti utilizza effettivamente la doccia durante il ricovero, lasciando molte docce inutilizzate che rappresentano un potenziale rischio se non vengono sottoposte a flussaggio e pulizia regolare.

Un ulteriore problema riguarda le docce d'emergenza e i lavaocchi, che in alcune ristrutturazioni sono stati installati senza uno scarico adeguato, impedendo il regolare flussaggio dell'acqua e creando un rischio igienico. Le possibili soluzioni da valutare includono modifiche strutturali per permettere il flussaggio regolare e l'utilizzo di contenitori per raccogliere l'acqua durante il flussaggio, una soluzione temporanea ma poco pratica.

#### Prossimi Passi:

- Integrazione del flussaggio nei protocolli ufficiali, con indicazione chiara delle procedure da seguire.
- Definizione della soluzione migliore per l'impianto al 5°F.
- Revisione delle docce d'emergenza e dei lavaocchi, con valutazione di interventi strutturali.
- Scelta del disinfettante più adatto, considerando compatibilità e impatto sugli impianti.

L'idea generale è spostarsi da una logica di reazione a una logica di prevenzione strutturata, intervenendo sulle criticità prima che diventino emergenze.

#### FOCUS LAVAOCCHI, DOCCE D'EMERGENZA E FLUSSAGGI

Durante le recenti ristrutturazioni sono stati individuati rami morti in alcuni impianti idrici, inclusi lavaocchi e docce d'emergenza, rendendo necessaria un'azione mirata. Si è sottolineata l'importanza di censire tutti i dispositivi presenti, verificando la loro posizione e stato di utilizzo, e di valutare la possibilità di integrare il flussaggio di questi dispositivi nelle procedure di manutenzione. L'Ufficio Tecnico sarà coinvolto per raccogliere dati affidabili, sebbene il censimento iniziale potrebbe essere incompleto e basarsi sull'esperienza diretta e la memoria storica. Riguardo a chi debba occuparsi del flussaggio, si è discusso se tale attività dovesse rientrare nel capitolato delle pulizie, ma si è concordato che il bagno pazienti e le utenze comuni possono essere gestiti dagli operatori delle pulizie, mentre il flussaggio dei lavaocchi deve essere responsabilità del preposto alla sicurezza, non del personale addetto alle pulizie. Per quanto riguarda la prevenzione e il monitoraggio, si prevede di integrare questi dispositivi nei piani di campionamento, partendo dai punti già noti e procedendo gradualmente con una pianificazione strutturata, come già fatto per i boiler. Tuttavia, prima di avviare un flussaggio sistematico, è fondamentale effettuare controlli mirati per verificare

DIREZIONE SANITARIA UOS IGIENE OSPEDALIERA

la presenza di Legionella nei dispositivi inutilizzati da tempo e stabilire un protocollo sicuro per il flussaggio, evitando di disperdere eventuali contaminanti nell'aria e riducendo il rischio di infezioni.

I prossimi passi includono la raccolta di un censimento dettagliato con l'aiuto dell'Ufficio Tecnico, la definizione chiara delle responsabilità per il flussaggio di lavaocchi e docce d'emergenza, l'integrazione del monitoraggio di questi dispositivi nei piani di campionamento e l'avvio delle operazioni in sicurezza per evitare la diffusione della Legionella. L'obiettivo finale è trasformare questa zona d'ombra in un'area monitorata e gestita in modo strutturato.

## SINTESI FINALE DELLA DISCUSSIONE

### 1. Procedure di Flussaggio e Sicurezza degli Operatori

Prima di avviare il flussaggio di docce e lavaocchi inutilizzati, è necessario:

- Decalcificare e disinfettare i dispositivi.
- Proteggere gli operatori con i DPI adeguati.
- Definire un protocollo strutturato, che segua una sequenza logica e sicura.

Si conferma che la prevenzione e la certificazione delle azioni svolte sono fondamentali per tutelare la struttura da eventuali contestazioni esterne.

### 2. Piani di Campionamento e Monitoraggio

Si è discusso della scelta dei punti di campionamento per l'acqua nelle unità operative ospedaliere. Attualmente c'è un'alternanza dei punti, ma si propone di monitorare meglio la rotazione per garantire una copertura più efficace.

Verbale della riunione e sondaggio per la data del prossimo incontro saranno inviati nei prossimi giorni.

### 3. Prevenzione e Diagnosi Rapida

- Ribadita l'importanza dell'antigene urinario in Pronto Soccorso per individuare rapidamente casi di legionella e proteggere la struttura da eventuali responsabilità.
- Discussione sulla tempestività della refertazione dei tamponi antigenici per COVID-19 e influenza, in particolare nei weekend. La questione sarà affrontata nel CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere).

Prossima riunione del gruppo di lavoro prevista tra tre mesi, salvo emergenze (ad es. outbreak).

Il gruppo di lavoro rimane in contatto per eventuali aggiornamenti urgenti e i risultati della riunione saranno condivisi anche nel CIO.





