



RELAZIONE ANNUALE
(ART.2 COMMA 5 LEGGE 8 MARZO 2017, n. 24)
SUGLI ACCADIMENTI CONCERNENTI LA
SICUREZZA DELLE CURE ED ALLE RELATIVE
AZIONI DI MIGLIORAMENTO
2025



PREMESSA

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'Interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti "quasi eventi"/near miss: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Lo spirito che anima tali dettati normativi che è certamente quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

La relazione annuale deve infatti contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla

"misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni.

Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell'interpretazione dei risultati.

Le organizzazioni sanitarie possono già adesso disporre di un ampio insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza dei pazienti e delle cure.

Ma comunque è necessario fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi, ovvero in presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema!

Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

La legge Gelli - Bianco, quindi, promuovendo "l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative", ha introdotto l'appropriatezza organizzativa nell'ambito delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico.

Rispetto ad una situazione di emergenza, determinata dal manifestarsi dell'infezione del nuovo Coronavirus, dove, quindi il rischio si è già manifestato, è necessario, quindi che le Aziende sanitarie, oltre ad adattarsi ai cambiamenti e rinnovarsi attraverso metodi e strumenti reattivi e proattivi di Risk Management, idonei a prevenire e gestire l'infezione da Coronavirus (Incident Reporting, Audit, RCA etc..)

In tale contesto l'attività dell'UO Risk Management aziendale ha sviluppato le linee di programmazione in armonia con gli effetti che l'evento pandemico ha prodotto in sanità quali:

- Supporto alle Direzioni Regionali ed Aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche in virtù del

fatto di svolgere attività inerenti l'Educazione alla Salute; collaborazione per l'elaborazione e diffusione di materiale informativo (cartaceo ed informatico) per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali.

□ Ove possibile, utilizzo di metodi e strumenti di Risk Management sanitario per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS - Cov 2;

□ Supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale attraverso piani di formazione ad hoc basati sulla simulazione e la formazione sul campo anche con la presenza di tutor, nonché la produzione di strumenti di comunicazione per gli operatori sanitari.

□ Garantire, anche attraverso la collaborazione tra le reti aziendali del rischio clinico e del rischio infettivo, azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a Infection Prevention and Control - IPC (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, sanificazione, disinfestazione e sterilizzazione ecc.).

□ Aumento della vigilanza, anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi sulle non conformità, su particolari percorsi esposti a maggior pericolo di errore in occasione di incremento della richiesta di prestazioni e servizi;

□ Supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza a operatori e pazienti, al fine di evidenziare le eventuali criticità del sistema.

PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è un'azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza/urgenza o in quanto portatori di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

L'ARNAS "Garibaldi" è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n. 5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31/08/2009. Essa è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ARNAS "Garibaldi, San Luigi - Santi Currò, Ascoli Tomaselli", succedendone in tutti i rapporti attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità della stessa.

ATTIVITA' ARNAS RISCHIO CLINICO

- ✓ MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA
- ✓ INCIDENT REPORTING = SEGNALAZIONE SPONTANEA
- ✓ MONITORAGGIO APPLICAZIONE CORRETTA DELLA CHECK LIST SALA OPERATORIA
- ✓ SAFETY WALKAROUND = GIRI PER LA SICUREZZA
- ✓ FORMAZIONE PERSONALE
- ✓ MANAGEMENT, CONTROLLO E PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA

EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza dell'Azienda si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue quanto previsto dal Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III dal 2005 (revisione del 2009)

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale.

La procedura aziendale prevede che sia segnalato ogni evento sentinella verificatosi in Azienda alla U.O.S. Risk Management e le informazioni relative siano registrate sul portale Sistema NSIS

In particolare, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda A prevista dal suddetto protocollo, inserendo in questa le informazioni essenziali sull'evento occorso; la scheda viene quindi inviata al Ministero della Salute tramite il SIMES.

Dopo aver raccolto ed analizzato tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, per ogni evento sentinella, viene condotta un'indagine approfondita per valutare cause e fattori contribuenti, vengono individuate ed attuate le azioni correttive necessarie da adottare per evitare il riverificarsi dello stesso, e misurati gli esiti nel tempo, quindi tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il SIMES, entro 45 giorni solari. I dati relativi agli eventi sentinella che si sono verificati nel corso del 2016 e del 2017, (dati

estrapolati dall'applicativo SIMES), con le relative azioni di miglioramento sono descritti nelle tabelle successive.

Lista eventi sentinella: 23 tipologie di eventi sentinella (erano 16 nel precedente protocollo):

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente a errato utilizzo di dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizione a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore/ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

REPORT EVENTI SENTINELLA ARNAS GARIBALDI 2025

Lista eventi sentinella								
	Tipologia Evento	Identif. Evento	Data Evento	Regione	Struttura Sanitaria	Residuo gg per RCA	Stato scheda A	Stato scheda B
○	SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	16474	08/07/2025	SICILIA	ARNAS GARIBALDI	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - VALIDATA
○	MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA VIOLENZA VERSO O NEI CONFRONTI DI OPERATORE	16232	01/05/2025	SICILIA	ARNAS GARIBALDI	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - VALIDATA
○	MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA VIOLENZA VERSO O NEI CONFRONTI DI OPERATORE	16215	21/04/2025	SICILIA	OSPEDALE GARIBALDI - CENTRO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - VALIDATA



INCIDENT REPORTING=SEGNALAZIONI SPONTANEE

È uno strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano un danno al paziente, o situazioni di rischio.

L'attività di raccolta e analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati costituisce un bacino essenziale di dati e informazioni per la mappatura delle aree a maggior rischio.

Incident reporting rappresenta strumento per una risposta rapida alle situazioni di pericolo, perché normalmente la segnalazione avviene contemporaneamente all'evento, anche nell'ottica di contenimento dell'eventuale richiesta di risarcimento o contenzioso, anticipandone elementi utili per la gestione del sinistro e della sua definizione. Oltre a rappresentare un utile strumento per orientare e ottimizzare la gestione delle risorse.



INCIDENT REPORTING DEL 2025 EVENTI SEGNALATI: CADUTE PAZIENTI				
AREA EVENTO	SENZA DANNO	CON DANNO	CAUSE	AZIONI MIGLIORAMENTO
DEGENZA 66	35	34	Cedimento forze (11)	Analisi e valutazione corretta applicazione Procedura vigente. Audit per ciascun evento, formazione, aggiornamento e retraining procedurale del Personale
AREE COMUNI 3	*	3	Spostamenti arbitrari pazienti (21)	
EMERGENZA 0	*	*	Scavalco spondine (25)	
TOTALE	35 (51 %)	34 (49 %)	Accidentale (12)	
TOTALE CADUTE	69 ♀ 22 e ♂ 47			

Agli eventi avversi segnalati succedono gli Audit sul posto con i Professionisti coinvolti. I piani di azione hanno previsto azioni di miglioramento specifiche.

Inoltre, vengono redatte e periodicamente revisionate, relative procedure aziendali che recepiscono e contestualizzano le Raccomandazioni Ministeriali.

Ogni procedura viene elaborata da gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici, condivisa con le figure professionali coinvolte e diffusa attraverso la pubblicazione nell'intranet aziendale con Nota informativa e relata di notifica.

Viene garantita la corretta attuazione della procedura attraverso riunioni, audit e verifiche di reparto.

Osservazione diretta per l'utilizzo della checklist di sala operatoria
"Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti"

La Regione Sicilia, con il D.A. n. 2489/2013 "Programma Regionale per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria", ha ribadito la promozione dell'uso della SSCL nella pratica chirurgica, recependo e sviluppando i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale dal Ministero della Salute, migliorando la sicurezza delle procedure chirurgiche con la registrazione di eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza in essa previsti, al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti relative azioni di miglioramento.

Con la direttiva n 55547 del 7 luglio 2015, il competente Dipartimento Assessoriale, Servizio 5, "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" ha fornito a tutte le aziende sanitarie la metodologia da applicare per la corretta implementazione della checklist di sala operatoria e la scheda per la registrazione dei dati relativi agli interventi chirurgici.

Nei PAA 2015 Capitolo 13 "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" è stato inserito l'intervento operativo "Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in sala operatoria" che per il corrente anno prevede lo svolgimento di almeno 10 osservazioni dirette utilizzando la scheda per l'osservazione diretta allegata alla suddetta direttiva e l'inserimento dei dati registrati sull'apposita piattaforma accedendo al relativo Applicativo.



Monitoraggio sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria secondo le indicazioni regionali:

(richieste dall'Assessorato n°. 20 osservazioni annuali)

le attività in parola, eseguite durante l'anno 2025, sono state N. 28 Osservazioni Dirette nelle SS.OO., randomizzate, delle seguenti discipline, afferenti ai Presidi Ospedalieri Centro e Nesima:

SALE OPERATORIE ARNAS	TOTALE OSSERVAZIONI 2025
Chirurgia Generale	28
Chirurgia Pediatrica	
Chirurgia Oncologica	
Chirurgia Toracica	
Chirurgia Vascolare	
Ginecologia-Ostetricia	
Neurochirurgia	
Ortopedia	
Otorinolaringoiatria	
Urologia	



Il Safety Walkaround (SWR) si realizza con l'effettuazione, da parte di un gruppo dirigenziale, di una visita, percorrendo insieme (giro) agli operatori i corridoi e le stanze delle unità operative. Durante tale giro il gruppo avvia una conversazione, con una o più interviste a soggetti (pazienti, operatori, volontari) singoli o in gruppo, finalizzata ad identificare i rischi attuali o potenziali che possono portare ad eventi avversi per i pazienti. Durante tale giro tutti sono protagonisti, perché concorrono a identificare i rischi ma anche ad individuare misure da adottare per ridurli o eliminarli, e successivamente sono impegnati anche direttamente a portare avanti alcune di

queste misure, mentre altre, da introdurre a livello di sistema, vengono intraprese ai livelli superiori.

Questo metodo consente di confrontarsi e reciprocamente formarsi, sia durante i giri che nelle fasi successive di discussione sui dati raccolti, nonché durante l'implementazione delle azioni. La possibilità di 'esserci' ed esprimere le proprie opinioni sviluppa il senso di appartenenza all'istituzione e stimola il protagonismo di ciascuno nella stessa. Nel contempo consente il propagarsi della cultura delle responsabilità, ossia della consapevolezza da parte di tutti che la sicurezza del paziente non può che essere il risultato di un impegno condiviso a tutti i livelli ed in tutte le fasi.

DURANTE IL 2025 SONO STATE EFFETTUATE IN ARNAS, DAL PERSONALE DELL'UOSD RISCHIO CLINICO, I **GIRI DELLA SICUREZZA NELLE UU.OO. DEI PP.OO.:**

- 15 UU.OO. P.O. GARIBALDI CENTRO
- 30 UU.OO. P.O. GARIBALDI NESIMA

CON SPECIFICHE CHECK LIST DI MONITORAGGIO PER PECULIARI AREE DI ATTIVITA' E ASSISTENZA CRITICHE.

- ✎ **CHECK LIST PER LA CORRETTA GESTIONE ARMADIETTI DEI FARMACI**
- ✎ **CHECK LIST PER LA CORRETTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**
- ✎ **CHECK LIST PER LA PREVENZIONE CADUTE**
- ✎ **CHECK LIST SANIFICAZIONE AMBIENTI UU.OO.:**



INIZIATIVE DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE A VALENZA AZIENDALE

L'obiettivo delle iniziative formative è teso a migliorare costantemente la sicurezza del sistema nei confronti dei pazienti, attraverso lo sviluppo di una cultura della sicurezza, della riduzione delle possibilità che si verifichino o si ripetano eventi avversi e della promozione di iniziative

appropriate per limitare gli eventuali danni. La nuova filosofia che sta alla base del sistema di gestione, recepito in parte anche dalle nuove normative, prevede i seguenti aspetti:
analizzare, identificare e comprendere gli errori all'interno del processo assistenziale, imparando a considerare errori anche e soprattutto sulla base delle evidenze scientifiche in quel momento disponibili.

In quest'accezione, impara dall'errore e dal quasi errore o "near-miss" e dagli eventi sentinella considerare le criticità del sistema, come opportunità di miglioramento nell'ambito della sicurezza, perché quanto verificatosi non riaccada.

La prevenzione del rischio sanitario si attua mediante:

- ☞ interventi normativi (come quelli più recenti sopra descritti);
- ☞ efficacia del Risk Management nelle strutture sanitarie;
- ☞ responsabilizzazione di tutti gli attori del processo;
- ☞ formazione e aggiornamento professionale adeguato.

La formazione nel rischio clinico è una di quelle barriere, i cui punti di limitazione possono essere idealmente ridotti di dimensione e di numerosità, mediante la qualità, la frequenza degli eventi didattici, l'approfondimento e l'aggiornamento continuo.

Corso di Aggiornamento

"IL VALORE DELLE DIFFERENZE NELLA PREVENZIONE"

11 Marzo 2025 H. 08,00 - H. 14,00 - AULA DUSMET - P.O. GARIBALDI CENTRO

Corso di Aggiornamento

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE RICOVERATO

23 OTTOBRE 2025 - H. 8.00 - H. 14.00 - AULA DUSMET - P.O. GARIBALDI CENTRO

Nella lotta alle infezioni correlate all'assistenza ampio spazio viene dedicato alle attività di informazione e formazione, coinvolgendo tutte le figure professionali.

Sono stati organizzati e realizzati i seguenti eventi:

Il CIO dell'ARNAS Garibaldi ha sviluppato attività di formazione ed informazione del Personale che, in aggiunta ai temi tradizionali finalizzati alla lotta alle infezioni correlate

all'assistenza, ha dedicato particolare attenzione alla tematica dell'Antimicrobial Stewardship, con un corso di formazione (succitato) con la partecipazione di tutte le UU.OO. dell'ARNAS, in attuazione del DA 703/2020 del 04/08/2020 e alla Circolare Ministeriale 0035470 del 06/12/2019 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE). Le attività del CIO e dei GG.OO. sono ancor meglio dettagliate nelle singole Relazioni Annuali.

Nell'anno **2025** sono stati organizzate le seguenti attività didattiche e di aggiornamento in tema di ICA:

- **Audit formativi** in Rianimazione Nesima, Medicina, Nesima Radiologia Nesima, Oncologia Medica Nesima, Sala Op. Oculistica su:
- **ICA, igiene mani, precauzioni standard e aggiuntive, gestione degli isolamenti.**
- **Procedure di esecuzione del prelievo per emocoltura** in casi di sospetta sepsi e medicazione degli accessi venosi centrali per medici, infermieri e OSS".

- **"Corso di formazione regionale in infezioni ospedaliere" CEFPAS-(Linea di investimento PNRR, M6-C2)**

36 Edizioni per Dirigenti Medici, Infermieri e OSS dell'ARNAS: 1891 Professionisti formati/2000 circa Dipendenti di profilo sanitario.



ATTIVITA' PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (I.C.A.)

Le attività implementate per l'anno 2025 sono state le seguenti:

1. Revisione azioni di contenimento del virus SARS-COV-2 e attività del PANFLU;
2. Elaborazione, aggiornamento e divulgazione di procedure aziendali e di istruzioni operative per il monitoraggio e controllo delle ICA e Sicurezza del Paziente;
3. Monitoraggio microbiologico ambientale;
4. Studi di sorveglianza;

5. Azioni proattive e di resilienza;
6. Controlli parametrici chimici e microbiologici dell'acqua potabile nei PP.OO.;
7. Iniziative di formazione ed informazione a valenza Aziendale ed Interaziendale.

Come riportato dai Gruppi Operativi di entrambi i Presidi Ospedalieri sono tracciate le attività di verifica periodica dell'applicazione da parte delle UU.OO. delle Procedure Aziendali per il controllo delle ICA.



STUDI DI SORVEGLIANZA

L'ARNAS Garibaldi anche per l'anno 2025 ha partecipato negli anni scorsi a **diversi studi di sorveglianza per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza:**

- Studio multicentrico di sorveglianza attiva prospettica delle infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva-**Progetto SPIN-UTI**, promosso dalla SITI (Società Italiana di Igiene) e dal GISIO (Gruppo Italiano di Studio di Igiene Ospedaliera). Anno.
- Adesione alla **"Sorveglianza nazionale delle infezioni del sito chirurgico e indicatori di prevenzione negli ospedali"**;
- Adesione **"Sorveglianza nazionale del Consumo di Soluzione IdroAlcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero (CSIA)"**;
- ReteMIC - Rapporto - **Dati di sorveglianza regionale delle resistenze** - Anno di riferimento 2023;
- CRE - **Sorveglianza delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbapenemi** e inserimento dei dati relativamente alle emocolture e liquor positivi su www.qualitasicilia.ssr.it, a livello aziendale rinnovo indicazioni DSA/Prot. 452 del 22/03/2023 aventi per oggetto "Indicazioni operative per il controllo della trasmissione di enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE) produttori di carbapenemasi (CPE) di tipo New-Delhi";
- **Indagini Osservazionali sull'igiene delle mani**, secondo il modello OMS, nel reparto Utin e Rianimazione, Oculistica, Urologia, Oncologia Medica e Radiologia Interventista del P.O. Garibaldi Nesima.
- **Framework IPCAF per la valutazione della prevenzione e controllo delle Infezioni per i due PP.OO**
- Studio **"Barriere riscontrate nell'attuazione dei programmi di Prevenzione e Controllo delle Infezioni"**
- **Giornata mondiale sull'igiene delle mani**, presso il Garibaldi Nesima.

Anche per l'anno 2025 è stato eseguito il controllo microbiologico ambientale nelle Sale Operatorie, secondo le Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio dell'ISPEL, con l'obiettivo di valutare il corretto funzionamento dell'impianto e delle procedure di disinfezione, con rilevamento dei valori nel range di normalità secondo le sopra citate linee guida, sia per il Presidio del P.O. Garibaldi Nesima e sia per il P.O. Garibaldi Centro.

Nell'ambito del programma aziendale per la sorveglianza ambientale e di controllo della Legionella, con l'aggiornamento della Delibera n. 1065 del 11.10.2023 dell'ARNAS Garibaldi in continuità con la precedente avente per oggetto " Autorizzazione senza soluzione di continuità della convenzione tra l'ARNAS Garibaldi e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Catania "G. Rodolico - San Marco" continua la collaborazione con l'Università "per consulenze epidemiologiche per la prevenzione e la determinazione di Legionella, gas anestetici, parametri ambientali, IBE e mantenimento del Manuale del piano di prevenzione e controllo delle legionellosi e controllo della potabilità".

Le Direzioni Mediche dei PP.OO., con il personale afferente adeguatamente formato, assicurano l'adozione di un sistema di qualità che prevede la verifica della corretta attuazione delle procedure di sanificazione mediante l'esecuzione di monitoraggi periodici sul processo e sul livello di igiene tramite la compilazione di idonee Check List a tale scopo elaborate.

