

PIANO

Annuale Rischio Sanitario (PARS): anno 2026

Gemelli



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

SOMMARIO

PREMESSA	4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	7
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	29
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2025)	30
5.1. RISULTATI DEL PARM	30
5.2. DATI DEL PAICA	33
5.2.1. FPG IRCCS IN NUMERI	33
5.2.2. SCREENING ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI	33
5.2.3. MICROORGANISMI SENTINELLA (ALERT)	36
5.2.4. IGIENE DELLE MANI	38
5.2.5. MISURE DI ISOLAMENTO	42
5.2.6. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI	43
5.2.7. INFEZIONI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA	45
5.2.8. INFEZIONI NEI NEONATI	47
5.2.9. INFEZIONI DEL SANGUE	47
5.2.10. INFEZIONI DELLE VIE URINARIE	47
5.2.11. INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	48
5.2.12. INFEZIONI DIFFUSE SUL TERRITORIO	48
5.2.13. TASK FORCE INFEZIONI	48
5.2.14. SORVEGLIANZA AMBIENTALE	48
5.2.15. PRESIDI, DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO CHIRURGICO	49
5.2.16. SALUTE DEL PERSONALE	50
5.2.17. EMERGENZE CORRELATE AL MANIFESTARSI DI MALATTIE GLOBALI TRASMISSIBILI	50
5.2.18. FORMAZIONE	50
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	50
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	51
7.1. OBIETTIVI	51
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	61
8.1. OBIETTIVI DEL RISCHIO INFETTIVO	61
8.2. ATTIVITÀ GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	61
8.3. PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI 2026	63
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	78
10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	78
10.1. BIBLIOGRAFIA	78
10.2. RIFERIMENTI NORMATIVI	79
11. ALLEGATI	80

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	ARTICOLI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	REDATTO DA	DATA
0			Risk Management	15/09/2016
1	Intero documento	Aggiornamento dati al 2016	Risk Management	13/02/2017
2	Intero documento	Aggiornamento dati al 2017	Risk Management	31/03/2018
3	Intero documento	Aggiornamento dati al 2019	Risk Management	15/02/2020
4	Intero documento	Aggiornamento dati al 2020	Risk Management	17/02/2021
5	Intero documento	Aggiornamento dati al 2021	Risk Management	17/02/2022
6	Intero documento	Aggiornamento dati al 2022	Risk Management	17/02/2023
7	Intero documento	Aggiornamento dati al 2023	Risk Management	12/02/2024
8	Intero documento	Aggiornamento dati al 2024	Risk Management	25/02/2025
9	Intero documento	Aggiornamento dati al 2025	Risk Management	19/02/2026

PREMESSA

Il 2026 sarà un anno spartiacque per la verifica della tenuta nel lungo periodo dei contenuti della seconda parte della Legge 8 marzo 2017 n.24.

Come è noto, infatti, la cd. Legge “Gelli-Bianco”, nel richiamare l’attenzione sul fatto che non è possibile tutelare il diritto alla salute, come diritto fondamentale dell’individuo e come interesse della collettività, se non si garantisce compiuta attuazione al precetto ippocratico “Primum, non nocere”, ossia se non si disegna un assetto organizzativo dei settori impegnati nella sanità funzionale ad assicurare la realizzazione di percorsi che si pongano innanzitutto l’obiettivo di non aggiungere ulteriore sofferenza a chi già manifesta bisogni di salute dettati dalla esperienza della sofferenza, ha sviluppato due traiettorie operative, la prima, esplicitata negli articoli 1-5, nonché nell’art. 16, volta ad indicare quali fossero le strategie più efficaci per contenere il rischio clinico ed improntare i processi di cura ed assistenza a logiche tese a privilegiare la qualità e la sicurezza, rafforzando peraltro i canali della comunicazione e della trasparenza nei riguardi dell’utenza – dei cui livelli di penetrazione l’ostensione dei Piani annuali di rischio clinico ai sensi di quanto previsto dall’art. 4 comma 3 dovrebbe costituire concreta evidenza -, la seconda, esposta negli articoli 7-15, incentrata sulla definizione dei modelli di trasferimento del rischio sanitario assicurato ai fini dei risarcimenti dei danni alla persona provocati da errori e/o inadempimenti nell’erogazione di prestazioni clinico-assistenziali a vari livelli.

A fungere da cerniera tra le due sezioni della Legge n.24/2017, vi era poi, come ugualmente noto, il defunto art. 6, dedicato al tentativo – poi sterilizzato dall’intervento del Giudice di legittimità a Sezioni Unite appena 8 mesi dopo il varo della legge – di depenalizzazione piena (ossia ben oltre gli angusti confini tracciati dall’art. 2236 c.c. e solidificati dalla sentenza n. 166/1973 del Giudice delle Leggi) dell’errore professionale in campo sanitario, ma solo in quanto collegato all’applicazione delle linee guida, o delle raccomandazioni o comunque delle buone pratiche clinico-assistenziali, come definite dall’art. 5 della stessa Legge (e cioè in un formato assai più stringente di quello appena abbozzato dal Legislatore Balduzzi con l’art. 3-bis nella Legge 8 novembre 2012 n. 189), a voler sottolineare, per interpreti rivelatisi in verità più inclini a salvaguardare il simulacro della forma senza tenere conto della sostanza, come il modo di fare sanità avviato a partire dalla seconda metà degli anni ‘90 del secolo scorso e poi perfezionato nel ventennio seguente, con modelli gestionali sempre più influenzati da vincoli di bilancio in ossequio a principi conformi all’ordinamento perché codificati come tali dal Giudice delle Leggi con sentenza n. 455/1990¹, avesse imposto ai professionisti della salute di restringere sempre più i margini di autonomia decisionale, limitatamente al trattamento di singoli, specifici casi eccezionalmente sottratti alla riducibilità all’interno di procedure o algoritmi pre-definiti, completando così la parabola della cd. medicina amministrata e proceduralizzata vaticinata da alcuni epistemologi della medicina².

La seconda parte della Legge “Gelli-Bianco” è stata fin da subito colta nella sua essenza distillata a misura delle esigenze della doppia utenza: quella del cittadino danneggiato, meritevole di avere certezza del risarcimento del danno alla persona al dunque subito, e quella del mondo assicurativo, un tempo gestore del rischio professionale e aziendale sanitario ad esso trasferito, con costi divenuti via via insostenibili, esposto al rischio di concorrenza sleale per effetto

¹ cfr. Corte Costituzionale 16 ottobre 1990 n. 455, nel cui “Considerato in diritto” si intona il Requiem al SSN come edificato con Legge n. 833/1978, con le note racchiuse nel seguente pentagramma: “Quest’ultima dimensione del diritto alla salute, che è quella concernente le questioni di costituzionalità in esame, comporta che, al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall’attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento”.

² Cavicchi I. Riformare la deontologia medica. Dedalo ed., 2018; 42 e segg.

dell'avvenuta introduzione, a mezzo della citata Legge "Balduzzi" n.189/2012, del modello alternativo spurio delle cd. "altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera".

Mentre la prima dimensione ha trovato piena applicazione presso le corti di merito e di legittimità, che hanno immediatamente recepito la logica del cd. "doppio binario" del sottosistema della responsabilità professionale sanitaria³ ridisegnato dalla Legge "Gelli-Bianco", la seconda, ancorché qualificata come "obbligatoria", per effetto dell'art. 10 della Legge in questione e dell'art. 2424 bis c.c. tra le sue pieghe richiamato, è rimasta di fatto incompiuta, fino al 15 dicembre 2023, quando è stato emanato il Decreto n.232, contenente il *"Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati"*.

All'interno di questo Decreto, oltre ad essere state specificate, all'art. 16, quali dovessero essere le "competenze obbligatorie minime, interne o esterne", tra cui quella del "risk management" (accezione invero più ampia del concetto di sola gestione del rischio clinico), che una struttura sanitaria deve possedere per garantire l'ottimale *"governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri"*, si è di fatto declinato, con gli articoli 10, 11 e 12, il modello di costruzione della sezione del Fondo Rischi, di cui ogni struttura deve dotarsi ai sensi degli articoli 2424 e 2424 – bis, comma 3, c.c.⁴.

Il Decreto in questione è entrato in vigore il 16 marzo 2024, ma, per effetto di quanto richiamato all'art. 18, comma 4, le strutture sanitarie, pubbliche e private, devono aver adeguato "le misure organizzative e finanziarie previste" ai fini dell'attuazione dei "requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe" nei successivi 24 mesi.

E' pur vero che, ai sensi di quanto stabilito dal medesimo art. 18, comma 2, le Compagnie Assicuratrici, che pure devono adeguare "i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi" richiamati all'interno del Decreto n.232/2023, potranno usufruire di una finestra temporale ulteriore di 24 mesi dal termine fissato dall'operatività definitiva del citato Decreto, con una ulteriore proroga di 12 mesi funzionale al varo di un ultimo decreto attuativo, di pertinenza del Ministero delle imprese e del made in Italy, per effetto di quanto previsto dall'art.3 comma 8 del medesimo Decreto n.232/2023, si potrebbe eccepire che le strutture sanitarie che si fossero dotate di "altre analoghe misure", in forma ibrida (e cioè in modalità combinata tra ritenzione del rischio sanitario ordinario e trasferimento al mercato dell'Assicurazione privata del rischio cd. catastrofale, mediante il sistema delle franchigie), sarebbero soggette all'identica scadenza temporale del 16 marzo 2028, estensibile fino al 16 marzo 2029, garantita alle concorrenti Compagnie Assicuratrici.

Tuttavia, per un'interpretazione restrittiva di maggiore tutela ai fini della costruzione dei bilanci, sarà inevitabile che per l'anno corrente 2026 la voce "Fondo rischi ed oneri" di tutte le strutture sanitarie incominci ad essere popolata da contenuti economici legati alle passività "di esistenza certa o probabile", ancorché di "indeterminati ammontare e data di sopravvenienza", riconducibili a collateralità di prestazioni sanitarie erogate negli anni precedenti.

I nodi dunque vengono al pettine e dalla loro salienza si comprenderà se il sistema eretto dal Legislatore "Gelli-Bianco", nel tentativo di conciliare le diverse esigenze di un'utenza composita, abbia prodotto un modello economicamente sostenibile, oppure contribuito a determinare la messa in moto delle lancette dell'orologio destinato a battere l'ora

³ De Matteis R. Responsabilità e Servizi Sanitari. In (diretto da Galgano F.) Trattato di Diritto Commerciale e di Diritto Pubblico dell'Economia. CEDAM ed., 2007; XLVI(III): 335 e segg.

⁴ Art. 2424 bis c.c. (Disposizioni relative a singole voci dello stato patrimoniale): "[...] Gli accantonamenti per rischi ed oneri sono destinati soltanto a coprire perdite o debiti di natura determinata, di esistenza certa o probabile, dei quali tuttavia alla chiusura dell'esercizio sono indeterminati o l'ammontare o la data di sopravvenienza. [...]"

della mezzanotte del Servizio Sanitario Nazionale, a meno di interventi normativi correttivi strutturali e non già solo palliativi.

Conseguentemente, compito di questo PARS 2026, non sarà soltanto quello di illustrare, al pari di quanto già avvenuto in occasione della presentazione dei precedenti PARS 2023-2025, 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 2026 relative ai 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 2026 della Fondazione, ma anche quello di accennare alle modalità di costruzione della sezione del Fondo Rischi destinata agli accantonamenti, ex art. 10 del Decreto n.232/2023, "a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura" negli anni futuri.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Nella Tabella che segue sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici relativi ad FPG relativi all'anno 2025.

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	129		
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	70.075	Ricoveri diurni	35.701
Ricoveri Riabilitazione	745	Neonati (Parti)	4.164 (4.025)
Accessi PS	71.947	Prestazioni ambulatoriali erogate	4.341.469
Branche specialistiche	62	Numero di prestazioni di laboratorio	1.521.358
Numero di interventi chirurgici	95.875		

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 per la rete delle Malattie Infettive per adulti (DCA 58/2010), nonché Spoke II con DEA pediatrico di II livello per pazienti in età pediatrica (cfr. Piano Rete Regionale Malattie Infettive, Regione Lazio – 2025);
- 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 2025 sono stati segnalati 1734 eventi singoli (alcuni dei quali segnalati più volte, da più operatori distinti, la qual cosa spiega il motivo per cui il numero totale di segnalazioni registrate dall'applicativo, pari a 2711, comprendendo anche le non conformità di richieste trasfusionali e le difformità di stesura del registro operatorio, supera il numero di eventi censiti in totale): in numeri assoluti si registra un incremento contenuto rispetto al totale delle segnalazioni raccolto alla fine del 2024 (di poco superiore a 2500). Tuttavia, sia per il significativo decremento in valori assoluti degli incident reporting riferiti ad eventi singoli (1734 vs. 2052), anche in rapporto al pur impercettibile aumento del numero

di ricoveri registrato nel 2025 in confronto al 2024 (70.075 vs. 69.936), il dato registrato non è stato ritenuto soddisfacente.

E' pur vero che il calo più significativo delle segnalazioni si è registrato nel bimestre ottobre – novembre 2025, in concomitanza con interventi di manutenzione dell'applicativo impiegato per le segnalazioni, che hanno reso indisponibile più volte e per più giorni l'accesso alla piattaforma.

Tuttavia, preoccupa la lettura del dato relativo al numero di near miss portati all'attenzione dell'UOS Risk Management: un calo di oltre 200 segnalazioni si spiega solo in parte con la temporanea indisponibilità del sistema informativo, anche perché la contrazione suddetta è il risultato di un fenomeno che ha attraversato tutti i mesi dell'anno.

Il fatto che invece le segnalazioni relative ad eventi avversi ed eventi sentinella si siano mantenute entro i livelli sostanzialmente registrati negli anni precedenti rafforza la preoccupazione, perché potrebbe costituire il campanello d'allarme di una ridotta percezione del valore della segnalazione del near miss, a dispetto di una conservata attenzione per eventi percepiti come significativi, anche perché più direttamente confinanti con temuti profili di responsabilità.

La tendenza alla riduzione del numero di segnalazioni significative era stata già intercettata nel 2024 e, per questa ragione, si erano affacciate alcune soluzioni finalizzate a far ripartire il processo.

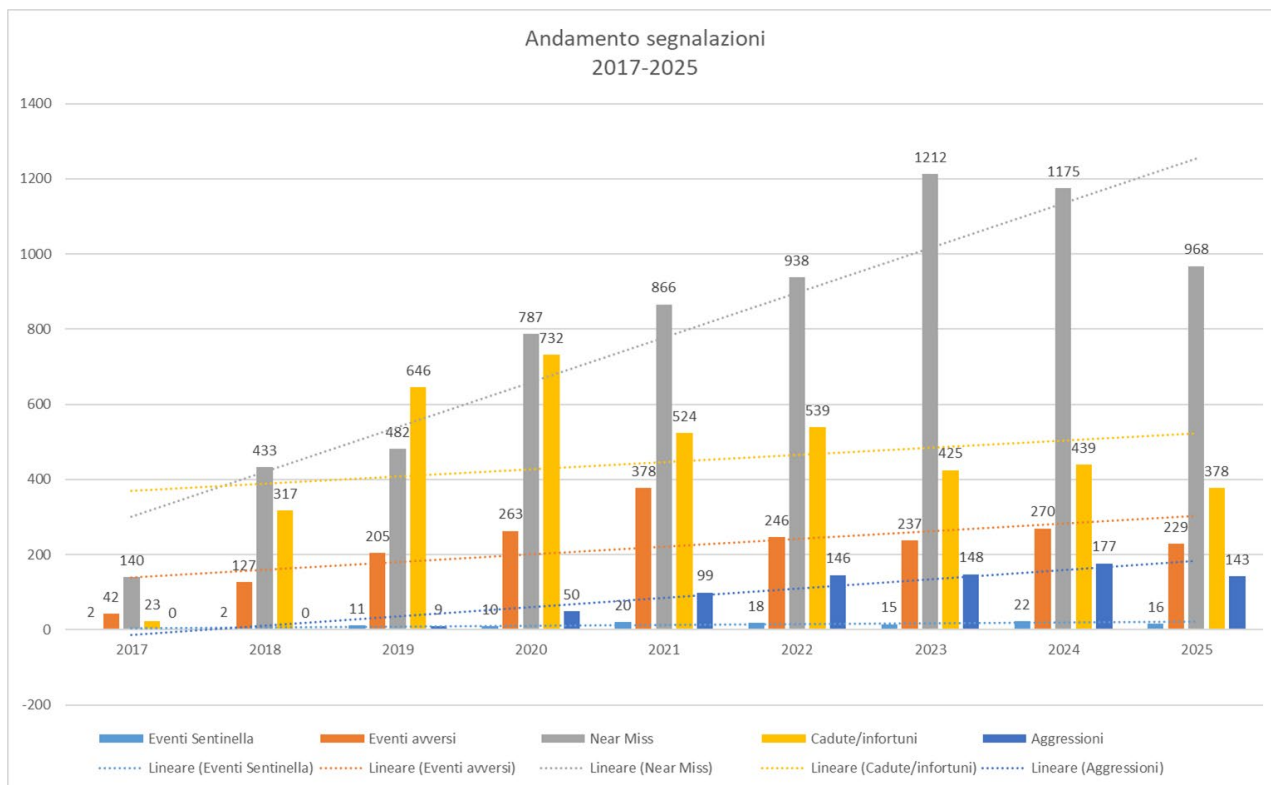
Alcune di queste sono ancora in corso di produzione tecnica nel mentre si redige il PARS 2026 e si auspica che diventino operative verso la fine della seconda metà del corrente anno: ci si riferisce, in particolare, al progetto di semplificazione delle pagine di segnalazione, con l'ottica di realizzare un'unica scheda allo scopo di rendere lo strumento più fruibile, lasciando inalterate le sole schede di incident reporting relative a cadute ed aggressioni, perché modellate sui rispettivi riferimenti regionali, ed aggiungendo la sola scheda per le notifiche di episodi di violenza di genere.

Si è poi riorganizzata l'attività dell'UOS Risk Management, individuando al suo interno sezioni operative cui è stato affidato il compito di prendere in carico le segnalazioni per macro-aree di pertinenza (eventi avversi correlati all'impiego di farmaci e dispositivi, cadute ed aggressioni, eventi avversi correlati ad ICA e/o a procedure interventistiche, ecc.).

Evidentemente queste soluzioni di efficientamento – una delle quali, peraltro, non ancora disponibile – non si sono rivelate pienamente efficaci.

Occorre infatti un maggiore coinvolgimento del personale, che potrà essere ottenuto, in parte, sfruttando l'ondata del rinnovo degli accordi contrattuali grazie al quale si è ribadita la scelta da tempo operata dalla Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" – IRCCS (FPG) di rinunciare ad esercitare la rivalsa per colpa grave nei riguardi dei propri dipendenti ed assimilati nell'ipotesi di risarcimenti riconosciuti alle parti danneggiate a casa di accertata responsabilità professionale sanitaria e, in parte, impegnandosi a fondo nella formazione dei neo-assunti per diffondere, tra i temi propri della cultura della sicurezza e della qualità delle cure, la buona pratica dell'incident reporting.

Ciò premesso, il grafico sottostante riporta comunque l'andamento delle segnalazioni e degli eventi censiti nel periodo 2017-2025:



Per la verità, i 16 eventi censiti come “sentinella” per l’anno 2025 risultano in parte riconducibili a due “cluster” di episodi in serie verificatisi uno, ad inizio anno in uno specifico contesto assistenziale e ripresentatosi poi, con numeri meno consistenti, nel secondo quadrimestre del 2025, per poi evaporare del tutto grazie ad opportune soluzioni organizzative dimostratesi evidentemente centrate, l’altro invece essendo risultato il portato di una contaminazione non altrimenti prevenibile di un farmaco di importazione (per denunciata carenza), contenente un principio attivo di comune impiego in ambito cardiologico e non solo per il governo delle crisi ipertensive, nonché per la migliore preparazione all’esecuzione di esami diagnostici con mezzo di contrasto: l’ulteriore scarto rispetto ai casi trasmessi sul portale regionale è dovuto alla riqualificazione di alcuni eventi segnalati come sentinella dal personale sanitario in eventi avversi alla luce delle successive 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.

In particolare, anche alla luce del numero di decessi registrati nel 2025 e della tipologia di cause della morte indicate sugli avvisi di morte, ci si sarebbe atteso un aumento significativo di eventi sentinella riconducibili al fenomeno delle ICA.

Ciò non è avvenuto perché, da uno studio condotto sulla qualità delle informazioni contenute negli avvisi di morte, ci si è resi conto del fatto che le informazioni contenute nelle schede di morte – e che avrebbero dovuto suggerire alla Medicina Necroscopica di alimentare il canale dell’incident reporting, come pure inizialmente avvenuto - sovradimensionavano la portata del fenomeno ICA.

Si è potuto osservare (cfr. tabelle immediatamente sottostanti) come la sensibilità e la specificità di questo strumento fosse alquanto limitata e perciò fuorviante: si è perciò abbandonata questa possibile fonte informativa.

Etichette di riga		Conteggio di NOSOGRAFICO_ADT	
infezione causa di morte		433	
non infezione causa di morte		1051	
Totale complessivo		1484	

Etichette di riga		Conteggio di NOSOGRAFICO_ADT	
infezione causa di morte		29,18%	
non infezione causa di morte		70,82%	
Totale complessivo		100,00%	

		diagnosi dopo analisi cartella clinica		
		infetto	non infetto	totale
diagnosi su database	infezione causa	VP	FP	positivi
	non infezione causa	FN	VN	negativi
	totale	tot infetti	tot non infetti	totale

		diagnosi dopo analisi cartella clinica		
		infetto	non infetto	totale
diagnosi su dati	infezione causa	279	154	433
	non infezione causa	267	784	1051
	totale	546	938	1484

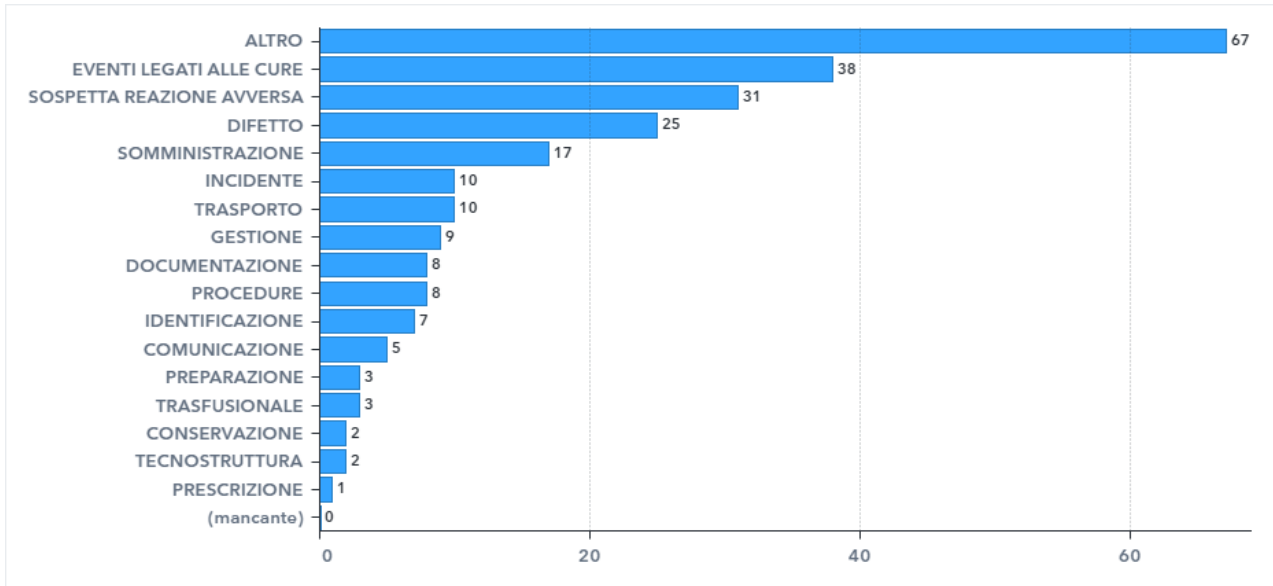
sensibilità	51,1%
specificità	83,6%

La tabella che segue descrive invece maniera sintetica i numeri e la tipologia dei 1734 eventi complessivamente registrati presso FPG nel 2025 (non sono conteggiate le aggressioni verbali ad operatori, pari a 143):

SEGNALAZIONE EVENTI				
Tipo di evento	N (e % sul totale) degli eventi	Principali fattori contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	968 (60.8%)	Strutturali (15%) Tecnologici (25%) Organizzativi/Procedure (30%) Comunicazione (30%)	Organizzativo/strutturale (25%) Tecnologico (25%) Procedure (35%) Comunicazione (15%)	Sistema di reporting (94%) + Emovigilanza (6%)
Eventi avversi	607 (di cui 378 cadute accidentali, di cui 21 ricadute) (38.1%)			Sistema di reporting
Eventi sentinella	16 (1.0%)			Sistema di reporting e cruscotto descrittivo di circostanze "trigger"

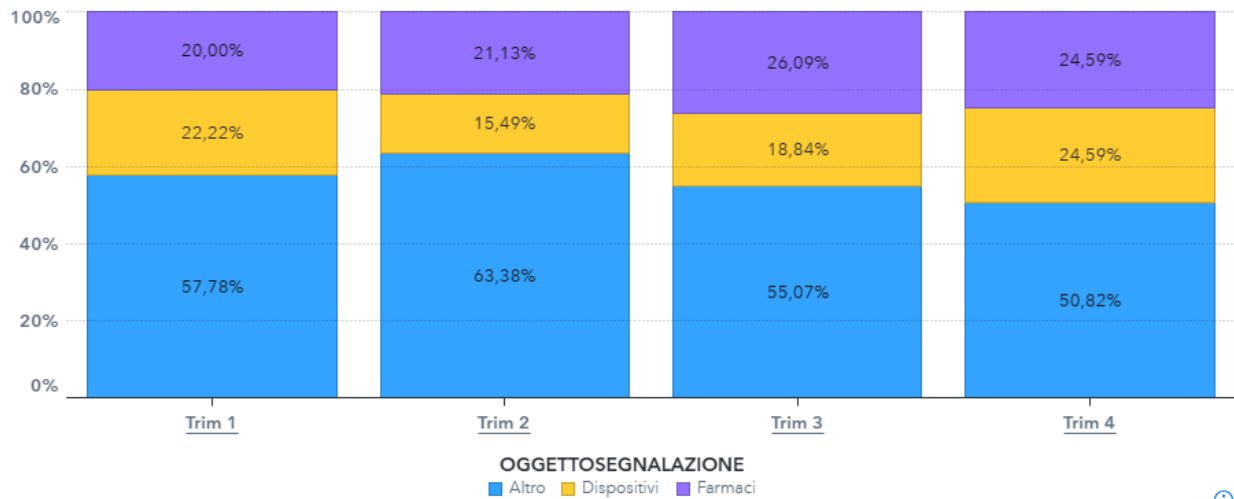
I grafici e le tabelle seguenti illustrano ulteriori dettagli descrittivi della tipologia degli eventi e dei near miss oggetto di segnalazione.

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI

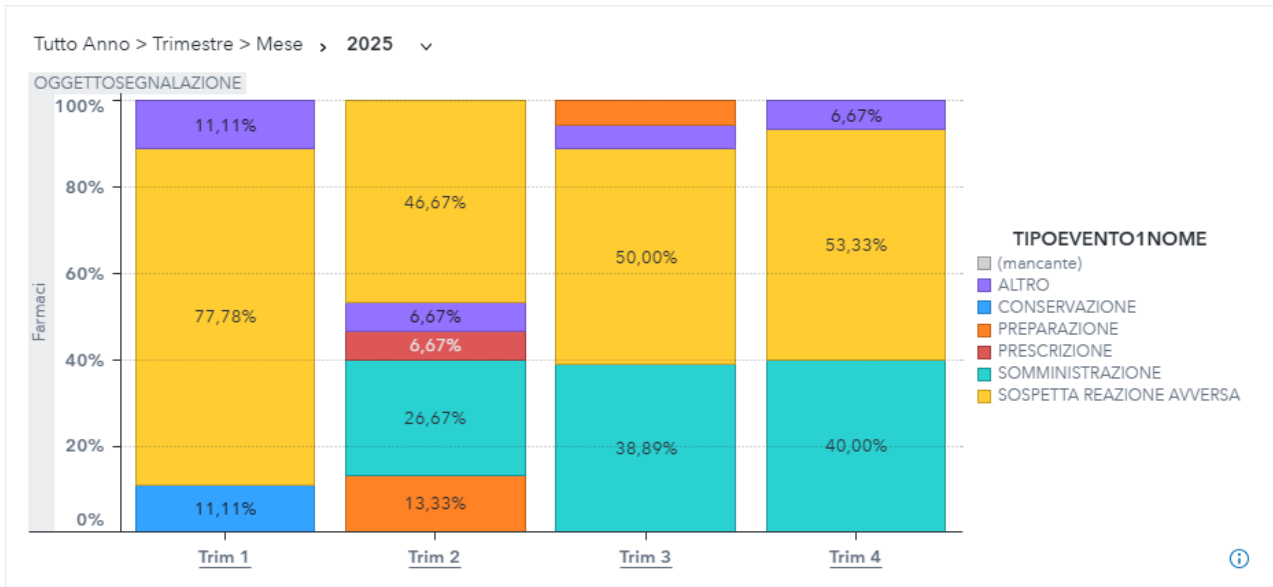


EVENTI AVVERSI PER OGGETTO SEGNALAZIONE

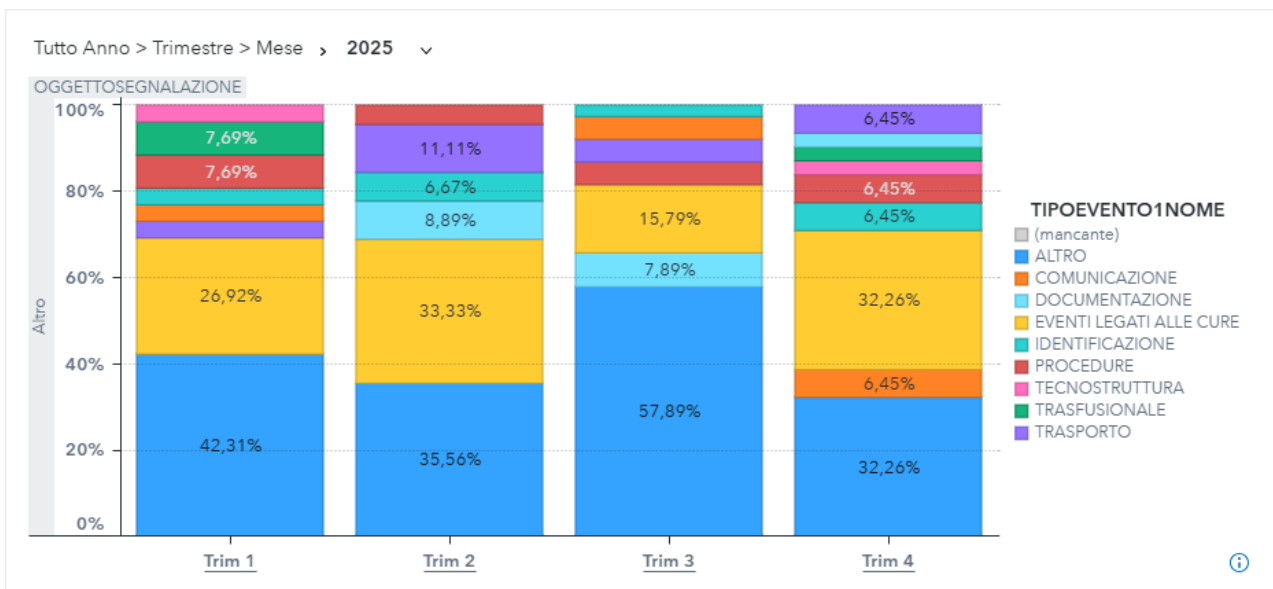
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2025



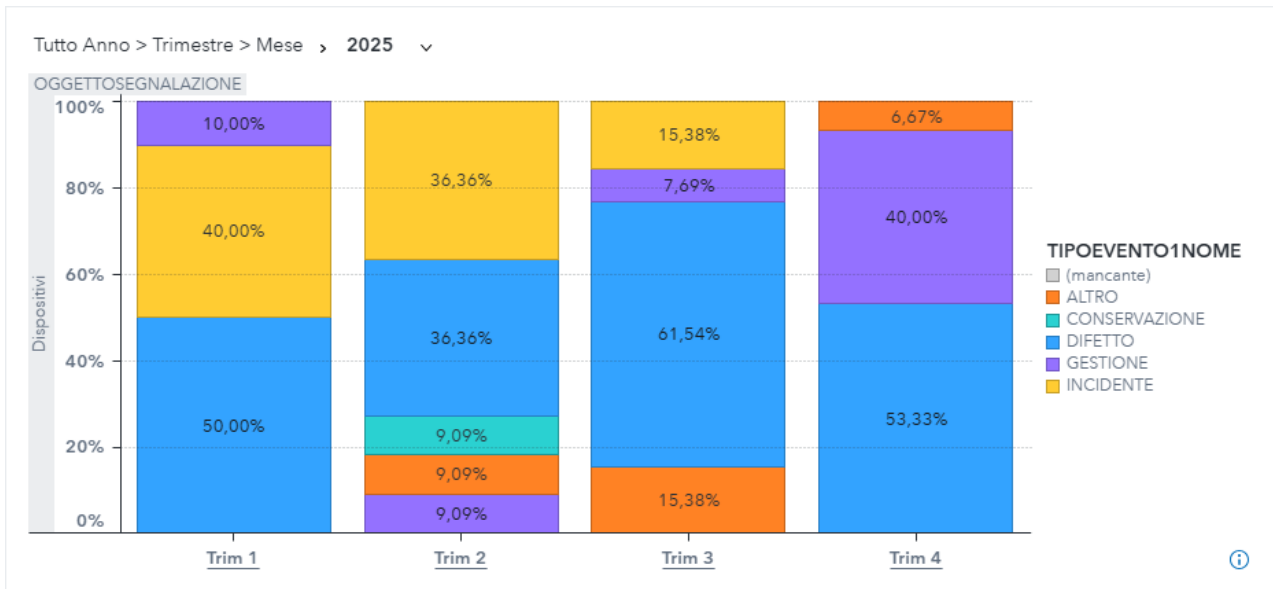
TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"



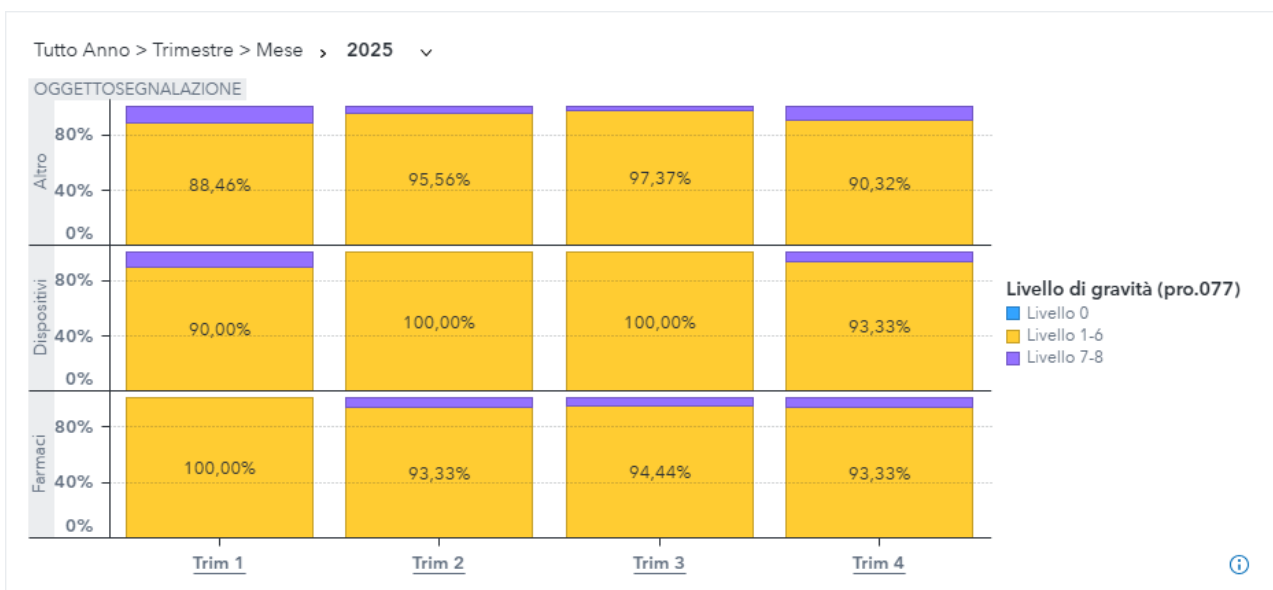
TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "ALTRO"



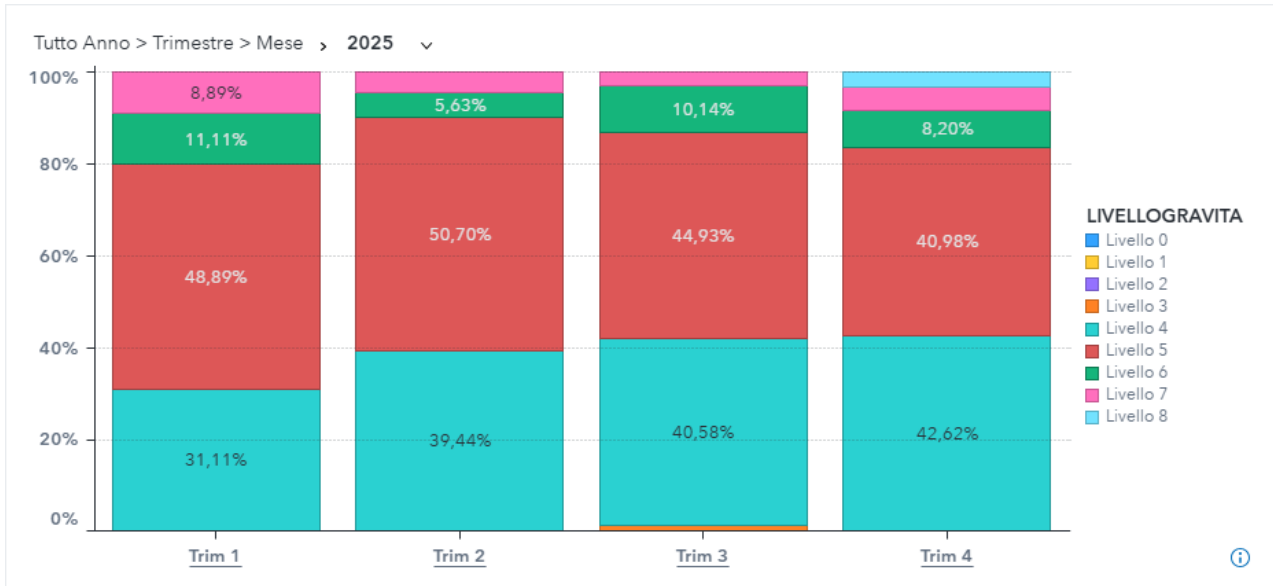
TIPI DI EVENTI AVVERSI CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"



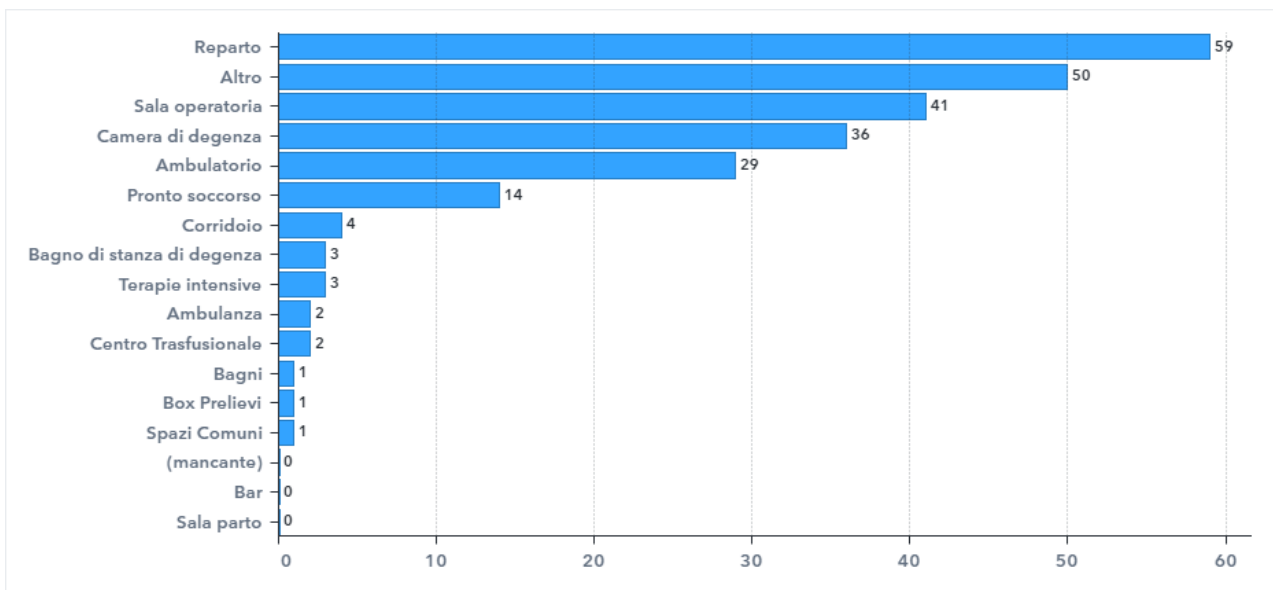
SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ ED OGGETTO



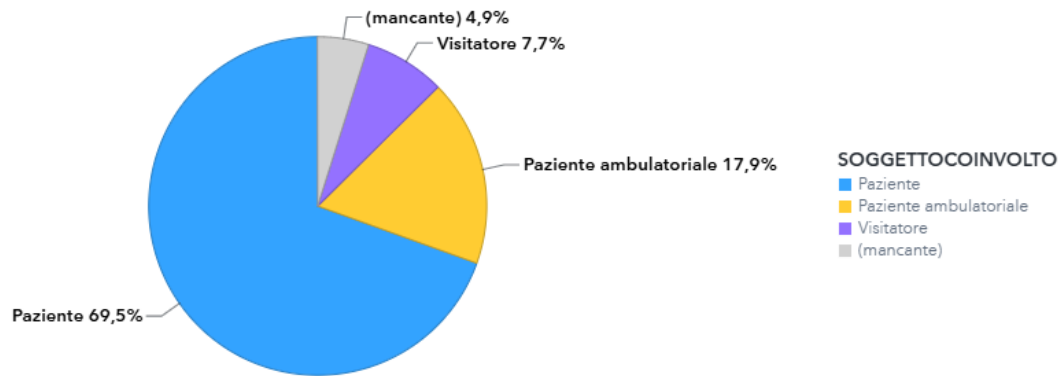
SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LIVELLO DI GRAVITÀ



SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER LUOGO DI INCIDENTE

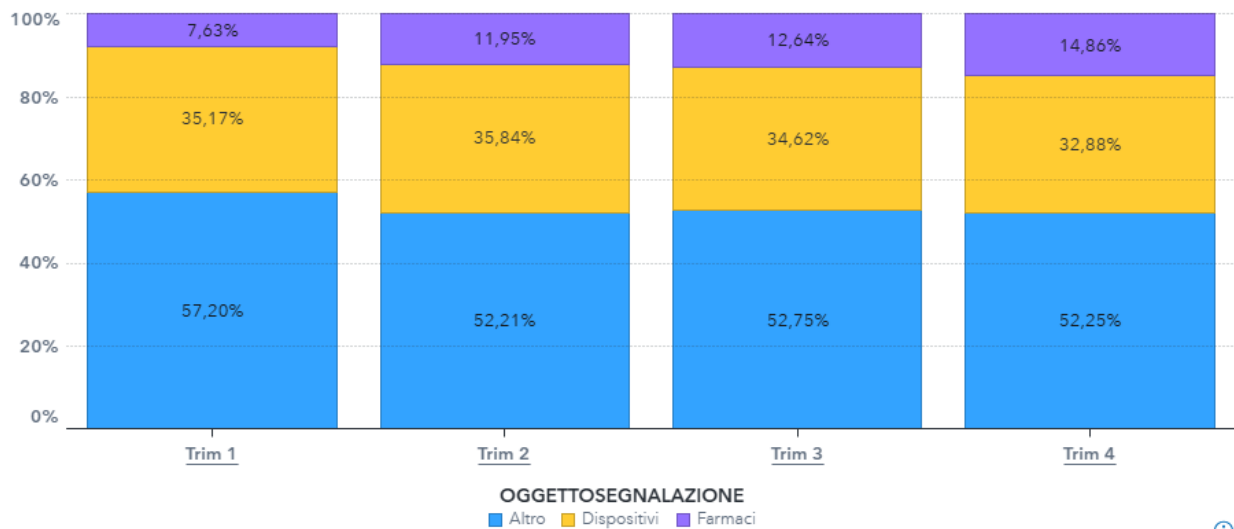


SEGNALAZIONI DI EVENTI EVVERSI PER SOGGETTI COINVOLTI

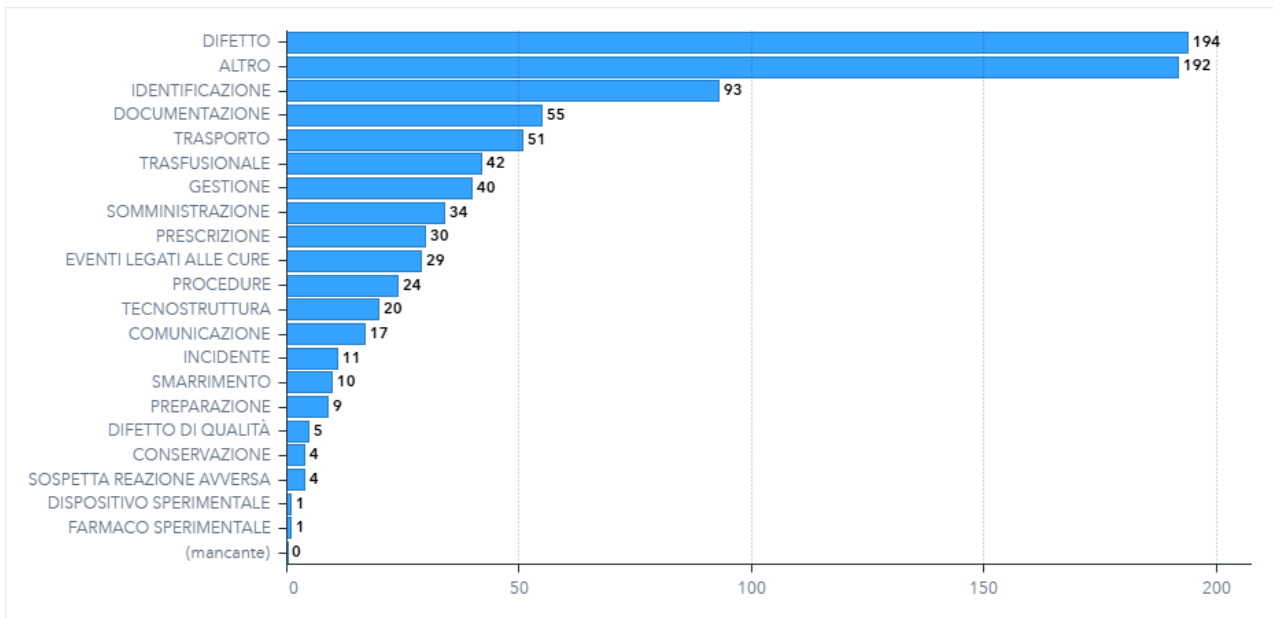


TIPOLOGIA NEAR MISS

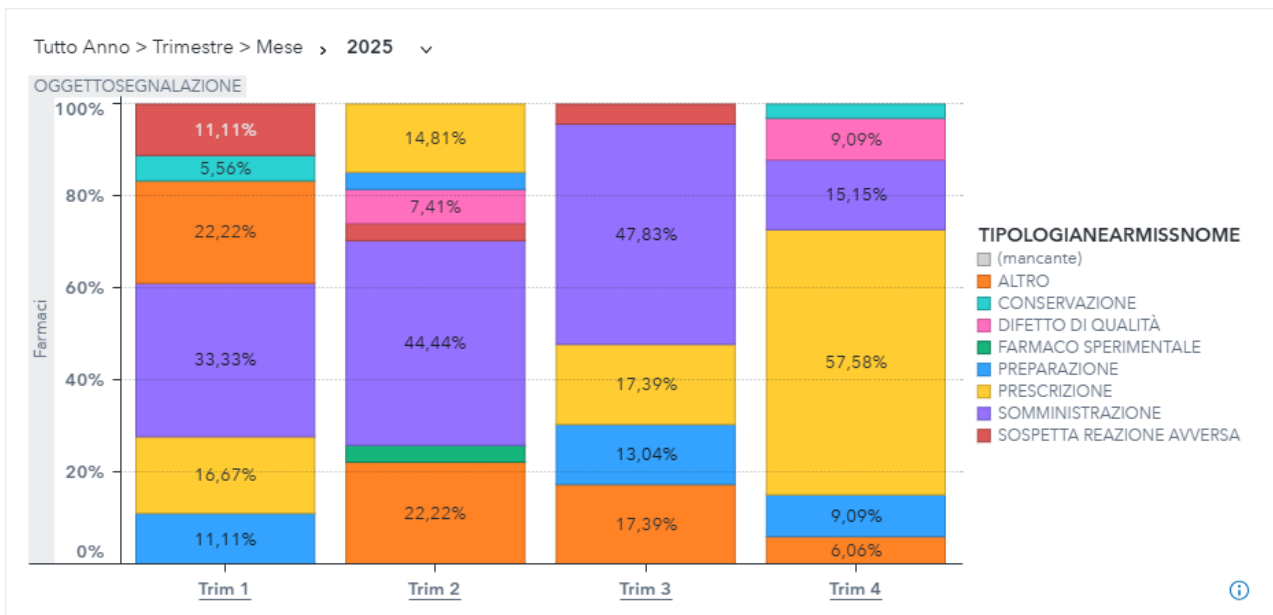
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2025



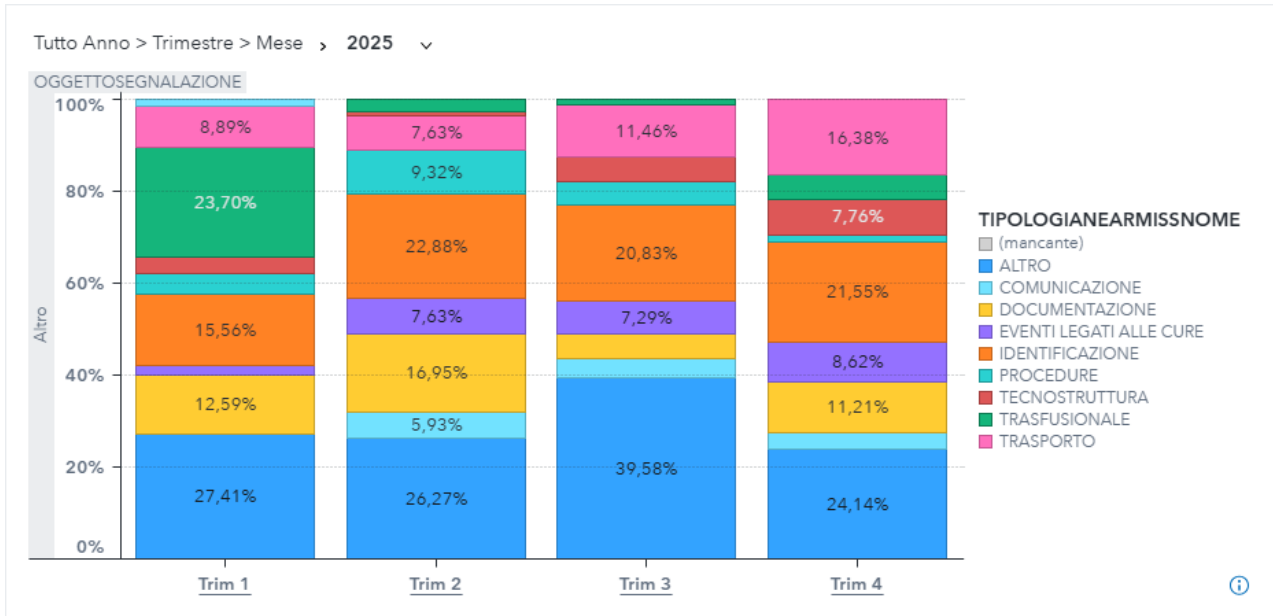
NEAR MISS PER OGGETTO SEGNALAZIONE



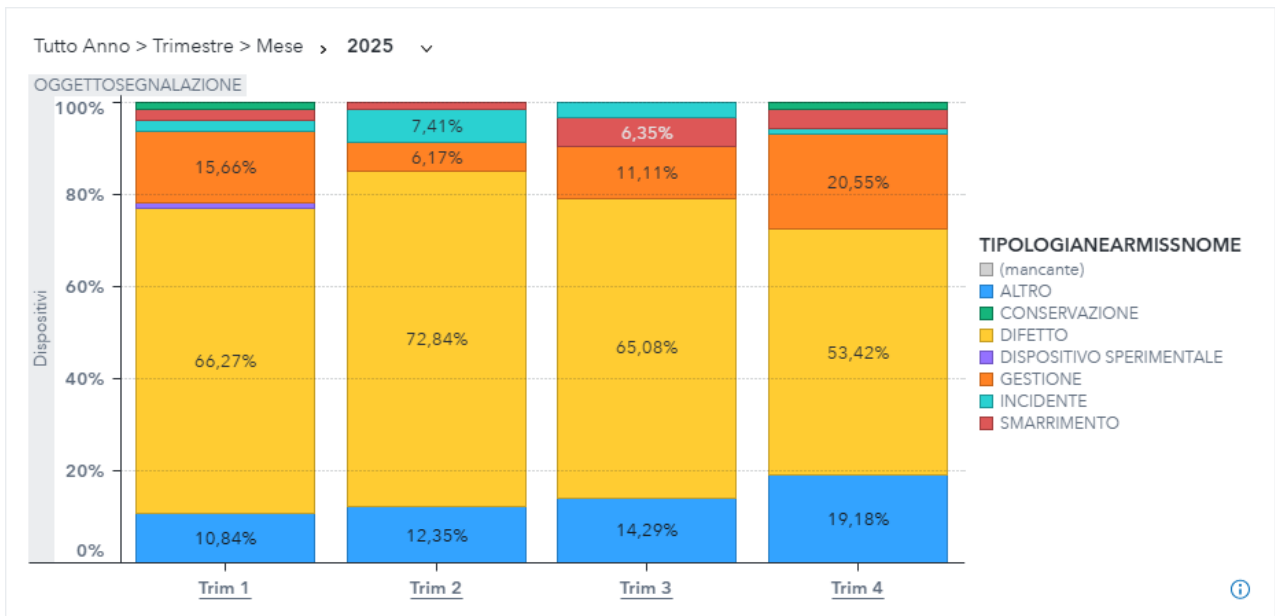
TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "FARMACI"



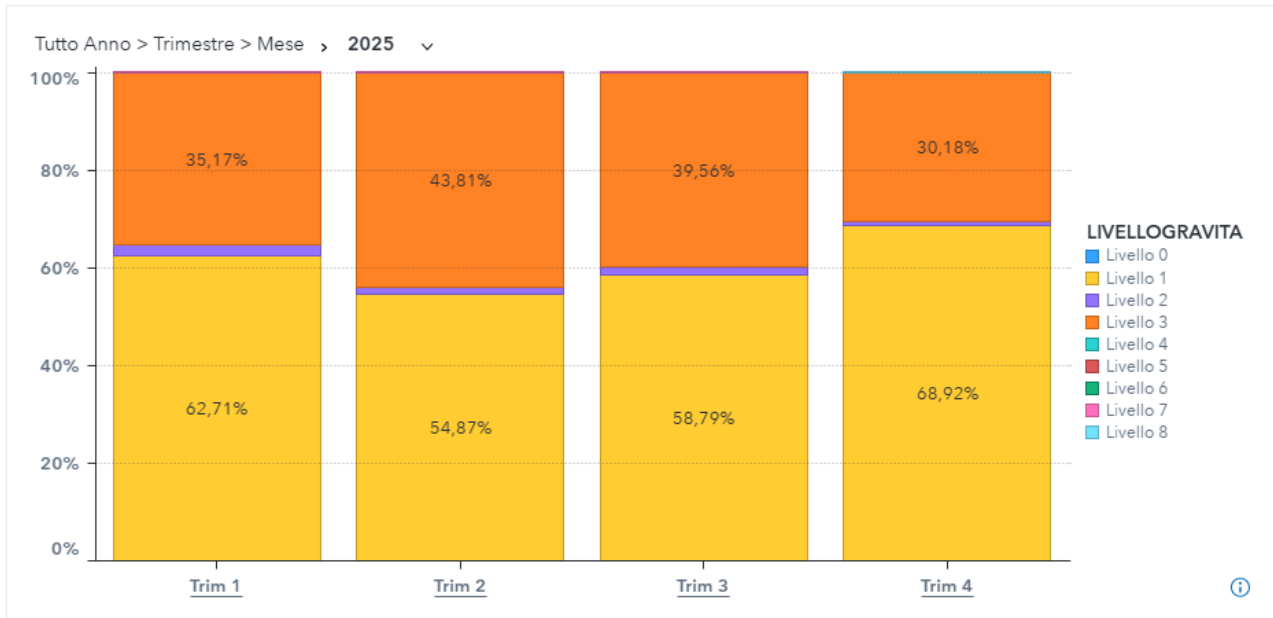
TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "ALTRO"



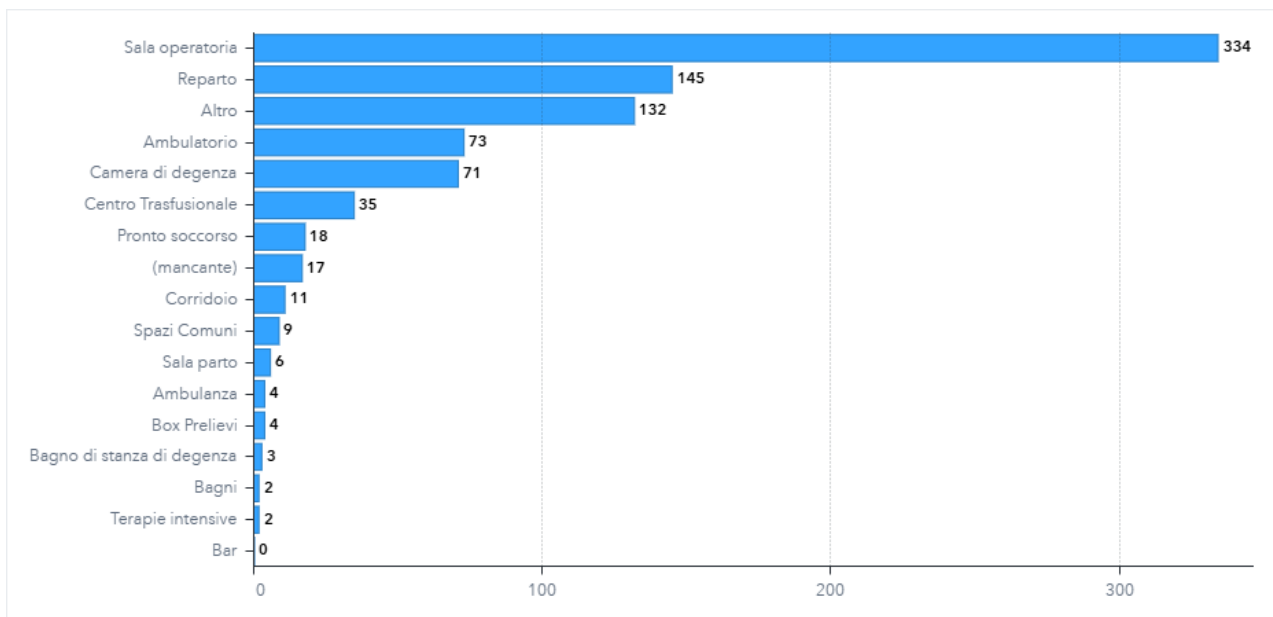
TIPI DI NEAR MISS CON OGGETTO DELLE SEGNALAZIONI "DISPOSITIVI"



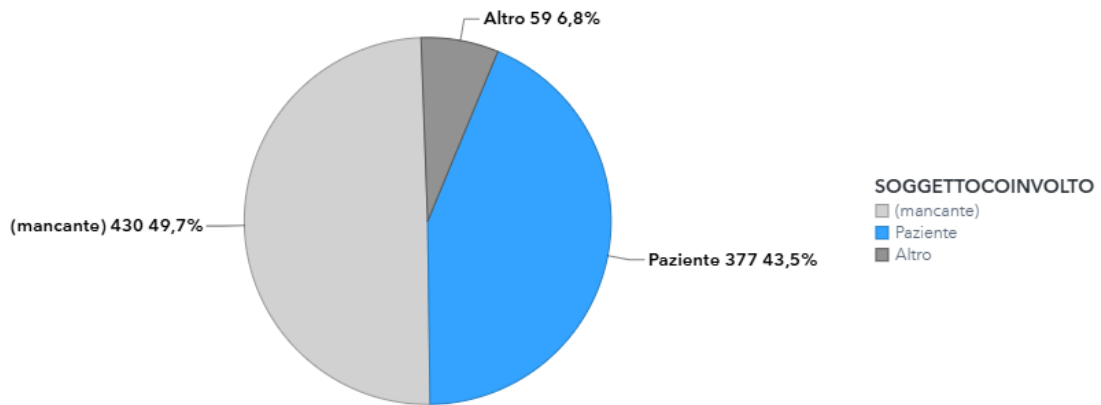
SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LIVELLO DI GRAVITÀ



SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER LUOGO DI INCIDENTE



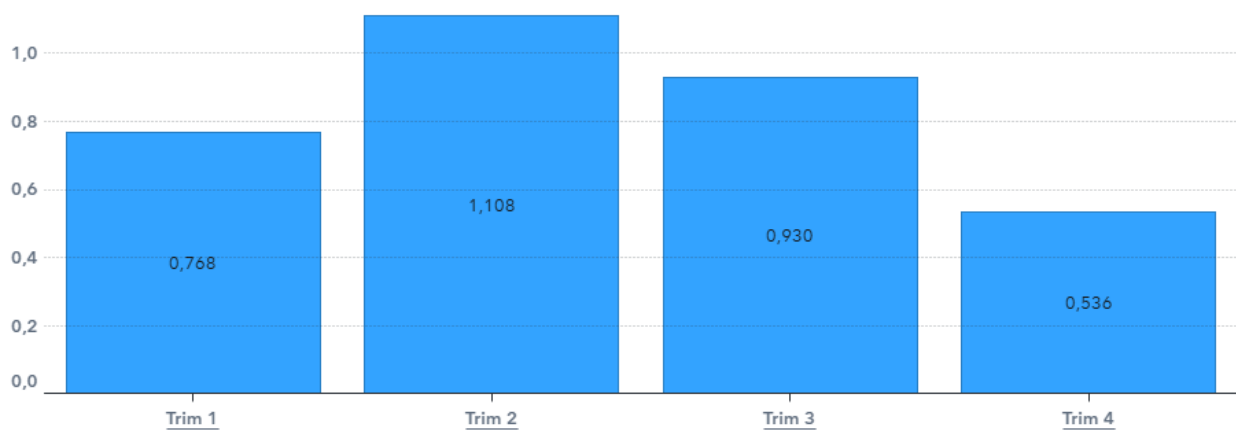
SEGNALAZIONI DI NEAR MISS PER SOGGETTI COINVOLTI



SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI GIORNATE DI DEGENZA

Per 1000 gg degenza

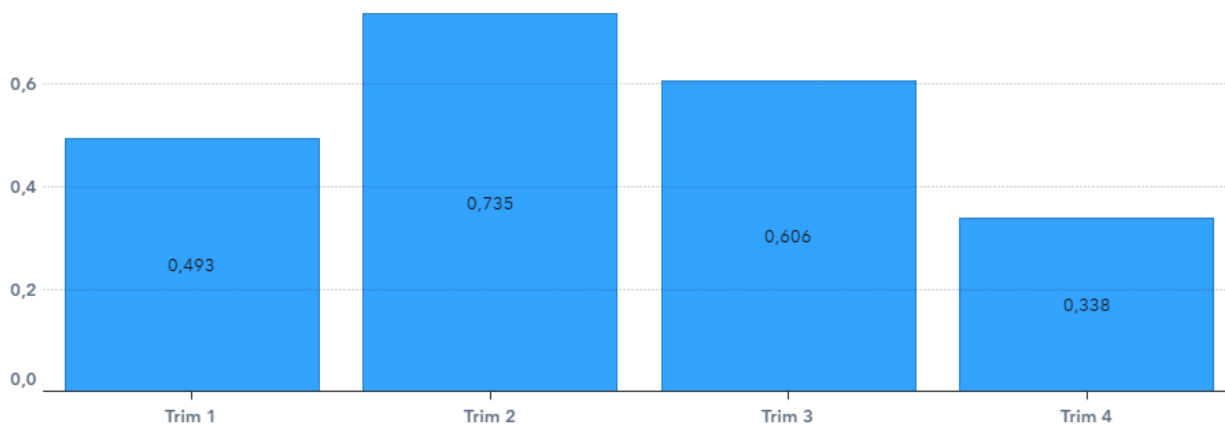
Tutto ANNO - QTR - MESE > 2025 ▾



SEGNALAZIONI CADUTE PER NUMERO DI CASI

Per numero casi

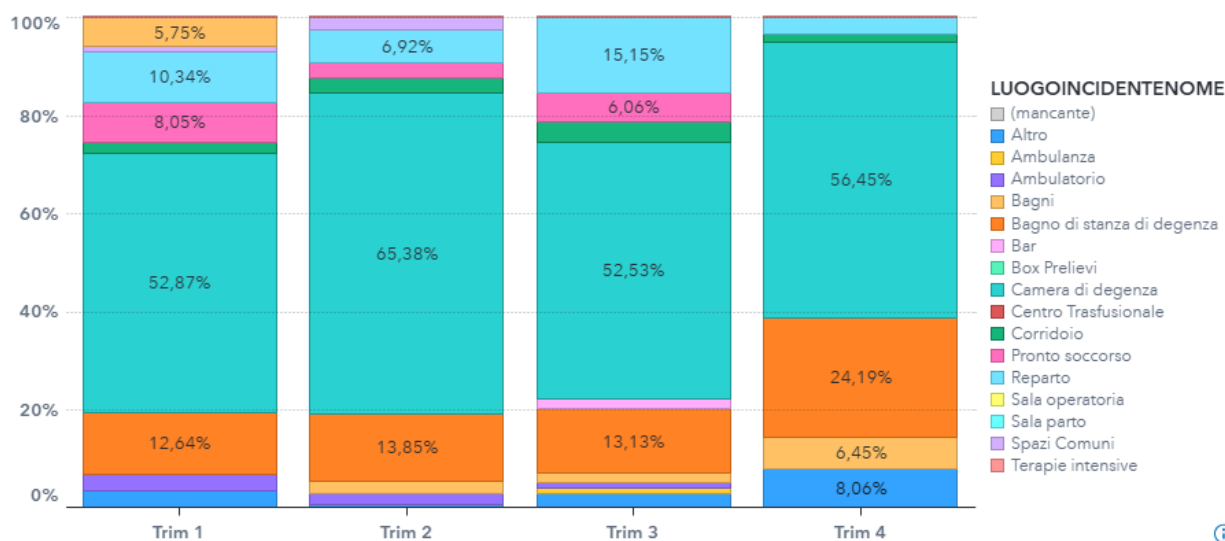
Tutto ANNO - QTR - MESE > 2025 ▾



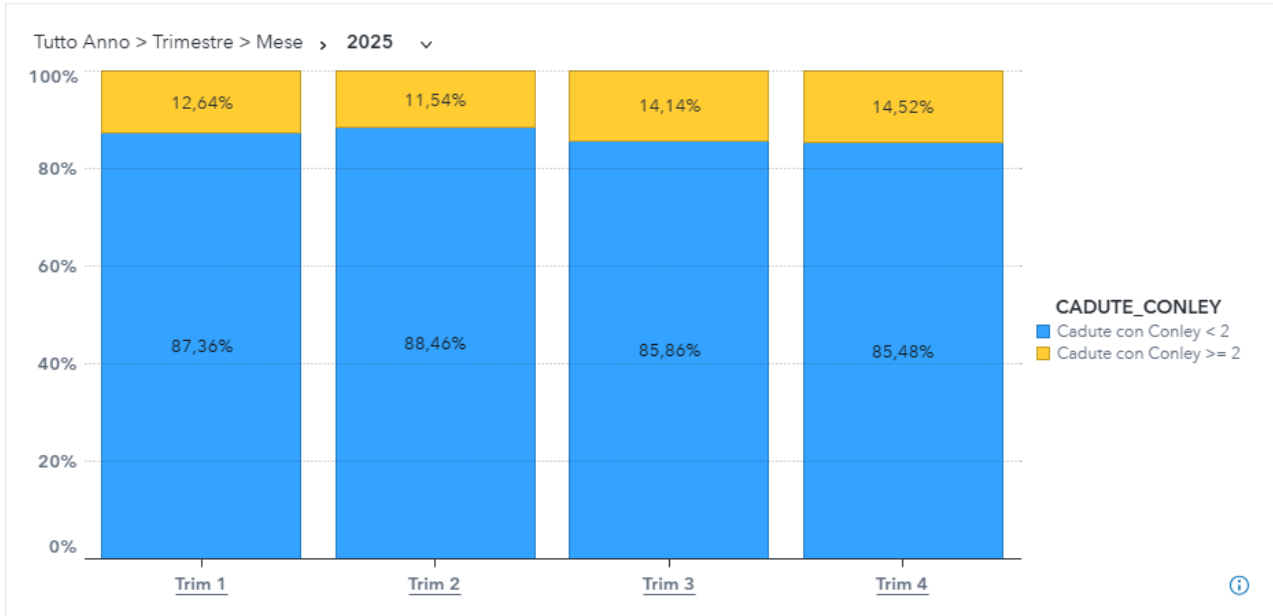
Il dato osservato, mostrando un incoraggiante sensibile decremento degli episodi di cadute sia in numeri assoluti che in quelli normalizzati per giornate di degenza e per numero di pazienti ricoverati rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente, può essere interpretato come il frutto di una particolare incisività delle misure adottate per contrastare il fenomeno e rafforza la convinzione che ci si sia incamminati realmente all'interno di un percorso di miglioramento concreto della qualità dell'assistenza offerta alle persone più vulnerabili.

LUOGO CADUTE

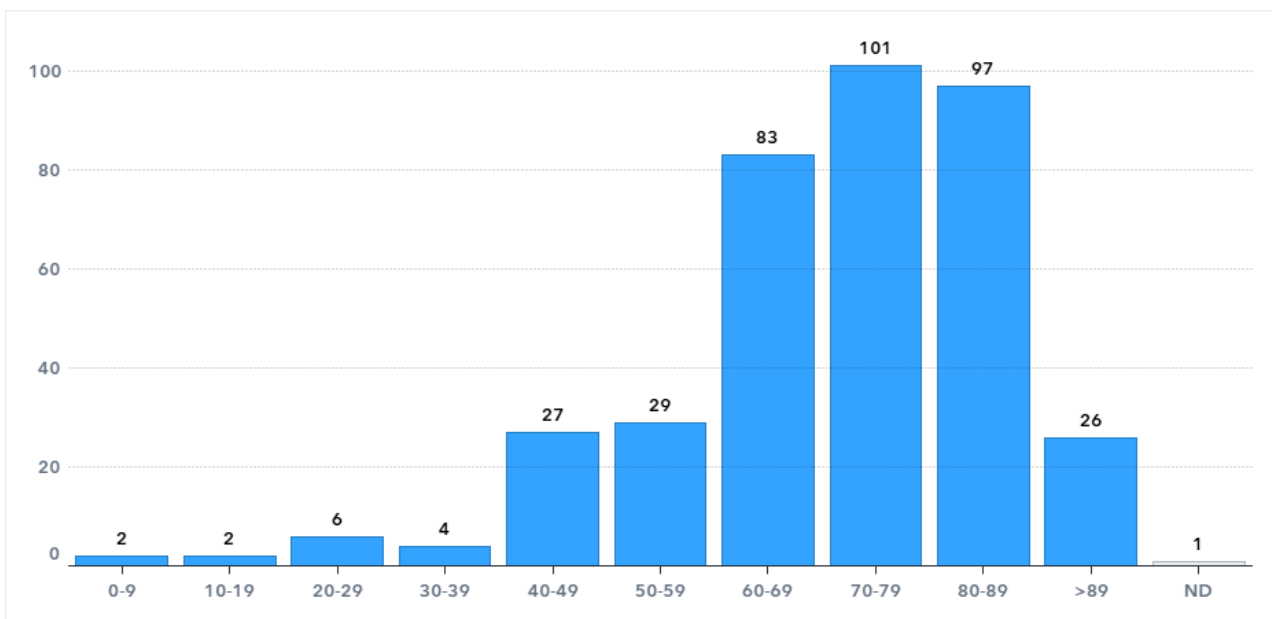
Tutto Anno > Trimestre > Mese > 2025 ▾



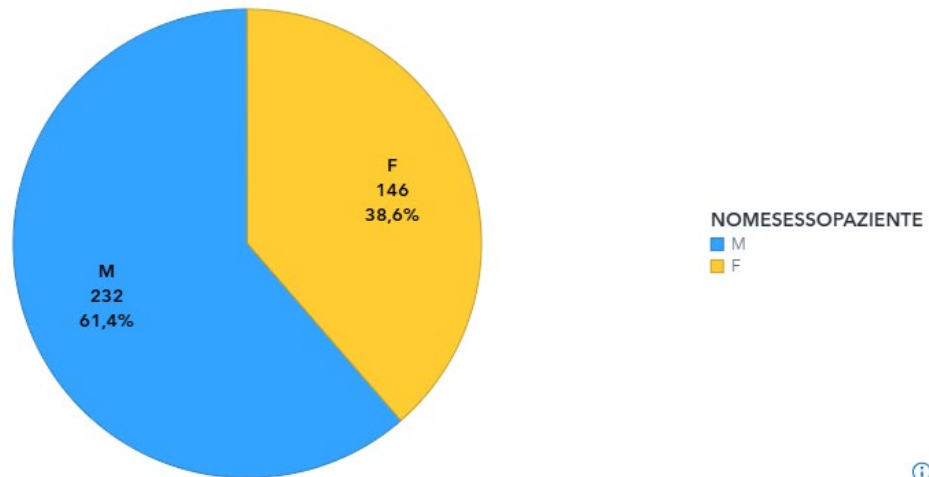
CADUTE E RICADUTE PER SCALA DI CONLEY



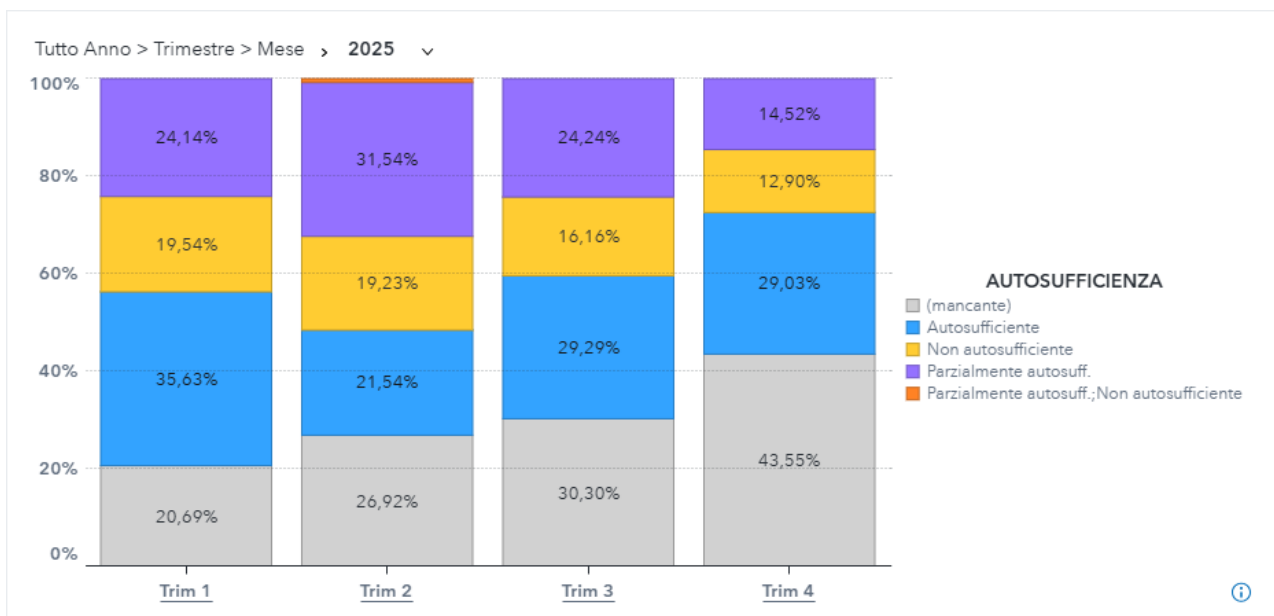
CADUTE PER FASCIA D'ETÀ



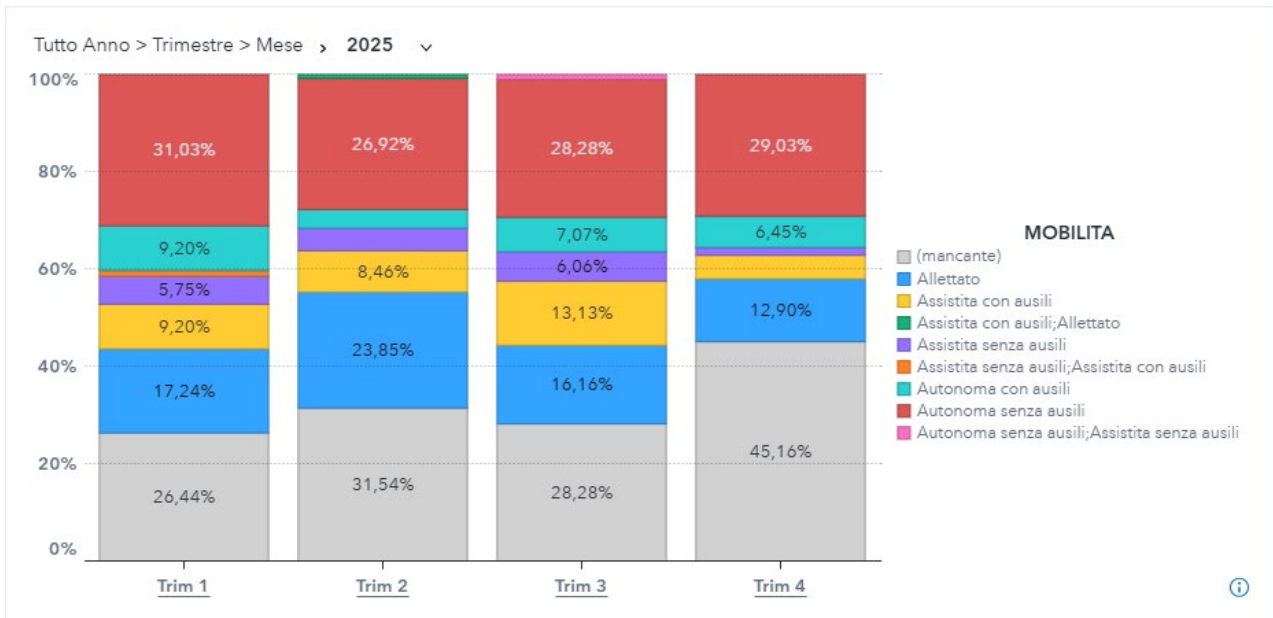
CADUTE PER GENERE



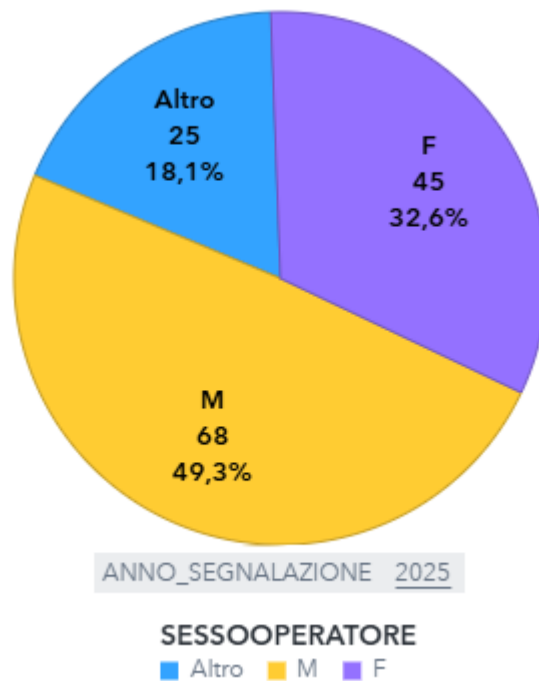
CADUTE PER LIVELLI DI AUTOSUFFICIENZA



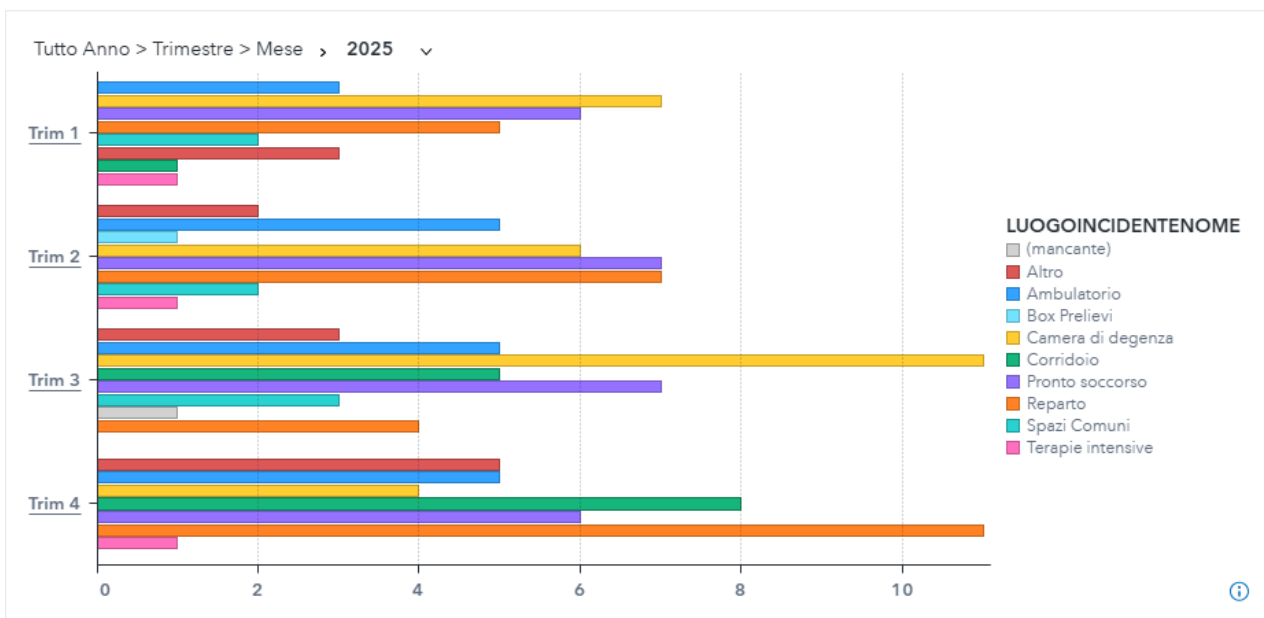
CADUTE PER LIVELLI DI MOBILITÀ



GENERE OPERATORE AGGREDITO



LUOGO AGGRESSIONI

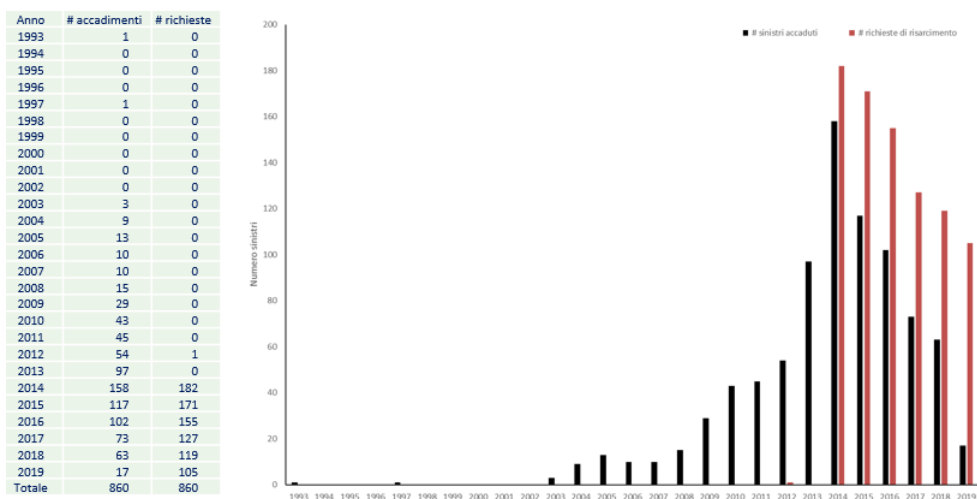


Un episodio di aggressione ha assunto la portata dell'evento sentinella, ma non ha dato luogo ad azioni di miglioramento per le caratteristiche alquanto peculiari del caso.

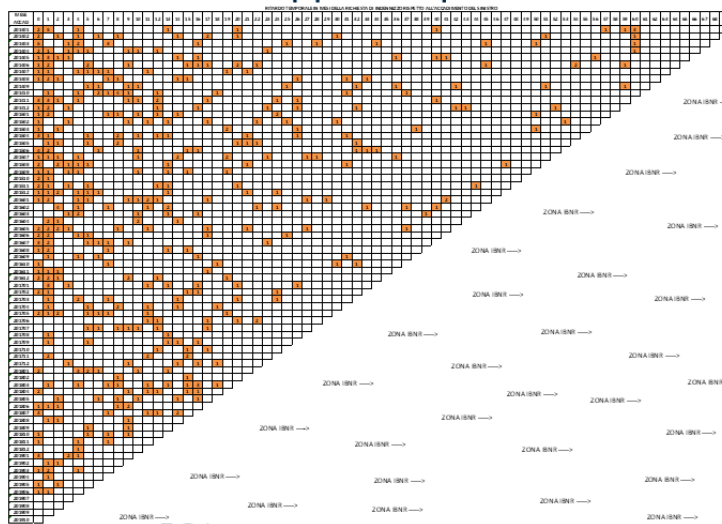
Per quanto riguarda invece il tema dei sinistri, si conferma che la politica di FPG permane quella della ritenzione della parte preponderante del rischio all'interno della Fondazione dall'anno della sua istituzione (2015).

Complessivamente l'andamento della sinistrosità appare stabile negli anni, a parte le fluttuazioni registrate nel 2021, per effetto di trascinamento di posizioni che non si sono rese manifeste nell'anno 2020 a causa dell'impatto dei due lockdown.

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



Matrice di sviluppo temporale dei sinistri



La numerosità dei sinistri registrati nel 2025 è in linea con il modello previsionale sviluppato sulla base della conoscenza della serie storica a partire dall'anno 2010.

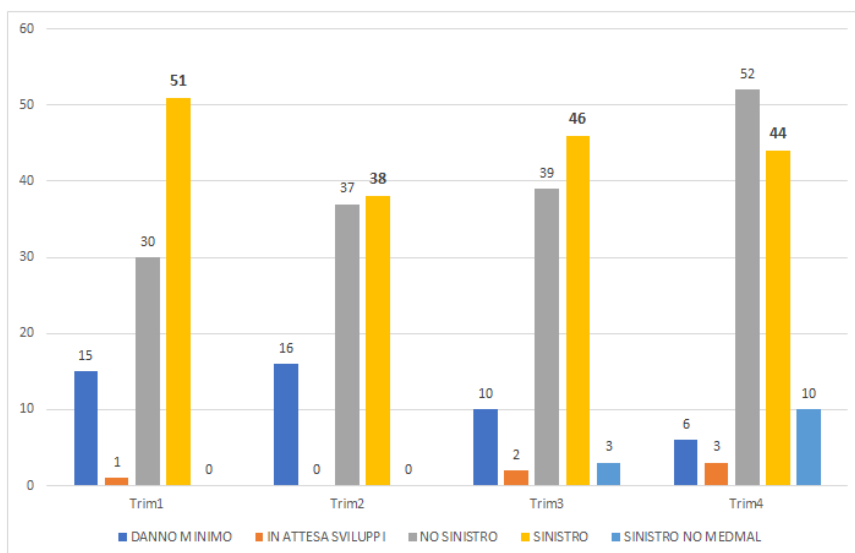
Ed è proprio sulla base di tale matrice di sviluppo temporale che è stato possibile ipotizzare la dimensione della sezione del fondo rischi che, a meno di interventi normativi nel primo semestre del corrente anno, sarà così costituita in conformità a quanto richiamato dall'art.10, comma 2, in combinazione con quanto disposto dall'art.12 del Decreto Ministeriale n.232/2023.

Ad ogni buon conto, le tabelle che seguono illustrano i dati sulla sinistrosità in concreto censita per eventi catalogati MED-MAL e sul numero dei risarcimenti erogati nell'ultimo decennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017):

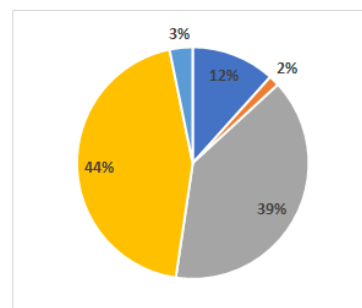
Anno	N° sinistri Totali	N° Sinistri Chiusi	N° Risarcimenti erogati
2015	202	165	99
2016	187	136	49
2017	174	123	49
2018	160	106	46
2019	158	133	55
2020	147	125	46
2021	189	131	41
2022	160	47	31
2023	149	54	42
2024	161	29	22
2025	179	3	2
Totale	1866	1052	482

Di seguito, invece, la distinzione delle tipologie di contenziosi aperti nel 2025:

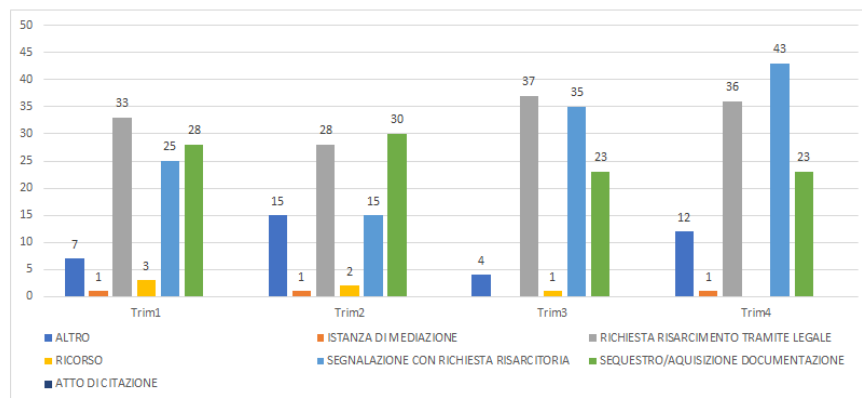
POSIZIONI APERTE CLASSIFICATE



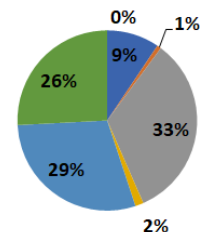
DANNO MINIMO	47
IN ATTESA SVILUPPI	6
NO SINISTRO	158
SINISTRO	179
SINISTRO NO MEDMAL	13



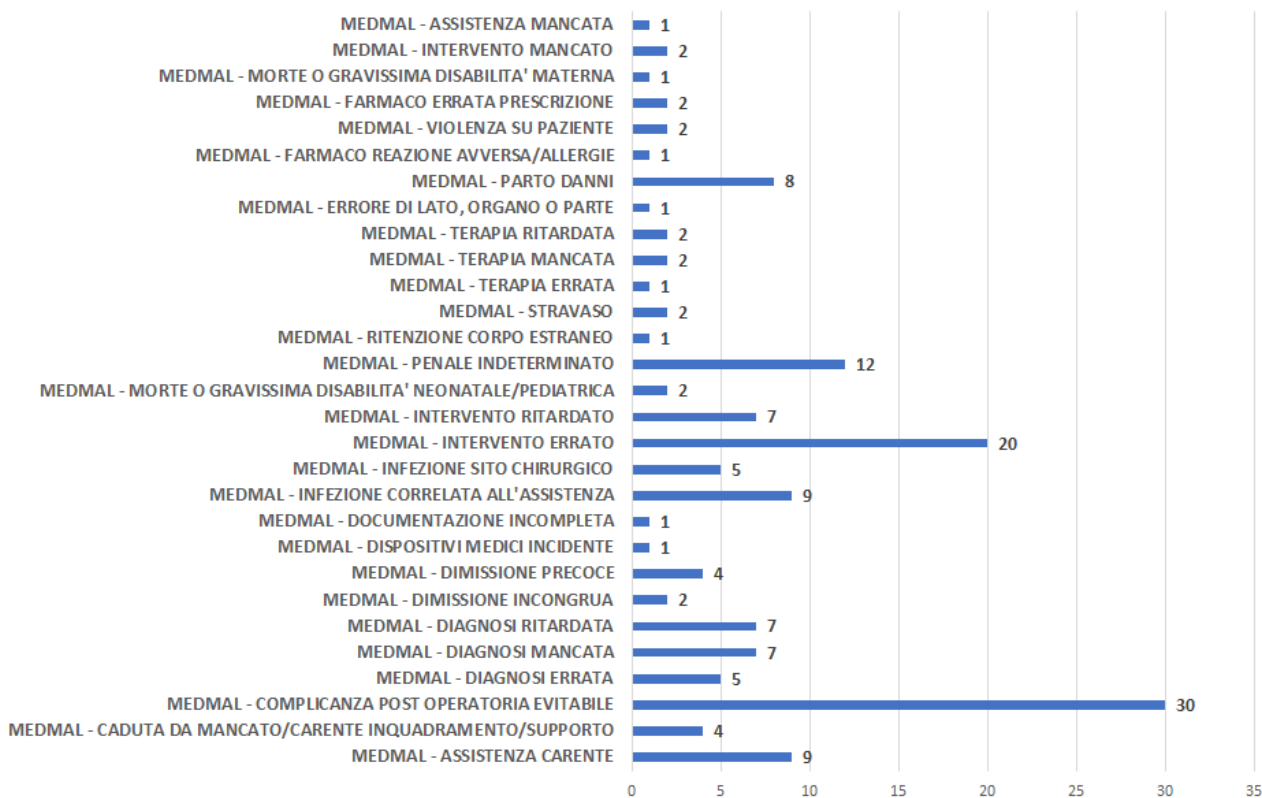
POSIZIONI APERTE PER TIPOLOGIA DI RICEZIONE



ALTRIO	38
ISTANZA DI MEDIAZIONE	3
RICHIESTA RISARCIMENTO DA LEGALE	134
RICORSO	6
SEGNALAZIONE CON RICHI. RISARCITORIA	118
SEQUESTRO/AQUISIZIONE DOC	104
ATTO DI CITAZIONE	0



SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA MEDMAL



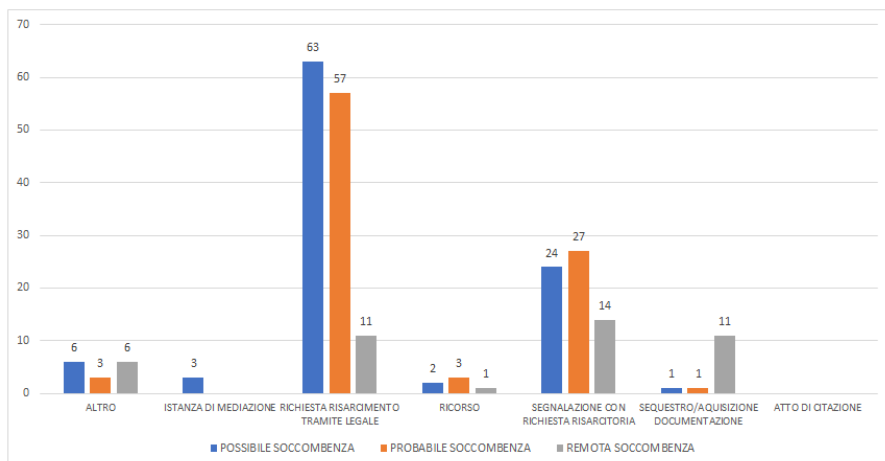
SINISTRI APERTI PER TIPOLOGIA NO MEDMAL



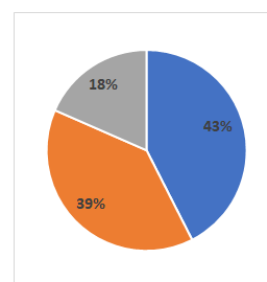
SINISTRI APERTI CLASSIFICATI COME DANNI MINIMI



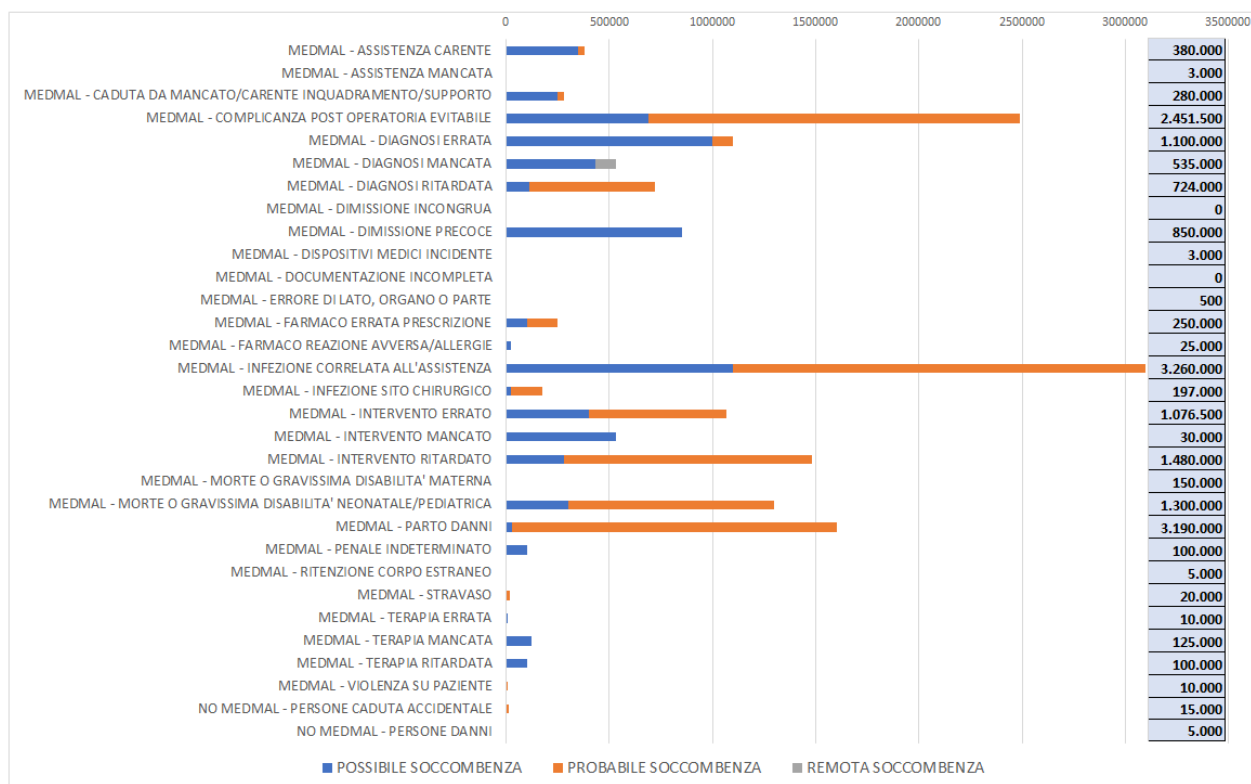
SINISTRI TOTALI APERTI CON RISCHIO DI SOCCOMBENZA



POSSIBILE SOCCOMBENZA	99
PROBABILE SOCCOMBENZA	91
REMOTA SOCCOMBENZA	43



RISERVA SINISTRI TOTALI 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 30 mln di Euro).

Si ricorda che, per effetto di accordi contrattuali di secondo livello confermati per il prossimo triennio, 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 sviluppatasi 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 10 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/ Crawford Milano
2021	30.06.2022	AM Trust	€ 623.475,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON/ Crawford Milano
2022	30.06.2023	AM Trust	€ 257.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON/ Crawford Milano
2023	30.06.2024	AM Trust	€ 257.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON/ Crawford Milano
2024	30.06.2025	AM Trust	€ 256.725,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON/ Crawford Milano
2025	31/07/2026	AM Trust	€ 261.625,00	5.000.000,00 S.I.R.	AON

Nel secondo semestre 2025 sono 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: si tratta di AON per i sinistri aperti a far data dall'1 luglio 2025. Per i sinistri aperti nelle annualità precedenti la funzione di Loss Adjuster continuerà ad essere assolta da Crawford (annualità 2014-I semestre 2025) e Willis (annualità 2000-2013).

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE (ANNO 2025)

5.1. RISULTATI DEL PARM

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2025 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
Azione 1 Aggiornamento ed implementazione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali e loro allineamento ai nuovi standard JCI.	Si è provveduto ad aggiornare le principali procedure in scadenza
Azione 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	Ne sono state condotte 6, in aggiunta a 12 a valenza interaziendale con il personale dell'azienda cui è affidata la Centrale di Sterilizzazione
Azione 3 – Estensione delle Morbidity & mortality con cadenza quadrimestrale per tutti i Dipartimenti	Al 31.12.2025 sono state realizzate 9 MMC per quattro Dipartimenti

Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa [...]:	
Azione	Stato di attuazione
Azione 1 – Informatizzazione della gestione delle richieste dei farmaci chemioterapici inseriti in protocolli di cura dedicati a pazienti oncologici	L'attività in questione è stata rinviata di un anno, a causa dell'aggiornamento del software TrakCare® nella nuova versione MEUI imposto dalla casa – madre, perché propedeutico ai successivi passaggi migliorativi sul lato della tracciabilità del farmaco
Azione 2 – Aggiornamento Fogli Informativi con indicazione del tasso di mortalità intraospedaliera	Al 31.12.2025 su 675 fogli informativi il dato risulta inserito nel 25% delle schede (obiettivo di prosecuzione progetto 50%).
Azione 3 – Aggiornamento delle procedure esistenti in tema di contrasto al fenomeno della malnutrizione ospedaliera e degli epidiosi di ab-ingestis nel post-operatorio, con diffusione dei sistemi automatizzati per la predisposizione delle colazioni nelle Unità di degenza	Al 31.12.2025 piano di diffusione dei sistemi ha interessato 22 Unità di degenza.
Azione 4 – Introduzione di due cruscotti su mortalità intraospedaliera e su morbilità perinatale a 3 mesi	Al 31 dicembre 2025 i due cruscotti sono stati realizzati; il secondo sarà reso disponibile per il collaudo a marzo 2026

Obiettivo c) Favorire visione unitaria sicurezza:

Azione	Stato di attuazione
Azione 1 – Realizzazione di un nuovo modello di richiesta di esami istologici collegati a prelievi eseguiti in contesti ambulatoriali o di sala operatoria	L'aggiornamento del software MEUI® sul precedente TrakCare® ha fatto slittare il progetto di un anno.
Azione 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 supportata da una rete di video-sorveglianza	Il progetto "porte chiuse" ha ottenuto il via libera dell'Autorità Provinciale dei Vigili del Fuoco allo scadere del 2025. I lavori per la ristrutturazione della sub-unità sono stati già progettati e vedranno la loro realizzazione nel periodo estivo.
Azione 3 – Messa in sicurezza della filiera di produzione delle nutrizioni parenterali per setting neonatologico	FMECA eseguita; ottenuto il budget assegnato; completamento della prima fase previsto per il 30 giugno 2026
Azione 4 – Aggiornamento applicativo TALETE® per il miglioramento della qualità delle segnalazioni	Non ancora completato al 31.12.2025 (definita e attivata la sola scheda di segnalazione episodi violenza di genere)
Azione 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 oppure a rischio di diventarlo nel breve periodo	La procedura è divenuta una istruzione operativa la cui bozza è stata completata il 20 dicembre 2025

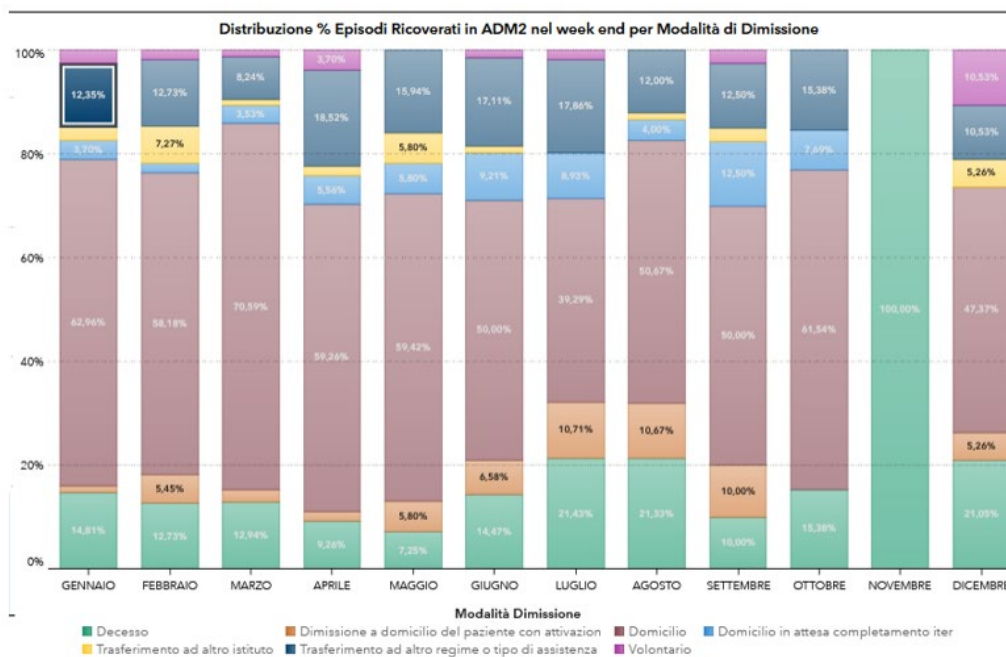
Infine, nell'ambito delle attività a sostegno della Direzione Sanitaria per il contrasto al fenomeno del sovraffollamento in Pronto Soccorso, dopo le positive esperienze delle Unità Funzionali Admission Room 1 (avviata nel secondo semestre del 2023) e 2, quest'ultima a 5 giorni di degenza, con apertura 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, nel primo semestre 2025 è stata aperta l'Unità di Degenza Breve 2B, implementata per numero di letti funzionali ad ottobre 2025, mentre nel secondo semestre 2025, è stata attivata una seconda Unità di degenza temporanea 0Est, presso il Presidio Columbus, entrambe a 5 giorni, allo scopo di facilitare la rapida presa in carico di pazienti accettati in Pronto Soccorso e dichiarati destinati a ricovero urgente.

Ad un confronto tra quanto rilevato nel 2024, i risultati sui minuti di attesa in Pronto Soccorso dei pazienti in destinazione di ricovero registrati per l'anno 2025 (esposti nella sottostante tabella) sono apparsi confortanti:

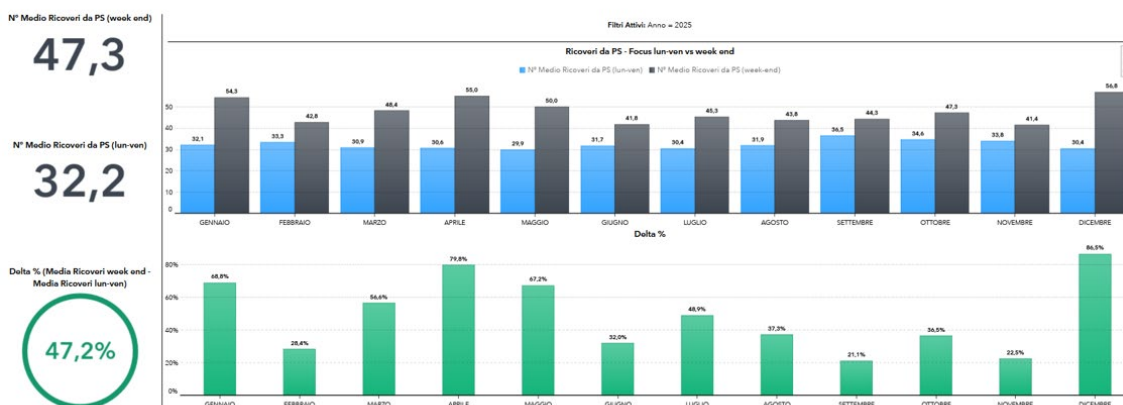
Attesa (minuti) tra visita in PS e ricovero - include PS pediatrico, include PS ostetrico



Un ulteriore parametro utile a comprendere l’impatto positivo delle misure adottate per il contenimento del rischio da sovraffollamento nel week-end è dato dall’osservazione della stabilità del dato ottenuto a seguito della realizzazione dell’Admission Room 2, dedicata, come prima anticipato, ad accogliere pazienti fragili con ricoveri da Pronto Soccorso nel week-end:



Focus andamento ricoveri P.S. week-end vs. settimana



Da ultimo, si dà atto dell’ulteriore aggiornamento della PRO.198 in tema di Gestione del Contenzioso a novembre 2025.

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.

5.2.1. FPG IRCCS IN NUMERI

La FPG IRCCS è strutturata in 8 Dipartimenti e conta 1.552 posti letto. Nel 2025 sono stati dimessi in regime di degenza ordinaria 70.017 pazienti, sono stati effettuati 95.941 interventi chirurgici e registrati 71.947 accessi in Pronto Soccorso (di cui il 54% medico, il 20% pediatrico, il 12% ostetrico, il 7,6% ortopedico, il 4,4% ginecologico e l'1,4% sala urgenze).

Tabella 1: confronto dati relativi all'attività di FPG IRCCS tra 2019 - 2025

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Posti letto totali	1.575	1.558	1.581	1.526	1.538	1.611	1.552
Interventi Chirurgici in un anno	60.880	57.388	55.117	84.521	95.032	95.895	95.941
Accessi in Pronto Soccorso in un anno	81.826	57.895	63.767	67.893	70.641	73.371	71.947
Parti in un anno	4.109	3.840	4.268	4.423	4.298	4.505	4.024
Dimissioni in un anno	96.873	82.019	62.037	64.514	68.360	69.919	70.017

5.2.2. 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 2018-2025 nelle varie aree di ricovero (medica, chirurgica, terapie intensive) della FPG IRCCS.

Nel 2025 è stato registrato un aumento di circa 1.200 tamponi preventivi (+19.2%), rispetto all'anno precedente; crescita fortemente legata all'area medica (+938). Tale incremento non ha però permesso il raggiungimento dell'obiettivo fissato per lo scorso anno ovvero aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE.

Tabella 2: totale dei tamponi preventivi all'ingresso eseguiti nel triennio 2018-2025 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*
2025	4.400	1.508	1.456	7.364*

*dati non completamente confrontabili con gli *ante* 2024

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 2025.

Tabella 3: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE all'ingresso nel 2025 nel presidio Gemelli

Unità Operativa	N Tamponi	% positività
0106 - MALATTIE INFETTIVE	388	10.8%
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	183	15.3%
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	39	17.9%
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	30	0.0%
0112 - CLINICA UROLOGICA	71	12.7%
0113 - PNEUMOLOGIA	132	6.8%
0114 - CHIRURGIA PEDIATRICA	1	0.0%
0117 - DERMATOLOGIA	2	0.0%
0125 - PEDIATRIA	7	0.0%
0127 - CHIRURGIA GENERALE	62	6.5%
0129 - CHIRURGIA VERTEBRALE	12	0.0%
0130 - OSTETRICIA	2	0.0%
0131 - PATOLOGIA OSTETRICA	3	66.7%
0132 - GINECOLOGIA (09N)	1	0.0%
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	12	25.0%
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	431	4.9%
0139 - CARDIOCHIRURGIA	411	0.5%
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	126	11.1%
0142 - NEUROLOGIA	33	6.1%
0144 - NEUROCHIRURGIA	48	12.5%
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA (UTIC)	534	2.4%
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITA	23	21.7%

0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	534	16.1%
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	152	5.9%
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	12	0.0%
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	17	17.6%
0153 - EMATOLOGIA	673	3.4%
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	400	0.8%
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	60	5.0%
0157 - GERIATRIA	1	0.0%
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	177	2.8%
0163 - CHIRURGIA TORACICA	11	9.1%
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	37	0.0%
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	18	5.6%
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	64	3.1%
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	679	2.5%
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	57	5.3%
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	23	26.1%
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	50	4.0%
0181 - MEDICINA D'URGENZA	33	24.2%
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	3	33.3%
0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4	0.0%
0188 - CARDIOLOGIA	24	4.2%
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	44	11.4%
0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	59	1.7%
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	34	8.8%
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	64	20.3%
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	39	17.9%
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	12	0.0%
05117 - TRAPIANTI DI RENE	47	2.1%
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	170	3.5%
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	22	4.5%
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	135	3.7%
05125 - CARDIOLOGIA SCOMPENSO	21	9.5%
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	37	8.1%
05128 - CHIRURGIA GENERALE 2	3	0.0%
05129 - CHIRURGIA ADDOMINALE	38	7.9%
05131 - NEFROLOGIA	82	12.2%
05133 - TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E CHIRURGIA ARTICOLARE	3	0.0%
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	155	7.7%
05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	19	10.5%
05136 - REUMATOLOGIA	23	8.7%
05137 - GASTROENTEROLOGIA	3	0.0%

05139 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	3	0.0%
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	29	3.4%
05146 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	18	27.8%
05147 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE 2	5	0.0%
05148 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO 2	25	12.0%
05149 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA 2	7	28.6%
05151 - EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	136	4.4%
0701 - RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	21	23.8%
0704 - NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	41	29.3%
0706 - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	160	8.8%
0707 - RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	27	25.9%
TOTALE UUOO	7062	6.7%

Tabella 4: Percentuale di tamponi positivi allo screening per la ricerca di CRE all'ingresso nel 2025 nel presidio Columbus

Unità Operativa	N Tamponi	% positività
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	99	41.4%
0214 - GERIATRIA COLUMBUS	30	36.7%
0215 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA ? DEGENZA BREVE	6	33.3%
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	94	21.3%
0296 - MEDICINA GENERALE COLUMBUS	73	27.4%
TOTALE UUOO	302	31.1%

5.2.3. 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 2025. 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 2025, presso le Unità nel presidio Gemelli e in quello Columbus rispettivamente.

Come emerge dalla tabella "presidio Gemelli", **l'obiettivo del Piano 2025, cioè registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2024 (2.92 x 1000 giornate di degenza), è stato raggiunto** avendo registrato un valore di 2.51 x 1000 giornate di degenza.

Tabella 5: Incidenza per 1.000 giornate di degenza dei microrganismi alert, rilevati dalla UOC Microbiologia nei campioni clinici significativi (i tamponi per sorveglianza sono esclusi), nel periodo 2019-2025 presso le Unità Operative del presidio Gemelli.

Unità Operativa	A. baumannii CR	CRE	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	P. aeruginosa CR	MRSA	Tot 2025	Tot 2024	Tot 2023	Tot 2022	Tot 2021
0106 - MALATTIE INFETTIVE	0.42	0.57	0.00	0.57	0.28	0.85	2.69	4.43	2.78	3.21	2.77
0107 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE	0.96	0.24	0.00	0.84	0.12	1.67	3.83	5.13	2.16	3.43	4.82
0109 - ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	0.69	0.00	0.23	0.92	0.23	1.15	3.22	4.51	5.22	3.15	4.56
0110 - CHIRURGIA GENERALE E DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.00	1.88	0.00	1.57	0.31	0.63	4.39	2.92	3.22	4.20	2.39
0112 - CLINICA UROLOGICA	0.00	0.00	0.00	0.46	0.00	0.09	0.55	1.46	1.51	0.70	0.85
0113 - PNEUMOLOGIA	1.15	1.64	0.00	1.80	1.47	0.82	6.88	10.23	8.99	9.55	12.27
0114 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.49	-	-	-
0117 - DERMATOLOGIA	3.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.02	5.33	13.77	4.07	-
0119 - CHIRURGIA PLASTICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	0.67	2.17	-	-	-
0125 - PEDIATRIA	0.00	0.20	0.00	0.20	0.00	0.78	1.17	1.77	1.14	0.20	1.53
0127 - CHIRURGIA GENERALE	0.00	0.00	0.00	0.61	0.00	0.00	0.61	1.05	1.34	1.89	-
0129 - CHIRURGIA VERTEBRALE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.82	0.66	1.29	2.40
0130 - OSTETRICIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.08	0.00	-	-	-
0131 - PATOLOGIA OSTETRICA	0.00	0.11	0.00	0.11	0.11	0.32	0.64	0.11	0.24	0.00	-
0132 - GINECOLOGIA (09N)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.66	0.80	0.00	-
0135 - OTORINOLARINGOIATRIA	0.00	0.26	0.00	0.52	0.52	0.52	1.82	1.05	1.28	0.93	-
0137 - OCULISTICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
0138 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	4.10	3.81	0.00	5.56	3.66	5.56	22.70	21.20	23.15	18.41	18.94
0139 - CARDIOCHIRURGIA	0.00	0.48	0.00	0.32	0.00	1.29	2.10	2.33	3.38	3.21	0.89
0140 - PATOLOGIA NEONATALE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.51	0.51	0.00	0.23	4.27	2.18
0141 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0.57	0.29	0.06	0.34	0.23	1.15	2.64	2.38	1.57	2.84	3.00
0142 - NEUROLOGIA	0.32	0.32	0.00	0.32	0.32	0.54	1.84	1.51	4.38	2.32	2.11
0144 - NEUROCHIRURGIA	0.00	0.17	0.11	0.11	0.34	0.40	1.15	1.66	2.86	1.22	2.15
0145 - CARDIOLOGIA INTENSIVA (UTIC)	0.41	1.24	0.00	0.00	0.21	1.03	2.90	-	-	-	-
0146 - PATOLOGIA DELL'OBESITA	0.56	0.56	0.00	2.23	0.00	1.11	4.46	4.44	6.17	6.60	4.89
0148 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA	0.14	1.00	0.00	1.33	0.33	0.29	3.10	3.69	2.97	2.80	2.41
0149 - CHIRURGIA GENERALE ED EPATO-BILIARE	0.00	1.35	0.23	3.61	0.00	0.00	5.18	4.92	5.04	3.76	3.99
0150 - NEUROCHIRURGIA INFANTILE	0.00	0.42	0.00	0.42	0.00	0.42	1.25	0.85	0.39	0.47	-
0152 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	0.00	0.00	0.00	0.90	0.18	0.36	1.44	0.83	1.02	0.30	-
0153 - EMATOLOGIA	0.29	0.39	0.00	3.09	0.58	0.19	4.53	4.88	4.53	1.80	2.66
0154 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	0.33	0.66	0.72	1.10	0.40	-
0155 - CHIRURGIA DIGESTIVA	0.14	0.42	0.00	1.39	0.14	0.14	2.22	3.74	2.05	0.97	2.85
0157 - GERIATRIA	0.00	2.90	0.00	2.90	2.90	0.00	8.70	5.12	6.30	6.42	7.05
0160 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.21	0.42	0.63	1.75	1.49	2.30	2.57
0161 - TIP E TRAUMA CENTER PEDIATRICO	0.00	1.50	0.00	0.00	0.50	3.01	5.02	6.11	3.85	10.92	4.02
0163 - CHIRURGIA TORACICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18	0.18	0.96	0.91	-	-
0167 - CHIRURGIA ENDOCRINA E METABOLICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00	0.14	0.67	0.31	0.17	-
0168 - TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	0.00	1.35	0.00	0.34	0.68	0.34	2.71	2.55	3.10	3.38	-
0169 - CARDIOLOGIA SUB-INTENSIVA	0.00	0.00	0.00	0.13	0.13	0.13	0.39	0.14	0.52	0.80	0.78
0174 - ONCOLOGIA MEDICA	0.00	0.11	0.00	0.32	0.11	0.11	0.63	1.31	0.47	1.01	1.18
0176 - CHIRURGIA VASCOLARE	1.16	0.39	0.00	1.16	0.00	0.39	3.09	2.90	0.37	2.41	-
0177 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA CHIRURGICA	0.00	0.63	0.00	0.63	0.00	0.00	1.27	0.93	0.42	-	-
0180 - CHIRURGIA D'URGENZA	0.59	0.99	0.00	2.17	0.79	0.79	5.32	4.95	7.14	4.41	3.83
0181 - MEDICINA D'URGENZA	0.12	0.35	0.00	0.35	0.12	0.46	1.39	2.99	2.56	1.50	1.47
0182 - TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	2.68	0.73	0.00	6.10	1.22	0.98	11.71	13.88	-	-	-
0184 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0.25	0.51	0.00	0.00	0.00	0.25	1.02	0.00	0.95	-	-
0188 - CARDIOLOGIA	0.33	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.65	0.00	-	-	-
0189 - GINECOLOGIA ONCOLOGICA	0.11	0.19	0.00	0.22	0.07	0.11	0.71	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	0.00	0.28	-	-
0195 - NEUROLOGIA STROKE UNIT	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	0.47	0.94	1.55	1.48	0.55	-
0196 - CARDIOLOGIA ARITMOLOGIA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	0.47	0.00	0.92	0.00	-
05104 - NEONATOLOGIA ROOMING IN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
05112 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO	0.62	1.25	0.00	1.87	0.31	0.62	4.68	4.30	4.31	3.57	1.60
05114 - CENTRO CLINICO NEMO ADULTI	0.83	0.55	0.00	0.00	2.21	2.77	6.36	8.39	10.26	3.23	4.31
05115 - CENTRO CLINICO NEMO PEDIATRICO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.36	0.00	-
05117 - TRAPIANTI DI RENE	0.00	0.00	0.00	1.80	0.00	0.00	1.80	3.45	2.77	2.02	3.94
05118 - TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	0.31	0.93	0.00	0.31	1.24	0.62	3.41	3.76	2.76	1.27	-
05119 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0.00	0.00	0.00	0.51	0.00	0.00	0.51	0.00	-	-	-
05120 - CHIRURGIA PERITONEO E RETROPERITONEO	0.43	0.43	0.00	0.64	0.00	0.43	1.93	1.57	1.45	0.25	-
05122 - EMATOLOGIA E TRAPIANTO CELL. STAMIN. EMOPOIETICHE	0.21	0.41	0.00	2.88	1.03	0.00	4.52	4.93	5.56	2.72	2.00
05125 - CARDIOLOGIA SCOMPENSO	0.00	0.73	0.00	0.00	0.00	0.73	1.47	0.67	-	-	-
05127 - CENTRO DEL COLON RETTO (10C_10P)	0.22	0.00	0.00	0.66	0.00	0.22	1.10	2.22	1.34	0.58	-
05128 - CHIRURGIA GENERALE 2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
05129 - CHIRURGIA ADDOMINALE	0.00	0.00	0.56	1.12	0.56	0.56	2.81	1.19	-	-	-

05131 - NEFROLOGIA	0.64	1.06	0.00	1.27	0.21	0.85	4.03	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	0.58	0.58	0.00	-	-	-
05134 - UNITA COGNITIVA-FUNZIONALE	2.27	3.59	0.19	3.03	1.13	0.95	11.16	7.50	11.76	11.26	5.36
05135 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA	1.87	1.12	0.00	2.61	1.49	0.75	7.84	4.08	6.32	5.20	3.46
05136 - REUMATOLOGIA	0.28	0.85	0.00	0.85	0.00	0.57	2.54	3.97	8.74	3.89	5.99
05137 - GASTROENTEROLOGIA	0.24	0.96	0.00	0.72	0.24	0.48	2.65	5.10	5.63	2.52	3.09
05139 - ORTOPEDIA E CHIRURGIA DELLA MANO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.72	0.72	2.01	-	-	-
05141 - PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.34	2.34	7.79	1.33	3.13	-
05146 - MEDICINA INTERNA E GASTROENTEROLOGIA 2	0.00	0.32	0.00	0.95	0.00	0.32	1.58	1.00	-	-	-
05147 - MEDICINA INTERNA CARDIOVASCOLARE 2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.77	-	-	-
05148 - MEDICINA DEL TRAPIANTO DI FEGATO 2	0.00	0.67	0.00	0.67	0.00	0.67	2.00	2.83	-	-	-
05149 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA 2	0.00	0.88	0.00	1.75	0.88	0.88	4.38	0.00	-	-	-
05150 - TERAPIA INTENSIVA SOLVENTI	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-	-
05151 - EMATOLOGIA E TERAPIA CELLULARE	0.00	0.00	0.00	1.15	0.38	0.00	1.53	-	-	-	-
0701 - RIABILITAZIONE E MEDICINA FISICA	0.41	0.41	0.21	0.41	0.00	0.62	2.06	2.23	-	-	-
0704 - NEURORIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA (COD. 75)	0.82	1.24	0.00	0.27	1.51	0.55	4.39	4.05	-	-	-
0706 - RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	0.00	1.02	0.00	0.68	0.34	0.00	2.04	1.13	-	-	-
0707 - RIABILITAZIONE GERIATRICA 2	0.12	0.12	0.00	0.24	0.24	0.24	0.98	1.37	-	-	-
TOTALE UU.OO.	0.33	0.49	0.02	0.78	0.34	0.55	2.51	2.92	3.46	2.78	3.40

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 2019-2025 presso le Unità Operative del Presidio Columbus.

Unità Operativa	A. baumannii CR	CRE	E. faecalis VRE	E. faecium VRE	P. aeruginosa CR	MRSA	Tot 2025	Tot 2024	Tot 2023	Tot 2022	Tot 2021
0211 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA COLUMBUS	1.07	0.69	0.00	0.69	0.23	0.53	3.21	3.92	4.40	4.93	-
0214 - GERIATRIA COLUMBUS	0.43	1.07	0.00	1.61	0.43	0.96	4.49	4.11	-	-	-
0215 - MEDICINA INTERNA GERIATRICA ? DEGENZA BREVE	0.00	0.00	0.00	1.57	0.00	3.14	4.72	-	-	-	-
0288 - CIC_MEDICINA INTERNA 2	0.74	0.84	0.09	0.93	0.19	0.74	3.53	5.69	2.64	3.61	2.84
0296 - MEDICINA GENERALE COLUMBUS	0.13	0.13	0.00	0.13	0.00	0.13	0.52	-	-	-	-
TOTALE UU.OO.	0.65	0.70	0.02	0.87	0.22	0.65	3.11	4.35	3.54	4.35	7.05

5.2.4. 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 2025.

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

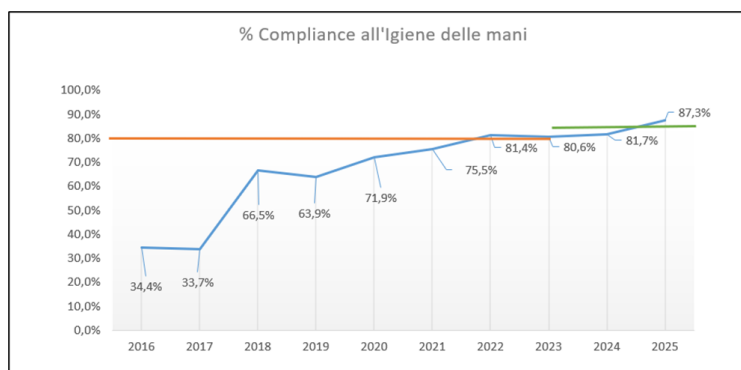


Figura 1: Andamento della compliance all'igiene delle mani nel periodo 2016-2025

La valutazione condotta ha registrato un'adesione all'igiene delle mani pari all'**87.3%** nel corso di tutto il 2025, registrando quindi un aumento di 5.6 punti percentuali rispetto al 2024. Tale aumento ha permesso il raggiungimento di uno degli obiettivi fissati per il 2025, 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 2024 e nel 2025.

Nell'ultimo grafico in figura 5 infine è richiamato il dato sul consumo di gel idro-alcolico negli ultimi 12 anni.

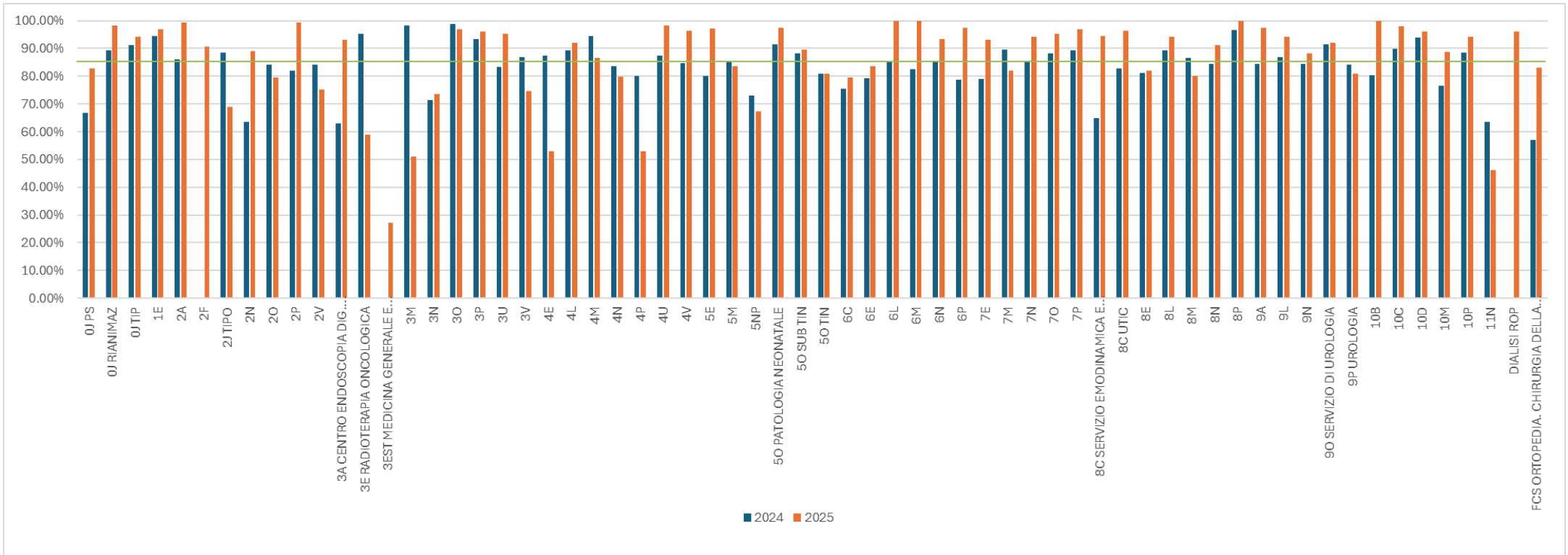


Figura 2: Compliance all'igiene delle mani 2024-25 per Unità Logistica.

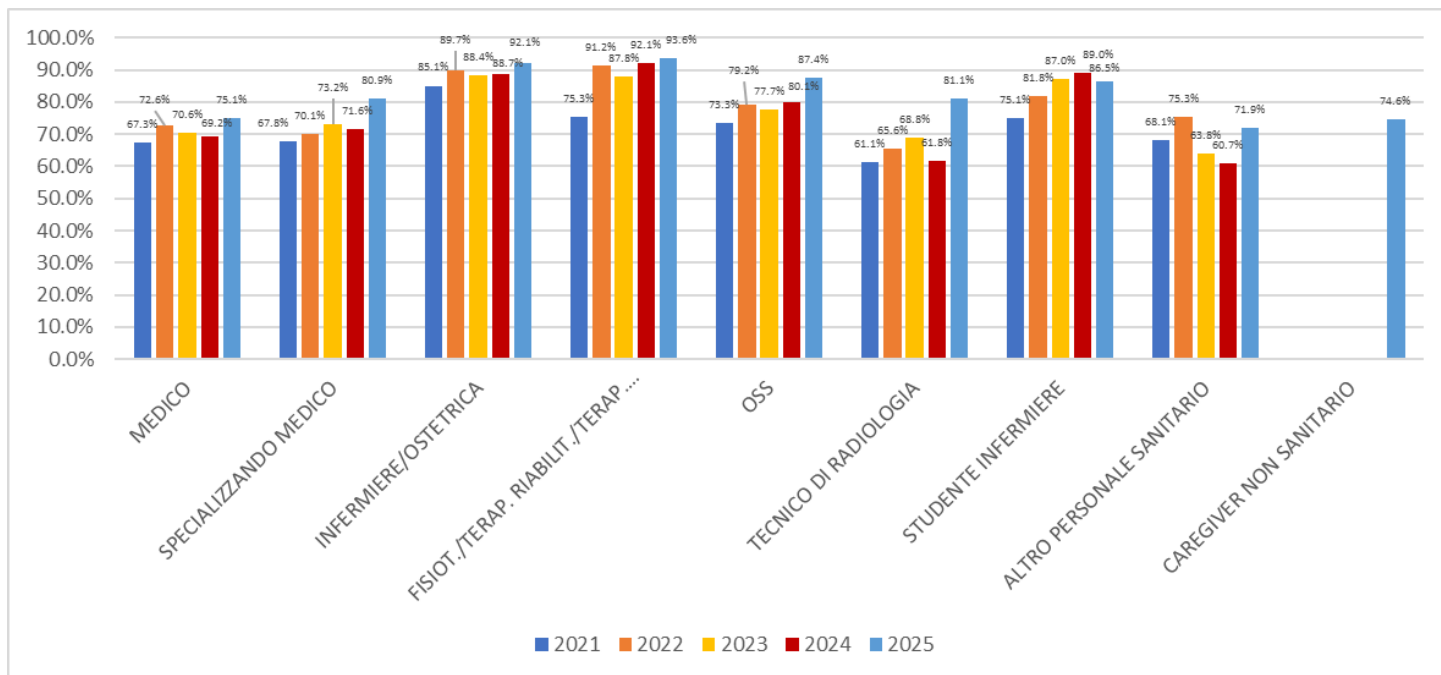


Figura 3. Compliance all'igiene delle mani 2021-2025 per categoria professionale

La categoria professionale infermieristica e quella dei terapisti della riabilitazione hanno migliorato le proprie percentuali, confermando anche nel 2025 le migliori compliance all'igiene delle mani (92.1% e 93.6%).

Un aumento è stato registrato anche nella categoria medica (strutturati e specializzandi) che passa rispettivamente dal 69.2% e 71.6% del 2024 al 75.1% e 80.9%. Tale miglioramento della compliance non ha però permesso di raggiungere l'obiettivo fissato nel precedente Piano (aumento della compliance all'igiene delle mani all'85%).

Per quanto concerne la *compliance* ai cinque momenti dell'igiene delle mani (Figura 4), si registra un aumento in quattro indicazioni e un dato stabile nell'indicazione 2.

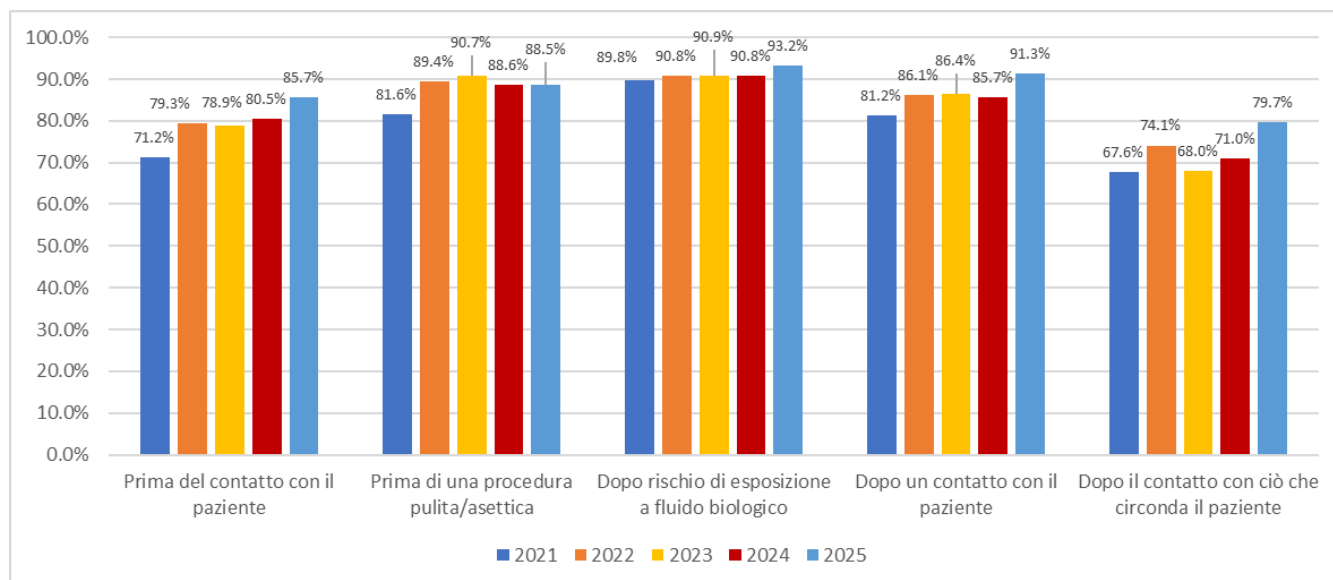


Figura 4. Compliance all'igiene delle mani 2021-2025 per indicazione OMS

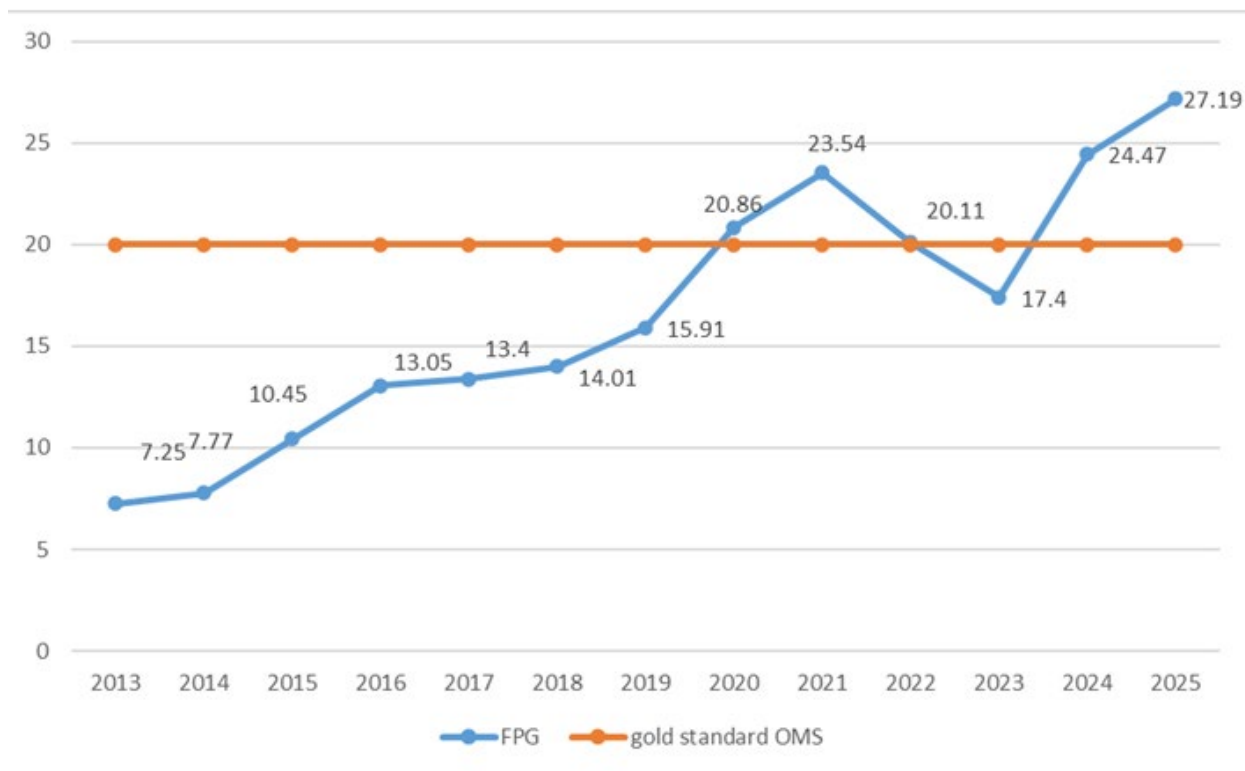


Figura 5. Dati relativi al consumo del gel idroalcolico

5.2.5. MISURE DI ISOLAMENTO

In FPG da alcuni anni viene svolto un monitoraggio relativo all’attuazione delle misure di isolamento basato su visite on-site effettuate nelle UUOO, a seguito della segnalazione degli alert microbiologici, durante le quali viene verificata l’effettiva applicazione delle precauzioni standard e delle precauzioni aggiuntive (misure di isolamento da contatto, droplet e aereo).

Dal secondo semestre 2025, grazie ad un’opera di standardizzazione effettuata nella prima metà dell’anno, tale attività avviene tramite una checklist strutturata in conformità a quanto previsto dalla PRO.245 “L’applicazione delle Misure di isolamento in ospedale”, dalla LG.002 “Prevenzione della diffusione intraospedaliera degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”, dalla PRO.882 “Prevenzione e controllo della diffusione nosocomiale di *Stafilococcus Aureus*” e dalla PRO.200 “Prevenzione e gestione del *Clostridium Difficile*”.

Nella tabella riassuntiva seguente si riportano i risultati del monitoraggio pilota avvenuto nel periodo luglio-dicembre 2025 su un totale di 669 pazienti.

Tabella 7: Risultati della checklist relativa alla corretta applicazione delle misure di isolamento presso le Unità Operative della FPG nel secondo semestre 2025

Il paziente e' isolato	N	%
Si	558	83.41%
Tipo di isolamento	N	%
Da contatto;	513	91.94%
Droplet;respiratorio;	1	0.18%
Da contatto;respiratorio;	6	1.08%

Droplet;	37	6.63%
Respiratorio;	1	0.18%
Modalità adottata nell'isolamento	N	%
Isolamento di coorte	8	1.43%
Stanza doppia bagno dedicato	270	48.39%
Stanza doppia bagno in comune	21	3.76%
Stanza singola	259	46.42%
La condizione di isolamento viene indicata con un apposito contrassegno collocato sulla porta della stanza?	N	%
Si	541	96.95%
Si, contrassegno non regolamentato	10	1.79%
La condizione di isolamento viene indicata con un apposito contrassegno collocato al letto del paziente?	N	%
Si	499	93.27%
La diagnosi di paziente colonizzato o infetto viene riportata nella cartella clinica?	N	%
Si	504	90.32%
La condizione di isolamento viene annotata nella documentazione del paziente?	N	%
Si	490	87.81%
Il personale sanitario indossa i mezzi di barriera (dm e/o dpi) prima di entrare nella stanza del paziente? Colonizzato o infetto.	N	%
Si	375	97.7%
Il personale sanitario, prima di indossare le misure di barriera (dm e/o dpi) effettua l'igiene delle mani?	N	%
Si	297	90.00%
Nella stanza del paziente colonizzato o infetto sono presenti contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (rot)?	N	%
Si	555	99.5%
Al termine delle attività svolte nella stanza di isolamento, l'operatore smaltisce adeguatamente i mezzi di barriera (dm e dpi) nei rot presenti nella stanza?	N	%
Si	316	99.1%
Una volta tolti i mezzi di barriera (dm e/o dpi) l'operatore effettua l'igiene delle mani?	N	%
Si	305	94.4%
Nella stanza del paziente colonizzato o infetto sono presenti i contenitori per la raccolta della biancheria (sacco rosso)?	N	%
Si	542	97.13%
Gli articoli sanitari (es. Fonendoscopio, apparecchio per la pressione etc..) Sono dedicati? Nel caso contrario sono disinfettati subito dopo l'uso?	N	%
Si	256	99.2%
Il paziente e i familiari rispettano le regole dell'isolamento?	N	%
Si	125	95.4%
Quando possibile l'assistenza dei pazienti colonizzati o infetti è affidata a personale sanitario dedicato. (staff cohorting)?	N	%
Si	10	1.79%
La pulizia delle aree dei pazienti colonizzati o infetti viene eseguita dopo aver pulito le aree dedicate ai pazienti non colonizzati o infetti?	N	%
Si	17	3.0%
Si, riferito dal coordinatore o un suo delegato	534	95.7%
Al momento dell'individuazione del paziente colonizzato o infetto, non isolato precedentemente, viene effettuato lo screening attivo per tutti i contatti, ossia pazienti ricoverati nella stessa unità di degenza e gestiti dalla stessa équipe assistenziale?	N	%
Si, di routine (periodico)	26	7.3%
Si, specifico	228	64.0%

5.2.6. VACCINAZIONE NEGLI OPERATORI SANITARI

Presso la FPG IRCCS nel corso del 2025 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, 2024-25 e 2025-26 mentre nella tabella 8 sono riportate le dosi di vaccino somministrate agli operatori sanitari della FPG.

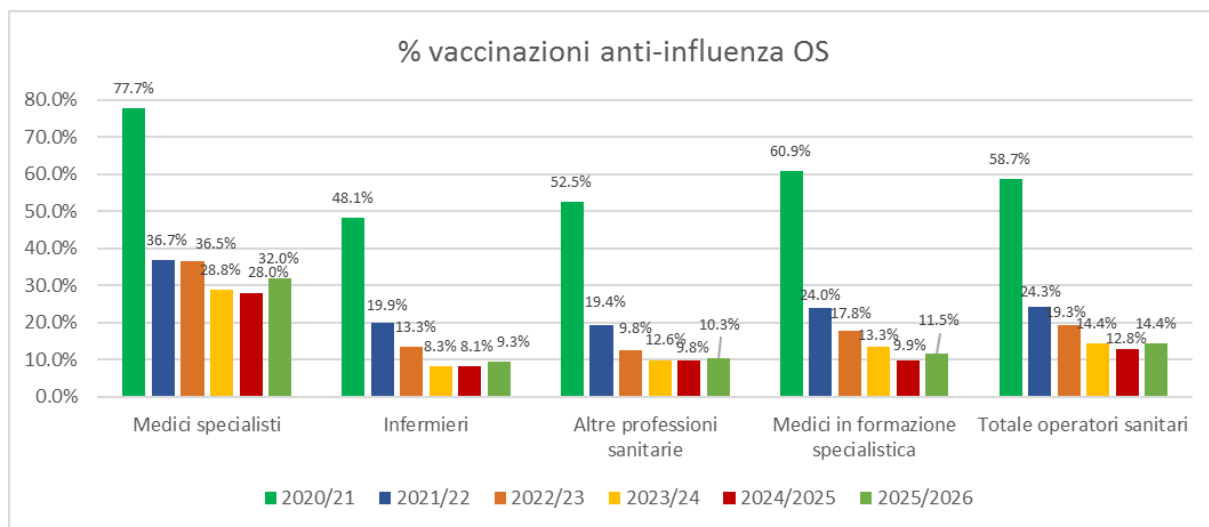


Figura 5. Copertura vaccinale antinfluenzale negli anni stratificata per tipologia di OS presso la FPG

Tabella 8: Numero di dosi di vaccino antinfluenzale somministrate agli OS della FPG nelle campagne vaccinali 2020-21, 2021-22, 2022-23, 2023-24, 2024-25 e 2025-26

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
2025-26	501	222	190	288	1201

Come emerge da figura e tabella, al contrario delle ultime quattro campagne antiinfluenzali dove si era registrato un trend in diminuzione, quella del 2025-26 ha registrato un aumento delle vaccinazioni. Tale fenomeno non ha però permesso il raggiungimento dell'obiettivo 2025 (valore di copertura vaccinale pari come minimo alla mediana europea - dato ECDC 2016-17= 30.2%) per tutte le categorie professionali, ma esclusivamente per quella dei medici strutturati.

Per quanto concerne SARS COV 2, nella tabella seguente è riportato il numero di operatori sanitari della FPG vaccinati nel periodo 2023 - 2025 e la relativa proporzione sul totale.

Tabella 9: Numero di operatori sanitari della FPG vaccinati per SARS COV 2 nel 2023, 2024, 2025 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%
2025	264	56	47	157	524
	16.8%	2.3%	2.5%	6.3%	6.3%

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 2025 a confronto con gli anni precedenti, il trend dell’immunizzazione registra un dato in leggero aumento per le quattro patologie infettive interessate.

L’obiettivo 2025 (mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2024 e comunque non inferiore al 95%) può ritenersi quindi raggiunto.

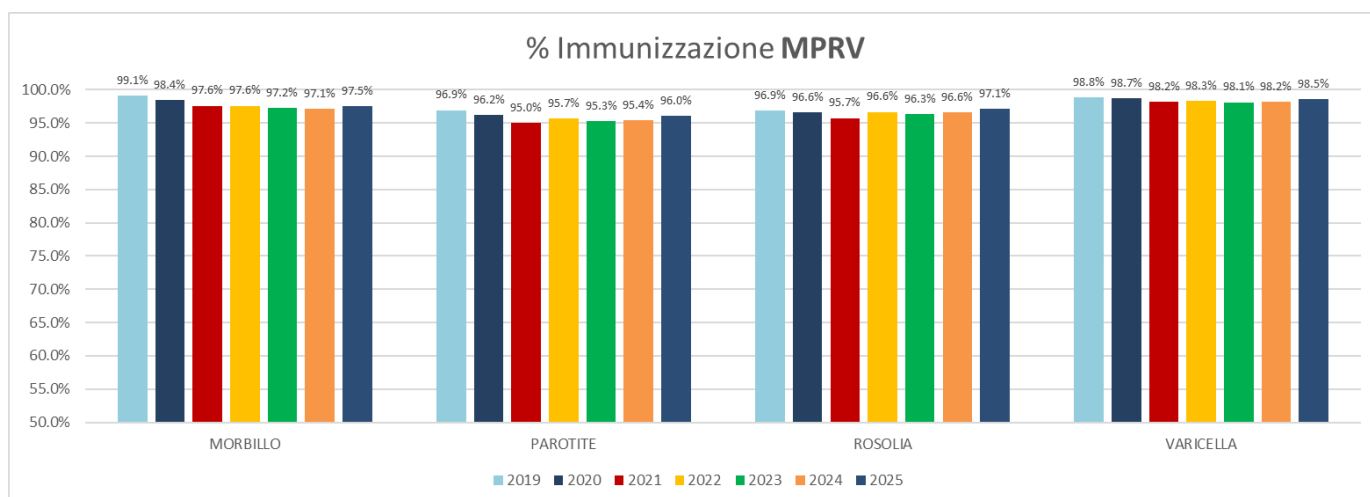


Figura 6. Copertura vaccinale contro MPR-V tra gli OS nel 2019 - 2025 presso la FPG IRCCS

5.2.7. 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 (si ricorda che dal 2024 è stato introdotto un sistema di raccolta prospettico paziente per paziente che ha permesso di identificare le sole ICA attribuibili alla Terapia intensiva).

Come emerge dal grafico, l’obiettivo 2025 “registrare una riduzione dell’incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2024 nella UOC Rianimazione (0°J) è stato raggiunto.

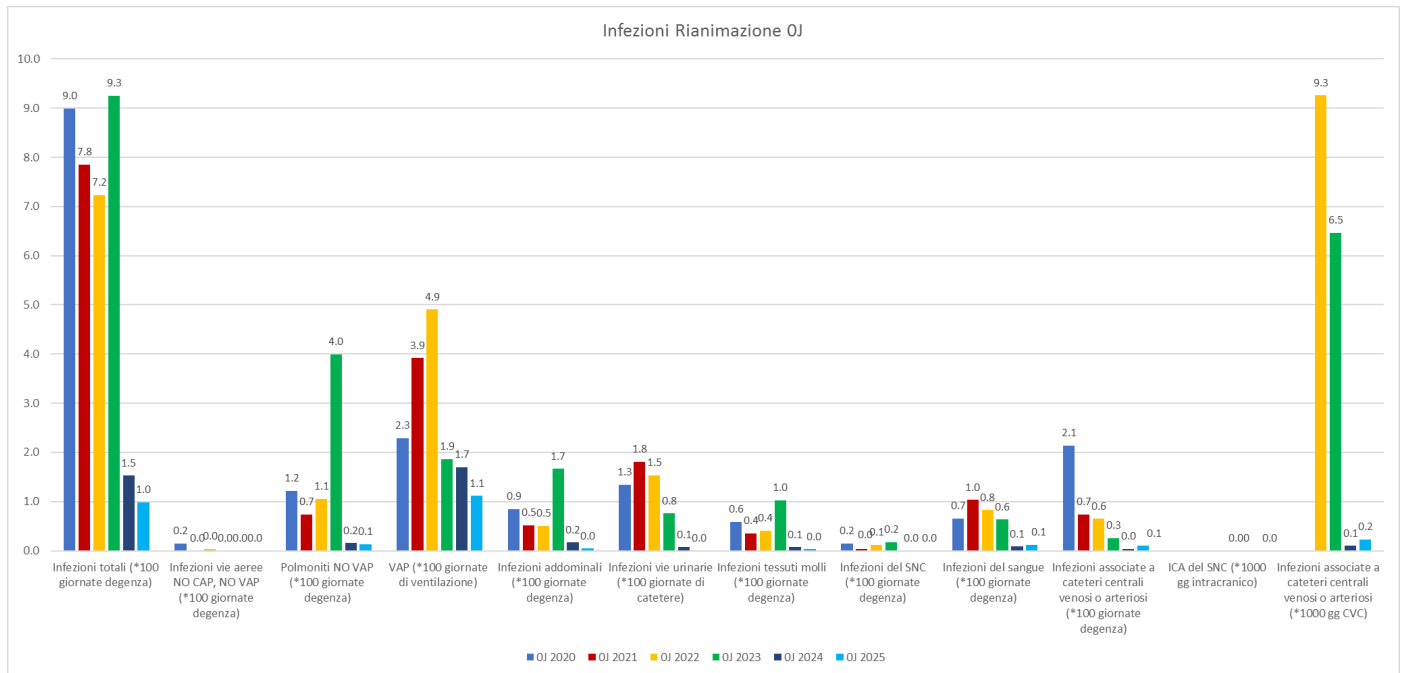


Figura 7. Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in Rianimazione

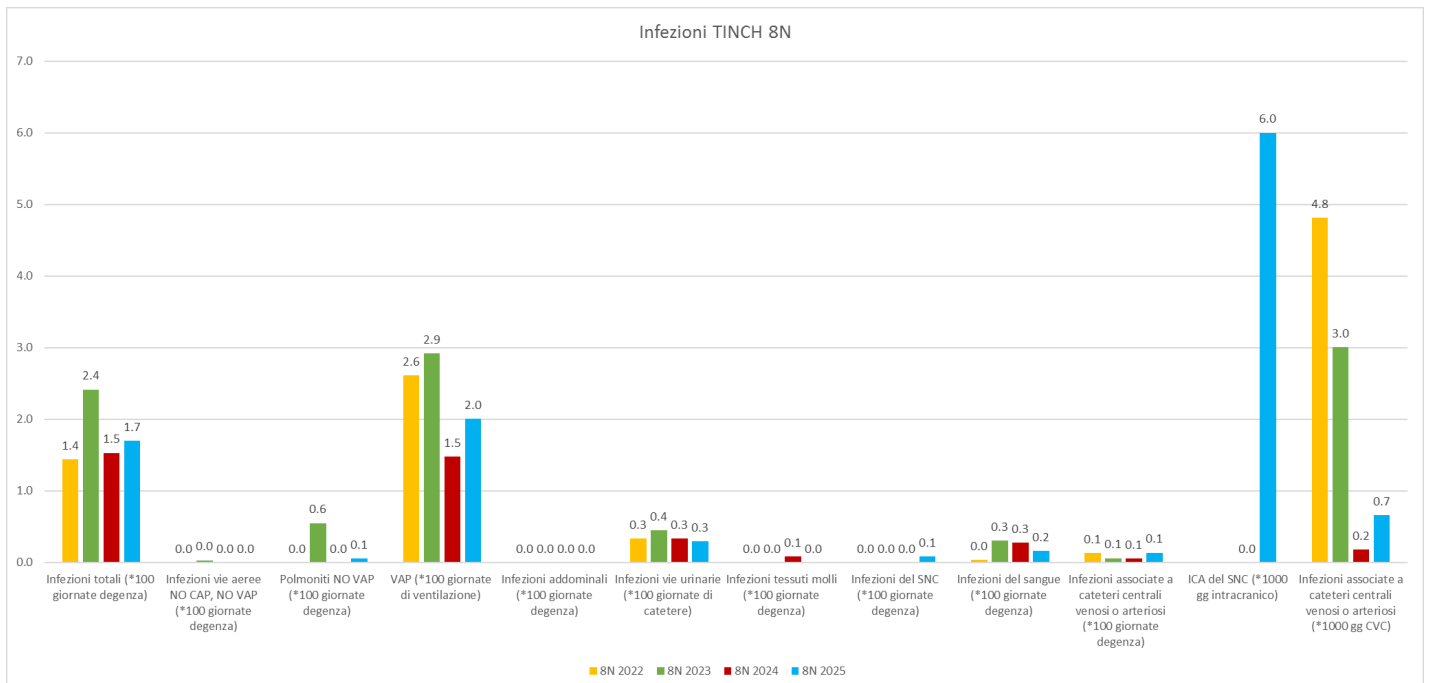


Figura 8. Tasso standardizzato di infezioni correlate all'assistenza in TINCH

5.2.8. INFEZIONI NEI NEONATI

Nel 2025 nella UOC Neonatologia si è registrato un valore di infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari centrali (CLABSI) pari a 8.8 per 1.000 giorni di cateterismo, dato in aumento rispetto all'anno precedente.

Tabella 10. Incidenza delle CLABSI registrate nella UOC Neonatologia nel 2021-2025

Tipologia	2021			2022			2023			2024			2025		
	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	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	708	1	1.4
ECC	1447	28	19.4	1029	10	9.7	899	11	12.2	829	12	14.5	740	18	24.3
CICC+FICC	951	7	7.4	1668	13	7.8	834	7	8.4	786	2	2.5	1027	4	3.9
CICCnt-FICCnt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225	1	4.4	147	0	0.0
Tutti	3203	42	13.1	3451	31	9	2368	18	7.6	2493	17	6.8	2622	23	8.8

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 2025 (rendicontazione trimestrale al Gruppo PCI), le rendicontazioni del gruppo Cometa sull'andamento della progettualità nel corso dell'anno sono state effettuate nelle riunioni CIO di gennaio, maggio, luglio, settembre e novembre. L'obiettivo può dirsi quindi in buona parte raggiunto.

5.2.9. 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'1.9% dei pazienti (2024: 1.1%, 2023: 1.2%).

L'obiettivo 2025, cioè l'azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle infezioni correlate a catetere venoso centrale non può quindi dirsi raggiunto.

5.2.10. 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 diminuzione, pari al 2.2% dei pazienti (2024: 4.2%, 2023: 3.5%); di questi il 1.7% presentava un'infezione associata al catetere urinario (2024 3.3%, 2023 2.9%).

Nonostante il dato in miglioramento l'obiettivo 2025, 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.

Per il 2025 era stato posto anche un secondo obiettivo relativo a tali ICA: creare un sistema di monitoraggio informatizzato su SAS dell'incidenza delle CAUTI e della compilazione del relativo bundle in tutte le UU.OO. Tale obiettivo non è stato però perseguito perché, per motivi tecnici, si è preferito virare sulle infezioni del torrente ematico, il cui sistema di monitoraggio si prevede in funzione per la metà del 2026.

5.2.11. 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 aumento, pari al 1.8% dei pazienti (2024: 1.4%, 2023 2.5%).

L'obiettivo 2025, cioè, registrare una prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 1.2%), non può quindi dirsi raggiunto.

5.2.12. INFEZIONI DIFFUSE SUL TERRITORIO

Nel corso del 2025 sono stati notificati da FPG 5 casi di morbillo (in Italia 529 mentre in Europa 7.655); relativamente alla rosolia non sono stati notificati casi in FPG (in Italia 2 e in Europa 105). Con riferimento alla varicella le notifiche effettuate dalla nostra struttura sono state 10, mentre 44 sono state quelle per influenza.

Nel 2025 sono stati notificati 35 casi di tubercolosi da FPG, patologia che in Italia e in Europa, dopo una diminuzione dei casi fino al 2020, ha registrato una crescita negli anni successivi (Report ECDC 2023: Italia 4.9 casi/100.000, 8.6/100.000 Europa).

5.2.13. TASK FORCE INFEZIONI

Per quanto concerne l'obiettivo per il 2025 (Condivisione trimestrale con il gruppo PCI dei risultati delle verifiche), le rendicontazioni della Task Force Infezioni sull'andamento degli audit nel corso dell'anno sono state effettuate nelle riunioni CIO di gennaio, maggio, settembre e novembre. L'obiettivo può dirsi in buona parte raggiunto.

5.2.14. 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 2025 sono stati analizzati tutti i riuniti presenti in struttura e la percentuale di quelli positivi al batterio è rimasta stabile all'8%.

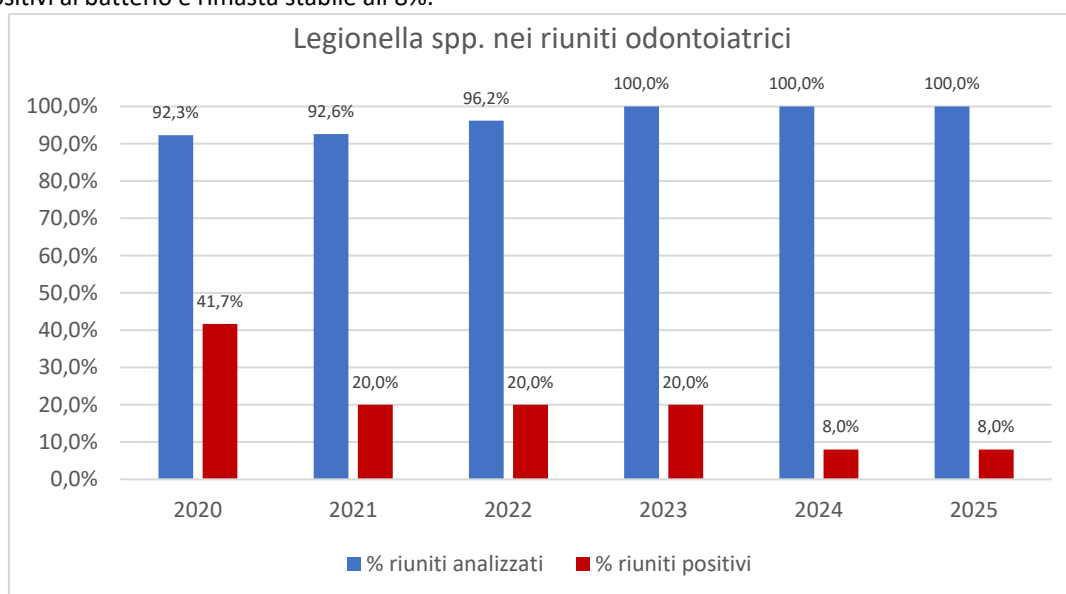


Figura 9. Percentuale di riuniti analizzati e relativa positività a Legionella spp

Nei grafici seguenti sono illustrati i risultati relativi al numero di superfici analizzate negli anni per colonizzazione da microrganismi patogeni secondo la PRO.463 e le relative percentuali di positività.

Come emerge dal primo grafico della figura 10, nel 2025 sono state analizzate circa 70 superfici in più rispetto al 2024 mentre nel secondo grafico si evince come si sia passati da circa il 5.2% di superfici positive per patogeni nel 2024 al 14.6% del 2025; l'obiettivo 2025 di ridurre del 10% la proporzione di superfici colonizzate da microrganismi patogeni non è stato quindi raggiunto.

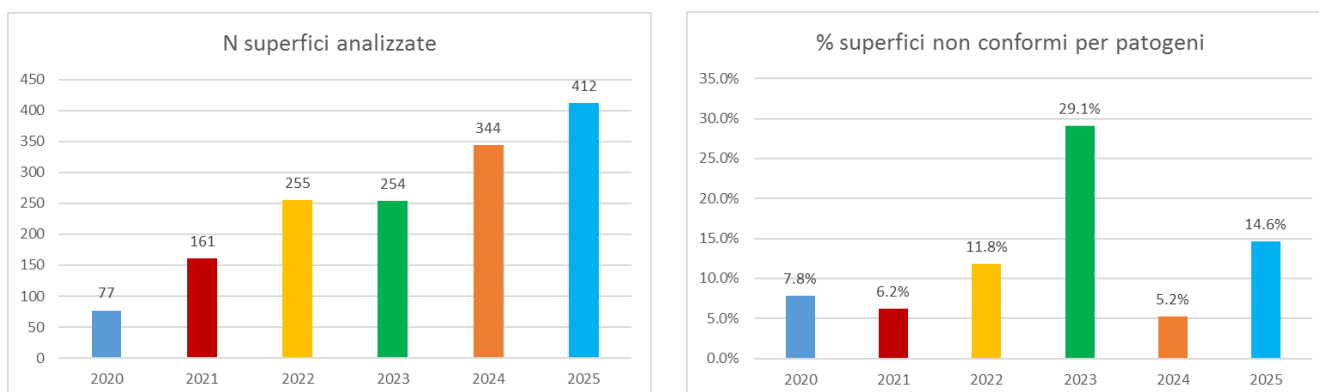


Figura 10. Numero di superfici analizzate e relativa positività a microrganismi patogeni nel triennio 2020-24

Con riferimento all'obiettivo per il 2025 "Definire un modello di monitoraggio informatizzato della corretta esecuzione delle pulizie ambientali e uno di verifica sul campo nelle UU.OO operative", nel corso dello scorso anno il gruppo di lavoro PCI.04.00 ha avviato il progetto PRISMA (PRocesso di Igienizzazione e Sanificazione: Monitoraggio Ambienti), un modello di monitoraggio che prevede dati dalla patient experience, dal sistema di segnalazioni non conformità, dai rilievi microbiologici e dall'osservazione diretta dell'effettuazione delle pulizie ambientali tramite una checklist, la cui definizione e validazione dei contenuti (Content Validity Index) è avvenuta attraverso il coinvolgimento di un panel di esperti (igienisti, infermieri referenti, risk manager). Tale obiettivo può dirsi quindi raggiunto.

5.2.15. PRESIDI, DISPOSITIVI MEDICI E STRUMENTARIO CHIRURGICO

Per quanto riguarda l'obiettivo 2025 "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. Per l'anno 2026 sono state programmate verifiche ambientali post sanificazione e verifiche della qualità dell'acqua erogata presso la centrale di sterilizzazione.

Con riferimento all'obiettivo 2025 sulla "Gestione corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico nelle aree di sub-sterilizzazione", nel corso del 2025 è stato effettuato il 100% dei sopraluoghi previsti e sono stati ridefiniti e implementati i percorsi sporco-pulito ove possibile e dove necessario. Inoltre, è stato ulteriormente razionalizzato il numero di autoclavi in uso nelle Unità Operative.

In merito all'obiettivo 2025 "Ottimizzazione dei kit chirurgici in neurochirurgia e ortopedia", per quest'ultima specialità l'obiettivo è stato raggiunto al 100% attraverso l'utilizzo di un service di strumentario chirurgico per la fornitura di kit ortopedici; per quanto riguarda l'ottimizzazione dei kit di neurochirurgia è in fase di valutazione la possibilità di utilizzare un service analogo.

5.2.16. SALUTE DEL PERSONALE

Nel corso del 2025 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).

5.2.17. EMERGENZE CORRELATE AL MANIFESTARSI DI MALATTIE GLOBALI TRASMISSIBILI

Con riferimento all'obiettivo 2025 "Definizione di protocolli di screening per global communicable disease in PS (focus su respiratorie, orofecali e vector borne disease), questo non è stato raggiunto

5.2.18. FORMAZIONE

Con riferimento all'obiettivo 2025 "Formazione per studenti sulla prevenzione e controllo delle infezioni - Creazione di un pacchetto formativo sui principali strumenti di prevenzione e controllo delle infezioni", nel corso dello scorso anno è stato rinnovato il pacchetto di formazione FAD relativo alla prevenzione e controllo infezioni (durata 8 ore circa) destinato a professionisti sanitari strutturati in FPG e ai medici in formazione specialistica. L'obiettivo può dirsi quindi in parte raggiunto.

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 2026 i seguenti obiettivi strategici:

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

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l'attivazione del PARM prevede il mantenimento degli strumenti già operativi nel 2025 quali:

- a) Conferma della dotazione di personale 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 – Gestione Contenzioso

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

A partire da dicembre 2025 il responsabile dell'UOS Risk Management è anche membro permanente del Comitato Ospedaliero di Bioetica Clinica.

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 2026 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 2 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 di sala operatoria e ambulatoriali;
- 4) Messa in sicurezza dei trasporti di campioni biologici prelevati in contesti ambulatoriali per finalità di diagnostica istopatologica e di laboratorio per accertamenti non ripetibili;

- 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 e dell'istruzione operativa dedicata al contrasto del fenomeno dell'allontanamento di pazienti vulnerabili;
- 6) Predisposizione e realizzazione di un corso FAD di aggiornamento formativo diretto al personale medico e infermieristico sul corretto utilizzo del Mod.003 introdotto allo scopo di una più ottimale gestione dei medicinali stupefacenti e delle sostanze psicotrope;
- 7) Completamento della introduzione dei sistemi automatizzati per la predisposizione delle colazioni nelle Unità di degenza al fine di contrastare i fenomeni di ab-ingestis nelle unità di degenza;
- 8) Completamento della messa in sicurezza della filiera di produzione delle nutrizioni parenterali per setting neonatologico;
- 9) Avvio fase pilota percorso ERAS;
- 10) Ottimizzazione di alcune fasi della preospedalizzazione per la prevenzione del rischio trasfusionale;
- 11) Aggiornamento dell'applicativo TALETE® per semplificazione delle schede di segnalazione ed aggiornamento della lista eventi sentinella;
- 12) Avvio dei cruscotti per il monitoraggio del fenomeno "mortalità intraospedaliera", dell'andamento dei parti e dell'impiego della chirurgia robotica e laparoscopica;
- 13) Aggiornamento delle procedure in cadenza con priorità assegnata a quelle indicate come urgenti dal Progetto Mappatura del Rischio Sanitario promossa dalla Regione Lazio e realizzato presso FPG nell'ambito dell'Audit avvenuto il 24 marzo 2025 (la calendarizzazione di tale attività è riprodotta in apposito allegato).

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

Si conferma inoltre l'attenzione al tema del contrasto al fenomeno delle cadute dei pazienti in ospedale: nel corso dell'anno si valuterà l'impatto delle modifiche introdotte sulla PRO.658 (Procedura per la prevenzione e gestione della caduta dell'utente in ospedale), entrate in vigore il 13.12.2025.

I restanti punti scaturiscono, oltre che dalle indicazioni emerse a valle dell'attività di mappatura del rischio clinico (la cui stratificazione è illustrata in apposito allegato), dalla necessità di completare progettualità avviate l'anno precedente su alcuni temi di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure (comunicazione, protezione delle fragilità, psichiatrica e sociale, prevenzione smarrimento di campioni biologici ed istologici) e di aggiornare procedure e istruzioni operative segnalate come scadute o di imminente scadenza dall'Audit Regionale condotto dal Centro Regionale Rischio Clinico a marzo 2025, nonché da nuovi bisogni emersi per impulso di Internal Audit su temi di rilevante impatto assistenziale (ottimizzazione della gestione dei farmaci stupefacenti) oppure nell'ambito della progettazione del piano industriale per il triennio 2026-2029, con iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza (protocollo ERAS) e ad ottimizzazione alcuni percorsi già attivi (pre-ospedalizzazione).

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 nonché delle procedure/istruzioni operative in scadenza entro il 31 dicembre 2026

INDICATORE Revisione ed aggiornamento di procedure ed istruzioni operative 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: confronti da remoto su argomenti di rischio clinico, anche a partenza da segnalazioni di eventi avversi o near miss, della durata di 30 minuti

INDICATORE Pianificazione ed esecuzione delle “pillole”

STANDARD Almeno 1 appuntamento al mese

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

ATTIVITÀ 3 – Estensione delle Morbidity & Mortality Conference di Dipartimento con cadenza semestrale 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 31.12.2026

STANDARD 2 MMC per Dipartimento; partecipazione: 80% dei professionisti dell’area medica

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 – Percorso ERAS (PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DI PREABILITAZIONE MULTIMODALE IN CHIRURGIA AD ALTA COMPLESSITA')

INDICATORE Avvio definitivo del percorso entro 31/07/2026 su due Unità Operative a vocazione assistenziale oncologica

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC Anestesia delle Chirurgie Generali e dei Trapianti	SITRA
Avvio del disegno	R	C	C
Approvazione del progetto	C	R	C
Avvio Fase pilota	C	R	I

ATTIVITÀ 2 – Aggiornamento Istruzione Operativa Gestione dei contenitori per il trasporto sicuro degli organi solidi e pianificazione ammodernamento contenitori

INDICATORE Istruzione operativa aggiornata entro il 30 aprile 2026; Ammodernamento dei contenitori realizzato entro il 31.03.2026

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	SITRA
Avvio dell'attività	R	C
Realizzazione dell'aggiornamento	C	R

ATTIVITÀ 3 – Predisposizione e realizzazione di un corso FAD di aggiornamento formativo diretto al personale medico e infermieristico sul corretto utilizzo del Mod.003 introdotto allo scopo di una più ottimale gestione dei medicinali stupefacenti e delle sostanze psicotrope

INDICATORE Corso FAD pronto entro il 31 maggio 2026; Avvio con partecipazione obbligatoria del personale dipendente dall'1.07.2026 da completare entro il 31.12.2026 con partecipazione nei primi sei mesi di almeno il 60% dei dipendenti e con saturazione dell'obiettivo entro il 30.04.2027.

STANDARD Si

FONTE UO Risk Management



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	SITRA / UU.OO. Anestesiologiche	Formazione		
Disegno del Corso	R	C	I		
Realizzazione dei moduli	I	R	C		
Approvazione del Corso	R	C	I		
Avvio del Corso FAD	I	I	R		
ATTIVITA' 4 – Introduzione di cruscotti su mortalità intraospedaliera e a 90 giorni Admission Room, andamento parti e chirurgia robotica vs.laparoscopica					
INDICATORE Avvio di tutti e tre i cruscotti 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
Realizzazione dello strumento	I	I	R	C	I
Confronto con dati in concreto osservati su un campione di cartelle dei primi 4 mesi del 2026 per validazione	C	R	C	C	I
Avvio del sistema	C	I	R	C	I

ATTIVITÀ 1 (Responsabile)	G	F	M	A	M	G	L
Istituzione del gruppo di lavoro (Risk Manager)	X						
Stesura prima bozza Percorso (Direttore UO Anestesia)		X					
Circolare Modifica Richieste Gruppi Sanguigni in Pre-Ospedalizzazione (Risk Manager/DS)			X				

Revisione degli spazi e degli ambienti del Centro Coordinamento Ricoveri (Risk Manager/SITRA/Progetti e Realizzazioni Edilizie)			X				
Valutazione d'impatto bozza percorso su personale infermieristico (SITRA)			X				
Approvazione definitiva del percorso ai fini della fase pilota (Risk Manager)				X			
Avvio Fase pilota su due unità operative chirurgiche oncologiche (Direttori UU.OO. Anestesia, Ginecologia Oncologica ed Urologia)					X		
Verifica dati ed eventuale aggiustamento del percorso (Risk Manager)						X	
Avvio definitivo del percorso sulle due unità e reclutamento di due nuove unità (DS/Direttore DEA)							X

ATTIVITÀ 2 (Responsabile)	G	F	M	A	M	G	L
Istituzione del gruppo di lavoro (Risk Manager)	X						
Stesura prima bozza Istruzione Operativa (Responsabile Coordinamento Trapianti locale/SITRA)		X					
Individuazione nuovi contenitori da trasporto con doppio binario di impiego (Ingegneria Clinica e Valutazione tecnologie/SITRA/Direttore UU.OO. Trapiantologiche di organi solidi)		X					
Acquisizione nuovi contenitori (Ufficio Acquisti/Farmacia)			X				
Approvazione definitiva dell'aggiornamento dell'Istruzione Operativa (Risk Manager/SITRA)			X				
Verifica dati ed eventuale aggiustamento del percorso (Risk Manager)				X			

ATTIVITÀ 3 (Responsabile)	G	F	M	A	M	G	L
Istituzione del gruppo di lavoro (Risk Manager)			X				
Disegno Corso FAD (Risk Manager)			X				
Realizzazione moduli Corso FAD (Direttori di UU.OO. Anestesiologiche/SITRA)				X			
Approvazione definitiva del Corso (Risk Manager)					X		
Verifica dati ed eventuale aggiustamento del Corso (Risk Manager/Internal Audit)						X	
Avvio Corso FAD (Formazione)							X

ATTIVITÀ 4 (Responsabile)	G	F	M	A	M	G	L
Rilascio Cruscotto Andamento Parti (ICT)		X					
Rilascio Cruscotto Morbilità laparoscopica vs. robotica (ICT)			X				
Rilascio Cruscotto Mortalità e Riammissioni a ricovero Pz Admission Room e Degenze brevi (ICT)				X			
Validazione (Risk Manager e Direttori UU.OO. interessate)					X		
Verifica dati ed eventuale aggiustamento dei cruscotti (Risk Manager)					X		

ATTIVITÀ OBIETTIVO C) FAVORIRE VISIONE UNITARIA SICUREZZA

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

INDICATORE Realizzazione dello strumento entro il 31.12.2026

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 30/12/2026						
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 30.06.2026						
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

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

ATTIVITÀ 3 (Responsabile)	G	F	M	A	M	G	L
Individuazione dispositivo di sicurezza (Farmacia)	X						
Realizzazione interfaccia Avvio richiesta Nutrizione Parenterale su Digistat e Ricezione della prescrizione su Piattaforma informatica Farmacia (ICT)			X				
Introduzione del nuovo dispositivo e allineamento con la filiera della Farmacia (Ingegneria Clinica e Valutazione Tecnologie)				X			
Fase pilota per validazione della nuova modalità di gestione (Direttore UO Neonatologia/Farmacia)					X		
Verifica dati ed eventuale aggiustamento del sistema (Risk Manager/ICT)					X		
Avvio Definitivo del modello (Direzione Sanitaria)						X	
Disegno della fase 2 (processo di chiusura della sicurezza prescizionale e di allestimento tramite applicazione lettura codice a barre) (Risk Manager/Farmacia)							X

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

Obiettivi	Azioni di miglioramento	Tempo di realizzazione	Valutazione Efficacia
Estensione delle Mortality and Morbidity Conference a due nuovi Dipartimenti	Realizzazione di MMC a cadenza semestrale e secondo la metodologia della esposizione di RCA su eventi sentinella o su eventi avversi significativi nei Dipartimenti di FPG	31.12.2026	Aver organizzato almeno 12 MMC su tutti i Dipartimenti a partire da aprile 2026 fino al 28.02.2027
Aggiornamento dei fogli informativi collegati alle modulistiche sul consenso informato, mediante l'indicazione del dato della mortalità intraospedaliera	Aggiornamento del 60% dei fogli informativi	31.12.2026	Entro il 31.12.2026 deve essere completata l'attività di aggiornamento sul 60% dei fogli informativi di pertinenza chirurgica
Avvio Corso FAD Gestione farmaci stupefacenti/psicotropi	Disegno del Corso, Realizzazione dei moduli con i Direttori delle UU.O. anestesiochirurgiche interessate e con il SITRA, approvazione e messa in opera a cura della Formazione	31.05.2026	Fruibilità del corso su piattaforma aziendale a partire da luglio 2026
Aggiornamento istruzione operativa e contenitori per il prelievo e trasporto di organi solidi	Aggiornamento istruzione operativa e sostituzione dei contenitori	31.03.2026	Avvenuta messa in sicurezza realizzando le attività entro la scadenza stabilita
Progetto ERAS e Ottimizzazione percorsi pre-ospedalizzazione	Disegno e realizzazione del percorso, avvio nuova modalità di richiesta gruppi sanguigni in pre-ospedalizzazione, ridisegno spazi CCR e avvio fase pilota su due unità di chirurgia oncologica	31.05.2026	Avvio fase pilota entro il 31.05.2026
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	30.06.2026	- Completamento degli aggiornamenti tecnici necessari a rendere operativo il sistema entro aprile 2026 - Avvio definitivo della prima fase entro la scadenza indicata

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 anche per quest'anno una 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 30.06.2026.

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 valutare la possibilità di ottimizzare il modello "Clinical Admission Room", anche in previsione del rientro delle Unità Operative attive presso il Presidio Columbus entro il 31 dicembre 2026, con l'inserimento di una ulteriore unità funzionale di degenza a 5 gg, ipotizzando il varo di un nuovo modulo a tipo "Holding Area" attraverso una ridefinizione delle degenze elettive di alcune Unità di medicina specialistica e di alcune Unità di chirurgia ortopedica, finalizzato a ridurre i tempi di permanenza in Pronto Soccorso di pazienti destinati a ricovero per acuti e ad una più ottimale gestione delle fragilità trattate chirurgicamente in contesti di degenza ortopedico-traumatologica.

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 2026 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.

Tabella 11. Hazard Vulnerability Analysis 2026

FPG RISK ASSESSMENT 2026				
RISK EVENT	Probability of Occurrence	Potential Severity of Event	Organizational Preparedness	Risk Priority
Infezione associate all'assistenza				
Catheter-related bloodstream infections (CRBSI)	3	4	1	54%
Infezioni del tratto urinario (includere CAUTI)	3	3	1	43%
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%
Microorganismi multiresistenti				
<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%
Ambito amministrativo e presidi e attrezzature				
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%
Ambiente				
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 lettercci e delle divise fornite dall'ospedale non idonea	1	2	1	11%
Funzionamento dei dispositivi di controllo automatizzato non corretto	1	3	1	14%
Malattie infettive diffuse sul territorio				
Tubercolosi	2	3	1	29%
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%
Salute del personale				
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%
Salute legata alle infrastrutture				
Esposizione a patogeni legati a lavori di demolizione, costruzione e ristrutturazione degli edifici.	1	2	2	14%
Pianificazione della Risposta alle Emergenze				
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

8.3. PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO INFEZIONI 2026

Nella tabella sottostante è riportato il Piano di prevenzione e controllo infezioni elaborato per l'anno 2026; per ogni item prioritario (rischio altissimo, alto), identificato tramite l'HVA, sono stati definiti: un obiettivo da conseguire nel 2026, 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.

ATTIVITÀ OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
ATTIVITÀ 1 – Azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle CRBSI (Criteri CDC 2011 e INS 2021)				
INDICATORE Numero di pazienti con CRBSI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine di prevalenza				
STANDARD Si				
FONTE UO Igiene Ospedaliera				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Igiene Ospedaliera		Unità di Consulenza Infettivologica Integrata (UDCII)	
Disegno dell'indagine di prevalenza	R		C	
Realizzazione della rilevazione	C		R	
Attivazione Focus group sui risultati acquisiti	C		R	
ATTIVITÀ 2 – Polmoniti Associate Alla Ventilazione: riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2025 nella UOC Rianimazione (0°J) (1.1 x 100 giornate di ventilazione)				
INDICATORE Numero di VAP per 100 giorni di ventilazione meccanica				
STANDARD Rilevazione dell'incidenza delle VAP nella UOC Rianimazione (0°J)				
FONTE UO Igiene Ospedaliera				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	UOC/UOS Igiene Ospedaliera	UDCII	UOC Rianimazione	UOC Microbiologia
Disegno dell'indagine di incidenza	R	C	C	C
Realizzazione della rilevazione	C	R	I	C
Restituzione dei risultati e formazione	R/C	I	C	C
ATTIVITÀ 3 – Infezioni del sito chirurgico: prevalenza delle SSI in linea con i dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2022-2023: dato europeo 1.2%)				

INDICATORE Numero di pazienti con ISC sul totale di pazienti inclusi nell'indagine		
STANDARD: Esecuzione indagine di prevalenza delle ISC nelle UU.OO. interessate		
FONTE UO Igiene Ospedaliera		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UOC/UOS Igiene Ospedaliera	Responsabili di UU.OO.
Disegno dell'indagine	R	I
Attuazione delle rilevazioni	R	C
Monitoraggio dell'adesione	R	I
Restituzione dei dati raccolti e formazione	R	C

ATTIVITÀ OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
ATTIVITÀ 1 – Aumentare la compliance all'igiene delle mani registrata in FPG per tutte le categorie professionali all'85%.		
INDICATORE Numero di azioni di igiene mani effettuate (lavaggio o frizione) dagli operatori sanitari sul numero totale di opportunità valutate		
STANDARD: Rilevazione della compliance all'igiene delle mani in tutte le UU.LL. della FPG tramite checklist		
FONTE UO Igiene Ospedaliera		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Igiene Ospedaliera	UU.OO.
Avvio Rilevazioni	R	C
Produzione di un report relativo alla compliance all'adesione all'igiene mani da diffondere alle Direzioni e alle UU.LL. semestralmente	R	I
Formazione di nuovi rilevatori a copertura di tutte le UU.LL	R	I

ATTIVITÀ OBIETTIVO 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)		
ATTIVITÀ 1 – Screening tampone rettale: Aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati (dato 2025: 7.364)		
INDICATORE Numero di tamponi preventivi CRE effettuati in ciascuna U.O. di FPG		
STANDARD: Rilevazione dei trend trimestrali del numero di tamponi preventivi CRE effettuati per ogni UU.OO. di FPG		
FONTE UO Igiene Ospedaliera		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Igiene Ospedaliera	UU.OO.
Avvio Rilevazioni	R	C
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	R	I
Formazione di tutto il personale sul tema delle infezioni invasive da enterobatteri CPE e sulle precauzioni standard e aggiuntive	R	I

Le ulteriori azioni di miglioramento sono descritte nei pannelli illustrativi di seguito riportati.

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Infezioni Torrente Ematico Catetere Correlate (CRBSI)	Azzeramento o maggior riduzione possibile della prevalenza delle CRBSI (Criteri CDC 2011 e INS 2021)	Rilevazione della prevalenza delle CRBSI attraverso indagine.	Numero di pazienti con CRBSI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine	Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - UDCII, - UOC Microbiologia, personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> 1. il monitoraggio delle CRBSI, 2. l'adesione all'igiene mani. • Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CRBSI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema • Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche
Polmoniti Associate Alla Ventilazione (VAP)	Registrare una riduzione dell'incidenza delle VAP del 5% rispetto al dato 2025 nella UOC Rianimazione (0°J) (1.1 x 100 giornate di ventilazione)	Rilevazione dell'incidenza delle VAP nella UOC Rianimazione (0°J)	Numero di VAP per 100 giorni di ventilazione meccanica	Analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria e delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Rianimazione, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - UOC Microbiologia, - UDCII, - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione alla UOC dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> 1. le infezioni registrate, 2. l'adesione all'igiene mani. • Organizzazione di audit con medici ed infermieri in caso di criticità • Formazione relativa alla prevenzione delle VAP per il personale sanitario • Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche

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"> - personale medico e infermieristico delle UU.OO. coinvolte, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - UOC Microbiologia, - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico - Esecutivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> 1. il monitoraggio delle ISC, 2. l'adesione all'igiene mani. • Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di ISC maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema • Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche
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"> - UDCII, - personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - UOC Microbiologia, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a: <ol style="list-style-type: none"> 1. il monitoraggio delle CAUTI, 2. l'adesione all'igiene mani. • Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. con prevalenza di CAUTI maggiore ed eventuale formazione specifica sul tema • Refresh sul corretto utilizzo del bundle di prevenzione, in particolare nelle UU.OO. critiche

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Programma di prevenzione e controllo delle infezioni del torrente ematico	Sistema di monitoraggio informatizzato su SAS dell'incidenza delle infezioni del torrente ematico	Implementazione e attivazione operativa del sistema di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del modello di monitoraggio • Definizione reportistica dei risultati 	<ul style="list-style-type: none"> - Trakcare - Digistat - DNLab 	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Igiene - UOS Igiene Ospedaliera, - Ospedaliera, - UOC ICT, Sistemi Informativi ospedalieri e integrazioni informative - UOS DWH, Sistemi dipartimentali, Applicativi della Ricerca - SITRA, - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Project management per la verifica periodica dello stato di avanzamento dell'implementazione delle modifiche lato documentazione e monitoraggio • Definizione delle modalità di restituzione dei risultati e struttura del report

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Monitoraggio e rendicontazione degli esiti del progetto COMETA nella UOC Neonatologia	Rendicontazione trimestrale degli esiti del Progetto COMETA al Gruppo Prevenzione e Controllo delle Infezioni	Rendicontazione trimestrale al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	4 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni sull'andamento della progettualità	Verbali del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	- Componenti del gruppo Progetto Cometa	<i>Vedi Progetto Cometa</i>
Sorveglianza Germi Sentinella	Registrare una riduzione dell'incidenza di isolamento dei germi alert del 10% rispetto al dato 2025 (Gemelli: 2.51 x 1000 giornate di degenza)	Rilevazione dei trend trimestrali relativi agli isolamenti dei germi alert (S. aureus complex MRSA, E. faecalis VRE, E. faecium VRE, Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE), A. baumannii CR, P. aeruginosa CR) standardizzati per 1000 giornate di degenza per ogni UU.OO.	Numero di isolamenti dei germi alert per 1000 giornate di degenza	Dati delle risultanze delle colture microbiologiche	- UOC Microbiologia, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera - UDCII, - personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione dei dati dei germi alert alle UUOO mediante elaborazione di report trimestrali • Restituzione dei dati relativi al monitoraggio della compliance all'adesione all'igiene mani alle UU.LL trimestralmente • Adozione per tutti i pazienti colonizzati da germi alert di specifiche precauzioni da contatto • Monitoraggio delle attività di isolamento da contatto dei pazienti in tutte le UU.OO • Verifiche igienico-sanitarie post sanificazione ambientale • Formazione sui suddetti temi rivolta a tutto il personale

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Screening Tamponi Rettale CRE	Aumentare del 30% il numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio ricoverati (dato 2025: 7.364)	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"> - UOC Microbiologia, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - UDCII, - personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Coinvolgimento e sensibilizzazione dei Responsabili di UOC • Formazione di tutto il personale sul suddetto tema e sulle precauzioni standard e aggiuntive
Igiene delle mani	Aumentare la compliance all'igiene delle mani registrata in FPG per tutte le categorie professionali 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"> - Personale di rilevazione formato, personale medico e infermieristico delle UU.LL. coinvolte, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - SITRA - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione dei dati relativi al monitoraggio della compliance all'adesione all'igiene mani alle UU.LL. trimestralmente. • Produzione di un report relativo alla compliance all'adesione all'igiene mani da diffondere alle Direzioni e alle UU.LL. semestralmente. • Training e retraining aperto a tutto il personale della Fondazione mediante video in intranet; • Audit immediato per il personale della UL se la compliance risulta inferiore al 65%; • Formazione di nuovi rilevatori a copertura di tutte le UU.LL.

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
Misure di isolamento	Sistema di monitoraggio delle misure di isolamento.	Implementazione e attivazione operativa del sistema di monitoraggio in tutte le UUOO	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione del modello di monitoraggio Reportistica dei risultati trimestrale 	Dati registrati dai rilevatori durante le osservazioni nelle UU.OO.	<ul style="list-style-type: none"> UOS Igiene Ospedaliera, UOC Igiene Ospedaliera, SITRA GdI PCI JCI, CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> Definizione delle modalità di restituzione dei risultati e struttura del report Restituzione dei dati relativi al monitoraggio delle misure di isolamento alle UUOO trimestralmente. Audit nelle UU.OO. con criticità
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 controllo infezioni nelle UUOO di FPG	Condivisione trimestrale con il gruppo PCI dei risultati delle verifiche	3 rendicontazioni nel corso dell'anno al Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni sull'andamento della attività	Verbali del Gruppo Prevenzione e Controllo Infezioni	<ul style="list-style-type: none"> Task force Infezioni: UOC Malattie Infettive UOC Igiene Ospedaliera, UOS Igiene Ospedaliera, UOC Microbiologia, SITRA 	<ul style="list-style-type: none"> 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	Sistema di monitoraggio della corretta esecuzione delle pulizie ambientali	Implementazione e attivazione operativa del sistema di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del modello di monitoraggio • Definizione reportistica dei risultati • Definizione di un programma di verifiche sul campo e sua applicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Dati registrati dai rilevatori durante le osservazioni nelle UU.OO. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facility Management - SITRA, - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - UOC ICT, Sistemi Informativi ospedalieri e integrazioni informative - UOS DWH, Sistemi dipartimentali, Applicativi della Ricerca - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo - Direzione risorse umane e organizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di una modalità condivisa di esecuzione delle verifiche sul campo • Definizione delle modalità di restituzione dei risultati e struttura del report • Restituzione dei dati relativi al monitoraggio delle misure di isolamento alle UUOO trimestralmente. • Audit nelle UU.OO. con criticità

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 del 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"> - UOC Igiene Ospedaliera, - personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - SITRA - UOS Servizi Generali - UOS Igiene Ospedaliera, - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e - CIO Tecnico - Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie da parte della UOC Igiene Ospedaliera alla Direzione Sanitaria e alle UOC interessate dei risultati dei campionamenti. • Identificazione delle azioni correttive da mettere in atto da parte dell'Ente gestore, del gruppo PCI e del CIO. • Istituzione di un tavolo di confronto con l'Ente fornitore del servizio
Nuovo modello per le verifiche igienico sanitarie in centrale di 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"> - UOC Igiene Ospedaliera, - personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte, - SITRA - UOS Servizi Generali - UOS Igiene Ospedaliera, - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e - CIO Tecnico - Esecutivo 	Revisione della procedura aziendale di riferimento con il gruppo di lavoro della UOC igiene ospedaliera; fase pilota di implementazione della procedura

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 kit tiroide per endocrinocirurgia	Monitoraggio del corretto utilizzo dello strumentario da parte del personale medico e infermieristico.	Controllo di almeno il 50% dello strumentario ottimizzato dell'endocrinocirurgia	Segnalazioni sul portale	<ul style="list-style-type: none"> - SITRA - Direzione sanitaria - Personale medico ed infermieristico delle unità coinvolte 	Formazione al corretto utilizzo dello strumentario
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	Sopralluogo trimestrale nei siti di stoccaggio degli strumenti chirurgici della sub-sterilizzazione della CDS	Verbale di sopralluogo	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppo di lavoro UU.OO. Coinvolte: - UOC Igiene Ospedaliera - UOC progetti manutenzione e realizzazioni edilizie - Blocchi operatori e Unità Operative Chirurgiche - UOC qualità e accreditamento - Direzione Sanitaria - GdI PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e - CIO Tecnico – Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Restituzione di pareri corredati da raccomandazioni igienico-sanitarie sulla corretta riconsegna dello strumentario • Formazione alla corretta riconsegna dello strumentario

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
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"> - UOC Igiene Ospedaliera, - UOSD Sorveglianza Sanitaria - UOS Servizio Igiene Ospedaliera, - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagna vaccinale informativa rivolta a tutti gli operatori sanitari • Formazione relativa alla vaccinazione influenzale rivolta a tutto il personale • Offerta vaccinale flessibile per facilitare l'accesso a tutti gli operatori sanitari
Immunizzazione anti MPR-V negli operatori sanitari	Mantenere un valore di immunizzazione anti MPR-V pari al 2025 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 microrganismo sul totale	Database dati immunizzazione della Sorveglianza Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - UOSD Sorveglianza Sanitaria - UOC Igiene Ospedaliera, - UOS Igiene Ospedaliera, - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico -Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazione offerta attivamente contattando l'operatore sanitario • Valutazione dell'immunizzazione durante la visita di idoneità • Attivazione di ambulatorio dedicato un giorno a settimana • Screening sierologico di tutti i neo-assunti

Item prioritario	Obiettivo	Azione di monitoraggio	Indicatore	Fonte dati	Unità coinvolte	Strategie/ Azioni a supporto
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"> - Personale sanitario delle Unità di degenza - Sorveglianza Sanitaria - UOS Servizio Igiene Ospedaliera - UOC Igiene Ospedaliera - UOS Risk Management - UDCII - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo - Direzione risorse umane e organizzazione 	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"> - Trakcare - Digistat - DNLab 	<ul style="list-style-type: none"> - UOC Med Urgenza e PS - UOS Igiene Ospedaliera, - UOC Igiene Ospedaliera, - SITRA, - Gdl PCI JCI, - CIO Tecnico - Scientifico e CIO Tecnico –Esecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione delle procedure di screening per global communicable disease in PS • Formazione alla corretta identificazione delle global communicable disease per tutto il personale del PS
Formazione per studenti sulla prevenzione e controllo delle infezioni	Creazione di un pacchetto formativo sui principali strumenti di prevenzione e controllo delle infezioni per gli studenti	Rilevazione semestrale dei dati dall'Università	Numero di studenti formato sul totale eleggibile	Dati registrati dall'Università	<ul style="list-style-type: none"> - Tutto il gruppo PCI - Formazione UCSC 	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/>

Si conferma in ogni caso che, anche per l'anno 2026, il PARS sarà consultabile all'interno di apposito spazio dedicato in Home Page per l'accesso diretto da parte dell'utenza.

In questo spazio sarà possibile consultare anche i PARS degli anni precedenti, a partire dalla data di avvio della Fondazione.

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 Lives" The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- vii. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- viii. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320: 768-770;
- ix. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p26.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione> e;
- x. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p26.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza>.

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)";
- xxviii. Decreto Ministero delle Imprese e del Made in Italy 15 dicembre 2023 n.232

11.ALLEGATI

Allegato 1, Stratificazione del rischio clinico, indice di priorità e mappa del rischio FPG 2026

Allegato 2, Progetto Mappatura Rischio Sanitario – Piano di Miglioramento

Allegato 3, Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani

Allegato 4, Programma di Controllo della Legionellosi

Allegato 5, Programma Annuale dell'Antibiotic Stewardship Team 2026

PROGETTO MAPPATURA DEL RISCHIO SANITARIO

PIANO DI MIGLIORAMENTO

A2. FORMAZIONE

2.3. Vi è evidenza del monitoraggio dell'implementazione e della valutazione dell'efficacia dei Piano di formazione, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte degli operatori

CORREZIONE: Si raccomanda l'adozione di strumenti per la valutazione di efficacia delle iniziative formative ulteriori rispetto a quelli previsti dal sistema ECM, al fine di poter adottare, se necessario, le opportune azioni di miglioramento.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: FPG non dispone di uno strumento di valutazione ed efficacia e per tale ragione su impulso del CRRC e di Internal Audit l'Ufficio Formazione e Sviluppo Organizzativo ha ritenuto di dotarsi di uno strumento di agevole impiego e consultazione in grado di affiancarsi alle survey sul clima aziendale periodicamente sottomesse al personale dipendente.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	Ufficio Formazione e Sviluppo Organizzativo	Direzione Acquisti
Avvio del progetto survey	R	C	I
Approvazione del progetto survey	C	R	I
Avvio Acquisizione dell'applicativo funzionale alla survey	I	C	R

SCADENZARIO 2026

Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2						X						
Azione 3											X	

A3. PROCEDURE STRUTTURA

3.1. Procedura/manuale per l'uso della cartella clinica elettronica

CORREZIONE: L'evidenza prodotta riguarda solo il personale medico.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Si allega, a titolo esemplificativo, la parte preponderante della documentazione mancante che non è stata esibita all'epoca perché era in corso l'aggiornamento dell'applicativo impiegato con approdo all'attuale formulazione (MEUI)

3.2. Procedura/manuale per l'uso della Scheda Unica di Terapia (SUT)

CORREZIONE: L'evidenza prodotta riguarda solo il personale infermieristico.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Per errore di trascinamento in occasione della trasmissione della documentazione richiesta ai fini della mappatura ci si è limitati all'invio della PRO.021 e dei suoi due allegati funzionali agli scopi della qualità, omettendo invece il rilascio della documentazione specifica descrittiva delle modalità di impiego della SUT anche da parte del personale medico. Si invia pertanto la documentazione mancante con la PRO.021 al cui

paragrafo 4.5.17 si rinvia in ogni caso per la descrizione dell'impiego della SUT cartacea nei casi in cui risulti temporaneamente indisponibile il supporto elettronico.

3.3. Interruzione o blocco delle apparecchiature radiologiche

CORREZIONE: L'evidenza prodotta riguarda solo i tomografi RM.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: FPG dispone di un insieme di procedure che disciplinano il blocco e l'interruzione dei dispositivi di registrazione e refertazione degli esami radiologici nonché la manutenzione ordinaria e straordinaria di questi. Tali procedure sono quasi tutte inserite all'interno di discipline più ampie dedicate a qualsiasi apparecchiatura che sia servita da elettricità o che sia esposta a rischio di incendi o altre catastrofi (vedi allegati). Per tale ragione su impulso del CRRC, questo ufficio (RM) ha ritenuto di avviare un tavolo di lavoro con i referenti del Dipartimento di Bio-immagini e dell'U.O. Ingegneria Clinica per definire una procedura che, d'intesa con la Direzione Sanitaria (DS), disciplini la modalità di gestione di pazienti ricoverati e ambulatoriali che necessitino di indagini radiologiche e che si trovino tuttavia in una condizione di impossibilità a riceverle a causa della totale e/o parziale indisponibilità di apparecchiature di backup all'interno della Fondazione traducendo in un documento le prassi attualmente esistenti.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM	Dipartimento Bio-immagini	UO Ingegneria Clinica	DS	SITRA	Qualità e Accreditamento	Dispositivo Vigilanza
Avvio del GdL	R	C	C	I	C	C	C
Stesura prima bozza documento	I	R	C	I	C	C	C
Approvazione del documento	C	C	C	R	C	C	I

SCADENZARIO 2026

Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2							X					
Azione 3												X

B5. STRUTTURA RISK MANAGEMENT E GESTIONE EVENTI

5.11. Vi è evidenza del monitoraggio delle segnalazioni ricevute

CORREZIONE: Procedura gestione delle segnalazioni del 2021: pianificare revisione.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: La procedura PRO.077 è stata prorogata mediante convalida a marzo 2024 ed è quindi valida fino a marzo 2027 (vedi allegato). Tuttavia su impulso del CRRC e anche in vista del prossimo accreditamento JCI pianificato per maggio-giugno 2027, si procederà nel 2026 all'aggiornamento come da scadenario sottostante.

Azione	Risk Management	SITRA	Qualità e Accreditamento	Dispositivo Vigilanza
Avvio del GdL	R	C	I	C
Stesura prima bozza documento	R	C	I	C

Approvazione del documento	R			C			I			C		
SCADENZARIO 2026												
Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2							X					
Azione 3												X
6.3.1. RISCHIO INFETTIVO: Sono previste almeno cinque attività complete di indicatori, standard e matrice dei ruoli e delle responsabilità (max 2 punti)												
CORREZIONE: Il PARS non rispetta la struttura definita dal documento di indirizzo regionale.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Il PARS del 2026 ha accolto parzialmente le indicazioni del CRRC. Si confida che nella stesura del prossimo PARS sarà possibile omogeneizzare le richieste del CRRC con i requisiti di accreditamento JCI relativi alla stesura del piano rischio infettivo.												

B9. PROCEDURE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI/DOCUMENTI REGIONALI												
9.2. Prevenzione morte materna correlata a travaglio/parto (Racc. 6)												
CORREZIONE: La struttura non può elaborare Linee Guida. Si raccomanda di rivedere il documento concentrandosi sulla implementazione della raccomandazione ministeriale d'interesse e allineandolo al documento di indirizzo regionale sull'argomento.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Nelle revisioni delle cosiddette linee-guida interne, si è provveduto non solo ad accogliere le indicazioni del CRRC a modificare il titolo denominandole procedure e/o istruzioni operative, ma anche a recepire in contenuti del documento di indirizzo regionale approvato a novembre 2025. Le stesure delle prime bozze dei vari documenti sono pervenute a questo Ufficio (RM) nei mesi di dicembre 2025 e gennaio 2026; pertanto l'approvazione dei documenti definitivi è prevista entro luglio 2026.												
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ												
Azione	Risk Management			SITRA			Qualità e Accreditamento			Dipartimento Salute della Donna		
Revisione prima bozza delle procedure/istruzioni operative	R			C			I			C		
Validazione documento da parte del Dipartimento	C			C			I			R		
Approvazione del documento	I			C			I			R		
SCADENZARIO 2026												
Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2					X							
Azione 3							X					

9.3. Dispositivi Medici (Racc. 9)												
CORREZIONE Procedura del 2016: revisionare con urgenza.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Per errore di trascinamento nell'alimentazione del portale regionale ci si è limitati all'inserimento della procedura introdotta con l'avvio della Fondazione che ovviamente ha subito negli anni numerose modifiche. Si allega l'ultima versione della policy del 2024 (PLC.010) con l'aggiunta di due procedure descrittive della gestione di incidenti/avvisi di sicurezza (PRO.034, PRO.035)												
9.4. Caduta dei pazienti (Racc. 13; Documento Indirizzo Cadute)												
CORREZIONE Procedura del 2020: revisionare con urgenza.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Procedura (PRO.658) revisionata ed approvata a dicembre 2025 (vedi allegato)												
9.5. Morte/disabilità permanente neonato sano (Racc. 16)												
CORREZIONE: La struttura non può elaborare Linee Guida. Si raccomanda di rivedere il documento concentrandosi sulla implementazione della raccomandazione ministeriale d'interesse e allineandolo al documento di indirizzo regionale sull'argomento.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Nelle revisioni delle cosiddette linee-guida interne, si è provveduto non solo ad accogliere le indicazioni del CRRC a modificare il titolo denominandole procedure e/o istruzioni operative, ma anche a recepire in contenuti del documento di indirizzo regionale approvato a novembre 2025. Le stesure delle prime bozze dei vari documenti sono pervenute a questo Ufficio (RM) nei mesi di dicembre 2025 e gennaio 2026; pertanto l'approvazione dei documenti definitivi è prevista entro luglio 2026.												
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ												
Azione	Risk Management			SITRA			Qualità e Accreditamento			Dipartimento Salute della Donna		
Revisione prima bozza delle procedure/istruzioni operative	R			C			I			C		
Validazione documento da parte del Dipartimento	C			C			I			R		
Approvazione del documento	I			C			I			R		
SCADENZARIO 2026												
Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2					X							
Azione 3							X					
9.6. Lesioni da pressione (Documento Lesioni da pressione)												
CORREZIONE: Procedura del 2015: revisionare con urgenza.												
AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Per errore di trascinamento nell'alimentazione del portale regionale ci si è limitati all'inserimento del protocollo operativo introdotto con l'avvio della Fondazione che ovviamente ha subito negli anni numerosi aggiornamenti. Si allegano i documenti in corso di validità con l'aggiunta del manuale operativo di TrakCare – per la parte relativa al personale di assistenza – al cui interno è disponibile una sezione dedicata												

all'illustrazione della modalità di compilazione della cartella clinica per la descrizione del fenomeno e delle misure di prevenzione/contrasto adottate in adempimento alle disposizioni aziendali.

C11. STRUTTURA CCICA E GESTIONE RISCHIO INFETTIVO

11.1. È stato formalizzato il CCICA

CORREZIONE: Prodotta una nota del 1997.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Per equivoco interpretativo del quesito da parte di questo Ufficio si è pensato che il requisito si riferisse alla data effettiva di istituzione dell'organo denominato CIO ed è stato pertanto prodotta la nota istitutiva dell'organo che nel 1997 sostituì il precedente CLIO, insediatosi nel 1989. Si allega pertanto la policy PLC.007 che nel 2023 ha innovato la composizione del CIO istituendo un CIO tecnico e che allo stato rappresenta fino a settembre 2026 il documento descrittivo dell'organo CIO nel suo complesso del tutto sovrapponibile per funzioni ed attività al CCICA. Nella revisione della policy si prenderà in considerazione il cambio di denominazione.

C12. PROCEDURE ICA

12.1. Procedura/Istruzione operativa per la profilassi antibiotica perioperatoria

CORREZIONE: Procedura del 2019: revisionare con urgenza. Nella revisione si raccomanda di rivedere il titolo, in quanto la struttura non può elaborare Linee Guida.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Nelle revisioni delle cosiddette linee-guida interne, si è provveduto non solo ad accogliere le indicazioni del CRRC a modificare il titolo denominandole procedure e/o istruzioni operative, ma anche a recepire i contenuti dei documenti di indirizzo nazionali e regionali. Pertanto nell'anno 2026 si procederà alla revisione non solo della cosiddetta linea guida del 2019 ma anche delle ulteriori procedure sul tema, che qui si allegano, andate in scadenza a febbraio del corrente anno.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	SITRA	Qualità e Accreditazione	UOC Igiene Ospedaliera	UOS Igiene Ospedaliera	Antibiotic Stewardship
Costituzione GdL	R	C	I	C	C	C
Stesura prima bozza	I	I	I	C	C	R
Approvazione del documento	C	C	I	R	C	C

SCADENZARIO 2026

Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2						X						
Azione 3										X		

12.2. Procedura/Istruzione operativa per la gestione della biancheria

CORREZIONE: Procedura del 2019: revisionare con urgenza.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Si allega la procedura PRO.872 approvata nel 2023 e tuttora valida nei suoi contenuti riferiti alla gestione della biancheria. Purtroppo per errore di trascinamento non si era provveduto a caricarla a suo tempo.

12.3. Procedura/Istruzione operativa per la gestione delle stoviglie

CORREZIONE: Nel caso in cui il servizio sia appaltato a ditte esterne, si raccomanda di elaborare una procedura per il controllo della qualità del servizio erogato dal fornitore.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Si allega la procedura PRO.101 che approvata nel 2016 è stata convalidata nel luglio del 2024 ed è tuttora valida nei suoi contenuti riferiti alla gestione dei controlli della qualità del servizio erogato dal fornitore riportati nel documento. In aggiunta si producono le PRO.457 e PRO.458 descrittive delle modalità operative con cui vengono espletate le verifiche a cura di Igiene Ospedaliera su alimentazione e superfici, comprese pertanto anche le stoviglie per finalità di qualità e controllo.

12.4. Procedura/istruzione operativa sulla corretta gestione della terapia antibiotica (antimicrobial stewardship)

CORREZIONE: Linee Guida antibioticoprofilassi perioperatoria del 2019: revisionare con urgenza (la struttura non può elaborare Linee Guida). Procedura Antibioticoterapia empirica in terapia intensiva pediatrica del 2021: pianificare revisione.

AZIONE DI MIGLIORAMENTO: Nelle revisioni delle cosiddette linee-guida interne, si è provveduto non solo ad accogliere le indicazioni del CRRC a modificare il titolo denominandole procedure e/o istruzioni operative, ma anche a recepire i contenuti dei documenti di indirizzo nazionali e regionali. Pertanto nell'anno 2026 si procederà alla revisione non solo della cosiddetta linea guida del 2019 ma anche delle ulteriori procedure sul tema, che qui si allegano, andate in scadenza a febbraio del corrente anno.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	SITRA	Qualità e Accreditamento	UOC Igiene Ospedaliera	UOS Igiene Ospedaliera	Antibiotic Stewardship
Costituzione GdL	R	C	I	C	C	C
Stesura prima bozza	I	I	I	C	C	R
Approvazione del documento	C	C	I	R	C	C

SCADENZARIO 2026

Attività	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
Azione 1			X									
Azione 2						X						
Azione 3										X		

PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI (PALIM) 2026

1a) Risultati ottenuti nelle cinque sezioni del questionario di autovalutazione del piano regionale

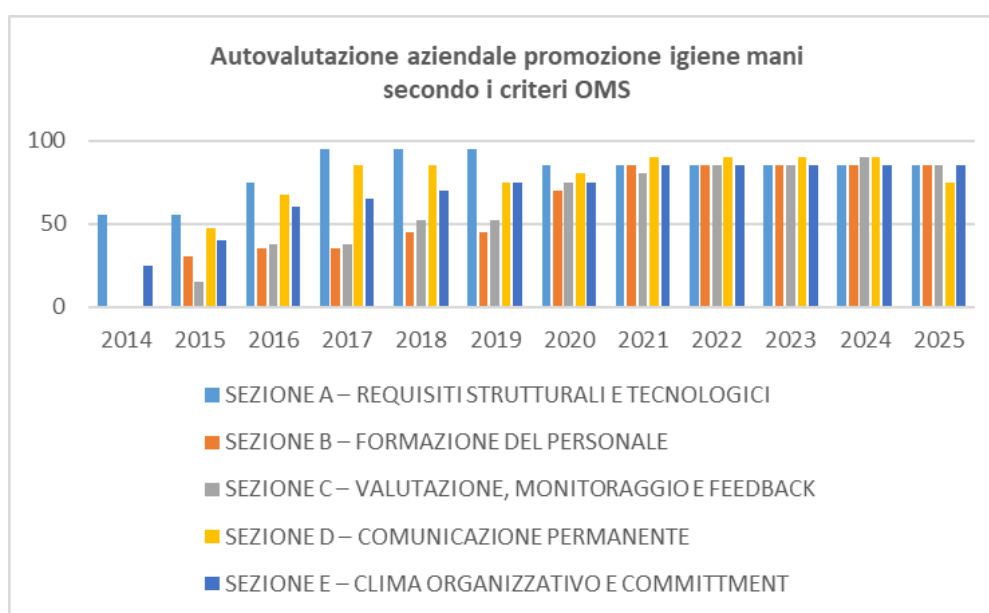
La Fondazione, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha effettuato autovalutazioni sull'igiene delle mani già nel periodo 2014–2021, adottando criteri propriamente allineati agli standard OMS. Dal 2021, a seguito dell'introduzione del Piano Regionale, le autovalutazioni sono state condotte secondo il questionario strutturato in cinque sezioni.

In relazione a tale strumento, si riportano di seguito sinteticamente i risultati conseguiti per ciascuna sezione, con l'indicazione del livello di performance raggiunto.

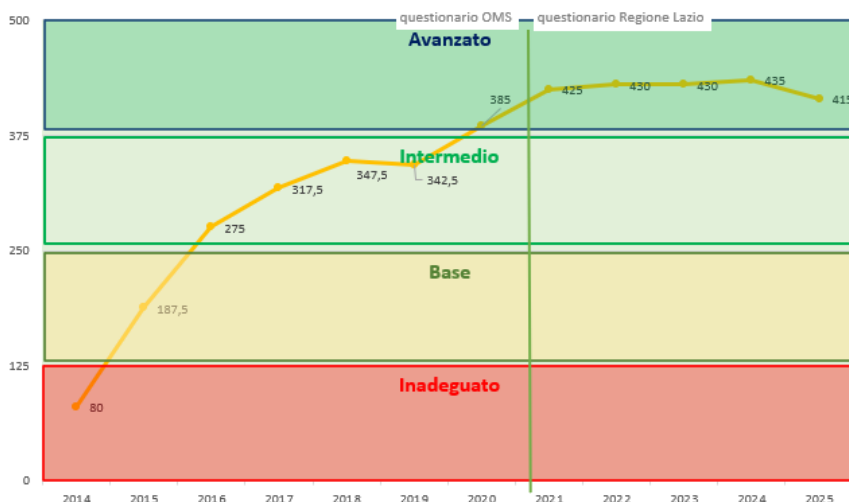
Per ciascuna sezione il punteggio è risultato di livello almeno "intermedio", come auspicato dalle raccomandazioni regionali. Di seguito si riporta la tabella illustrativa. Nelle sezioni A, B, C ed E il livello ottenuto è "avanzato" (nonostante un lieve calo del punteggio dovuto alla mancata valutazione delle conoscenze, su tutto il personale, circa le indicazioni relative all'igiene delle mani), mentre la sezione D registra una riduzione di 15 punti attribuibile al mancato rinnovo dei promemoria sul posto di lavoro (quali spillette, screen-saver o altri strumenti analoghi).

	2021	2022	2023	2024	2025
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	85	85	85	85	85
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	85	85	85	85	85
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK	80	85	85	90	85
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	90	90	90	90	75
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT	85	85	85	85	85
TOT	425	430	430	435	415

0-25	INADEGUATO
26-50	BASE
51-75	INTERMEDIO
76-100	AVANZATO



Autovalutazione aziendale promozione igiene mani secondo i criteri Regione Lazio



Di seguito, gli obiettivi 2026 per il mantenimento e miglioramento dei risultati ottenuti, con gli indicatori misurabili:

Obiettivo GENERALE 2026 - compliance media FPG ≥ 85%

Ambito	Attività	Obiettivi SPECIFICI	obiettivo misurabile 2025	
COMPLIANCE		compliance medici ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance medici specializzandi FPG ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance infermiere/ostetrico ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance studente infermiere ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance FISIOT./TERAP. RIABILIT./TERAP. OCCUPAZ./LOGOP. ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance ALTRO PERSONALE SANITARIO ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance TECNICO DI RADIOLOGIA ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance CAREGIVER NON SANITARIO ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
		compliance OSS ≥ 80%	<i>indefinito</i>	
GOVERNANCE	Comitato Buona Pratica Igiene Mani	riunioni periodiche per il governo dell'attività di promozione igiene mani	<i>almeno 2 a trimestre</i>	
	Audit		trimestralmente in tutte le UUOO con compliance media ≤65%	<i>indefinito</i>
			all'interno dell'audit TFI	<i>indefinito</i>
			a seguito di un cluster infettivo	<i>indefinito</i>
			per i Blocchi Operatori circa l'igiene chirurgica	<i>almeno 1</i>
	Reportistica		trimestralmente report compliance igiene mani alle Direzioni e in tutte le UUOO (osservazioni ≥25)	<i>indefinito</i>
			report semestrale FPG alle Direzioni e a tutte le UUOO	<i>2</i>
			relazione semestrale FPG alle Direzioni e a tutte le UUOO	<i>2</i>
			report crono scrub	<i>almeno 1</i>
	Autovalutazione		annuale mediante il Questionario di Autovalutazione Regionale	<i>almeno 1</i>
			raggiungimento del livello intermedio in tutte le sezioni del Questionario di Autovalutazione Regionale (5)	<i>5</i>

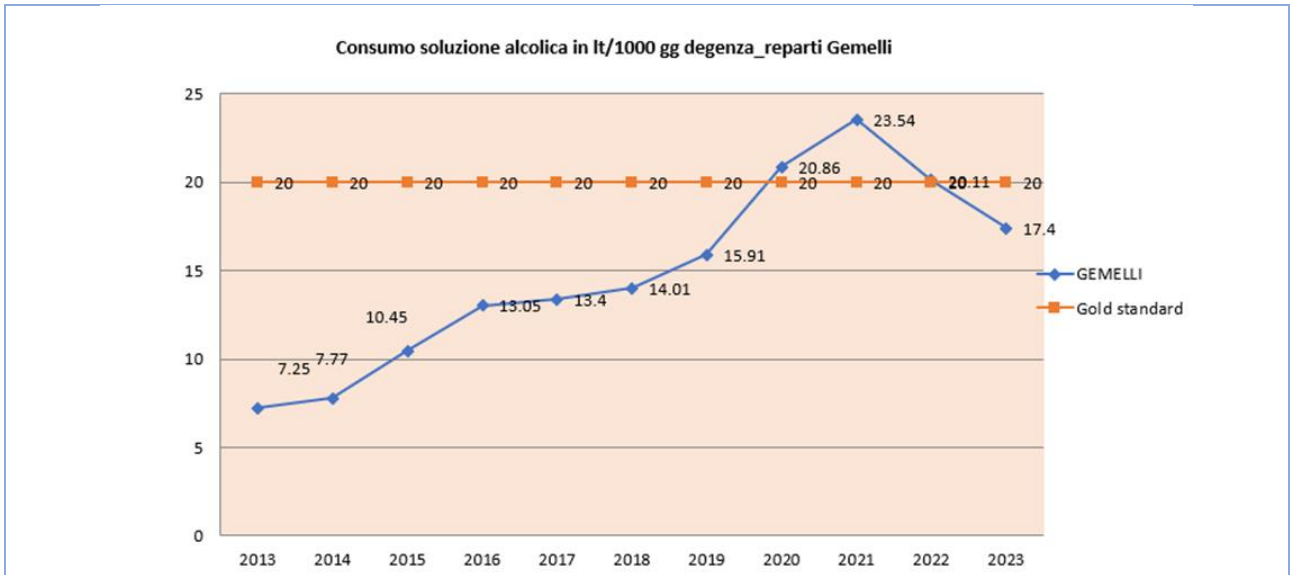
FORMAZIONE		annuale mediante il Self Assessment Framework	<i>almeno 1</i>
		raggiungimento del livello intermedio in tutte le sezioni del Self Assessment (5)	5
		monitoraggio del consumo dei guanti (riduzione per inappropriata e impatto ambientale)	<i>< all'anno precedente</i>
		monitoraggio del dress code della mano (riduzione uso monili)	<i>< all'anno precedente</i>
		Formazione di nuovi rilevatori della compliance di igiene delle mani	<i>almeno 1</i>
		Incontri motivazionali-educativi con i rilevatori attivi	<i>almeno 2</i>
		Refresh formativi per le UUOO o categorie professionali con compliance media $\leq 65\%$	<i>indefinito</i>
		Su richiesta o su valutazione del comitato (sommato alle UUOO $\leq 65\%$)	<i>almeno 12</i>
		Formazione associazioni di volontariato	<i>almeno 1</i>
		Formazione durante i percorsi universitari (master, percorsi di orientamento, corsi di laurea ecc)	<i>almeno 2</i>
MONITORAGGIO IGIENE DELLE MANI	Monitoraggio mediante osservazione diretta	5 momenti igiene delle mani - degenze e nei servizi critici (onco-ematologici)	60 UUOO
	Monitoraggio consumo soluzione alcolica	dato trimestrale FPG	4
	Monitoraggio consumo sapone	dato trimestrale FPG	4
CARTELLONISTICA	Monitoraggio qualità tecnica corretta frizione	Nelle unità degenze e nei servizi critici (onco-ematologici) per trimestre	5
	Valutazione ed eventuale aggiornamento cartellonistica già presente	Valutazione permanente e sostituzione cartelli danneggiati	<i>indefinito</i>
	Nuove proposte	Diffusione cartellonistica USO CORRETTO GUANTI	1
		diffusione cartellonistica "Cari genitori"	1
preparazione nuove brochures		<i>indefinito</i>	
EVENTI CELEBRATIVI	Eventi celebrativi	Giornata mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio)	1
		Global Handwashing Day (15 ottobre)	1
PROGETTI	Collaborazioni esterne	collaborazione alle linee di ricerca/progetti/pubblicazioni	<i>almeno 1</i>
	Campagne interne	progetti interni di miglioramento	<i>almeno 1</i>

1b) Risultati del monitoraggio della soluzione idroalcolica

Il monitoraggio dell'utilizzo della soluzione idroalcolica consente di valutare indirettamente l'aderenza del personale alle pratiche di igiene delle mani, in linea con gli obiettivi del Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALIM) 2026.

Il consumo di soluzione idroalcolica è aumentato a circa 27 litri per 1.000 giornate di degenza, superiore sia all'anno precedente sia al riferimento OMS.

Di seguito si riportano sinteticamente i risultati ottenuti nel periodo di osservazione:

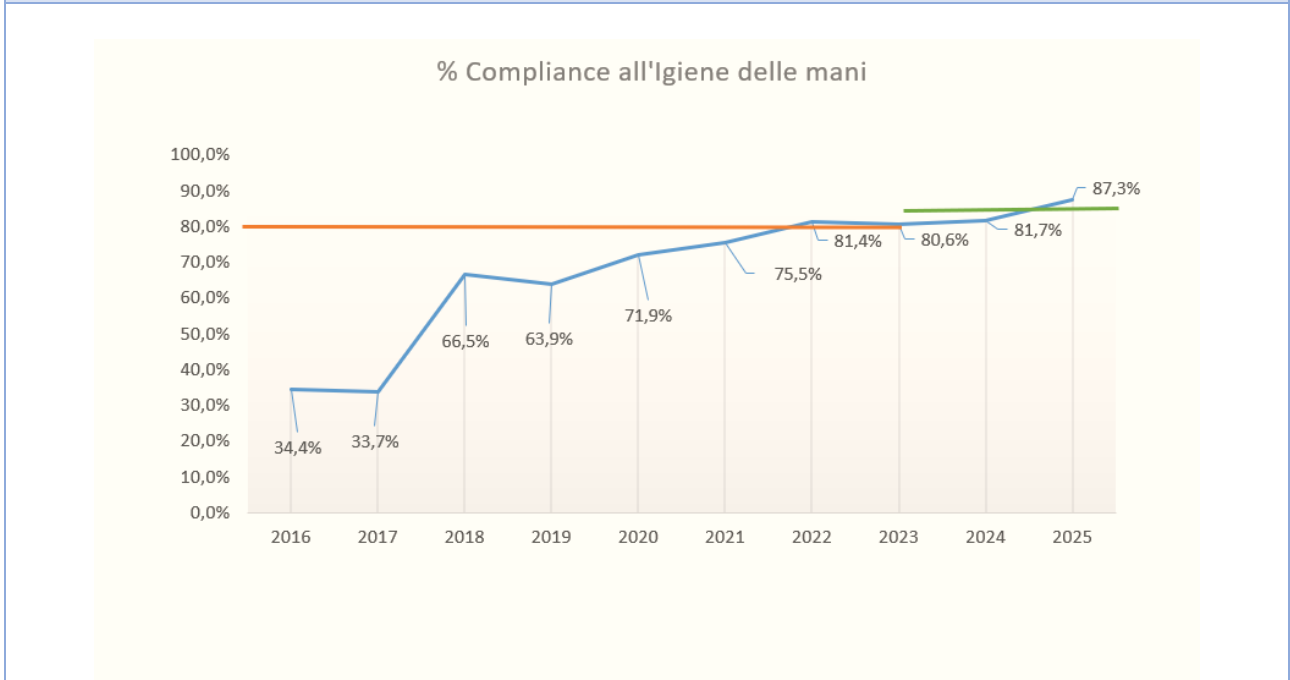


1b) Risultati del monitoraggio della compliance all'igiene mani

Nel corso del 2025, la sorveglianza sull'igiene delle mani ha coinvolto 64 unità logistiche, in continuità con gli anni precedenti, con la maggior parte delle unità che ha raggiunto il target minimo di osservazioni raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Complessivamente sono state effettuate circa 12.000 osservazioni, distribuite tra infermieri, medici, specializzandi e altri operatori.

La compliance media ha raggiunto l'87,3%, superando il target aziendale dell'85% (incrementato nel 2023 dall'obiettivo precedente dell'80%) e registrando un incremento di circa 6 punti rispetto all'anno precedente. I valori più elevati sono stati osservati tra fisioterapisti, infermieri e OSS, mentre medici e specializzandi hanno mostrato un miglioramento progressivo nel secondo semestre. Anche le indicazioni OMS per l'igiene delle mani hanno evidenziato progressi significativi, con alcune categorie superiori al 90% e altre in crescita grazie a interventi formativi mirati.

Si è registrato un miglioramento nella cura della mano (valutazione aggiuntiva rispetto ai requisiti regionali del piano), con riduzioni significative di anelli, bracciali, orologi e unghie lunghe o artificiali.



PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

2a) Costruzione del Team

In ottemperanza a quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28 giugno 2024, e come anticipato nel corso della riunione del Comitato Infezioni Ospedaliere del 15 novembre 2024, all'interno della nostra struttura è stato costituito e formalizzato un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare dedicato alla gestione e al monitoraggio del programma di controllo della Legionellosi.

Il GdL è stato istituito con l'obiettivo di garantire un approccio coordinato e sistematico alle attività di valutazione del rischio, prevenzione, sorveglianza e controllo, in conformità con le indicazioni normative e con le Linee guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi.

La composizione del team è stata definita secondo un modello multidisciplinare, includendo figure professionali con competenze tecniche, sanitarie e gestionali, al fine di assicurare una gestione integrata del rischio correlato agli impianti idrici e agli ambienti della struttura.

AZIONE GIÀ ESEGUITA

Il gruppo di lavoro aziendale risulta pertanto così composto da:

AREE DI APPARTENENZA	N° persone
DIREZIONE SANITARIA – PRESIDENTE CIO	1
DIREZIONE SANITARIA - UOS SERVIZIO IGIENE OSPEDALIERA	2
UOC IGIENE OSPEDALIERA	2
RISK MANAGER	1
RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	1
UOC PROGETTI, MANUTENZIONE E REALIZZAZIONI EDILIZIE	2
AREA CLINICA - MEDICINA DURGENZA E PRONTO SOCCORSO	1
AREA CLINICA - ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA	1
UOC MICROBIOLOGIA	2
UOC MALATTIE INFETTIVE	3

2b) Realizzazione della piattaforma documentale

Al fine di garantire una gestione strutturata, condivisa e facilmente consultabile della documentazione relativa al programma di prevenzione e controllo della Legionellosi, è stato predisposto uno spazio dedicato all'interno della rete aziendale, realizzato tramite la piattaforma Microsoft SharePoint.

All'interno di tale ambiente digitale è stato istituito un repository documentale centralizzato, al quale è stato abilitato l'accesso in consultazione a tutti i componenti del gruppo di lavoro aziendale coinvolti nelle attività di gestione del rischio, in coerenza con quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28 giugno 2024.

La piattaforma è utilizzata per la condivisione, archiviazione della normativa e documenti legislativi di settore; linee guida e documenti tecnico-scientifici e aggiornamento delle procedure operative e protocolli interni e dei verbali delle riunioni del gruppo di lavoro

Tale strumento consente di garantire tracciabilità, uniformità di accesso alle informazioni e aggiornamento continuo della documentazione, favorendo al contempo il coordinamento tra le diverse figure professionali coinvolte nel programma aziendale di controllo della legionella.

AZIONE GIÀ ESEGUITA

2c) Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo in atto.

Per quanto concerne le modalità operative di esecuzione della valutazione del rischio correlato alla presenza di Legionellosi negli impianti idrici della struttura, è stato preliminarmente condiviso il quadro normativo vigente e gli obblighi previsti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, nonché dalle Linee guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi e dalle disposizioni introdotte dal Decreto Legislativo 18/2023 in materia di qualità delle acque destinate al consumo umano.

- **In particolare, il gruppo di lavoro ha preso atto dei seguenti obblighi normativi:**
- **redazione e attuazione del Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA) per la gestione del rischio lungo l'intera filiera della distribuzione idrica interna;**
- **esecuzione di attività di monitoraggio microbiologico periodico per la ricerca di Legionella negli impianti idrici;**
- **attuazione tempestiva di interventi di bonifica e misure correttive in caso di riscontro di positività microbiologica;**
- **riesame periodico del Piano di Sicurezza dell'Acqua, con aggiornamento programmato con cadenza ogni 6 anni;**
- **rispetto degli obblighi normativi vigenti, con previsione di eventuali sanzioni amministrative in caso di inadempienza.**

Alla luce di quanto sopra, sono state definite le seguenti azioni operative:

- **avvio delle attività preparatorie finalizzate alla redazione del Piano di Sicurezza dell'Acqua, con definizione di un percorso organizzativo e tecnico volto alla completa implementazione entro il termine programmato del 12 gennaio 2029;**
- **adeguamento organizzativo immediato della struttura al fine di garantire il rispetto degli obblighi già vigenti in materia di monitoraggio e gestione del rischio legionellosi.**

Nell'ambito dell'organizzazione delle attività di valutazione del rischio e gestione operativa degli impianti idrici, è stata inoltre discussa l'individuazione delle figure previste dalla normativa, tra cui:

- **il Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI), individuato quale figura tecnica con competenze specifiche sugli impianti idrici e con adeguati poteri decisionali e gestionali;**
- **il Team Leader, individuato in una figura sanitaria con funzioni di coordinamento delle attività, raccordo tra le diverse strutture coinvolte e supervisione della gestione documentale.**

È stata pertanto prevista la formalizzazione delle suddette nomine mediante atto ufficiale, nonché l'avvio di percorsi formativi specifici, anche attraverso programmi di formazione promossi dall'Istituto Superiore di Sanità, al fine di garantire l'adeguata preparazione delle figure coinvolte nel processo di gestione e controllo del rischio.

2d) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

La verifica dell'efficacia delle misure di controllo adottate per la prevenzione della Legionellosi è effettuata mediante un programma strutturato di monitoraggio operativo e sorveglianza ambientale, disciplinato da apposita procedura aziendale e integrato nel Documento di Valutazione del Rischio – rischio Legionellosi.

In particolare, le attività di monitoraggio prevedono:

- **il controllo periodico a campione della qualità microbiologica dell'acqua erogata presso i reparti che assistono pazienti a rischio infettivo elevato (High Risk – HR) o aumentato (AR), mediante campionamento di terminali idrici (docce e/o rubinetti) e dei boiler che alimentano tali reparti;**

- l'estensione del monitoraggio, mediante prelievi a campione, anche ai punti d'uso destinati al personale (spogliatoi, tisanerie, servizi igienici dedicati agli operatori);
- l'esecuzione di indagini ambientali mirate in caso di segnalazione di un caso nosocomiale di legionellosi;
- il monitoraggio periodico delle torri evaporative e, a campione, delle Unità di Trattamento Aria (UTA);
- il monitoraggio dei riuniti odontoiatrici per la ricerca di Legionella spp.;
- il controllo microbiologico dell'acqua nei reparti o servizi interessati da interventi di ristrutturazione o nuova realizzazione, al termine delle attività cantieristiche che abbiano comportato modifiche o interruzioni della rete idrica;
- il monitoraggio a campione dell'acqua industriale utilizzata per inaffiamento, sistemi antincendio e alimentazione delle torri evaporative;
- la definizione e attuazione di azioni correttive in caso di scostamento dei parametri rispetto ai valori di riferimento indicati nelle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi (Conferenza Stato-Regioni, 7 maggio 2015);
- la promozione di un approccio sistemico di prevenzione, volto al miglioramento continuo delle attività di manutenzione, pulizia e disinfezione degli impianti idrici e aerulici, con verifiche ambientali dell'efficacia delle operazioni eseguite (ad esempio disincastrazione e pulizia della rubinetteria e sanificazione degli impianti di climatizzazione).

Gli esiti del monitoraggio vengono periodicamente analizzati e, qualora emergano situazioni di non conformità, queste vengono gestite attraverso l'attivazione di interventi correttivi e tecnici in collaborazione con le strutture competenti, in particolare con l'ufficio tecnico, al fine di ripristinare tempestivamente condizioni di sicurezza e garantire l'efficacia complessiva delle misure di controllo adottate.

AZIONE COSTANTE

2e) Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e delle azioni correttive

Alla data attuale, la struttura è impegnata nel processo di predisposizione e strutturazione del Piano di gestione e controllo del rischio da Legionellosi, all'interno del quale sarà formalmente prevista una specifica sezione dedicata al piano di miglioramento.

Tale sezione sarà finalizzata a definire in modo sistematico le azioni di miglioramento e le eventuali misure correttive, individuate sulla base degli esiti delle attività di monitoraggio ambientale, delle verifiche sugli impianti idrici e aerulici e delle risultanze delle valutazioni periodiche del rischio.

Il piano di miglioramento prevederà, in particolare:

- l'individuazione delle eventuali criticità rilevate nell'ambito delle attività di sorveglianza e controllo;
- la definizione delle azioni correttive e preventive da attuare per il superamento delle non conformità riscontrate;
- l'indicazione dei tempi di attuazione, dei responsabili delle attività e delle modalità di verifica dell'efficacia degli interventi implementati.

Le azioni individuate saranno sviluppate in coerenza con quanto previsto dalle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi e integrate con le attività di gestione tecnica degli impianti, in collaborazione con le strutture competenti, al fine di garantire un miglioramento continuo delle misure di prevenzione e controllo del rischio all'interno della struttura.

AZIONE AVVIATA

2f) Pianificazione delle azioni di supporto previste (ad esempio formazione degli operatori)

Nell'ambito delle attività di supporto alla prevenzione e gestione del rischio correlato alla Legionellosi, la struttura ha previsto specifiche iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari e al personale coinvolto nella gestione degli impianti e degli ambienti assistenziali.

In particolare, è stato predisposto un pacchetto formativo in modalità FAD (Formazione a Distanza) denominato "Prevenzione e Controllo delle Infezioni", finalizzato a rafforzare le competenze del personale sui principali aspetti della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e sui rischi ambientali associati alle strutture sanitarie.

L'iniziativa formativa rappresenta pertanto uno degli strumenti di supporto al programma aziendale di prevenzione, volto a garantire un adeguato livello di consapevolezza e partecipazione da parte degli operatori coinvolti nelle attività assistenziali e gestionali.

AZIONE AVVIATA

PIANO

Programma Annuale dell'Antibiotic Stewardship Team 2026

Gemelli



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

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

SOMMARIO

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	ARTICOLI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	REDATTO DA	DATA
0		Prima stesura	Antibiotic Stewardship Team	09/01/2020
1	Intero Piano	Aggiornamento annuale dati anno in corso ed obiettivi	Antibiotic Stewardship Team	09/02/2021
2	Intero Piano	Aggiornamento annuale dati anno in corso ed obiettivi	Antibiotic Stewardship Team	28/02/2022
3	Intero Piano	Aggiornamento annuale dati anno in corso ed obiettivi	Antibiotic Stewardship Team	06/03/2023
4	Intero Piano	Aggiornamento annuale dati anno in corso ed obiettivi	Unità di Consulenza Infettivologica	15/01/2024
5	Intero Piano	Aggiornamento annuale dati anno in corso ed obiettivi	Antibiotic Stewardship Team	06/03/2025

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

1. PREMESSA

L'uso appropriato degli antibiotici è un elemento essenziale per la sicurezza del paziente, la qualità delle cure e la sostenibilità dell'organizzazione sanitaria. L'aumento dell'antimicrobico-resistenza rappresenta un rischio rilevante per gli esiti clinici e richiede un approccio strutturato, sistematico e basato sull'evidenza.

Scopo del presente documento è presentare la programmazione delle attività inerenti l'Antibiotic Stewardship all'interno della Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS (FPG IRCCS) per l'anno 2026. Il programma si inserisce in un'azione sistematica di controllo delle infezioni, garantendo il miglior rapporto costo-efficacia della terapia, mantenendo al minimo le conseguenze non intenzionali come gli effetti tossici e i possibili eventi avversi, controllando la selezione di organismi patogeni e la comparsa di resistenze.

Il presente Programma di Antibiotic Stewardship è parte integrante del programma per la qualità e la sicurezza delle cure di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS (FPG IRCCS) ed è coerente con lo standard MMU.01.01 JCI Edizione 8.

2. PAROLE CHIAVE

antibiotici, stewardship, programma, sicurezza

3. ACRONIMI, SIGLE, ABBREVIAZIONI

- AS: Antibiotic Stewardship
- AST: Antibiotic Stewardship Team
- ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza
- CDC: Center for Disease Control and Prevention
- FPG IRCCS: Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS
- UOC: Unità Operativa Complessa

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il programma si applica in tutta la Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS.

5. COMPOSIZIONE DEL TEAM DI ANTIBIOTIC STEWARDSHIP

L'Antibiotic Stewardship Team (AST) della Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS è stato costituito nel settembre 2016 con comunicazione della Direzione Sanitaria prot. 0034593/16. Esso è attualmente costituito dai seguenti membri (MMU.01.01 EM2, 3 JCI Edizione 8):

- Prof. Carlo Torti, infettivologo, Coordinatore del Team
- Dott. Massimo Fantoni, Infettivologo
- Dott.ssa Rita Murri, Infettivologa
- Dott. Michele Di Donato, medico di Direzione Sanitaria

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

- Dott.ssa Rina Campopiano, farmacista
- Ing. Valeria Messori, informatica
- Dott.ssa Barbara Fiori, microbiologa
- Dott. Marco Cioce, rappresentante SITRA
- Prof. Massimo Antonelli, Intensivista
- Prof. Gennaro de Pascale, Intensivista
- Prof. Livio Pagano Ematologo
- Dott. Lorenzo Zileri Dal Verme, Internista
- Dott. Danilo Buonsenso, Pediatra
- Dr. Elio Rosati, Rappresentante pazienti

Il programma del AST è basato su quanto previsto dalle linee-guida della Infectious Diseases Society of America e su quanto previsto dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025 del Ministero della Salute (MMU.01.01 EM 1 JCI Edizione 8).

6. CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'introduzione degli antibiotici, nella seconda metà del XX secolo, ha cambiato il mondo della Medicina più di ogni altra scoperta fatta fino ad oggi. Purtroppo, l'abuso e l'uso improprio di questi farmaci hanno portato al fenomeno delle resistenze, creando quella che è la minaccia reale e crescente di nuovi "super-bug" sempre più difficili da trattare. Abuso e non appropriatezza si manifestano con l'uso di antibiotici quando non necessario, trattamenti con tempi non corretti o con dosi sbagliate, utilizzo di agenti ad ampio spettro per il trattamento di batteri molto sensibili o con l'uso di antibiotici sbagliati.

Per contrastare il problema legato alle multiresistenze occorre un approccio multi-professionale e multi-disciplinare e la definizione di un programma di Stewardship antibiotica (AS). Nel presente documento si fa propria la definizione di AS formulata dalle Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), Infectious Diseases Society of America (IDSA) e Pediatric Diseases Society (PIDS): *"coordinated interventions designed to improve and measure the appropriate use of antibiotic agents by promoting the selection of the optimal antibiotic drug regimen including dosing, duration of therapy, and route of administration. The benefits of antibiotic stewardship include improved patient outcomes, reduced adverse events including Clostridium difficile infection (CDI), improvement in rates of antibiotic susceptibilities to targeted antibiotics, and optimization of resource utilization across the continuum of care"*. I principali obiettivi del programma di AS sono quindi il raggiungimento di risultati clinici ottimali, ovvero un miglioramento dell'outcome clinico, con una diminuzione di resistenze, di uso inappropriato di farmaci e di eventi avversi.

Il piano Nazionale di contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, recentemente prorogato, rappresenta il framework nazionale composto da obiettivi, azioni e indicatori SPiNCAR a carico di attori che comprendono anche le Aziende Sanitarie. In questo documento vengono riportati ad esempio i seguenti obiettivi principali: a) riduzione >5% del consumo di antibiotici sistemici nel 2025 rispetto al 2022; b) riduzione del consumo di carbapenemi e fluorichinoloni $\geq 10\%$ nel 2025 rispetto al 2022.

UNITÀ DI CONSULENZA INFETTIVOLOGICA INTEGRATA

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

L'attività clinica nell'ambito dell'Antibiotic Stewardship è rappresentata dalle consulenze infettivologiche effettuate nelle UUOO del Policlinico, svolta dagli infettivologi dell'Unità di Consulenza Infettivologica Integrata (UdCII) della UOC Malattie Infettive. L'attività della UdCII è pienamente integrata con il Laboratorio di Microbiologia, soprattutto per quanto attiene la comunicazione in tempo reale della positivizzazione delle emocolture, grazie anche alle tecniche di "fast Microbiology". L'attività dell'UdCII è altresì integrata con quella delle Unità dedicate all'Infection Control e con quella della Task Force Infezioni, team designato dalla Direzione Sanitaria a coniugare in modo rapido le attività di Infection Control con l'attività clinica, in caso di infrazioni o focolai epidemici interni o alert epidemiologici di germi MDR.

6.1. REPORT MICROBIOLOGICO

Dall'anno 2018 è attivo un sistema di report periodico a cura del Laboratorio di Microbiologia nel quale sono riportate le percentuali di sensibilità ad antibiotici di 11 patogeni GRAM-negativi e 3 patogeni GRAM-positivi. La selezione dei patogeni rilevanti a tal fine è stata effettuata nell'ambito dell'AST al fine di selezionare le specie con maggior impatto epidemiologico e clinico in termini di antibiotico-resistenza. Nella Figura 1 è illustrato report globale 2025 suddiviso per materiali invasivi (sangue e liquor) e materiali non invasivi (basse vie respiratorie e urine). Nella figura 2 è illustrato l'andamento negli ultimi 3 anni della resistenza di *E. coli*, *K. pneumoniae* e *P. aeruginosa* alle cefalosporine di 3° generazione e ai carbapenemi. A questo proposito è importante sottolineare che vi è stata una lieve riduzione delle Enterobacterales resistenti alle cefalosporine di 3° generazione e un aumento delle resistenze ai carbapenemi.

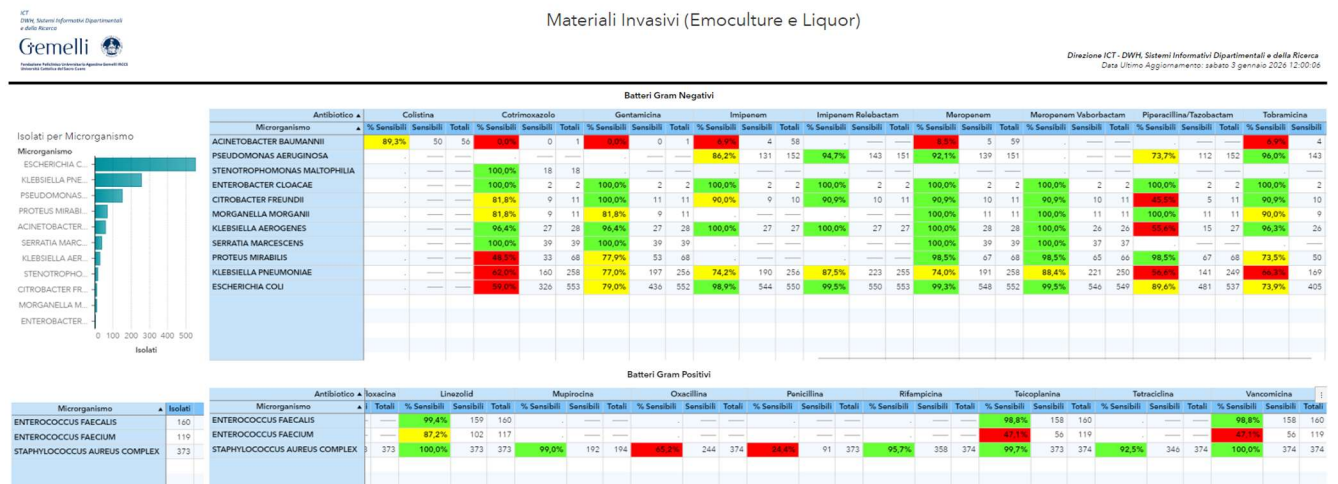


Figura 1 - Report globale 2025 suddiviso per germi alert gram-negativi e gram-positivi su materiali invasivi

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

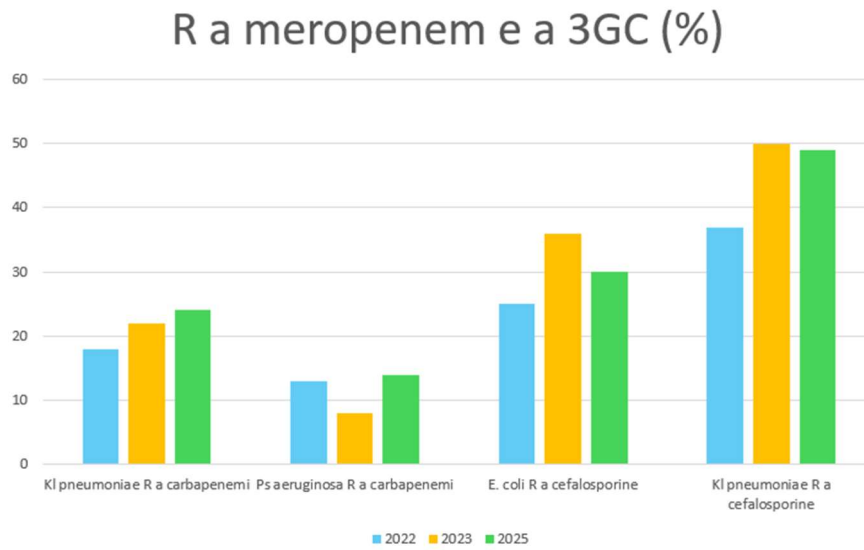


Figura 2 - Resistenza di *E. coli*, *K. pneumoniae* e *P. aeruginosa* alle cefalosporine di 3° generazione e ai carbapenemi.

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

CONSUMO ANTIBIOTICI

Nel corso del 2025 sono stati prodotti i consueti report di consumi degli antibiotici espressi in DDD/100 giorni di ricovero. Tale unità di misura esprime dosi definite giornaliere per ciascun farmaco (o per classi, o in totale) per 100 giornate di degenza. Esso consente di valutare in modo più accurato, rispetto al consumo grezzo, il trend prescrittivo per ciascun farmaco e di confrontarlo nel tempo. Nella figura 3 e figura 4 sono riportati rispettivamente i consumi totali e i consumi carbapenemi. **Il consumo totale ha mostrato un progressivo decremento dal 2021 al 2024, 53,386 DDD/100gg → 45,473 DDD/100gg. Dal 2024 al 2025 si è osservato una sostanziale stabilità 45,473 DDD/100gg -> 45,914, probabile espressione di un raggiungimento di plateau, comunque disomogeneo per i vari Dipartimenti, da verificare nel corso delle prossime rilevazioni. Per tale ragione il previsto target di riduzione del consumo totale di antibiotici del 5% non è stato raggiunto**

Per quanto riguarda il consumo di carbapenemi si è osservato un progressivo decremento dal 2021 al 2025, 5,580→4,524. Nel 2025 rispetto al 2024 si è osservato un lievissimo decremento non significativo, anche in questo caso probabile espressione di un raggiungimento di plateau, comunque disomogeneo per i vari Dipartimenti, da verificare nel corso delle prossime rilevazioni. Il previsto target di riduzione del consumo di carbapenemi del 3% è stato raggiunto solo per il dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (- 5,8%), per il Dipartimento di Scienze Cardiovascolari (-8%) mentre non è stato raggiunto per il Dipartimento di Scienze dell'Invecchiamento Ortopediche e Reumatologiche (-2,3%), per il Dipartimento di Scienze della Salute della Donna Del Bambino e di Sanità Pubblica (+0,3%), per il Dipartimento di Scienze dell'emergenza, Anestesiologiche e della Rianimazione (+22%), per il Dipartimento di Scienze di Laboratorio ed Ematologiche (+2,4%), per il Dipartimento di Neuroscienze Organi di Senso e Torace (+17,4%)

Nella valutazione del consumo antibiotici è indispensabile tenere conto di numerosi fattori, i principali sono il case-mix dei pazienti ricoverati (con relativi punteggi di gravità) e le variazioni epidemiologiche nel tempo.

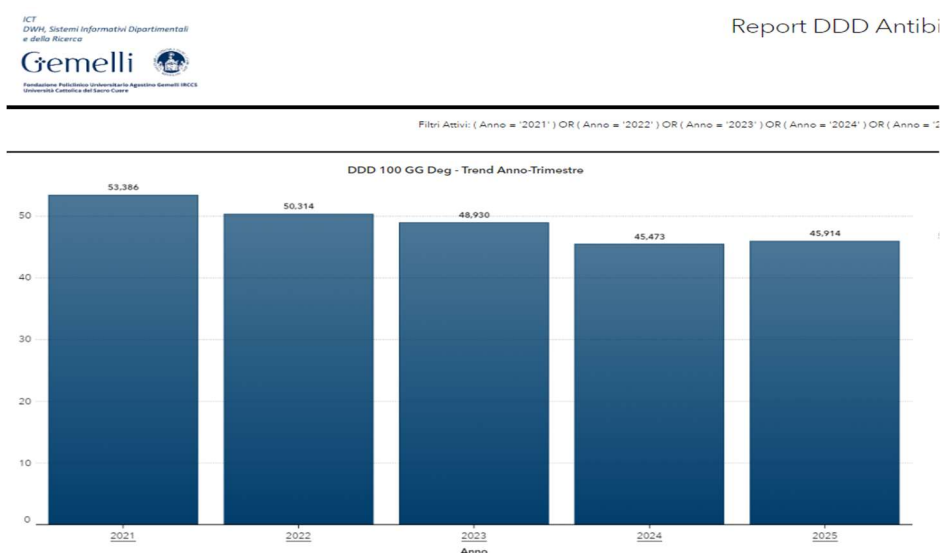


Figura 3 - Consumo totale antibiotici in DDD/100 gg degenza, confrontato con i quattro anni precedenti

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

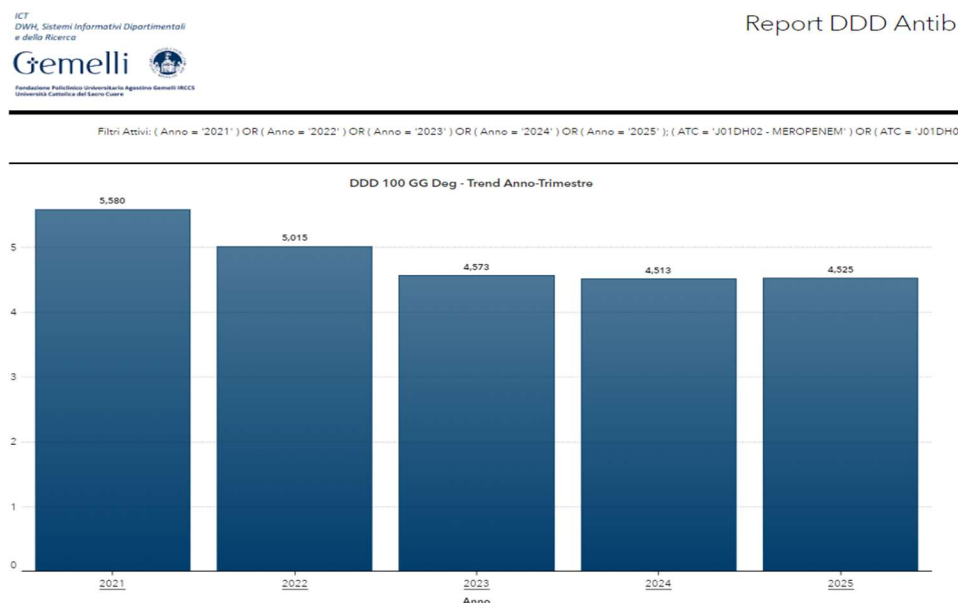


Figura 4 - Consumo carbapenemi in DDD/100 gg degenza, confrontato con i quattro anni precedenti

L'analisi di contesti specifici ha permesso di valutare come la prescrizione totale di antibiotici in Otorinolaringoiatria sia stata molto elevata nel 2025 (111 DDD/100gg vs. 45 DDD/100gg media FPG) e che il "driver" principale appaia essere stato amoxicillina/ac. clavulanico, prescritto come profilassi peri-operatoria.

7. REPORT ATTIVITA' 2025

- 1) Sono stati prodotti dei report sul consumo degli antibiotici e anti-micotici tramite la creazione di una reportistica interna che utilizza come indicatore DDD/100paz/die. I report fanno riferimento ai farmaci effettivamente somministrati (l'estrazione dati avviene dagli applicativi TrakCare e Digistat), e non a quanto consegnato ai reparti. Tale misurazione, molto più accurata, non consente un confronto con la maggioranza delle strutture ospedaliere che registrano, appunto, le quantità consegnate, il che non consente un calcolo temporale affidabile. I report sono strutturati per tutti gli antibiotici presenti in prontuario. Tale reportistica è disponibile per tutti i Direttori di UOC e i link professionali sull'apposito cruscotto aziendale. Trimestralmente è stata inoltre prodotta una sintesi inviata ai Direttori (MMU.01.01 EM 6 JCI Edizione 8)
- 2) Relativamente agli obiettivi previsti nel piano 2025, la parziale mancata soddisfazione dei target per gli indicatori individuati è espressione di un probabile raggiungimento di plateau (v.sopra) (MMU.01.01 EM 6 JCI Edizione 8).
- 3) E' stato utilizzato sull'applicativo TrakCare un sistema di controllo dell'utilizzo antibiotici che ha consentito all'Antibiotic Stewardship Team, e in particolare agli infettivologi dell'Unità di Consulenza Infettivologica, di verificare per Unità operative selezionate l'appropriatezza della prescrizione di antibiotici ai fini dei meeting formativi

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

- 4) A cura del Laboratorio di Microbiologia, rappresentato all'interno dell'Antibiotic Stewardship Team, come negli anni passati è stato prodotto un report della resistenza ad antibiotici dei patogeni individuati come "alert". Tale reportistica è stata resa disponibile per tutti i Direttori di UOC e i link professional sull'apposito cruscotto aziendale. Trimestralmente è stata inoltre prodotta una sintesi inviata ai Direttori (MMU.01.01 EM 6 JCI Edizione 8)
- 5) In modo integrato con il Laboratorio di Microbiologia è stato sviluppato un nuovo cruscotto per la rilevazione delle infezioni da *Clostridioides difficile* (MMU.01.01 EM 6 JCI Edizione 8)
- 6) L'Antibiotic Stewardship Team rappresentato dagli infettivologi, dalla microbiologa e dal Medico di Direzione Sanitaria ha partecipato in modo attivo ai 6 incontri di formazione per i "link professional" delle Unità Operative cliniche del Policlinico
- 7) Sono stati revisionati integralmente i protocolli di profilassi antibiotica peri-operatoria in chirurgia (MMU.01.01 EM 4 JCI Edizione 8)
- 8) Sono stati revisionati integralmente i protocolli di terapia antibiotica empirica per i 4 gruppi sindromici principali (infezioni polmonari, infezioni addominali, infezioni cute e tessuti molli, infezioni urinarie) (MMU.01.01 EM 4 JCI Edizione 8)

8. PROGRAMMA DI ANTIBIOTIC STEWARDSHIP 2026

L'AST si riunisce di norma 5 volte durante l'anno. Le riunioni vengono convocate dal Coordinatore del Team. Il programma 2026 del AST prevede le seguenti attività (MMU.01.01 EM1, 6, 7 JCI Edizione 8):

- 1) Continuare la produzione e interpretazione del report sul consumo degli antibiotici e anti-micotici. Il monitoraggio è effettuato tramite la consolidata reportistica interna che utilizza come indicatore DDD/100 pazienti/die
- 2) Mantenere il consumo di totale di antibiotici in DDD/100 gg di degenza ai livelli del 2025 (probabile raggiungimento di un plateau)
- 3) Mantenere il consumo di carbapenemi in DDD/100 gg di degenza ai livelli del 2025 (probabile raggiungimento di un plateau)
- 4) Condurre audit di approfondimento nei reparti afferenti ai Dipartimenti per i quali si è riscontrato un significativo discostamento dalla media nei consumi di antibiotici (totali e per classi).
- 5) Aumentare del 20% l'appropriatezza prescrittiva in 6 reparti pilota (misurazione e intervento on-site primo semestre, misurazione al termine del 2 semestre), secondo indicatori e protocolli in fase di definizione anche in base alle risultanze di ricerche in corso. In tale contesto si valuterà anche l'aderenza ad almeno una delle linee guida per la pratica clinica basate sulle evidenze implementate dall'ospedale
- 6) Blocco prescrittivo dei carbapenemi dopo 3 giorni in assenza di consulenza infettivologica, escluse Rianimazione ed Ematologia (coinvolgimento Farmacia e ICT)
- 7) Ridurre del 30% il consumo di amoxicillina/ac. clavulanico nell'UO Otorinolaringoiatria, con particolare riferimento all'ottimizzazione dei regimi di profilassi

PROGRAMMA ANNUALE DELL'ANTIBIOTIC STEWARDSHIP TEAM 2026

- 8) Realizzare un cruscotto “profilassi antibiotica in chirurgia” che consenta un'estrazione automatica del dato
- 9) Utilizzo su applicativo TrakCare di un sistema di controllo dell'utilizzo antibiotici che deve consentire all'Antibiotic Stewardship Team di verificare per Unità operative selezionate l'appropriatezza della prescrizione di antibiotici
- 10) Migliorare l'output della funzione “antibiotici prescritti” già presente su TrakCare
- 11) Creare un volantino informativo da dare durante il ricovero a paziente e familiari per ricevere educazione sanitaria sul programma di stewardship antimicrobica e sull'uso appropriato degli antimicrobici
- 12)

Il monitoraggio degli obiettivi è verificato nell'ambito delle riunioni periodiche dell'AST.

RIFERIMENTI

- Linee-guida della Infectious Diseases Society of America 2007 e 2016
- Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Dellit TH et al, Infectious Diseases Society of America; Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis. 2007 Jan 15;44(2):159-77
- Executive Summary: Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Barlam TF et al. Clin Infect Dis. 2016 May 15;62(10):1197-1202
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025 del Ministero della Salute
- JCI. Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali inclusi gli standard per gli Academic Medical Center Edizione 8

REDATTORI:

M. Fantoni – R. Murri

VERIFICATORI:

Carlo Torti

FUNZIONI

Direttore UOC Malattie Infettive

DATA E FIRMA

__/__/__/_____

Alberto Fiore

Responsabile Qualità e Accreditamento

__/__/__/_____

APPROVATORE:

Andrea Cambieri

Direttore Sanitario

__/__/__/_____