



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO SANITARIO  
(PARS)  
2024**

**Tiberia Hospital  
Roma**



## Indice

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI .....	3
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	4
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	5
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	6
6.1. Obiettivi .....	6
6.2. Attività .....	6
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	8
7.1. Obiettivi .....	8
7.2. Attività .....	8
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....	9
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

TIBERIA HOSPITAL GVM ROMA			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	98	Medicina	49
		Chirurgia	49
Posti letto diurni	9	Servizi Trasfusionali	1 (esterno in convenzione Pol.Umberto I)
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	6
DATI DI ATTIVITÀ <sup>(A)</sup>			
Ricoveri ordinari	3952	Ricoveri diurni	945
Branche specialistiche	6	Prestazioni ambulatoriali erogate	125864

(A) Fonte: Direzione Sanitaria Tiberia Hospital al 31/12/2023.

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	3	Strutturali (24%) Tecnologici (0%) Organizzativi (66%) Procedure/ Comunicazione (10%)	Strutturali (24%) Tecnologici (0%) Organizzativi (66%) Procedure/ Comunicazione (10%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	3 CADUTE DAL LETTO			
Eventi Sentinella	1			

**Tabella – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri aperti(A)	Risarcimenti erogati(A)
<b>Totale</b>	18	1

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tiberia Hospital si avvale di un sistema di Autoassicurazione relativamente alla responsabilità sanitaria.

### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

<b>Obiettivo A: DIFFONDERE LA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di Gestione del Rischio Clinico”	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) con copertura triennale (2021-2022-2023) del personale sanitario.
<b>Obiettivo B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>		
Attività 1 – Appropriatelyzza ricovero in “area medica”	SI	Implementazione di specifici protocolli di presa in carico di pazienti provenienti dai PS del territorio (ASL RM1 – A.O. S. Giovanni Add.).
<b>Obiettivo C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Individuazione aree di degenza chirurgica secondo specialità ed intensità assistenziale	SI	Riclassificazione dei posti letto all'interno dell'area chirurgica con specifica separazione di attività e personale afferente (DGR n.685 del 6/11/2023).
<b>Obiettivo D: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle	SI	Esecuzione di indagine di prevalenza semestrale

<b>principali ICA</b>		
<b>Obiettivo E: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
Attività 1 – Piano di azione locale “igiene delle mani”	SI	Eseguita attività di monitoraggio igiene delle mani per l'intero anno 2023.
<b>Obiettivo F: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
Attività 1 – Esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) con copertura triennale (2021-2022-2023) del personale sanitario.

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

<b>AZIONE</b>	<b>Direttore Sanitario/ Presidente CCICA</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Responsabile UO Affari Legali/Generali</b>	<b>Direttore Generale/Proprietà</b>	<b>Direttore Sanitario (1)</b>	<b>Direttore Amministrativo</b>	<b>Strutture di psuporto</b>
<b>Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3 e 7)</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>-</b>
<b>Redazione punti 2 e 3</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>-</b>
<b>Redazione punto 7</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>-</b>
<b>Adozione PARS con deliberazione</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>-</b>
<b>Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Monitoraggio punto 7</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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.

### 6.2. Attività

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 6.1.



**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE****ATTIVITÀ 1** - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"**INDICATORE**

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

**Legenda:** R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA****ATTIVITÀ 1** – Gestione informatizzata liste d'attesa interventi chirurgici – Fase di preospedalizzazione mediante videoconsulto anestesiologicalo. Implementazione di nuovo sistema gestionale per il reclutamento dei pazienti e l'inserimento in lista d'attesa. Nuova procedura di videoconsulto anestesiologicalo in fase di preospedalizzazione.**INDICATORE**

Decremento dei tempi di attesa e dei ricoveri ripetuti.

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Direzione Sanitaria

**OBIETTIVO C) PROMOZIONE INTERVENTI MIRATI AL CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI****ATTIVITÀ 1** – Implementazione di un "tumor board" istituzionale TH, per la presa in carico di pazienti eleggibili per la chirurgia oncologica intestinale.**INDICATORE**

Istituzione del "tumor board". Casi clinici attenzionati.

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

In questo capitolo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

### 7.1. Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- 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 attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 7.2. Attività

#### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

**ATTIVITÀ 1** - Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

##### INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024

##### STANDARD

SI

##### FONTE

CICA

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CICA	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

#### OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE

**ATTIVITÀ 1** – Piano di azione locale – Igiene delle Mani

##### INDICATORE

Esecuzione dell'attività di monitoraggio igiene delle mani almeno trimestralmente entro il



31/12/2024
<b>STANDARD</b> SI
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI MONITORAGGIO E /O CONTENIMENTO DELLE ICA</b>
<b>ATTIVITÀ 1 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA</b>
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di indagine di prevalenza semestrale entro il 31/12/2024
<b>STANDARD</b> SI
<b>FONTE</b> CICA

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La pubblicazione di tale documento avverrà sulla home page della struttura e sull'intranet aziendale.

## 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ [https://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_sanita/tbl\\_contenuti/Det\\_G12355\\_LLGG\\_eventi\\_avversi\\_sentinella\\_burl.pdf](https://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/Det_G12355_LLGG_eventi_avversi_sentinella_burl.pdf)
- ✓ “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” del Ministero della Salute
- ✓ Raccomandazioni Ministeriali applicabili per il rischio clinico
- ✓ <http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>
- ✓ Ministero della Salute “Risk Management in sanità – il problema degli Errori” commissione tecnica sul rischio clinico DM 5 marzo 2003
- ✓ sito internet <https://www.gvmnet.it/strutture/tiberia-hospital-roma>

	<b>MODULO</b>	Rev.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione Igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 1 di 12

<b>SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>		
<b>DOMANDE</b>	<b>RISPOSTE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>A.1 – Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l’igiene delle mani</b>	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza	50
<b>A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?</b>	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell’intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
<b>A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?</b>	NO	0
	SI	10
<b>A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?</b>	NO	0
	SI	15
<b>A.5 - È previsto un budget dedicato per l’approvvigionamento costante dei prodotti per l’igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	15

<b>TABELLA A1 – INDICAZIONI PER L’ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE</b>			
<b>REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all’igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	1A	6M
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: • Indagine sui singoli Reparti/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	DS	1A	3M
Definire con la Direzione Strategica gli eventuale adeguamenti strutturali e tecnologici, con l’obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	AD	1A	6M
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	1A	3M

**Legenda:** R=Responsabile; T=Tempo previsto per l’implementazione; M=Monitoraggio  
**AD:** Amministratore Delegato; **DS:** Direttore Sanitario/Direzione Sanitaria; **CI:** Coordinatore Infermieristico;  
**RIM:** Responsabile Igiene delle Mani ; **RSGQ:** Resposabile Sistema gestione Qualità ; **UF:** Ufficio Formazione;  
**UP:** Ufficio del Personale; **CICA :** Comitato Infezioni Correlate all’Assistenza **ND:** Non Definito;  
**A:** Anno/i; **M:** Mese/i

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital <small>CARE &amp; RESEARCH Roma</small>	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 2 di 12

<b>TABELLA A2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL’AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Valutazione:</b> analizzare le attuali infrastrutture per l’igiene delle mani;</li> <li>● <b>Prodotti per l’igiene delle mani:</b> prendere decisioni in merito all’approvvigionamento di soluzione alcolica;</li> <li>● <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> per il cambiamento del sistema.</li> </ul>	
<b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Valutazione:</b> mappare le risorse necessarie per garantire l’igiene delle mani in tutti i punti di assistenza;</li> <li>● <b>Prodotti per l’igiene delle mani:</b> fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito;</li> <li>● <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.</li> </ul>	
<b>➤ AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Valutazione:</b> valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso;</li> <li>● <b>Prodotti per l’igiene delle mani:</b> rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza;</li> <li>● <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> effettuare un’analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.</li> </ul>	

#### **INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
  - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l’igiene delle mani;
  - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l’igiene delle mani;
  - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser;
  - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
  - Distribuzione dei dispenser all’interno della Struttura;

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

<b>SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
<b>DOMANDE</b>	<b>RISPOSTE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>B.1 Formazione degli operatori sanitari</b>		
<b>B.1.1 – Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?</b>	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
<b>B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2 – Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali</b>		
<b>B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2.4 Poster informativi</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	15

**TABELLA B1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

<b>FORMAZIONE PERSONALE</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DS	1A	6M
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	UF	1A	6M
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	UF	1A	6M
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	1A	6M
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	AD	1A	6M
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	ND		
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione	UF	1A	6M



	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 4 di 12

obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	UP	1A	6M
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	UF	1A	6M
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	UF	1A	6M
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	AD	1A	6M
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.	UF	1A	6M

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

<b>TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Pianificazione:</b> valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati;</li> <li>● <b>Esecuzione:</b> formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.</li> <li>● <b>Sostegno da parte della Direzione.</b></li> </ul>	
➤ <b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Valutazione dei bisogni:</b> pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio;</li> <li>● <b>Pianificazione:</b> definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori;</li> <li>● <b>Esecuzione:</b> fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi;</li> <li>● <b>Supporto:</b> assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;</li> <li>● <b>Sostenibilità:</b> sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.</li> </ul>	
<b>AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Formazione:</b> formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi;</li> <li>● <b>Integrazione e allineamento:</b> prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile;</li> <li>● <b>Valutazione:</b> valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;</li> </ul>	

#### INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano formativo che preveda:
  - Tempi e modalità di erogazione della formazione;
  - Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

#### SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK



 <b>GVM</b> CARE & RESEARCH Tiberia Hospital Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione Igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 5 di 12

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
<b>C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?</b>		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
<b>C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	5
<b>C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale</b>		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
<b>C.5 Feedback</b>		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SI	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7.5

**TABELLA C1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione Igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 6 di 12

<b>VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	RSGQ	1A	6M
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	RSGQ	1A	6M
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	CICA	1A	6M
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	DS	1A	6M
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS	1A	6M
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	UF	1A	6M
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	RIM	1A	6M
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	ND		
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	RIM	1A	6M
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	DS	1A	6M
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	1A	6M
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS	1A	6M
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	ND		
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.	AD	1A	6M

**Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio**

<b>TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di compliance degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività;</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> <li>• <b>Feedback:</b> definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.</li> </ul>	
➤ <b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori);</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> <li>• <b>Feedback:</b> definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai</li> </ul>	

 <b>GVM</b> CARE & RESEARCH Tiberia Hospital Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 7 di 12

dirigenti, e comunicarli apertamente;

- **Obiettivi:** fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere. Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;

#### **AVANZATO (punteggio 76-100)**

- **Monitoraggio regolare:** condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;
- **Interpretazione dei risultati:** condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo;
- **Feedback:** organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;
- **Comunicazione:** comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

#### **INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull'igiene delle mani;
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione
- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

#### **INDICATORI DI PROCESSO**

- Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.
- Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.

**SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?</b>		
<b>D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani</b>	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
<b>D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica</b>	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
<b>D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani</b>	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
<b>D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?</b>	Mai	0
	Almeno un volta l'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
<b>D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?</b>	NO	0
	SI	10
<b>D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	10
<b>D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?</b>	NO	0
	SI	15

**TABELLA D1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**
**COMUNICAZIONE PERMANENTE**

AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	CICA	1A	6M
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	1A	6M
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	ND		
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	RIM	1A	6M
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	ND		
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	AD	1A	6M

**Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio**



 <b>GVM</b> CARE & RESEARCH Tiberia Hospital Roma	<b>MODULO</b>	Rev.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 9 di 12

<b>TABELLA D2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL’AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Risorse:</b> valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile;</li> <li>● <b>Consegna dei messaggi :</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento;</li> <li>● <b>Impatto:</b> descrivere l’uso e l’importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura;</li> <li>● <b>Sostenibilità:</b> pianificare l’aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.</li> </ul>	
<b>➤ INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Risorse:</b> definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;</li> <li>● <b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici;</li> <li>● <b>Sostenibilità:</b> pianificare l’aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.</li> </ul>	
<b>AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Risorse:</b> raccogliere idee per l’elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;</li> <li>● <b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;</li> <li>● <b>Sostenibilità:</b> produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture</li> </ul>	

#### **INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull’igiene delle mani.

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.



**SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:</b>		
<b>E.1.1 - Esiste un team definito?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?</b>		
<b>E.2.1 - Direzione generale?</b>	NO	0
	SI	10
<b>E.2.2 - Direzione sanitaria?</b>	NO	0
	SI	10
<b>E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?</b>	NO	0
	SI	15
<b>E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?</b>	NO	0
	SI	10
<b>E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?</b>		
<b>E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:</b>		
<b>E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?</b>	NO	0
	SI	10
<b>E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:</b>		
<b>E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale</b>	NO	0
	SI	5
<b>E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti</b>	NO	0
	SI	5

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 11 di 12

<b>TABELLA E1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE</b>			
<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	DS RSGQ UP	1A	6M
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	1A	6M
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	DS	1A	6M
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	DS	1A	6M
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	RSGQ	1A	6M
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	RIM	1A	6M
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	DS	1A	6M
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	ND		
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	AD	1A	6M
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	DS	1A	6M
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	UF	1A	6M

**Legenda:** R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

<b>TABELLA E2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approccio multimodale:</b> elaborare un piano di autovalutazione periodica;</li> <li>• <b>Budget:</b> valutare la riserva di un budget per queste attività;</li> <li>• <b>Comunicazione:</b> supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti</li> <li>• <b>Coinvolgimento dei pazienti.</b></li> </ul>	
<b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approccio multimodale:</b> proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;</li> <li>• <b>Budget:</b> assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;</li> <li>• <b>Ruoli e Capacità:</b> riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;</li> <li>• <b>Comunicazione:</b> oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi);</li> <li>• <b>Coinvolgimento dei pazienti:</b> sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori</li> </ul>	
<b>➤ AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approccio multimodale:</b> continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo;</li> <li>• <b>Coinvolgimento dei pazienti:</b> facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema;</li> <li>• <b>Promuovere il miglioramento:</b> valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto;</li> </ul>	

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital <small>CARE &amp; RESEARCH Roma</small>	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 12 di 12

- **Sostenibilità:** incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; ●
- **Capacità:** stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.

#### INDICATORI DI STRUTTURA


- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:
- Regolamento del CCICA
- Adozione del PARS secondo le indicazioni regionali

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

#### INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS

**NB: IN BASE ALLE SPECIFICHE ESIGENZE LOCALI, LE STRUTTURE POTRANNO INTEGRARE GLI INDICATORI SOPRA ELENCATI CON ALTRI (DI STRUTTURA, DI PROCESSO E DI ESITO), PURCHE SIA GARANTITO IL RISPETTO DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO.**

  
**Tiberia Hospital Srl**  
 Presidio Sanitario Polispecialistico  
 Dr. Vittorio CHIGNOLI  
 Direttore Sanitario  
 N° Iscr. RM 65155

Data

18/07/2023

Firma e timbro del Direttore Sanitario



GVM  
CARE & PREVENZIONE

Tiberia Hospital  
Roma

MODULO SEGNALAZIONE EVENTO  
M-190.30 Modulo segnalazione evento Rev. 0 del 24.11.21

Pag. 1 di 3

### SCHEDA SEGNALAZIONE NEAR MISS O EVENTO AVVERSO

Compilare in stampatello

#### DATI STRUTTURA

Azienda

TIBERIA HOSPITAL 2 ROMA

#### DATI EVENTO

Descrizione

MALESSERE GENERALE, DIFFICOLTÀ A RESPIRARE,  
ASTENIA, RILEVATI PARAMETRI VITALI.  
PAZIENTE INVIATO AL PRONTO SOCCORSO 118

Data e ora

Giorno 04 Mese 05 Anno 2023 hh 17<sup>00</sup> mm 00

Luogo

- Ambulatorio
- Corridoio
- Reparto
- Reparto (bagno)
- Reparto (camera)

- Sala operatoria
- Spazi aperti
- Spazi comuni
- Altro: \_\_\_\_\_

Regime di erogazione

- Prestazione ambulatoriale
- Ricovero ordinario

- Ricovero DH/DS
- Altro: \_\_\_\_\_

Unità operativa

POLIAMBULATORIO 3° PIANO (VISTA GASTROENTEROLOGIA  
ED IP SA RIVIERA)



**FATTORI CONTRIBUENTI**

**Legati al paziente**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali | <input type="checkbox"/> Condizioni precarie fragilità/infermità |
| <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto    | <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato     |
| <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia          |  |

**Legati al personale**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure | <input type="checkbox"/> Fatica/stress                                   |
| <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza          | <input type="checkbox"/> Mancata supervisione                            |
| <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiatura | <input type="checkbox"/> Mancata/errata lettura documentazione/etichetta |
| <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non eseguita       | <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo                         |

**Legati al sistema**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato                          | <input type="checkbox"/> Elevato turn-over                                     |
| <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto                       | <input type="checkbox"/> Insuccesso nel fare rispettare i protocolli/procedure |
| <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento      | <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature                   |
| <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo  | <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione                      |
| <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature | <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento                                 |
| <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua     | <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale                       |
| <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente               |  |

**Altri fattori**

Suggerimenti e note





DATI PAZIENTE

Cognome

MALAFARINA

Nome

ROBERTO

Anno di nascita

1973

Sesso

Maschio

Femmina

Non noto

Unità operativa di provenienza

Stessa U.O.

Altra struttura dell'azienda

Altra U.O. – Stessa struttura

Altra azienda

DATI OPERATORE

Cognome

MIRANDA

Nome

SITONE

Qualifica

Amministrativo

O.T.A.

Coordinatore infermieristico

Personale laureato non medico

Infermiere

Tecnico

Medico

Altro \_\_\_\_\_

O.S.S.

4.5.23 DA CORREGGERE IN FC. (M)

Tiberia Hospital  
Roma

Presidio Sanitario Polispecialistico  
Accreditato con Il Servizio Sanitario Nazionale



Cognome e nome:	<b>MALAFARINA ROBERTO</b>	Data di nascita:	26/03/1973
Codice fiscale:	MLFRRT73C26C352R	Id paziente:	03423054
Indirizzo:	VIA ISIDORO DEL LUNGO 11 - 00137 ROMA (RM)	Età:	50 anni
Provenienza:	Esterni	Sesso:	M
Data esame:	04/05/2023	Telefono:	3207673844

**Prestazione/i:** PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA

### Anamnesi e quadro clinico

50 aa da ieri vomito ed epigastralgia e pirosi retrosternale non rispondente ad antiacidi, già consigliato dal MMG accesso al DEA. Da almeno 6-8 mesi episodi notturni di vomito alimentare.

Paziente con diabete mellito di tipo I in trattamento con Adipra 12 UI ai pasti e Lantus 41 UI sc con scarso controllo dei valori glicemici.

allergia a farmaci: nega; fumo: 20 sig/die; alcol: 1 bicchiere di vino a pasto, 2-3 birre la sera; FANS: no; fam. negativa per patologie GE.

si esegue EGA in aria ambiente: pH 7.11, pCO2 14 mmHg, pO2 116 mmHg, glucosio >500 mg/dl, BE -25.1 mmol/L.

si contatta 118 e si infonde Sol. fis. 500 cc ev. + in SF 100 cc 2 fiale di Sol. bicarbonato 10mEq

### Esame obiettivo

addome: trattabile, non dolente nè dolorabile, TEC di norma, rumori intestinali presenti. fegato e milza non palpabili.

torace: MV aspro.

PA 150/80 mmHg, FC 100 bpm, sO2 98%.

Lo Specialista  
**Dott.ssa Margherita Rivera**

Documento validato il 04/05/2023 alle ore 17:22 da Dott.ssa Margherita Rivera

N.Referto 4515418 Pagina 1 di 1

Mod. VT010

Tiberia Hospital Srl a socio unico  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento  
di Gruppo Villa Maria SpA  
Via Emilio Praga 39/41, 00137 Roma (RM)  
T +39 06 6209 6340, F +39 06 69260200, PEC: gvm.tiberia@gruppoimail.it  
www.gvmnet.it

Cap. Soc. ix. euro 18.600.000,00  
Cod. Fisc. P.Iva e n. Reg. imprese 02564310395  
R.E.A. RM 1502392



GVM  
CARE & RESEARCH

Tiberia Hospital  
Roma

MODULO SEGNALAZIONE EVENTO

M-190.30 Modulo segnalazione evento Rev. 0 del 24.11.21

Pag. 1 di 3

SCHEDA SEGNALAZIONE NEAR MISS O EVENTO AVVERSO

Compilare in stampatello

DATI STRUTTURA

Azienda

TIBERIA HOSPITAL

DATI EVENTO

Descrizione

In data odierna alle ore 11<sup>00</sup> circa il personale infermieristico presente in ambulatorio II piano viene chiamato dall'ortottista, la quale riferisce che un pz durante la visita con la dottoressa Meccobuni Claudia è caduto dallo sgabello. Avvisati in stanza il signore era seduto sullo sgabello in presenza del figlio, della nipote e della dottoressa.

Rilevate pressioni arteriose 150/80 mmHg, poi riprese in un secondo momento ed era 165/80 mmHg.

Data e ora

Giorno

16

Mese

06

Anno

2023

hh

11

mm

00

Luogo

Ambulatorio

Corridoio

Reparto

Reparto (bagno)

Reparto (camera)

Sala operatoria

Spazi aperti

Spazi comuni

Altro: \_\_\_\_\_

Regime di erogazione

Prestazione ambulatoriale

Ricovero ordinario

Ricovero DH/DS

Altro: \_\_\_\_\_

Unità operativa

II piano

ST. 4



**FATTORI CONTRIBUENTI**

**Legati al paziente**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali   | <input type="checkbox"/> Condizioni precarie fragilità/infermità |
| <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto      | <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia |  |

**Legati al personale**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure | <input type="checkbox"/> Fatica/stress                                   |
| <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza          | <input type="checkbox"/> Mancata supervisione                            |
| <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiatura | <input type="checkbox"/> Mancata/errata lettura documentazione/etichetta |
| <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non eseguita       | <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo                         |

**Legati al sistema**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato                          | <input type="checkbox"/> Elevato turn-over                                     |
| <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto                       | <input type="checkbox"/> Insuccesso nel fare rispettare i protocolli/procedure |
| <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento      | <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature                   |
| <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo  | <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione                      |
| <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature | <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento                                 |
| <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua     | <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale                       |
| <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente               |  |

**Altri fattori**

**Suggerimenti e note**



DATI PAZIENTE

Cognome

PAONESSA

Nome

SALVATORE

Anno di nascita

1939 / settembre / 01

Sesso

Maschio

Femmina

Non noto

Unità operativa di provenienza

Stessa U.O.

Altra U.O. - Stessa struttura

Altra struttura dell'azienda

Altra azienda

DATI OPERATORE

Cognome

MACCABRINI

Nome

CLAUDIA

Qualifica

Amministrativo

Coordinatore infermieristico

Infermiere

Medico

O.S.S.

O.T.A.

Personale laureato non medico

Tecnico

Altro \_\_\_\_\_

Claudia Maccabrini  
Infermiere Capo Alessandro





Si propone l'intervento del 128  
che viene rifiutato -

Claudio Macchiarelli

Paolo Lupatkin



SCHEDA SEGNALAZIONE NEAR MISS O EVENTO AVVERSO

Compilare in stampatello

DATI STRUTTURA

Azienda

TIBERIA HOSPITAL 2

DATI EVENTO

Descrizione

Malessere generale, pz agitato, nscontro di  
bradicardia e ipoglicemie -

Glicemia 38 mg/dl

PA: 110/70 mmHg

FC: 40 bpm

Pz inviato al P.S.

Data e ora

Giorno 25 Mese 08 Anno 2023 hh 9 mm 30

Luogo

- Ambulatorio
- Corridoio
- Reparto
- Reparto (bagno)
- Reparto (camera)

- Sala operatoria
- Spazi aperti
- Spazi comuni
- Altro: \_\_\_\_\_

Regime di erogazione

- Prestazione ambulatoriale
- Ricovero ordinario

- Ricovero DH/DS
- Altro: \_\_\_\_\_

Unità operativa

POU AMBULATORI II piano (VISITA CARDIOLOGICA)

dot. SSA Amadorio



### FATTORI CONTRIBUTENTI

#### Legati al paziente

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali | <input type="checkbox"/> Condizioni precarie fragilità/infermità               |
| <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto    | <input checked="" type="checkbox"/> <u>Non cosciente/scarsamente orientato</u> |
| <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia          |  |

#### Legati al personale

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure | <input type="checkbox"/> Fatica/stress                                   |
| <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza          | <input type="checkbox"/> Mancata supervisione                            |
| <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiatura | <input type="checkbox"/> Mancata/errata lettura documentazione/etichetta |
| <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/regola non eseguita       | <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo                         |

#### Legati al sistema

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato                          | <input type="checkbox"/> Elevato turn-over                                     |
| <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto                       | <input type="checkbox"/> Insuccesso nel fare rispettare i protocolli/procedure |
| <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento      | <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature                   |
| <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo  | <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione                      |
| <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature | <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento                                 |
| <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/ambigua     | <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale                       |
| <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente               |  |

#### Altri fattori

#### Suggerimenti e note



DATI PAZIENTE

Cognome

BARIGAI

Nome

BRUNO

Anno di nascita

19.01.1951

Sesso



Maschio



Femmina



Non noto

Unità operativa di provenienza



Stessa U.O.



Altra struttura dell'azienda



Altra U.O. - Stessa struttura



Altra azienda

DATI OPERATORE

Cognome

MADAMA

Nome

ALESSANDRA

Qualifica



Amministrativo



O.T.A.



Coordinatore infermieristico



Personale laureato non medico



Infermiere



Tecnico



Medico



Altro \_\_\_\_\_



O.S.S.



Cognome e nome:	<b>BARIGGI BRUNO</b>	Data di nascita:	19/01/1951
Codice fiscale:	BRGBRN51A19H404M	Id paziente:	02207107
Indirizzo:	VIA SERRA DE CONTI, 62 - 00100 ROMA (RM)	Età:	72 anni
Provenienza:	Esterni	Sesso:	M
Data esame:	25/08/2023	Telefono:	0688528323

**Prestazione/i:** PRIMA VISITA CARDIOLOGICA

### Referto

ECG: BS a Fc di 40 bpm. EAS. Conduzione AV nei limiti. BBDx con consensuali anomalie della fase di ripolarizzazione ventricolare.

### Anamnesi e quadro clinico

Diabete Mellito tipo II. Iperensione arteriosa sistemica. Ipercolesterolemia.

Cardiopatía ischemica. Progresso STEMI anterolaterale trattato con PTCA ed impianto di 3 stent medicati su DA.

Ecocardiogramma (2020): Fe 50-55% con ipo-acinesia del setto medio-distale e posteriore.

Ateromasia carotidea: angio TC dei vasi epiaortici ( Maggio 2023): Stenosi carotidea di destra placca eccentrica determinante stenosi lieve del lume.; a livello del tratto prossimale della carotide interna sinistra placca prevalentemente fibrolipidica concentrica, che determina stenosi preocclusiva (> 90%). Il paziente riferisce di essere in attesa di eseguire PTA carotidea.

Terapia domiciliare: insulina sec schema, Tareg 160 mg 1 cp. Norvasc 5 mg 1 cp, Cardioaspirina 100 mg 1 cp, Seloken 100 mg 1/2 cp x 2, Venitrin TTs (ore 8-20), Torvast 20 mg 1 cp.

Asintomatico per angor, cardiopalmo e dispnea. Riferisce capogiri. Nega episodi sincopali.

### Esame obiettivo

EOC: Toni netti e pause apparentemente libere.

EOT: Non rumori patologici.

Non edemi declivi.

P. A. O. (mmHg): 130 /70

Cognome e nome:	<b>BARIGGI BRUNO</b>	Data di nascita:	19/01/1951
Codice fiscale:	BRGBRN51A19H404M	Id paziente:	02207107
Indirizzo:	VIA SERRA DE CONTI, 62 - 00100 ROMA (RM)	Età:	72 anni
Provenienza:	Esterni	Sesso:	M
Data esame:	25/08/2023	Telefono:	0688528323

### Conclusioni diagnostiche

Paziente cardiopatico ischemico e diabetico con stenosi carotidea preocclusiva  
Fortemente bradicardico. Si presente agitato, sudato in stato confusionale ed in ipoglicemia (HGT 39) in correzione. Si  
contatta il 118 per trasporto in PS.

Lo Specialista  
**Dott.ssa Raffaella Quadrucchio**

TIBERIA HOSPITAL S.r.l.  
Presidio Sanitario Polispecialistico  
Dr.ssa Raffaella QUADRUCCHIO  
Cardiologo  
TA n° 3160

Documento inviato il 25/08/2023 alle ore 10:08 da Dott.ssa Raffaella Quadrucchio

Il presente documento rappresenta un'approssimazione della procedura verificata il 25/08/2023 alle ore 09:49 da Quadrucchio Raffaella

N. Ref. 4670789 Pagina 2/3



**Accordo per la gestione dei trasferimenti di pazienti acuti  
tra Ospedale Santo Spirito e San Filippo Neri dell'ASL Roma I  
e la Medicina Interna della Casa di Cura Tiberia Hospital**

Nel presente accordo vengono definite le modalità organizzative per la gestione dell'invio di pazienti dal Pronto Soccorso e dall'Osservazione Breve Intensiva dell'ASL Roma I verso la Medicina Interna della Casa di Cura Tiberia Hospital per l'anno 2023 (ai sensi della Determinazione G00042 del 05/01/2023).

**Criteri per l'individuazione dei pazienti da trasferire**

Alla Casa di Cura Tiberia Hospital devono essere inviati pazienti stabilizzati, con caratteristiche cliniche di acuzie, prevalentemente da trattare in ambito internistico le cui condizioni cliniche ne consentano il trasferimento in ambulanza e non risulti necessaria l'esecuzione di interventi-diagnostico terapeutici non eseguibili presso la struttura privata di non alta specialità.

Il personale medico del Pronto Soccorso ASL Roma I provvederà ad inviare i casi per i quali è indicato il ricovero presso la Casa di Cura Tiberia Hospital escludendo quelli di seguito elencati:

Criteri di esclusione al trasferimento in Medicina interna a Tiberia Hospital

- Cardiopatia ischemica sospetta o accertata non stabilizzata o dolore toracico in cui non sia stata esclusa la genesi ischemica
- Cardiopatie valvolari emodinamicamente significative non valutate dal cardiocirurgo
- Aritmie minacciose
- Versamento pericardico non stabilizzato
- Emorragia (ematemesi o melena o rettorragia) senza stabilità dell'Hb in due controlli a distanza di max 48 ore
- Coma d.n.d.d.
- Shock
- Depressione maggiore in atto o in anamnesi senza consulenza dello psichiatra (raccomandazioni ministeriali)
- Patologia psichiatrica acuta con disturbo del comportamento che includa autolesionismo (incluso Tentato Suicidio pregresso) o aggressività verso terzi senza consulenza psichiatrica che escluda il rischio di suicidio
- Tossicodipendenza in terapia metadonica
- Politrauma
- Ittero ostruttivo neoplastico non operabile
- Alcolismo acuto
- Disagio sociale o senza fissa dimora

Di fronte a dubbi di identificazione dei criteri di accesso in Medicina interna a Tiberia Hospital è necessario un propedeutico confronto tra clinici, come nel caso di:

- Condizione per la quale non sia stata esclusa l'opzione chirurgica, pur nell'incertezza diagnostica
- Insufficienza epatica
- Sospetta malattia contagiosa (TBC polmonare) o infezione trasmissibile in atto (per es. da Klebsiella, Scabbia, Clostridium)

*Kan*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Qualora entro 12 ore dal trasferimento si verifichi la necessità da parte della CdC di reinviare un paziente instabile verso il PS di origine è necessaria una comunicazione telefonica di preallertamento direttamente al medico di PS del Santo Spirito (06.6835.7511-7509, 06.6835.2241-7176) o del San Filippo Neri (06.33067919-2375) che a loro volta avvisano il triagista.

I numeri di riferimento della **Medicina CdC Tiberia Hospital** sono i seguenti: 06.89260.700 - 06.89260.713

I reparti invianti si impegnano a riaccettare, previo contatto telefonico, i pazienti precedentemente inviati che mostrassero un peggioramento clinico durante la degenza in Casa di Cura nei casi in cui il trasferimento non rivesta carattere di emergenza e sia legato al motivo che ha generato l'episodio di ricovero da cui è derivato il trasferimento in Medicina interna; ciò al fine di migliorare la gestione del singolo caso clinico, risparmiando risorse, in quanto nella struttura di provenienza sono disponibili gli accertamenti già eseguiti, inducendo maggior appropriatezza. In caso di urgenza, dubbi clinici o difficoltà organizzative, il paziente verrà inviato al PS di competenza territoriale.

### Modalità di Accesso

Fatto salvo specifici accordi in casi eccezionali, di norma l'accesso presso la Casa di Cura Tiberia Hospital avviene al mattino, **preferibilmente entro le ore 13:00 e comunque non oltre le ore 18:00** (nei giorni feriali dal lunedì al sabato).

Il numero di ricoveri è pari ad un minimo di 24 invii a settimana.

La **disponibilità giornaliera** è assicurata in 4 posti al giorno (indifferentemente UOMO o DONNA); in caso di modifiche della disponibilità la CdC Tiberia Hospital entro le 8.30 invia una e-mail con gli aggiornamenti.

Le richieste di trasferimento o di non necessità di p.l. devono pervenire alla CdC Tiberia Hospital via mail entro le ore 9, con l'impegno di inviare le richieste prima possibile.

Le disponibilità sono assegnate in ugual misura a entrambi i PS (Santo Spirito e San Filippo Neri) sulla base delle caratteristiche dei pazienti potenzialmente trasferibili.

**La CdC si riserva di dare una risposta di accettazione via mail entro 30-60' dalla ricezione della proposta.**

In ogni caso i PS possono inviare nell'arco della giornata tutte le richieste di trasferimento che ritengono congrue per la CdC che, nei limiti della disponibilità, verranno evase nell'arco delle 24 ore (in giornata o nella mattina successiva).

Il paziente deve essere trasferito a seguito di un test negativo al TNF molecolare o antigenico in assenza di sintomi, munito di documento di riconoscimento e tessera sanitaria.

Qualora il paziente per il quale sia stato richiesto un trasferimento abbia trovato altra collocazione, i PS Santo Spirito e San Filippo Neri devono comunicare via mail appena possibile l'annullamento della richiesta e relativa motivazione, proponendo, se possibile, un paziente in alternativa al precedente trasferimento. Il trasporto in ambulanza sarà organizzato a cura ed oneri dell'ASL Roma I da parte della U.O.C. inviante.

Il trasferimento deve essere obbligatoriamente accompagnato da copia della documentazione clinica che riporta le condizioni del paziente (copia della cartella di PS e CD delle eventuali indagini strumentali già eseguiti al Pronto Soccorso, ecc.).

La CdC Tiberia Hospital ha identificato la seguente e-mail di riferimento per le comunicazioni ufficiali con ASL Roma I:

• [mmazzone@gvmnet.it](mailto:mmazzone@gvmnet.it) [medicina-vti@gvmnet.it](mailto:medicina-vti@gvmnet.it) [dirgen-vti@gvmnet.it](mailto:dirgen-vti@gvmnet.it) [nbergantino@gvmnet.it](mailto:nbergantino@gvmnet.it)



## PRONTO SOCCORSO SANTO SPIRITO

- [pspostilettosp@aslroma1.it](mailto:pspostilettosp@aslroma1.it)

## PRONTO SOCCORSO SAN FILIPPO NERI

- [pspostilettosfn@aslroma1.it](mailto:pspostilettosfn@aslroma1.it)

Una volta identificati i pazienti i rispettivi PS inviano una mail alla CdC

- Nome del paziente
- Cognome del paziente
- Data di nascita
- Diagnosi principale e principali comorbidità
- PS inviante
- Eventuale score MEWS

Per la richiesta bisogna allegare la stampa PDF da GIPSE web 'Posto Letto in Altro Ospedale'. Nel testo della mail possono essere integrate informazioni non presenti nella stampa.

**Monitoraggio**

Periodicamente viene redatto un report a cura della Direzione Sanitaria dell'ASL Roma 1 al fine di monitorare l'andamento dei ricoveri rispetto agli accordi presi. Si condivide la necessità di organizzare incontri al fine di valutare modifiche/integrazioni al presente accordo.

Letto, confermato e sottoscritto in data 16/03/2023

Referente	Firma
Dott. Giuseppe Furia Dirigente medico Direzione Medica Santo Spirito - ASL Roma 1 (in delega anche per il PO San Filippo Neri)	
Dott.ssa Barbara Guglietta Dirigente medico UOC Committenza - ASL Roma 1	
Dott.ssa Ester Zantedeschi Dirigente medico UOC Committenza - ASL Roma 1	
Dott.ssa Maria Paola Saggese Direttore PS e Medicina d'Urgenza - S. Spirito - ASL Roma 1	
Dott.ssa Monica Carfora Responsabile PS e OBI - S. Spirito - ASL Roma 1	
Dott. Vittorio Chignoli Direttore Sanitario Casa di Cura Tiberia Hospital	
Dott. Marinella Mazzone Direttore Medicina Casa di Cura Tiberia Hospital	
CPSE Fabrizio Malgarini Coordinatore Infermieristico Medicina Casa di Cura Tiberia Hospital	



## CONVENZIONE

Tra

L'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata - C.F. e P.I. 04735061006 - con sede in Roma in Via dell'Amba Aradam, 9 in persona del Legale Rappresentante *pro tempore* Direttore Generale Dr.ssa Tiziana Frittelli ivi domiciliato per la carica, d'ora in avanti anche più semplicemente "Azienda".

e

La Società Tiberia Hospital S.r.l. – P.I. – C.F. 02564310395 e Registro Imprese n. R.E.A. RM - 1502392, con sede legale in Roma, Via Emilio Praga, 39/41 in persona del Legale Rappresentante *pro tempore* ed Amministratore Delegato Dr.ssa Valeria Giannotta, d'ora in avanti anche più semplicemente "C.d.C."

### PREMESSO CHE

- all'interno del PS e del DEA Aziendale possono verificarsi fenomeni di sovraffollamento soprattutto a causa delle difficoltà di ricovero dei pazienti che rimangono in attesa di una adeguata collocazione nei reparti di degenza;
- per far fronte a tali criticità la Regione Lazio – Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato la Determinazione n. G42 del 05/01/2023 avente ad oggetto "Ratifica Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e le Associazioni di Categoria AIOP-ARIS-UNINDUSTRIA SANITÀ, sottoscritto in data 28 dicembre 2022, inerente al "Trasferimento da Pronto Soccorso per ricovero presso le strutture accreditate per acuti non dotate di Pronto Soccorso - Trasferimento dai reparti di Area medica ubicati presso ospedali sede di P.S. o DEA in Riabilitazione e Lungodegenza";
- la sopracitata Determinazione consente, grazie alla partecipazione delle Case di Cura accreditate, di trovare idonea collocazione ai pazienti in attesa di ricovero presso il Pronto Soccorso attraverso una maggiore disponibilità di posti letto per acuti e attraverso la facilitazione del passaggio dei pazienti ricoverati in area medica verso la riabilitazione (codice 56) e la post acuzie medica (codice 60);
- la stessa Determinazione individua quali C.d.C. di afferenza dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata le Case di Cura "Villa Betania", "Villa Pia", "Tiberia Hospital" e "San Feliciano";
- che la Casa di Cura Tiberia Hospital e l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (di seguito "Azienda") hanno interesse ad avviare con una collaborazione per:
  - a) accoglienza presso la C.d.C. dei pazienti in trasferimento dal P.S. dell'Ospedale;
  - b) rientro in Ospedale dalla C.d.C., tramite la Centrale Operativa Ospedaliera ("COO") dell'Azienda;
- La Casa di Cura Tiberia Hospital e l'Azienda Ospedaliera hanno manifestato la propria disponibilità ad instaurare il predetto rapporto di collaborazione.

Tanto premesso,

### SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

#### Art.1 Premesse

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto.

**Art. 2**  
**Trasferimento di pazienti dal P.S. Aziendale alla C.d.C. per acuti**

I pazienti eleggibili per il trasferimento da PS sono quelli con età > 18 aa, emodinamicamente stabili, di area medica.

La C.d.C. si impegna ad accogliere nella U.O. di Medicina un minimo 2 pazienti al giorno provenienti dal PS dell'Ospedale.

Il paziente verrà trasferito con al seguito la documentazione sanitaria (cartella di PS) comprensiva di eventuali immagini radiologiche su CD.

Il PS invierà al centralino la richiesta di trasferimento su apposito modulo Gipse nel quale sono riportate le necessarie informazioni cliniche; il centralino invierà la richiesta sia alla Casa di Cura accreditata sia alla Centrale Operativa Ospedaliera dell'Azienda (COO).

L'Azienda ha centralizzato nella COO la gestione dei posti letto aziendali e delle disponibilità di posto letto provenienti dalle CdC.

Le parti dispongono che la comunicazione dell'invio del paziente alla CdC dovrà avvenire entro e non oltre le ore 19.00.

**Art. 3**  
**Modalità di compilazione della richiesta di trasferimento ed invio dei pazienti provenienti da Pronto Soccorso**

Le richieste di trasferimento inviate dall'Azienda per mancanza di posto letto, si intenderanno automaticamente accettate, previo accordo telefonico, ove necessario, come disciplinato al successivo articolo 4, e saranno notificate dal Centralino e/o dalla COO aziendale alla e-mail dedicata della Medicina di Tiberia Hospital (di seguito MTH).

L'Azienda è tenuta a comunicare tempestivamente, entro le ore 10 di ciascun giorno feriale incluso il sabato, la mancata esigenza di posti letto, così che MTH possa rimetterli in rete ed assegnarli ad altro P.S..

Fatti salvi specifici accordi, di norma l'accesso presso la MTH avviene entro le 19:00 nei giorni feriali dal lunedì al sabato.

La scheda Gipse deve includere l'accurata descrizione delle condizioni cliniche del paziente al momento della richiesta di trasferimento verso la MTH, le comorbidità rilevanti e/o attive, la terapia domiciliare.

Il numero di disponibilità giornaliera è concordato in un **minimo di 2 p.l., di cui uno uomo e uno donna.**

Il trasporto in ambulanza sarà a cura dell'Azienda.

Il trasferimento deve essere obbligatoriamente accompagnato da copia del rapporto di PS (scheda Gipse) e dei referti degli esami diagnostici e delle consulenze eventualmente eseguiti, score NEWS  $\leq 4$  o (3 in un solo item), CD di esami d'imaging eseguiti in PS (Legge 187/2000 art.3), tessera sanitaria o team, Eni, STP.

Principali contatti:

**Per la Casa di Cura:**

e-mail: [medcina-vti@gvmnet.it](mailto:medcina-vti@gvmnet.it); [dirsan-vti@gvmnet.it](mailto:dirsan-vti@gvmnet.it); Telefono: 0689260700 - 713; Centralino: tel 0689260125.

**Per l'Azienda:**

Pronto Soccorso: 0677055305

COO Aziendale: e-mail [coa@hsangiovanni.roma.it](mailto:coa@hsangiovanni.roma.it); Telefoni: 06 7705 5307 – 5314;  
Centralino: fax 0677055291

#### **Art. 4** **Criteria per l'individuazione dei pazienti da trasferire in Medicina**

Alla MTH possono essere inviati *esclusivamente* pazienti dal PS/OBI, con caratteristiche cliniche di acuzie, ma stabilizzati per i quali è necessario il ricovero in ambiente internistico o geriatrico le cui condizioni cliniche ne consentano il trasferimento in ambulanza e per i quali non risulti necessaria l'esecuzione di interventi diagnostico-terapeutici non erogabili presso la CdC VT.

Sono inoltre esclusi quei pazienti che presentino patologie di interesse chirurgico o in cui l'opzione chirurgica non sia ancora stata esclusa o nei quali, comunque, ci siano come comorbidità una o più patologie che necessitino gestione chirurgica. I pazienti proposti per il ricovero a MTH devono avere uno score NEWS non superiore a 4 (o 3 in un solo item), fatte salve alcune situazioni cliniche sulle quali vi sia stato un accordo per le vie brevi tra medici delle due istituzioni.

Inoltre, indipendentemente dal punteggio NEWS, le seguenti condizioni cliniche controindicano il trasferimento del paziente:

- mancanza di tampone antigenico di III generazione x Covid19 nelle 24h precedenti;
- aritmie minacciose recenti non trattate;
- versamento pericardico in progressivo aumento (almeno due determinazioni);
- psicosi acuta o disturbo del comportamento che includa aggressività non controllata, depressione maggiore o necessità di piantonamento;
- evento neurologico acuto con possibilità di o recente trombolisi;
- recente politrauma che necessita di monitoraggio stretto di laboratorio o di radiologia;
- pazienti con disagio sociale o senza fissa dimora;
- pazienti candidati a CPRE;
- pazienti privi di Tessera Sanitaria.

Vanno concordati telefonicamente ed eventualmente programmati in rapporto alla stabilizzazione del paziente trasferimenti per le seguenti condizioni cliniche:

- condizione per la quale non sia stata esclusa l'opzione chirurgica, pur nell'incertezza diagnostica

#### **Art. 5** **Rientro in Ospedale**

L'eventuale rientro in Ospedale dalla CdC, per controlli già programmati dalla UO Aziendali, deve avvenire, previa comunicazione alla COO aziendale alla mail: [coa@hsangiovanni.roma.it](mailto:coa@hsangiovanni.roma.it), con trasporto infermi organizzato a cura dell'Azienda.

Nel caso in cui il paziente ricoverato necessiti, in condizioni di urgenza, di prestazioni/esami/valutazioni non effettuabili dalla CdC, egli verrà dimesso e inviato nel P.S. dell'Azienda, previo accordi telefonici, con servizio di trasporto a carico della C.d.C.. Resta inteso che la C.d.C. garantisce il posto letto, e quindi la possibilità di riaccettare il paziente, post valutazione, con le modalità disciplinate all'art.3.

Nel caso di condizioni di emergenza verrà attivato dalla CdC il soccorso-extra ospedaliero ARES118, che trasferirà il paziente secondo i percorsi assistenziali vigenti della rete dei PS competenti.

Nel caso fosse la CdC a richiedere un controllo o un accesso, non urgente, che dovrà essere concordato e organizzato tramite la COO, sarà la CdC a curarne il trasporto in ospedale; tali prestazioni/esami, effettuati in regime istituzionale da parte dei sanitari dell'Azienda Ospedaliera, saranno svolti in costanza di ricovero dei pazienti della Casa di Cura e saranno oggetto di apposita fatturazione da parte

dell'Azienda Ospedaliera nei confronti della stessa Casa di Cura, secondo i valori corrispondenti alle tariffe regionali vigenti.

#### **Art. 6 Monitoraggio**

Al fine di mantenere un costante controllo sull'appropriatezza degli invii tra la CdC e l'Azienda, le parti si impegnano ad organizzare incontri periodici trimestrali per valutare l'andamento dell'accordo, con analisi di eventuali criticità attraverso la definizione di specifici indicatori quali:

- numero di trasferimenti dall'Ospedale alla CdC;
- n° pazienti non accettati dalla CdC per mancanza pl e/o per non idoneità del paziente

#### **Art. 7 Referenti Operativi**

Ai fini della corretta gestione delle attività e dei percorsi definiti nella presente convenzione, le Strutture individuano per quanto di rispettiva competenza i seguenti referenti operativi:

- Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata: **Dr. Paola Masala**, Direttore Medico dei Presidi ospedalieri
- C.d.C. Tiberia Hospital: **Dott. Vittorio Chignoli**, Direttore Sanitario.

#### **Art. 8 Trattamento dei dati personali**

Ciascuna Parte, nell'esecuzione del presente contratto, tratterà i Dati Personali, in qualità di Titolare Indipendente del trattamento e nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 recante il General Data Protection Regulation (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 s.m.i.

Ciascuna Parte metterà in atto adeguate misure tecniche ed organizzative per garantire la sicurezza dei Dati Personali, incluso la prevenzione di qualsiasi utilizzo non autorizzato o fraudolento dei dati e/o dei file processati.

Ciascuna Parte assicurerà agli Interessati le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 e l'esercizio dei Diritti di accesso, rettifica, opposizione e cancellazione in qualsiasi momento e senza costi, in ottemperanza alle leggi vigenti in materia di protezione dei dati.

Ciascuna Parte consente espressamente all'altra Parte di comunicare i propri dati a terzi, qualora tale comunicazione sia necessaria in funzione degli adempimenti, diritti ed obblighi connessi all'esecuzione del presente Contratto, ovvero renda più agevole la gestione dei propri rapporti derivanti dallo stesso.

Qualora una delle Parti intendesse trasferire i dati in Paesi extra Unione Europea, quella Parte garantirà che il trasferimento dei dati sia fatto in ottemperanza alle leggi in materia di protezione dei dati, ivi incluso il General Data Protection Regulation 2016/679.

In ogni caso, i dati acquisiti saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati. La loro rimozione avverrà comunque in maniera sicura, in ottemperanza alle leggi vigenti in materia di protezione dei dati.

In relazione all'attività della presente convenzione, la Casa di Cura è Titolare del trattamento dei dati personali e l'Ospedale si configura quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 GDPR, come da successivo atto di nomina di Responsabile esterno di Trattamento dei dati che le parti si impegnano a sottoscrivere.

#### **Art. 9**

## **Responsabilità**

Ciascuna parte risponde, ad ogni effetto di legge, per le attività di sua specifica competenza.

### **Art. 10**

#### **Durata**

La presente convenzione decorre dalla data di sottoscrizione dell'accordo da ambo le parti ed ha la durata di 1 anno, rinnovabile allo scadere della stessa, salvo disdetta da comunicarsi da una parte all'altra per iscritto, con preavviso non inferiore a 30 giorni.

### **Art. 11**

#### **Foro competente**

Per qualsiasi controversia relativa alla interpretazione ed esecuzione della presente convenzione sarà esclusivamente competente il Foro di Roma.

*Letto, confermato, sottoscritto.*

*Roma, 15 febbraio 2023.*

**AO Complesso Ospedaliero  
San Giovanni Addolorata  
Il Direttore Generale  
Dott.ssa Tiziana Frittelli**

Firmato digitalmente da: Tiziana Frittelli  
Data: 28/02/2023 16:18:29

**Presidio Ospedaliero  
Tiberia Hospital S.r.l.  
Il Legale Rappresentante  
Dott.ssa Valeria Giannotta**

Firmato digitalmente da:  
VALERIA GIANNOTTA  
Data: 24/02/2023 16:10:11





**ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE  
(SEDUTA DEL 6 NOVEMBRE 2023)**

L'anno duemilaventitrè, il giorno di lunedì sei del mese di novembre, alle ore 16.22 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 16.00 dello stesso giorno, si è riunita la Giunta regionale così composta:

- |                                    |                       |                             |                  |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------|
| 1) ROCCA FRANCESCO .....           | <i>Presidente</i>     | 7) PALAZZO ELENA .....      | <i>Assessore</i> |
| 2) ANGELILLI ROBERTA .....         | <i>Vicepresidente</i> | 8) REGIMENTI LUISA .....    | “                |
| 3) BALDASSARRE SIMONA RENATA ..... | <i>Assessore</i>      | 9) RIGHINI GIANCARLO .....  | “                |
| 4) CIACCIARELLI PASQUALE .....     | “                     | 10) RINALDI MANUELA .....   | “                |
| 5) GHERA FABRIZIO .....            | “                     | 11) SCHIBONI GIUSEPPE ..... | “                |
| 6) MASELLI MASSIMILIANO .....      | “                     |                             |                  |

Sono presenti: *il Presidente, la Vicepresidente e gli Assessori Baldassarre, Ghera, Maselli, Righini e Schiboni.*

Sono assenti: *gli Assessori Ciacciarelli, Palazzo, Regimenti e Rinaldi.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

**Deliberazione n. 685**

OGGETTO: L.r. 4/2003 e s.m.i. e R.R. 20/2019 – Presidio sanitario denominato Casa di Cura “Tiberia Hospital 1”, sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, gestita dalla Società “Tiberia Hospital srl” (C.F. e P.IVA 02564310395). Rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale, per rimodulazione dei posti letto e redistribuzione spazi interni.

## **LA GIUNTA REGIONALE**

Su proposta del Presidente

### **VISTI**

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione della Giunta regionale del 24.04.2018 n. 203 concernente: “Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la determinazione n. G07633 del 13.06.2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 25/05/2023 concernente: “*Conferimento dell’incarico di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione Sociosanitaria” ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto.*”, con la quale è stato nominato Direttore Regionale il Dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di Organizzazione n. G09357 del 07/07/2023 concernente: “*Regolamento regionale n. 1/2002, art. 164, comma 5. Affidamento ad interim della responsabilità dell’Area “Autorizzazione Accreditamento e Controlli” della Direzione Regionale “Salute e Integrazione Sociosanitaria”*”;

### **VISTI**

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 2012, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- il DPCM 29.11.2001 concernente “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza
- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 concernente: “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitaria e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali” e s.m.i.
- il Regolamento regionale 6 novembre 2019, n. 20 recante: “Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell’articolo 5, comma 1, lettera b), e dell’articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all’esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale.”;

### **VISTI inoltre:**

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: “Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-

2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019”;

- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l'altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con il DCA n. U00018 del 20.01.20 e recepito dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 12 del 21 gennaio 2020, subordinatamente al recepimento, mediante deliberazione integrativa della Giunta, da adottarsi entro il termine del 30 marzo 2020 (poi prorogato al 30 giugno 2020), delle ulteriori modifiche richieste dai Ministeri Salute ed Economia e Finanze con il parere del 28 gennaio 2020;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il citato parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la DGR n. 406 del 26/06/2020 recante: “Preso d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento”;
- la DGR n. 661 del 29.09.2020 recante: “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2012 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020”;

**VISTA** la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11 recante: “Legge di contabilità regionale”;

**VISTA** la legge regionale 30 marzo 2023, n. 1 recante: “Legge di stabilità regionale 2023”;

**VISTA** la legge regionale 30 marzo 2023 n. 2 recante: “Bilancio di previsione finanziaria della Regione Lazio 2023-2025”;

**VISTI**, altresì:

- il DCA n. U00008 del 3 febbraio 2011, con il quale è stato approvato il testo integrato e coordinato denominato Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie ed è stato modificato l'allegato 1 al decreto del Commissario ad acta 90/2010;
- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 concernente “*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*”;

**VISTO** il DCA n. U000374 del 29/08/2017 recante: “*L.R. n. 04/2003 Art. 13 R.R. 02/2007 – Voltura dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO istituzionale della “Casa di cura Villa Tiberia”, sita in Via Emilio Praga, 26 – 00137 Roma, dalla Società Villa Tiberia in A.S. (P. IVA 02138911009) in favore della Società Villa Tiberia Hospital Srl (P.IVA 02564310395), con sede legale in Via Vittorio Veneto, 169 – 00187 Roma, per avvenuta cessione d'azienda. (ASL ROMA 1)*”;

**VISTA** la Deliberazione Giunta Regionale n. 664 del 02/08/2022 recante: “*L.r. 4/2003 e s.m.i. e R.r. 20/2019. Trasferimento dell'accREDITAMENTO istituzionale di branche mediche specialistiche ambulatoriali e del centro di dialisi ambulatoriale dal presidio denominato TIBERIA HOSPITAL 1 sito in Roma Via Emilio Praga, 26 in favore del presidio TIBERIA HOSPITAL 2 sito in Roma, Via Emilio Praga 39/41, gestiti dalla Società Tiberia Hospital S.r.l.*”;

**VISTA** l'istanza di rimodulazione di spazi interni a seguito di lavori di manutenzione straordinaria inviata con nota acquisita al protocollo regionale con n. 44761 del 17/01/2020 e successiva istanza acquisita al protocollo regionale con n. 527057 e 521123 del 16/06/2020, presso il presidio denominato Casa di Cura "Tiberia Hospital 1", sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma;

**CONSIDERATO** che con la determinazione regionale n. G07512 del 18/06/2021 è stato adottato il Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", pubblicata sul BURL n. 66 del 1° luglio 2021, successivamente modificata con determinazione regionale n. G01328 del 10/02/2022 che prevede per il Presidio denominato "Casa di Cura Villa Tiberia" il numero dei posti letto programmati per disciplina e regime di ricovero;

**VISTA** l'istanza prot. 326/2022, acquisita al protocollo della Regione Lazio n. 301479 del 25/03/2022 con la quale la società Tiberia Hospital srl, che gestisce il Presidio denominato Casa di Cura "Tiberia Hospital 1", sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, ha chiesto la rimodulazione, in accreditamento, dei posti letto secondo quanto stabilito dai provvedimenti di programmazione della rete ospedaliera sopra richiamata, come di seguito specificato:

Descrizione disciplina ospedaliera	Ordinario PL	Diurno PL	Var ORD	Var DIU
MEDICINA GENERALE (cod. 26)	37		-12	
PNEUMOLOGIA (cod. 68)	12		+12	
DAY Hospital			-9	
CHIRURGIA GENERALE (cod. 09)	18		-22	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (cod. 37)	6		+6	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (cod. 36)	15		+15	
UROLOGIA (cod. 43)	10		+10	
DAY Surgery Multispecialistico		9		-
Totale	98	9		

**CONSIDERATO** che la documentazione prodotta è risultata conforme a quanto previsto dalle vigenti disposizioni e completa;

**VISTE** le note prot. n. 66866 del 24/01/2020, n.527057 del 16/06/2020, n.82828 del 28/01/2021 e n. 743356 del 28/07/2022 con le quali l'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria ha richiesto alla ASL Roma 1 di verificare la permanenza dei requisiti minimi autorizzativi e la sussistenza dei requisiti ulteriori di accreditamento previsti dalla vigente normativa per il Presidio sanitario denominato Casa di Cura "Tiberia Hospital 1", sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, gestita dalla Società "Tiberia Hospital srl" (C.F. e P. IVA: 02564310395);

**VISTA** la nota acquisita alla Regione Lazio con prot. n. 395289 del 07/04/2023, con la quale il Direttore Generale della ASL Roma 1 ha attestato la rispondenza del Presidio sanitario denominato Casa di Cura "Tiberia Hospital 1", sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, gestita dalla Società "Tiberia Hospital srl" (C.F. e P. IVA: 02564310395) ai requisiti minimi autorizzativi ed ai requisiti ulteriori di accreditamento di cui al DCA n. U0008/2011 e s.m.i. e DCA n. U00469/2017;

**RILEVATO** che nel parere della ASL Roma 1, acquisito con prot. n. 395289 del 07/04/2023:

- per mero errore materiale sono state riportate in autorizzazione e accreditamento le attività ambulatoriali trasferite con DGR n. 664/2022 al presidio “TIBERIA HOSPITAL 2” sito in Roma, Via Emilio Praga 39/41, e che, pertanto, non fanno parte della configurazione attuale del presidio “TIBERIA HOSPITAL 1”;
- è stata comunicata dal Legale Rappresentante della Società “Tiberia Hospital srl”, con prot. ASL Roma 1 n. 20818 del 08/02/2023, la “*rinuncia per sospensione temporanea*” del settore specializzato di citoistologia della branca Laboratorio Analisi (cod. 00);

**RITENUTO** pertanto, ai sensi della L.r. 4/2003 e del R.r. 20/2019, ed in considerazione di quanto disposto con la Determinazione Regionale n. G01328 del 10/02/2022 e con la Delibera di Giunta Regionale n. 664 del 02/08/2022, di provvedere:

- al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale, in favore del Presidio sanitario denominato Casa di Cura “Tiberia Hospital 1”, sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, gestito dalla Società “Tiberia Hospital srl.” (C.F. e P. IVA: 02564310395), a seguito di rimodulazione dell’attività accreditata con DCA n. U000374/2017 e s.m.i., come di seguito indicato:  
Struttura che eroga prestazioni in regime di acuzie ospedaliera di complessivi n. 107 posti letto di cui n. 9 posti letto Day Surgery:
  - n. 37 p.l.      MEDICINA GENERALE (cod. 26)
  - n. 12 p.l.      PNEUMOLOGIA (cod. 68)
  - n. 18 p.l.      CHIRURGIA GENERALE (cod. 09)
  - n. 6 p.l.        OSTETRICIA E GINECOLOGIA (cod. 37)
  - n. 15 p.l.      ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA (cod. 36)
  - n. 10 p.l.      UROLOGIA (cod. 43)
  - n. 9 posti      DAY Surgery Multispecialistico
- alla variazione in autorizzazione e accreditamento dell’assetto dell’attività ambulatoriale per quanto attiene la sospensione del settore specializzato di citoistologia della branca Laboratorio Analisi (cod. 00);

**CONSIDERATO** che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

### **DELIBERA**

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- ai sensi della L.r. 4/2003 e del R.r. 20/2019, ed in considerazione di quanto disposto con la Determinazione Regionale n. G01328 del 10/02/2022 e con la Delibera di Giunta Regionale n. 664 del 02/08/2022, di provvedere:
  1. al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale, in favore del Presidio sanitario denominato Casa di Cura “Tiberia Hospital 1”, sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26 – 00137 Roma, gestito dalla Società “Tiberia Hospital srl.” (C.F. e P. IVA: 02564310395), a seguito di rimodulazione dell’attività accreditata con DCA n. U000374/2017 e s.m.i., come di seguito indicato:  
Struttura che eroga prestazioni in regime di acuzie ospedaliera di complessivi n. 107 posti letto di cui n. 9 posti letto Day Surgery:
    - n. 37 p.l.      MEDICINA GENERALE (cod. 26)
    - n. 12 p.l.      PNEUMOLOGIA (cod. 68)
    - n. 18 p.l.      CHIRURGIA GENERALE (cod. 09)
    - n. 6 p.l.        OSTETRICIA E GINECOLOGIA (cod. 37)
    - n. 15 p.l.      ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA (cod. 36)



- n. 10 p.l. UROLOGIA (cod. 43)
  - n. 9 posti DAY Surgery Multispecialistico
2. alla variazione in autorizzazione e accreditamento dell'assetto dell'attività ambulatoriale per quanto attiene la sospensione del settore specializzato di citoistologia della branca Laboratorio Analisi (cod. 00);
  3. è confermato, per il resto, quanto previsto con DCA n. U000374 del 29/08/2017, successivamente modificato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 664 del 02/08/2022.

Pertanto, in considerazione di quanto disposto con il presente atto, la configurazione finale del Presidio sanitario denominato Casa di Cura "Tiberia Hospital 1", sito nel Comune di Roma, Via Emilio Praga, n. 26, gestito dalla società "Tiberia Hospital srl" è la seguente:

### **ATTIVITA' AUTORIZZATE**

STRUTTURA CHE SVOLGE ATTIVITA' DI ASSISTENZA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO ORDINARIO E DIURNO PER ACUZIE per complessivi n. 132 posti letto di cui n. 9 posti letto Day Surgery, così distribuiti:

Raggruppamento Chirurgico per complessivi n.83 posti letto di cui 9 posti letto di Day Surgery

<b>Codice disciplina</b>	<b>Unità funzionale di degenza</b>	<b>N. PL ordinari</b>	<b>N. PL diurni</b>
09	CHIRURGIA GENERALE	43	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	
43	UROLOGIA	10	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	
98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO *		9

\* per le discipline autorizzate al ricovero

Raggruppamento Medico per complessivi n.49 posti letto

<b>Codice disciplina</b>	<b>Unità funzionale di degenza</b>	<b>N. PL ordinari</b>	<b>N. PL diurni</b>
26	MEDICINA GENERALE	37	
68	PNEUMOLOGIA	12	

**REPARTO OPERATORIO:** n. 5 sale operatorie di cui numero 1 sala operatoria utilizzata anche per attività di Chirurgia Ambulatoriale (tipologia PC2); n. 1 Sala Endoscopia;

**SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE** (service con l'Ospedale di San Carlo di Nancy);

**SERVIZI DELLA STRUTTURA SANITARIA (ANCHE APERTI A PAZIENTI ESTERND):**

- Laboratorio generale di base (cod. 00);
- Diagnostica per immagini: Radiologia tradizionale TAC - Mammografia - Ecografia (cod. 69) - RMN da 1,5 Tesla (cod. 79)
- Frigoemoteca (convenzionata con il Centro Trasfusionale del Policlinico Umberto I);

### **ATTIVITA' ACCREDITATE**

STRUTTURA CHE SVOLGE ATTIVITA' DI ASSISTENZA IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO ORDINARIO E DIURNO PER ACUZIE per complessivi n. 107 posti letto di cui n.9 posti letto Day Surgery, così distribuiti:

Raggruppamento Chirurgico per complessivi n.58 posti letto di cui 9 posti letto di Day Surgery

Codice disciplina	Unità funzionale di degenza	N. PL ordinari	N. PL diurni
09	CHIRURGIA GENERALE	18	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	
43	UROLOGIA	10	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6	
98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO *		9

\* per le discipline autorizzate al ricovero

Raggruppamento Medico per complessivi n.49 posti letto

Codice disciplina	Unità funzionale di degenza	N. PL ordinari	N. PL diurni
26	MEDICINA GENERALE	37	
68	PNEUMOLOGIA	12	

**REPARTO OPERATORIO:** n. 5 sale operatorie di cui numero 1 sala operatoria utilizzata anche per attività di Chirurgia Ambulatoriale (tipologia PC2); n. 1 Sala Endoscopia

**SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE** (service con l'Ospedale di San Carlo di Nancy)

**SERVIZI DELLA STRUTTURA SANITARIA (ANCHE APERTI A PAZIENTI ESTERNI):**

- Laboratorio generale di base (cod. 00);
- Diagnostica per immagini: Radiologia tradizionale TAC - Mammografia - Ecografia (cod. 69) - RMN da 1,5 Tesla (cod. 79);
- Frigoemoteca (convenzionata con il Centro Trasfusionale del Policlinico Umberto I)

Il Legale Rappresentante è la Dott.ssa Valeria Giannotta, nata a Borgomanero (NO) il 04/12/1986.

Il Direttore Sanitario è il Dott. Vittorio Chignoli, nato a Napoli il 24/10/1973, laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, iscritto all'Ordine dei Medici di Roma con il n. d'ordine 65155.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a comunicare tempestivamente il presente provvedimento alla società "Tiberia Hospital srl", alla ASL RM1, al Municipio III di Roma Capitale e all'Ordine Provinciale dei Medici di Roma.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e comunque l'accreditamento, previo congruo preavviso, può subire riduzioni e variazioni per effetto di provvedimenti, anche di programmazione, nazionali e regionali".

L'accertamento del possesso e/o del mantenimento di titoli e/o requisiti prodotti e/o dichiarati, finalizzati al rilascio del presente provvedimento, diversi da quelli rientranti nelle competenze proprie della Regione Lazio, rimane in capo agli enti, alle amministrazioni ed agli organismi comunque denominati titolari del loro rilascio.

Il presente provvedimento, pertanto, potrà essere revocato ove le amministrazioni o gli enti diversi

dalla Regione Lazio accertino, nell'ambito delle competenze ad essi attribuite dalla legge, la non rispondenza della struttura, dei titoli o dei requisiti prodotti e/o dichiarati alle disposizioni che disciplinano le materie oggetto del presente provvedimento.

Le attività autorizzate e accreditate con il presente provvedimento potranno essere soggette a successivi processi di riorganizzazione, riconversione o rimodulazione sulla base degli atti di pianificazione e programmazione sanitaria che la Regione riterrà di adottare.

Si richiama l'obbligo della struttura di provvedere a tutti gli adempimenti previsti dalle vigenti disposizioni che disciplinano la materia e, in particolare, a quelli disposti dalla L.R. n. 4/2003 e dai relativi provvedimenti regolamentari e amministrativi di attuazione che richiedono la preventiva autorizzazione regionale.

Si richiama l'obbligo dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio di vigilare sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10/02/2011 e successive modificazioni.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

*Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesteso schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.*

(O M I S S I S)

IL SEGRETARIO  
(Maria Genoveffa Boccia)

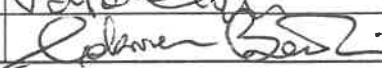
IL PRESIDENTE  
(Francesco Rocca)

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital <small>CARE &amp; RESEARCH</small> Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 25/06/2022
File: M-000.04 Rapporto di Audit FORMAT 2 * SEMESTRE INFEZIONI OSPEDALIERE 11.01.23 rev.1	<b>RAPPORTO DI AUDIT</b>	Pag. 1 di 2

**DATA 12/01/2023**

AUDIT PROGRAMMATO	AUDIT NON PROGRAMMATO
AREA	GESTIONE RISCHIO CLINICO

**GRUPPO DI AUDIT**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
VITTORIO CHIGNOLI	DIRETTORE SANITARIO	
GABRIELE BOTTURI	RSGQ	

**PERSONALE COINVOLTO**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
EDOARDO NANNI	RESPONSABILE MEDICO DI CHIRURGIA	
ANNA MARIA CONTE	VICE-DIRETTORE SANITARIO	
MARINELLA MAZZONE	RESPONSABILE MEDICO DI MEDICINA	
IVANO MAGIONESI	COORDINATORE INF. CHIRURGIA	
FABRIZIO MALGARINI	COORDINATORE INF. MEDICINA	

**SCOPO DELL'AUDIT:**

INFORMARE IL PERSONALE COINVOLTO PER QUANTO RIGUARDA IL MONITORAGGIO E L'ANDAMENTO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE NEL SECONDO SEMSTRE 2022.

**PROCESSI OGGETTO DELL'AUDIT**

MONITORAGGIO E GESTIONE INFEZIONI NOSOCOMIALI

**GIUDIZIO GLOBALE SULL'AUDIT**

	CARENTE	DA MIGLIORARE	ADEGUATO
<b>ASPETTO</b>			
Competenze del personale intervistato coinvolto nel processo			X
Presidi di controllo			X
Capacità di monitoraggio			X


**STANDARD DI CONTROLLO ADOTTATI:**

ANALISI DOCUMENTALE	INTERVISTA	QUESTIONARIO	RE-PERFORMANCE	OSSERVAZIONE DIRETTA	CONTROLLO A CAMPIONE
X					

**ALLEGATI:**

--

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*

 <b>GVM</b> <small>CARE &amp; RESEARCH</small> Tiberia Hospital Roma	<b>MODULO</b>	Rev.1 25/06/2022
File: M-000.04 Rapporto di Audit FORMAT 2 * SEMESTRE INFEZIONI OSPEDALIERE 11.01.23 rev.1	<b>RAPPORTO DI AUDIT</b>	Pag. 2 di 2

**STATO DELLE AZIONI RIFERITE A RILIEVI DA AUDIT INTERNO DEL \_\_\_\_\_**

#	RIF.	RILIEVO	EVIDENZE	STATO
Nessun rilievo				

**DOCUMENTAZIONE PRESA IN VISIONE IN CORSO DI AUDIT:**

<b>RAPPORTO DI AUDIT</b>
<p>Al personale interessato (vedere nominativi "personale coinvolto") è stata consegnata una copia del RAPPORTO INFEZIONI OSPEDALIERE LUGLIO-DICEMBRE 2022 (2° semestre 2022) allo scopo di renderli consapevoli delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoraggio delle infezioni e della relativa importanza che ha a livello clinico/assistenziale</li> <li>• andamento delle infezioni presso i vari reparti nel secondo semestre del 2022</li> <li>• partecipazione attiva nel processo di prevenzione (ci sarà un audit dedicato all'eventuali azioni correttive da intraprendere a fronte dei dati emersi) e di miglioramento.</li> </ul>

**EVIDENZE EMERSE DELL'AUDIT**

PROG.	ARGOMENTO	EVIDENZE	RIF. (NC, OSS, COM)

**NON CONFORMITÀ (O NON CONFORMITÀ MAGGIORI), OSSERVAZIONI (O NON CONFORMITÀ MINORI) E COMMENTI (O RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO) – SONO EMERSE:**

NON CONFORMITÀ: N°	OSSERVAZIONI: N°	COMMENTI: N°
--------------------	------------------	--------------

RIF. (NC, OSS, COM)	DESCRIZIONE DI NON CONFORMITÀ, OSSERVAZIONI, COMMENTI	RISCHI ASSOCIATI CO= COMPLIANCE PR =PROCESSO INF = INFORMATIVA	NOTE

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*



12/04/2023

AREA GOVERNO DELLA RETE  
UOC COMMITTENZA

Prot. 57037

Ai Direttori Sanitari  
Ai Responsabili sanitari

Fondazione Policlinico A Gemelli  
Ospedali Classificati  
IRCCS IDI  
IRCCS Fondazione Bietti  
Case di Cura Accreditate  
Case di Cura Private  
RSA

Loro PEC

Oggetto: Incontro con le strutture accreditate sul tema delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Le SSSL sono invitate a partecipare all'incontro, organizzato dalla Vice Presidente Vicario della Commissione per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) dell'Asl Roma I, Dott.ssa Patrizia Chierchini, che si terrà in data **2 maggio 2023** dalle 15.00 alle 17.00 presso la **Sala S Spirito-Borgo S Spirito 3**, al fine di approfondire il tema delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Cordiali saluti

Il Direttore Area Governo della Rete  
UOC Committenza  
Dr.ssa Rita Lucchetti

(All. c.s.)

**Riunione del 02/05/2023 CICA Riunione con strutture accreditate – Verbale****Ordine del giorno:**

- Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

**Inizio:** ore 15.15 - **fine:** 17:30**Presenti:** Fogli firma allegati**Relatori:** P.Chierchini R. Lucchetti, M. Meledandri, D. Ricciardulli.

Segreteria Tecnica-Organizzativa CCICA

Componenti GO-CICA

Aprire l'incontro la Dott.ssa Patrizia Chierchini, vicepresidente vicaria della Commissione per il controllo Infezioni Correlate all'Assistenza, ringraziando i presenti per la loro partecipazione alla riunione.

Dopo aver illustrato la composizione e le finalità del Comitato, la dr.ssa Chierchini focalizza l'obiettivo sull'elaborazione di una strategia per affrontare il problema dell'antibiotico resistenza, definito come una "pandemia silenziosa" in crescita. Secondo l'andamento dei dati epidemiologici, il problema riveste carattere d'urgenza a livello Nazionale e nello specifico interessa la Asl Roma 1, in quanto il Lazio è tra le regioni in cui si riscontrano i numeri più alti di infezioni correlate all'assistenza. Pertanto occorre attuare strategie per contrastare le suddette, secondo gli standard previsti dai protocolli Internazionali -Nazionali di corretta gestione del paziente.

I pilastri di questa attività sono tre (sorveglianza, prevenzione e politica sull'uso degli antibiotici), la dr.ssa Chierchini cede la parola alla Dott.ssa Lucchetti Dir.UOC Area del Governo della Rete, che fornisce una panoramica sui temi dell'incontro, quali sinergie ed integrazione tra sistemi di sicurezza delle cure e programmi di accreditamento istituzionali, precisando come sia cambiata la normativa regionale di riferimento. Con l'approvazione del DCA 469/2017 è stato adottato il manuale di accreditamento; il modello precedentemente era incentrato su un sistema di qualità di tipo prettamente gestionale, in seguito è stato introdotto e sottolineato il concetto di sicurezza sulla tipologia di servizi erogati, senza tralasciare gli aspetti dell'organizzazione. Ci sono 8 fattori di qualità e 28 requisiti generali, suddivisi in sottosezioni per ciascun setting assistenziale e declinati in 4 fasi: progettazione, implementazione, monitoraggio e miglioramento della qualità. Nell'ambito del criterio 2, le strutture vengono indirizzate alla programmazione della prevenzione e della riduzione delle infezioni correlate all'assistenza, con l'adozione delle linee guida OMS e delle raccomandazioni ministeriali. Si tratta di un sistema altamente integrato, poiché i fattori di rischio che incidono sulle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera sono molteplici.

Inoltre la dr.ssa Lucchetti pone l'attenzione sulle strategie di controllo del rischio infettivo nelle RSA, mostrando i risultati emersi in Emilia Romagna dello studio epidemiologico rivolto agli ospiti presenti all'interno di tali strutture. L'indagine rivela che uno dei maggiori fattori di rischio sia causato dall'utilizzo dei cateteri vescicali. L'obiettivo di riduzione delle infezioni può essere ottenuto con un programma di sorveglianza, attraverso la formazione del personale sulle procedure, il monitoraggio costante dei dati di sorveglianza, il coordinamento delle attività di prevenzione e controllo, l'integrazione dei programmi di controllo delle infezioni in sinergia con gli altri programmi di gestione e miglioramento della qualità. Dopo aver elencato le problematiche e le criticità nell'implementazione delle attività indicate, la dr.ssa Lucchetti evidenzia come il contesto delle cure residenziali ponga delle problematiche eterogenee che riguardano sia i fattori di rischio degli ospiti che spesso presentano pluripatologie, anche di tipo cognitivo comportamentale, sia i fattori di rischio di tipo logistico-strutturale ( p.e.ambienti di attività collettiva), che devono essere presi in considerazione globalmente.

Vengono poi esaminati alcuni principi fondamentali riguardo alle precauzioni standard da adottare, si affronta inoltre il tema dell'implementazione di un programma di antimicrobial stewardship.

Il Dott. Meledandri, analizzando i dati del rapporto integrato delle reti CAESAR ed EARS-Net 2023, osserva come, a livello di sorveglianza dell'antimicrobico resistenza, la situazione italiana sia migliorata negli ultimi anni. I risultati mostrano un quadro epidemiologico delle infezioni invasive caratterizzato da una popolazione prettamente maschile che supera i 65 anni. È sostanzialmente invariata la resistenza all'Escherichia-coli, alle Klebsielle P. allo Streptococco beta-emolitico allo Pseudomonas A. Vi sono dei dati in controtendenza circa le infezioni da MRSA.



Inoltre evidenzia i punti di forza e di debolezza della sorveglianza in Italia.

Il rapporto contiene un questionario (TrACSS), promosso dalle agenzie dell'ONU FAO, OIE e Oms, basato su un'autovalutazione per classificare i Paesi; l'Italia si posiziona tra i paesi meno virtuosi, data l'elevata resistenza e l'alto consumo di antibiotici.

Viene poi descritta l'organizzazione della sorveglianza AMR/ICA nella ASL Roma 1, attività consolidata nei presidi ospedalieri a gestione diretta (San Filippo Neri e Santo Spirito) dove è in fase di potenziamento, nello specifico viene portata all'attenzione l'esperienza della sorveglianza quotidiana basata sugli alert organism.

La sorveglianza viene svolta anche presso ambulatori e centri prelievo distribuiti nei sei distretti di afferenza, Case della Salute, CAD, SERD, consultori, istituti penitenziari etc. Il dr. Meledandri sottolinea che i multi resistenti rilevati nei campioni ambulatoriali siano il 4-5% con prevalenza di Escherichia.coli.

I dati mostrano che le strutture a gestione diretta di ASL Roma 1 costituiscono solo una piccola parte del contesto complessivo, caratterizzato da una densità elevata di "facilities", con molteplici attività assistenziali e vocazioni.

In seguito viene illustrato il programma PP10, nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione (PAP), che ha l'obiettivo di coordinare le attività di sorveglianza e controllo AMR svolte dalle diverse strutture sanitarie, in particolare mette in evidenza il questionario editabile, contenuto nel programma, che ogni anno verrà aggiornato da ogni struttura e rinviato alla Regione, nel quale sono contenuti i seguenti punti: sorveglianza di laboratorio, sorveglianza delle ICA, azioni di controllo e buone pratiche, il nuovo PNCAR (Piano Nazionale per il contrasto all'antimicrobico resistenza), il manuale Aware, il team AST dell'Asl Roma 1.

Concludendo il proprio intervento il dr. Meledandri rileva la necessità di un allineamento tra i professionisti della struttura e le strutture diverse che operano in un'area specifica, Regione, etc.

Prende la parola la Dott.ssa Ricciardulli UOSD Farmaceutica convenzionata, che presenta i dati relativi alla prescrizione di antibiotici sul territorio, evidenziando il problema dell'antibiotico resistenza, in quanto causa 5 milioni di morti l'anno; tale situazione coinvolge in modo particolare l'Italia, il quale rientra tra i Paesi europei dove si registrano il maggior consumo di antibiotici e i tassi più elevati di resistenza e multi-resistenza. Secondo i dati AIFA, circa il 90% del consumo di antibiotici a carico del SSN viene erogato in regime di assistenza convenzionata, confermando che gran parte dell'utilizzo avviene a seguito della prescrizione del Medico di MMG o del PLS rispetto ai quali è importante attivare costantemente iniziative di sensibilizzazione e formazione e fornire una reportistica individuale specifica.

Desti preoccupazione il dato rilevato per l'acquisto e utilizzo di antibiotici da parte delle strutture accreditate.

Nel 2022 rispetto al 2019, si registra una prevalenza d'uso di antibiotici in tutte le fasce d'età, con numeri più alti soprattutto nella fascia di età pediatrica (0-4 anni) e nella fascia degli ultra ottantacinquenni; nelle fasce intermedie vi è una maggiore prevalenza delle donne di età compresa tra i 35-54 anni. A livello territoriale e nazionale si evince una differenza tra il sud del paese (dove si consumano più antibiotici) rispetto al nord. Persiste quindi una forte eterogeneità dei consumi tra le Regioni con un gradiente incrementale da Nord a Sud, sia in termini di quantità di antibiotici utilizzati che di spesa. Nell'ambito del territorio dell'ASL Roma 1 è stato osservato una contrazione dei consumi di antibiotici nel Distretto 14 rispetto agli distretti della ASL, in quanto dal 2018 è stata avviata un'attività di formazione e di sensibilizzazione rivolta ai MMG e PLS ai fini di una corretta prescrizione.

Il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza della terapia antibiotica nelle Strutture Sanitarie Residenziali (RSA) è di particolare importanza per la prevenzione delle resistenze batteriche in una popolazione anziana particolarmente fragile e spesso con numerosi fattori di rischio (comorbidità, cateterismo vescicale, CVC/CVP, incontinenza, lesioni cutanee, etc.)

Seguono gli interventi da parte dei partecipanti:

viene sottolineata da più parti la necessità di accelerare una centralizzazione della distribuzione di antibiotici sotto il coordinamento della Asl per le RSA, la dr.ssa Ricciardulli osserva che uno degli ostacoli è la rendicontazione.

Interviene la Dr.ssa Stefania Giordano, Medico Responsabile della RSA Salus, informa che all'interno della struttura il monitoraggio sull'uso degli antibiotici è attivo da un paio d'anni. Nella RSA Salus il livello di medicalizzazione è molto elevato quindi l'onere prescrittivo di antibiotici non si può attribuire ai medici di MMG se non per una minima parte, ma bensì ai medici che operano presso la struttura.

Viene rappresentata la posizione delle case di cura private non accreditate, per le quali si richiede una partnership per implementare le politiche di sorveglianza.

Il Dr. Tommaso Petitti, della Fondazione Don Gnocchi, sottolinea la necessità di non applicare i criteri ospedalieri per la distribuzione diretta degli antibiotici, inoltre segnala, tra i problemi delle RSA, la difficoltà di accesso ai laboratori per l'esecuzione degli esami culturali e chiede la possibilità di inviarli ai laboratori della Asl presenti sul territorio.






Viene segnalato il problema della corretta gestione dei pazienti colonizzati che accedono alla struttura (difficoltà della gestione dell'isolamento)

A conclusione dell'incontro la dr.ssa Chierchini auspica di trovare una soluzione attraverso delle sinergie comuni al fine di contrastare le infezioni, con conseguente diminuzione dell'utilizzo degli antibiotici.

Chiude la riunione la Dr.ssa Lucchetti informando i presenti che verranno ripristinata in tempi brevi la call quindicinale dedicata alla residenzialità.

La riunione si conclude alle ore 17:30.

	<b>MODULO</b>	REV.2 02/05/2023
File: M-000.04 Rapporto di Audit FORMAT AGGIORNAMENTO ANTIBIOTICI ASLRM1 12.06.2023 rev.2	<b>RAPPORTO DI AUDIT</b>	Pag. 1 di 4




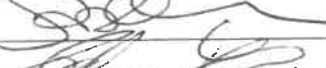

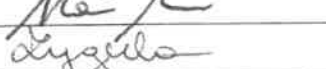
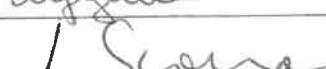
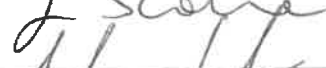
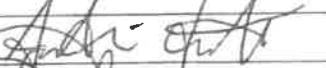
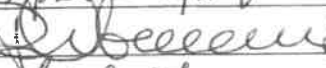
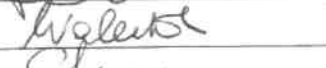



DATA 12/06/2023

AUDIT PROGRAMMATO	X	AUDIT NON PROGRAMMATO
AREA	GESTIONE RISCHIO CLINICO	

**GRUPPO DI AUDIT**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
VITTORIO CHIGNOLI	DIRETTORE SANITARIO	
GABRIELE BOTTURI	RSGQ	

**PERSONALE COINVOLTO**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
EDOARDO NANNI	RESPONSABILE MEDICO DI CHIRURGIA	
ANNA MARIA CONTE	VICE-DIRETTORE SANITARIO	
MARINELLA MAZZONE	RESPONSABILE MEDICO DI MEDICINA	
IVANO MAGIONESI	REFERENTE INF. CHIRURGIA	
FABRIZIO MALGARINI	COORDINATORE INF. MEDICINA	
MARCO MARTINELLI	REFERENTE INF. SOLVENTI	
MARZENA ZYGULA	REFERENTE INF. AMBULATORI	
GIUSEPPE SCAVONE	MEDICO/CHIRURGO SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	
ANTONIO FUSTO	RESPONSABILE MED. DI CARDIOLOGIA	
RAFFAELLA QUADRUCCIO	MEDICO CARDIOLOGO	
LOREDANA VALENTE	MEDICO CARDIOLOGO	
SARA MORRONE	MEDICO CARDIOLOGO	
MARZIA SIMONELLI	MEDICO RESPONSABILE DI EMODIALISI	
FRANCESCO PASQUALE	REFERENTE INF. EMODIALISI	

**SCOPO DELL'AUDIT:**

INFORMARE IL PERSONALE COINVOLTO IN MERITO AI DATI RACCOLTI DALL'ASLRM1 IN MERITO ALLE PRESCRIZIONI DEGLI ANTIBIOTICI NEL TERRITORIO E CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE IN ALLEGATO (CARTACEA E NON)


**PROCESSI OGGETTO DELL'AUDIT**

MONITORAGGIO E GESTIONE USO DEGLI ANTIBIOTICI A LIVELLO TERRITORIALE

**GIUDIZIO GLOBALE SULL'AUDIT**

ASPETTO	CARENTE	DA MIGLIORARE	ADEGUATO
Competenze del personale intervistato coinvolto nel processo			X

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*

	<b>MODULO</b>	Rev.2 02/05/2023
File: M-000.04 Rapporto di Audit FORMAT AGGIORNAMENTO ANTIBIOTICI ASLRM1 12.06.2023 rev.2	<b>RAPPORTO DI AUDIT</b>	Pag. 2 di 4

Presidi di controllo			X
Capacità di monitoraggio			X

**STANDARD DI CONTROLLO ADOTTATI:**

ANALISI DOCUMENTALE	INTERVISTA	QUESTIONARIO	RE-PERFORMANCE	OSSERVAZIONE DIRETTA	CONTROLLO A CAMPIONE
X					

**ALLEGATI:**

- ALLEGATO 1 - DOCUMENTO ASL RM1 "LA PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI NEL TERRITORIO" A CURA DELLA DOTT.SSA DANIELA RICCIARDULLI – UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA ASLROMA 1 (formato cartaceo e digitale)
- ALLEGATO 2 - Manuale Antibiotici AwaRe – AIFA, Gennaio 2023 (formato digitale)

**STATO DELLE AZIONI RIFERITE A RILIEVI DA AUDIT INTERNO DEL \_\_\_\_\_**

#	RIF.	RILIEVO	EVIDENZE	STATO
Nessun rilievo				

**DOCUMENTAZIONE PRESA IN VISIONE IN CORSO DI AUDIT:**

- DOCUMENTO ASL RM1 "LA PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI NEL TERRITORIO" A CURA DELLA DOTT.SSA DANIELA RICCIARDULLI – UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA ASLROMA 1
- Manuale Antibiotici AwaRe – AIFA, Gennaio 2023

**RAPPORTO DI AUDIT**

Al personale interessato (vedere nominativi "personale coinvolto") è stata consegnata una copia del primo allegato ed, in base a quanto estrapolato dal documento in questione, è stato portato alla loro attenzione quanto segue:

- La RESISTENZA ANTIMICROBICA (AMR) è una minaccia per la salute di tutti
- L'USO INAPPROPRIATO degli antibiotici comporta inevitabilmente ad un incremento della AMR e dei suoi effetti a livello sociale/territoriale
- Nel 2022 nella REGIONE LAZIO il consumo territoriale (74% SNN e 26% PRIVATO) è AUMENTATO del 26% rispetto al 2021
- Nel 2022 il consumo degli antibiotici è così suddiviso: 52% MACROLIDI – 41% CEFALOSPORINE 3° GENERAZIONE – 29% ASS. PENICILLINE, INCL. INIBITORI, BETA-LATT. – 18% FLUOROCHINOLONI
- Vengono proposti i dati sul CONSUMO degli antibiotici secondo la metodologia AWARe (tipologia di classificazione degli antibiotici introdotta dall'OMS nel 2017 nell'ambito della lista dei farmaci essenziali quale strumento per supportare gli interventi per il miglioramento della gestione degli antibiotici – Guida avente come scopo fornire uno strumento prescrittivo essenziale e per promuovere la cultura di un utilizzo ottimale e parsimonioso)
- Metodologia AWARe – classificazione antibiotici in:
  - ACCESS – antibiotici che hanno uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza in termini di reazioni avverse, da usare preferibilmente nella maggior parte delle infezioni più frequenti quali ad esempio le infezioni delle vie aeree superiori
  - WATCH – Antibiotici a spettro d'azione più ampio, raccomandati come opzione di prima scelta solo per

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*





particolari condizioni cliniche

- RESERVE – antibiotici da riservare al trattamento delle infezioni da germi multi-resistenti
- Sono riportate le RACCOMANDAZIONI SUL TRATTAMENTO MIRATO delle infezioni urinarie GRAM-NEGATIVI MDR (Enterobacterales resistenti a cefalosporine di 3° generazione e carbapenemi e Pseudomonas difficile da trattare – DTR)
- Vengono riportate le INDICAZIONI DI STEWARDSHIP sull'uso dei farmaci; ovvero quelle attività che mirano a promuovere l'uso ottimale degli antibiotici, quali: la SCELTA DEL FARMACO, il DOSAGGIO, la VIA DI SOMMINISTRAZIONE e la DURATA del trattamento. In questo caso, vengono riportate le seguenti indicazioni:
  - DESCALATION – passaggio da una terapia antibiotica empirica a largo spettro ad una a spettro più ristretto e/o riduzione del numero degli antibiotici
  - DURATA
  - BATTERIURIA ASINTOMATICA
  - La sola PIURIA riscontrata all'ESAME CHIMICO FISICO delle urine o stick-urine NON COSTITUISCE INDICAZIONE PER RICHIEDE URINOCOLTURA
- Sono riportate le TERAPIE per le infezioni delle vie urinarie (IVU) NON COMPLICATE e COMPLICATE causate da ENTEROBACTERALES RESISTENTI AI CARBAPENEMI
- Vengono riportati gli OBIETTIVI inerente alla gestione delle terapie antibiotiche nelle RSA dell'ASL RM1 e gli strumenti di monitoraggio
- Riconoscere come chiave di lettura nell'uso EFFICACE degli antibiotici la PARSIMONIA (quando prescrivere? Quali prescrivere? A chi prescrivere? Per quanto tempo?), proponendo come strumenti per l'uso ottimale degli antibiotici in ambito territoriale, le seguenti attività:
  - Monitoraggio periodico ASL/Distretti
  - Monitoraggio specifico per singolo MMG – Medico di Medicina Generale
  - Monitoraggio obiettivi PNCAR – Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza
  - Approfondimenti su uso in RSA
  - Iniziative di sensibilizzazione della popolazione

**EVIDENZE EMERSE DELL'AUDIT**

PROG.	ARGOMENTO	EVIDENZE	RIF. (NC, OSS, COM)

**NON CONFORMITÀ (O NON CONFORMITÀ MAGGIORI), OSSERVAZIONI (O NON CONFORMITÀ MINORI) E COMMENTI (O RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO) – SONO EMERSE:**

<b>NON CONFORMITÀ: N°</b>	<b>OSSERVAZIONI: N°</b>	<b>COMMENTI: N°</b>
---------------------------	-------------------------	---------------------



**GVM**  
CARE & RESEARCH

Tiberia Hospital  
Roma

## MODULO

REV.2  
02/05/2023

File: M-000.04 Rapporto di Audit FORMAT  
AGGIORNAMENTO ANTIBIOTICI ASLRM1  
12.06.2023 rev.2

## RAPPORTO DI AUDIT

Pag. 4 di 4

RIF. (NC, OSS, COM)	DESCRIZIONE DI NON CONFORMITÀ, OSSERVAZIONI, COMMENTI	RISCHI ASSOCIATI CO= COMPLIANCE PR =PROCESSO INF = INFORMATIVA	NOTE

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*



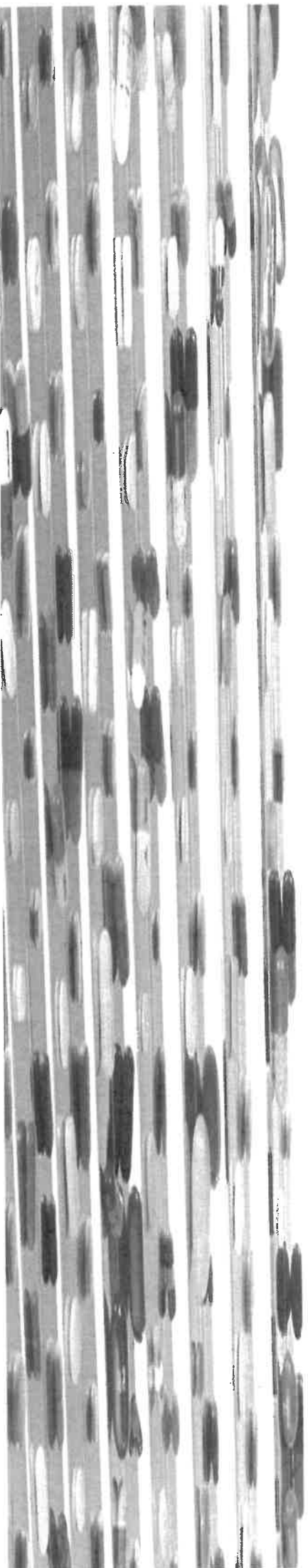
**ASL  
ROMA 1**



## **LA PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI NEL TERRITORIO**

**Dott.ssa Daniela Ricciardulli**

**UOSD Farmaceutica Convenzionata ASL ROMA 1**



# RACCOMANDAZIONI AIFA PER USO OTTIMALE ANTIBIOTICI

**Terapia mirata delle infezioni  
urinarie non complicate e  
complicate causate da batteri  
Gram negativi resistenti a multipli  
antibiotici**



## MEDICINA TERRITORIALE

(INCLUSE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI)



DATA 19/07/2023

AUDIT PROGRAMMATO	X	AUDIT NON PROGRAMMATO	
AREA	GESTIONE RISCHIO CLINICO		

**GRUPPO DI AUDIT**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
VITTORIO CHIGNOLI	DIRETTORE SANITARIO	
GABRIELE BOTTURI	RSGQ	

**PERSONALE COINVOLTO**

Nome e Cognome	Funzione	Firma
EDOARDO NANNI	RESPONSABILE MEDICO DI CHIRURGIA	
ANNA MARIA CONTE	VICE-DIRETTORE SANITARIO	
MARINELLA MAZZONE	RESPOSANBILE MEDICO DI MEDICINA	
IVANO MAGIONESI	COORDINATORE INF. CHIRURGIA	
FABRIZIO MALGARINI	COORDINATORE INF. MEDICINA	

**SCOPO DELL'AUDIT:**

INFORMARE IL PERSONALE COINVOLTO PER QUANTO RIGUARDA IL MONITORAGGIO E L'ANDAMENTO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE NEL PRIMO SEMSTRE 2023 E REFRESH SULLE ICA E LE INDICAZIONI IGIENICO-SANITARIE BASILARI

**PROCESSI OGGETTO DELL'AUDIT**

MONITORAGGIO E GESTIONE INFEZIONI NOSOCOMIALI	MONI
---	------

**GIUDIZIO GLOBALE SULL'AUDIT**

ASPETTO	CARENTE	DA MIGLIORARE	ADEGUATO
Competenze del personale intervistato coinvolto nel processo		X	
Presidi di controllo		X	
Capacità di monitoraggio		X	

**STANDARD DI CONTROLLO ADOTTATI:**

ANALISI DOCUMENTALE	INTERVISTA	QUESTIONARIO	RE-PERFORMANCE	OSSERVAZIONE DIRETTA	CONTROLLO A CAMPIONE
X					

**ALLEGATI:**

--

**STATO DELLE AZIONI RIFERITE A RILIEVI DA AUDIT INTERNO DEL \_\_\_\_\_**

#	RIF.	RILIEVO	EVIDENZE	STATO

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*



Nessun rilievo

**DOCUMENTAZIONE PRESA IN VISIONE IN CORSO DI AUDIT:**

- REPORT INFEZIONI OSPEDALIERE TIBERIA HOSPITAL GENNAIO-GIUGNO 2023

**VERBALE DI AUDIT**

Al personale interessato (vedere nominativi "personale coinvolto") è stata consegnata una copia del RAPPORTO INFEZIONI OSPEDALIERE TIBERIA HOSPITAL GENNAIO-GIUGNO 2023 (1° semestre 2023) allo scopo di renderli consapevoli delle seguenti attività:

- monitoraggio delle infezioni e della relativa importanza a livello clinico/assistenziale
- andamento delle infezioni presso i reparti di MEDICINA E CHIRURGIA nel primo semestre del 2023
- partecipazione attiva nel processo di prevenzione e di miglioramento.

Inoltre, si ricorda a tutto il personale interessato che al fine di garantire un'assistenza di qualità, bisogna attenersi a tutte quelle norme igienico-sanitarie che sono lo strumento primario per la prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA); queste sono una particolare tipologia di infezioni che, purtroppo, rappresentano la complicità più frequente e grave nella realtà sanitaria.

Data la loro origine, ovvero l'assistenza, la maggior parte delle ICA sono prevedibili (oltre il 50%). Il 35-40% delle infezioni interessano il tratto urinario, seguite da quelle dell'apparato respiratorio, delle ferite chirurgiche e quelle sistemiche.

La pericolosità di queste affezioni è determinata dal fatto che possono verificarsi in qualsiasi realtà sanitaria (RSA, ambulatori, terapie intensive, lungo-degenze, etc.) e determinare:

- Nuovi ricoveri;
- Prolungamento della degenza;
- Incremento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici;
- Disabilità;
- Morte.

Secondo il Ministero della Salute, in Europa ogni anno le ICA causano:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi;
- 110.000 decessi per i quali le ICA rappresentano una concausa.

Gli assistiti (degenti e utenza afferente ai servizi territoriali) sono il target di maggior interesse per le ICA; ciò non esclude il rischio di infezione per il personale sanitario e i visitatori/caregiver.

Dato l'enorme impatto socio-economico che hanno queste affezioni, le attività di prevenzione e di gestione delle ICA sono strumenti fondamentali e imprescindibili.

Delle suddette attività, la corretta igiene delle mani, secondo le indicazioni dell'OMS, rappresenta uno degli strumenti più importanti ed efficaci.

Il corretto lavaggio delle mani deve essere effettuato:

- Prima del contatto col paziente
- Prima di una manovra asettica
- Dopo l'esposizione ad un liquido biologico
- Dopo il contatto col paziente
- Dopo con il contatto con ciò che sta attorno al paziente

Il lavaggio delle mani è un'azione talmente importante, sia nella realtà sanitaria sia in qualsiasi altro ambito, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha istituito il 5 maggio la *Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani*, così

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*



da creare la consapevolezza che attraverso un semplice gesto quotidiano si tutela la salute (nel 2021 lo slogan dell'OMS è stato "Pochi secondi salvano vite: lava le tue mani"; nel 2022 "Uniti per la sicurezza: igienizza le tue mani"; nel 2023 "Salva vite, igienizza le mani. Agiamo subito, insieme.").

Secondo il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani della Regione Lazio (prima emissione 19 febbraio 2021), l'igiene delle mani è importante in tutti i momenti e in ogni contesto assistenziale e va effettuata come segue:

- Frizione con soluzione alcolica – tempo di lavaggio 20-30 secondi;
- Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico – tempo di lavaggio 40-60 secondi.

Per fare in modo che le predette azioni abbiano effetto, bisogna tener conto di particolari indicazioni:

- Non indossare bigiotteria, anelli, bracciali e simili;
- Tenere le unghie corte e ben curate;
- Non utilizzare unghie artificiali o/e ricostruite, non utilizzare smalto;
- Mantenere la cute integra ed elastica;
- Evitare di lavarsi le mani con acqua troppo calda;
- Evitare di indossare i guanti quando non è necessario;
- Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcool non è completamente evaporato;
- Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- Applicare regolarmente una crema protettiva per le mani;
- L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.

Queste attività, apparentemente numerose, sono fondamentali per la prevenzione e il contenimento delle ICA.

Il personale sanitario dev'essere d'esempio nella corretta pratica dell'igiene delle mani di fronte a tutti i colleghi/collaboratori (sanitari e non), agli assistiti e ai *caregiver*, essendo l'attore principale nella prevenzione e gestione delle ICA.

**EVIDENZE EMERSE DELL'AUDIT**

PROG.	ARGOMENTO	EVIDENZE	RIF. (NC, OSS, COM)

**NON CONFORMITÀ (O NON CONFORMITÀ MAGGIORI), OSSERVAZIONI (O NON CONFORMITÀ MINORI) E COMMENTI (O RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO) – SONO EMERSE:**

<b>NON CONFORMITÀ: N°</b>	<b>OSSERVAZIONI: N°</b>	<b>COMMENTI: N°</b>
---------------------------	-------------------------	---------------------

RIF. (NC, OSS, COM)	DESCRIZIONE DI NON CONFORMITÀ, OSSERVAZIONI, COMMENTI	RISCHI ASSOCIATI CO= COMPLIANCE PR =PROCESSO INF = INFORMATIVA	NOTE

*Riservatezza: si sottoscrive un impegno di riservatezza a tutela di eventuali informazioni a carattere riservato acquisite nell'ambito dell'audit. Nessuna informazione verrà divulgata senza l'autorizzazione dell'Organizzazione.*



RIF. (NC, OSS, COM)	DESCRIZIONE DI NON CONFORMITÀ, OSSERVAZIONI, COMMENTI	RISCHI ASSOCIATI CO= COMPLIANCE PR =PROCESSO INF = INFORMATIVA	NOTE

## INFEZIONI OSPEDALIERE TIBERIA HOSPITAL

Gennaio-giugno 2023

### Reparto di MEDICINA GENERALE

**Numero totale di infezioni: 165\*(147 pazienti)**

#### **Infezioni del tratto urinario (UTI): 70**

14 causate da *Escherichia coli* (5 **ESBL**), 7 da *Enterococcus faecium*, 7 da *Proteus mirabilis*, 6 da *Enterococcus faecalis*, 5 da *Candida albicans*, 4 da *Klebsiella pneumoniae* (1 **CRE**, 1 **ESBL**), 2 da *E. coli* (**ESBL**)/*E. faecalis*, 2 da *P. aeruginosa aeruginosa*, 2 da *E. coli*/*K. pneumoniae*, 1 causata da *Candida glabrata*, 1 da *Citrobacter koseri*, 1 da *E. coli*/*Morganella morganii*, 1 da *E. coli* (**ESBL**)/*P. mirabilis*, 1 da *E. coli* (**ESBL**)/*C. albicans*, 1 da *E. coli*/*Providencia stuartii*, 1 da *E. coli* /*E. faecium*, 1 da *E. coli* (**ESBL**)/*E. faecalis*/*P. stuartii*, 1 da *E. coli* (**ESBL**)/*E. faecalis*/*P. mirabilis*, 1 da *E. faecalis*/*P. mirabilis*, 1 da *E. faecalis*/*E. faecium*, 1 da *E. faecium*/*M. morganii*, 1 da *E. faecalis*/*M. morganii*, 1 da *E. faecium*/*Enterobacter cloacae* complex, 1 da *K. pneumoniae* (**CRE**)/*Staphylococcus aureus*, 1 da *S. aureus*, 1 da *P. aeruginosa*/*C. albicans*, 1 da *P. aeruginosa*/*E. faecium*, 1 da *Serratia liquefaciens*, 1 da *Streptococcus agalactiae*/*E. coli*, 1 da *S. agalactiae*/*K. pneumoniae*

#### **Infezioni profonde: 40**

39 batteriemie, 10 causate da *Staphylococcus epidermidis*, 9 da *Staphylococcus hominis*, 5 da *Staphylococcus capitis*, 4 da *Staphylococcus haemolyticus*, 2 da *E. coli*, 1 causata da *Staphylococcus warneri*, 1 da *E. faecium*, 1 da *P. aeruginosa*, 1 da *Acinetobacter baumannii* (**MDR**), 1 da *Streptococcus mitis*/*Streptococcus oralis*, 1 da *S. hominis*/*S. warneri*, 1 da *Streptococcus sanguinis*, 1 da *S. mitis*, 1 da *Bacillus* spp.

1 in CVC, causata da *P. aeruginosa*

#### **Infezioni sito chirurgico: 20**

5 causate da *S. aureus* (1 **MRSA**), 2 da *S. aureus* (1 **MRSA**) /*P. aeruginosa*, 2 da *S. aureus* (1 **MRSA**) /*P. mirabilis*/*E. coli*, 1 da *S. aureus* (**MRSA**)/*P. mirabilis*, 1 causata da *P. aeruginosa*, 1 da *K. pneumoniae* (**ESBL**)/*P. stuartii*, 1 da *S. liquefaciens*, 1 da *Enterococcus avium*, 1 da *E. faecalis*/*P. mirabilis*, 1 da *E. coli*, 1 da *E. faecalis*, 1 da *A. baumannii* (**MDR**)/*S. aureus* (**MRSA**), 1 da *A. baumannii* (**MDR**)/*P. mirabilis*/*E. faecalis*, 1 da *S. aureus* (**MRSA**)/*Achromobacter xylosoxidans*

#### **Infezioni respiratorie: 35**

10 causate da *C. albicans*, 4 da *C. glabrata*, 3 da *S. aureus* (1 **MRSA**), 3 da *K. pneumoniae* (2 **CRE**) /*C. albicans*, 2 da *P. aeruginosa*, 2 da *Candida tropicalis*, 1 causata da *Klebsiella oxytoca*/*C. albicans*, 1 da *Serratia marcescens*, 1 da *S. warneri*/*E. faecium*/*C. tropicalis*, 1 da *S. haemolyticus*/*C. tropicalis*, 1 da *P. aeruginosa*/*C. albicans*, 1 da *C. albicans*/*C. glabrata*, 1 da *S. aureus* (**MRSA**)/*C. albicans*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. cloacae* complex, 1 da *A. baumannii* (**MDR**)/*C. albicans*, 1 da *S. aureus*/*P. mirabilis*/*C. albicans*, 1 da *E. coli*/*E. faecalis*/*K. pneumoniae* (**ESBL**)/*S. aureus*

**Infezioni da *Clostridioides difficile*: 0**

### **Reparti di CHIRURGIA**

**Numero totale di infezioni: 52\* (42 pazienti)**

**Infezioni del tratto urinario (UTI): 1**

1 causata da *K. pneumoniae* (**CRE**)

**Infezioni profonde: 2**

1 causata da *E. coli* (**ESBL**)/*E. faecalis*, 1 da *E. coli*

**Infezioni sito chirurgico: 48**

14 causate da *S. aureus* (1 **MRSA**), 7 da *P. aeruginosa*, 3 da *E. faecalis*, 2 da *P. mirabilis*, 2 da *C. koseri*, 2 da *S. aureus* (1 **MRSA**) /*P. aeruginosa*, 2 da *S. aureus*/*Stenotrophomonas maltophilia*, 2 da *E. cloacae* complex, 1 causata da *Pseudomonas* spp. /*A. xylooxidans*, 1 da *S. hominis*, 1 da *E. cloacae* complex/*P. mirabilis*/*E. faecium*, 1 da *E. coli* (**ESBL**)/*E. faecium*, 1 da *E. coli* (**ESBL**), 1 da *S. aureus* (**MRSA**)/*M. morgani*, 1 da *S. aureus*/*S. marcescens*, 1 da *S. aureus*/*E. faecalis*, 1 da *Staphylococcus lugdunensis*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. faecalis*, 1 da *S. aureus*/*K. oxytoca*, 1 da *S. aureus* (**MRSA**)/*P. mirabilis*/*E. faecium*, 1 da *P. stuartii*, 1 da *M. morgani*

**Infezioni respiratorie: 1**

1 causata da *C. albicans*

**Infezioni da *Clostridioides difficile*: 0**

**\*Il numero è riferito soltanto agli isolati da coltura e necessita di essere confermato sulla base della valutazione dei dati clinici dei pazienti**

### Categorie di infezioni nei mesi gennaio-giugno 2023

UTI	Infezioni profonde	Infezioni sito chirurgico	Infezioni respiratorie	Infezioni da CD	Totale
71	42	68	36	0	217

### Distribuzione dei germi sentinella isolati da pazienti per reparto relativamente ai mesi gennaio-giugno 2023

Reparto	Microrganismo (numero di isolati)				
	MRSA	ESBL-produttori	MDR	CRE	CD
Medicina Generale	8	14	4	4	0
Chirurgie	4	3	0	1	0
<b>Tutti i Reparti</b>					
<b>Totale infezioni (38)</b>	12	17	4	5	0

Numero di casi di infezione registrati nel periodo di riferimento (1° semestre 2023): 217

Di cui 165 (76.0%) diagnosticati nei reparti area medica, 52 (24.0%) nei reparti area chirurgica.

Numero totale dei ricoverati nel periodo di riferimento (1° semestre 2023): 1883

Numero dei ricoverati nel 1° semestre 2023 per specialità:

Area Medica: 916

Area Chirurgica: 967

Il tasso di incidenza, sotto riportato, è stato calcolato utilizzando come denominatore la somma dei numeri di giorni-paziente nel periodo di tempo considerato (1° semestre 2023) ed è presentato per 1.000 giorni-paziente.

Come calcolato sul totale di giorni-paziente ( $n = 8906$ ), il **tasso di incidenza globale è stato pari a 24.4/1.000 giorni-paziente (11.5/100 ricoveri)**; il tasso di incidenza nei reparti Area Medica è stato pari a 37.3/1.000 giorni-paziente, quello nei reparti Area Chirurgica è stato pari a 11.7/1.000 giorni-paziente.

I tassi di incidenza delle **infezioni profonde** globale e per reparti sono i seguenti:

Globale: 4.7/1.000 giorni-paziente

Reparti Area Medica: 9.0/1.000 giorni-paziente

Reparti Area Chirurgica: 0.45/1.000 giorni-paziente

I tassi di frequenza dei germi sentinella sono stati: 7.8% (17/217) per *Enterobacteriaceae* **ESBL**, 5.5% (12/217) per *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (**MRSA**), 2.3% (5/217) per carbapenemici-resistenti *Enterobacteriaceae* (**CRE**), 1.8% (4/217) per *Acinetobacter baumannii* “multidrug-resistant” (**MDR**).



## INFEZIONI OSPEDALIERE VILLA TIBERIA HOSPITAL

Luglio-dicembre 2023

### Reparti di MEDICINA GENERALE

**Numero totale di infezioni: 99\*(90 pazienti)**

**Infezioni del tratto urinario (UTI): 60**

14 causate da *Escherichia coli* (4 ESBL), 11 da *Klebsiella pneumoniae* (7 ESBL), 7 da *Enterococcus faecium*, 5 da *Enterococcus faecalis*, 3 da *E. coli* (2 ESBL) /*E. faecalis*, 2 da *Proteus mirabilis*, 2 da *Candida albicans*, 2 da *E. faecalis*/*P. mirabilis*, 1 causata *Pseudomonas aeruginosa*, 1 da *P. aeruginosa*/*Enterococcus faecium*, 1 da *P. aeruginosa*/*E. faecalis*, 1 da *Enterobacter cloacae* complex, 1 da *K. pneumoniae*/*E. cloacae* complex, 1 da *K. pneumoniae*/*P. aeruginosa*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. faecalis*, 1 da *K. pneumoniae*/*Streptococcus agalactiae*, 1 da *Citrobacter koseri*, 1 da *Staphylococcus haemolyticus*, 1 da *Candida parapsilosis*, 1 da *E. coli*/*S. haemolyticus*, 1 da *E. coli*/*E. faecalis*/*M. morgani*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. faecalis*/*P. aeruginosa*

**Infezioni profonde: 22**

22 batteriemie, 8 causate da *Staphylococcus epidermidis*, 4 da *Staphylococcus hominis*, 2 da *Staphylococcus aureus* (MRSA), 2 da *E. coli* (1 ESBL), 1 causata da *Staphylococcus warneri*, 1 da *E. cloacae* complex, 1 da *K. pneumoniae* (ESBL), 1 da *Staphylococcus cohnii*, 1 da *E. coli*/*S. hominis*, 1 da *E. coli*/*S. epidermidis*

**Infezioni sito chirurgico: 11**

3 causate da *S. aureus* (1 MRSA), 1 causata da *Acinetobacter baumannii* (MDR)/*S. haemolyticus*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. faecalis*/*P. aeruginosa*, 1 da *K. pneumoniae*/*E. faecalis*/*E. coli*/*S. haemolyticus*/*M. morgani*, 1 da *Candida tropicalis*, 1 da *C. albicans*, 1 da *E. coli* (ESBL) /*E. faecalis*, 1 da *K. pneumoniae* (ESBL)/*E. faecalis*/*A. baumannii* (MDR), 1 da *Klebsiella oxytoca*/*E. faecalis*/*A. baumannii* (MDR)

**Infezioni respiratorie: 6**

2 causate da *C. albicans*, 1 causata da *S. aureus* (1 MRSA), 1 da *S. aureus* (MRSA)/*C. albicans*, 1 da *E. coli* (ESBL)/*K. pneumoniae*, 1 da *Enterobacter aerogenes*

**Infezioni da *Clostridioides difficile*: 0**

## Reparti di CHIRURGIA

**Numero totale di infezioni: 20\* (20 pazienti)**

**Infezioni del tratto urinario (UTI): 1**

1 causata da *E. faecalis*

**Infezioni profonde: 3**

1 causata da *P. aeruginosa*, 1 da *S. hominis*, 1 da *Staphylococcus lugdunensis*

**Infezioni sito chirurgico: 16**

5 causate da *S. aureus* (4 **MRSA**), 2 da *E. cloacae* complex, 1 causata da *P. mirabilis*, 1 da *S. haemolyticus*, 1 da *Staphylococcus pseudointermedius*, 1 da *E. faecalis*, 1 da *K. pneumoniae*, 1 da *K. pneumoniae/P. mirabilis*, 1 da *C. parapsilosis*, 1 da *A. baumannii (MDR)/P. mirabilis*, 1 da *K. pneumoniae/S. aureus/P. aeruginosa*

**Infezioni respiratorie: 0**

**Infezioni da *Clostridioides difficile*: 0**

**\*Il numero è riferito soltanto agli isolati da coltura e necessita di essere confermato sulla base della valutazione dei dati clinici dei pazienti**

**Categorie di infezioni nei mesi luglio-dicembre 2023**

<b>UTI</b>	<b>Infezioni profonde</b>	<b>Infezioni sito chirurgico</b>	<b>Infezioni respiratorie</b>	<b>Infezioni da CD</b>	<b>Totale</b>
<b>61</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>119</b>

**Distribuzione dei germi sentinella isolati da pazienti per reparto relativamente ai mesi luglio-dicembre 2023**

<b>Reparto</b>	<b>Microrganismo (numero di isolati)</b>				
	<b>MRSA</b>	<b>ESBL- produttori</b>	<b>MDR</b>	<b>CRE</b>	<b>CD</b>
<b>Medicina Generale</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Tutti i Reparti</b>					
<b>Totale infezioni (30)</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Numero di casi di infezione registrati nel periodo di riferimento (2° semestre 2023): 119

Di cui 99 (83.2%) diagnosticati nei reparti area medica, 52 (16.8%) nei reparti area chirurgica.

Numero totale dei ricoverati nel periodo di riferimento (2° semestre 2023): 1552

Numero dei ricoverati nel 2° semestre 2023 per specialità:

Area Medica: 605

Area Chirurgica: 947

Il tasso di incidenza, sotto riportato, è stato calcolato utilizzando come denominatore la somma dei numeri di giorni-paziente nel periodo di tempo considerato (2° semestre 2023) ed è presentato per 1.000 giorni-paziente.

Come calcolato sul totale di giorni-paziente ( $n = 5121$ ), il **tasso di incidenza globale è stato pari a 23.2/1.000 giorni-paziente (10.3/100 ricoveri)**; il tasso di incidenza nei reparti Area Medica è stato pari a 34.1/1.000 giorni-paziente, quello nei reparti Area Chirurgica è stato pari a 8.8/1.000 giorni-paziente.

I tassi di incidenza delle **infezioni profonde** globale e per reparti sono i seguenti:

Globale: 4.9/1.000 giorni-paziente

Reparti Area Medica: 7.6/1.000 giorni-paziente

Reparti Area Chirurgica: 1.3/1.000 giorni-paziente

I tassi di frequenza dei germi sentinella sono stati: 15.1% (18/119) per *Enterobacteriaceae* **ESBL**, 6.7% (8/119) per *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (**MRSA**), 3.4% (4/119) per *Acinetobacter baumannii* "multidrug-resistant" (**MDR**).

# RAPPORTO INFEZIONI NOSOCOMIALI 1° SEMESTRE 2023

Gabriele Botturi <gbotturi@gvmnet.it>

mer 19/07/2023 12:47

A: Edoardo Nanni <enanni@gvmnet.it>; Anna Maria Conte <amconte@gvmnet.it>; Marinella Mazzone <mmazzone@gvmnet.it>; Ivano Magionesi <imagionesi@gvmnet.it>; Fabrizio Malgarini <fmalgarini@gvmnet.it>  
Cc: Vittorio Chignoli <vchignoli@gvmnet.it>; Teresa Centracchio <tcentracchio@gvmnet.it>

📎 1 allegati (760 KB)

Reporto Infezioni Nosocomiali Tiberia Hospital gennaio-giugno 2023.pdf;

Buongiorno a tutti,

Con la presente, i invia in allegato il report in oggetto; lo scopo della consegna (che avverrà in forma cartacea nei prossimi giorni) della suddetta documentazione ha lo scopo di rendere il personale interessato consapevole delle seguenti attività dell'Azienda al fine di gestire e prevenire le infezioni ospedaliere:

- monitoraggio delle infezioni e della relativa importanza che ha a livello clinico/assistenziale;
- andamento delle infezioni presso i vari reparti nel primo semestre 2023;
- partecipazione attiva nel processo di prevenzione e di miglioramento.

Inoltre, si ricorda a tutto il personale interessato che al fine di garantire un'assistenza di qualità, bisogna attenersi a tutte quelle norme igienico-sanitarie che sono lo strumento primario per la prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); queste sono una particolare tipologia di infezioni che, purtroppo, rappresentano la complicità più frequente e grave nella realtà sanitaria.

Data la loro origine, ovvero l'assistenza, la maggior parte delle ICA sono prevedibili (oltre il 50%). Il 35-40% delle infezioni interessano il tratto urinario, seguite da quelle dell'apparato respiratorio, delle ferite chirurgiche e quelle sistemiche.

La pericolosità di queste affezioni è determinata dal fatto che possono verificarsi in qualsiasi realtà sanitaria (RSA, ambulatori, terapie intensive, lungo-degenze, etc.) e determinare:

- Nuovi ricoveri;
- Prolungamento della degenza;
- Incremento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici;
- Disabilità;
- Morte.

Secondo il Ministero della Salute, in Europa ogni anno le ICA causano:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi;
- 110.000 decessi per i quali le ICA rappresentano una concausa.

Gli assistiti (degenti e utenza afferente ai servizi territoriali) sono il target di maggior interesse per le ICA; ciò non esclude il rischio di infezione per il personale sanitario e i visitatori/caregiver.

Dato l'enorme impatto socio-economico che hanno queste affezioni, le attività di prevenzione e di gestione delle ICA sono strumenti fondamentali e imprescindibili.

Delle suddette attività, la corretta igiene delle mani, secondo le indicazioni dell'OMS, rappresenta uno degli strumenti più importanti ed efficaci.

Il corretto lavaggio delle mani deve essere effettuato:

- Prima del contatto col paziente
- Prima di una manovra asettica
- Dopo l'esposizione ad un liquido biologico
- Dopo il contatto col paziente
- Dopo con il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Il lavaggio delle mani è un'azione talmente importante, sia nella realtà sanitaria sia in qualsiasi altro ambito, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha istituito il 5 maggio la *Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani*, così da creare la consapevolezza che attraverso un semplice gesto quotidiano si tutela la salute (nel 2021 lo slogan dell'OMS è stato *"Pochi secondi salvano vite: lava le tue mani"*; nel 2022 *"Uniti per la sicurezza: igienizza le tue mani"*; nel 2023 *"Salva vite, igienizza le mani. Agiamo subito, insieme."*) Secondo il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani della Regione Lazio (prima emissione 19 febbraio 2021), l'igiene delle mani è importante in tutti i momenti e in ogni contesto assistenziale e va effettuata come segue:

- Frizione con soluzione alcolica – tempo di lavaggio 20-30 secondi;
- Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico – tempo di lavaggio 40-60 secondi.

Per fare in modo che le predette azioni abbiano effetto, bisogna tener conto di particolari indicazioni

- Non indossare bigiotteria, anelli, bracciali e simili;
- Tenere le unghie corte e ben curate;
- Non utilizzare unghie artificiali o/e ricostruite, non utilizzare smalto;
- Mantenere la cute integra ed elastica;
- Evitare di lavarsi le mani con acqua troppo calda;
- Evitare di indossare i guanti quando non è necessario;
- Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcool non è completamente evaporato;
- Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- Applicare regolarmente una crema protettiva per le mani;
- L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.

Queste attività, apparentemente numerose, sono fondamentali per la prevenzione e il contenimento delle ICA. Il personale sanitario dev'essere d'esempio nella corretta pratica dell'igiene delle mani di fronte a tutti i colleghi/collaboratori (sanitari e non), agli assistiti e ai *caregiver*, essendo l'attore principale nella prevenzione e gestione delle ICA.

Restando a disposizione per eventuali delucidazioni,

Porgo cordiali saluti.

Gabriele Botturi  
Responsabile del sistema di gestione qualità



Via Emilio Praga, 26 - 00137 Roma (RM)

tel: +39 06 89260139  
fax: +39 06 89260200  
web: <http://www.gvmnet.it>

**AVVERTENZA:**

*L'e-mail e gli eventuali allegati sono confidenziali. In caso di erronea ricezione, essendone vietato qualsiasi uso, si prega di procedere all'immediata cancellazione della comunicazione e di informarne il mittente. Si avvisa inoltre che questa è*

*una casella di posta aziendale e che, pertanto, i messaggi possono essere letti anche da soggetti diversi dal mittente.  
Grazie per l'attenzione*

**PRECAUTION:**

*This email and any attachments are confidential. If you received this email by mistake, considering that any use of it is prohibited, please immediately delete the message and notify the sender. We would also like to inform you that this is a corporate mailbox and that messages can therefore be read by someone other than the sender. Thank you for your attention*



## REPORT ICA 2° SEMESTRE 2023

Gabriele Botturi <gbotturi@gvmnet.it>

gio 01/02/2024 13:33

A: Edoardo Nanni <enanni@gvmnet.it>; Anna Maria Conte <amconte@gvmnet.it>; Marzia Simonelli <msimonelli@gvmnet.it>; Marinella Mazzone <mmazzone@gvmnet.it>; Ivano Magionesi <imagionesi@gvmnet.it>; Marco Martinelli <mmartinelli@gvmnet.it>; Fabrizio Malgarini <fmalgarini@gvmnet.it>; Antonio Fusto <afusto@gvmnet.it>; Francesco Pasquale <dialisi-vti@gvmnet.it>; segreteria@dottorandreagrasso.it <segreteria@dottorandreagrasso.it>; Sebastiano Petracca <spetracca@gvmnet.it>; d.urologia@gmail.com <d.urologia@gmail.com>; BSP Neurochirurgia <segreteria@bspneurochirurgia.it>; Marzena Zygula <mzygula@gvmnet.it>  
Cc: Vittorio Chignoli <vchignoli@gvmnet.it>; Teresa Centracchio <tcentracchio@gvmnet.it>

📎 2 allegati (2 MB)

PNCAR 2022-2025 - Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza.pdf; Report ICA 2° Semestre 2023.pdf;

Buongiorno a tutti,

Con la presente, i invia in allegato il report in oggetto; lo scopo della consegna (che avverrà in forma cartacea nei prossimi giorni) della suddetta documentazione ha lo scopo di rendere il personale interessato consapevole delle seguenti attività dell'Azienda al fine di gestire e prevenire le infezioni ospedaliere:

- monitoraggio delle infezioni e della relativa importanza che ha a livello clinico/assistenziale;
- andamento delle infezioni presso i vari reparti nel SECONDO semestre 2023;
- partecipazione attiva nel processo di prevenzione e di miglioramento.

Inoltre, si ricorda a tutto il personale interessato che, al fine di garantire un'assistenza di qualità, bisogna attenersi a tutte quelle norme igienico-sanitarie che sono lo strumento primario per la prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); queste sono una particolare tipologia di infezioni che, purtroppo, rappresentano la complicità più frequente e grave nella realtà sanitaria.

Data la loro origine, ovvero l'assistenza, la maggior parte delle ICA sono prevedibili (oltre il 50%). Il 35-40% delle infezioni interessano il tratto urinario, seguite da quelle dell'apparato respiratorio, delle ferite chirurgiche e quelle sistemiche.

In allegato è caricato, come materiale informativo, il PCNAR 2022-2025 (Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza) al fine di sensibilizzarVi ulteriormente rispetto alla "piaga" della resistenza agli antimicrobici (AMR) e della risultante antibiotico-resistenza (ABR).

La strategia Nazionale, enunciata nel suddetto documento, si articola:

- In quattro aree orizzontali:
  - Formazione;
  - Informazione, comunicazione e trasparenza;
  - Ricerca, innovazione e bioetica;
  - Cooperazione nazionale e internazionale.
- In tre pilastri verticali dove sono classificati gli interventi principali:
  - Sorveglianza e monitoraggio integrato dell'ABR, dell'utilizzo degli antibiotici, delle ICA e monitoraggio ambientale;
  - Prevenzione delle ICA in ambito ospedaliero e comunitario e delle malattie infettive;
  - Uso appropriato degli antibiotici in ambito umano e la corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati.

Gli obiettivi generali Nazionali sono:

- Rafforzare l'approccio *One Health* (modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse), anche attraverso lo sviluppo di una sorveglianza nazionale coordinata dell'ABR e dell'uso di antibiotici, e prevenire la diffusione della ABR nell'ambiente;
- Rafforzare la prevenzione e la sorveglianza delle ICA in ambito ospedaliero e comunitario;

- Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici e ridurre la frequenza delle infezioni causate da microrganismi resistenti in ambito umano e animale;
- Promuovere innovazione e ricerca nell'ambito della prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni resistenti agli antibiotici;
- Rafforzare la cooperazione nazionale e la partecipazione dell'Italia alle iniziative internazionali nel contrasto dell'ABR;
- Migliorare la consapevolezza della popolazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari e ambientali sul contrasto all'ABR.

Ricordo a tutti che l'azione preventiva più semplice e di maggior impatto nella gestione delle ICA rimane la corretta igiene delle mani.

Il corretto lavaggio delle mani deve essere effettuato:

- Prima del contatto col paziente
- Prima di una manovra asettica
- Dopo l'esposizione ad un liquido biologico
- Dopo il contatto col paziente
- Dopo con il contatto con ciò che sta attorno al paziente

Secondo il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani della Regione Lazio (prima emissione 19 febbraio 2021), l'igiene delle mani è importante in tutti i momenti e in ogni contesto assistenziale e va effettuata come segue:

- Frizione con soluzione alcolica – tempo di lavaggio 20-30 secondi;
- Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico – tempo di lavaggio 40-60 secondi.

Per fare in modo che le predette azioni abbiano effetto, bisogna tener conto di particolari indicazioni, ovvero:

- Non indossare bigiotteria, anelli, bracciali e simili;
- Tenere le unghie corte e ben curate;
- Non utilizzare unghie artificiali o/e ricostruite, non utilizzare smalto;
- Mantenere la cute integra ed elastica;
- Evitare di lavarsi le mani con acqua troppo calda;
- Evitare di indossare i guanti quando non è necessario;
- Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcool non è completamente evaporato;
- Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- Applicare regolarmente una crema protettiva per le mani;
- L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.

Inoltre, per aumentare la consapevolezza della problematica delle infezioni nosocomiali, è stato richiesto l'inserimento nel Piano Formativo 2024 il corso "Prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere". Tale corso ha l'obiettivo di aumentare la conoscenza dei discenti su tutte quelle attività fondamentali per prevenire e gestire le ICA.

Seguirà AUDIT da firmare per presa visione della documentazione allegata e quanto riportato nella presente mail.

Ringraziandovi per la Vostra collaborazione e restando a disposizione per eventuali delucidazioni,

Pogo cordiali saluti.

Gabriele Botturi  
Responsabile del sistema di gestione qualità

# Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025



# Sommario

Acronimi	pag. 3
Glossario	pag. 6
Riassunto	pag. 8
Executive summary	pag. 10
Introduzione	pag. 12
Strategia nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza 2022-2025	pag. 14
Obiettivi strategici	pag. 14
Struttura	pag. 15
Soggetti	pag. 20
Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza 2022-2025	pag. 22
Governare la strategia nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza	pag. 22
Sorveglianza e monitoraggio	pag. 25
La sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano e veterinario	pag. 25
La sorveglianza del consumo degli antibiotici	pag. 36
La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	pag. 43
Il monitoraggio ambientale degli antibiotici e dell'antibiotico-resistenza	pag. 49
Prevenzione e controllo delle infezioni	pag. 53
Prevenzione e controllo delle infezioni e delle infezioni correlate all'assistenza in ambito umano	pag. 53
Prevenzione delle zoonosi	pag. 59
Uso prudente degli antibiotici	pag. 63
Uso prudente degli antibiotici in ambito umano	pag. 63
Uso prudente degli antibiotici in ambito veterinario	pag. 67
Corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati	pag. 71
Formazione	pag. 76
Informazione, Comunicazione e Trasparenza	pag. 79
Ricerca e innovazione	pag. 85
Aspetti etici dell'antibiotico-resistenza	pag. 91
Cooperazione nazionale e internazionale	pag. 94
Appendice	pag. 98
Funghi, virus e parassiti	pag. 98
Gruppo di lavoro per il coordinamento della strategia nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (GTC-AMR)	pag. 108
Ringraziamenti	pag. 111

**gestione delle infezioni ospedaliere EDIZIONE: 11 del 16/06/2023 Codice accreditamento: MI**

Cognome	Nome	Luogo di Nascita	email	Telefono	Indirizzo	Città	Provincia	CAP	Paese
ABRAHAM	SHOLLY	INDIA	shollyabraham18@gmail.com						IT
BIAGIOLA	SILVANO	ROMA	silvanorosh@yahoo.it						IT
BOTTURI	GABRIELE	ROMA	gabriele.botturi89@gmail.com						IT
BROCCOLETTI	PIERLUIGI	ROMA	pierluigi.broccoletti@gmail.com						IT
CONTE	ANNA MARIA	ROMA	amconte@gvmmnet.it						IT
GARGIULO	ALESSANDRA	ROMA	gargiuloale35@gmail.com						IT
GIOVAGNOLI	GIUSEPPINA	TIVOLI	pinagiovagnoi2@gmail.com						IT
LUCCI	CRISTINA	ROMA	cristinaluucci67@gmail.com						IT
MANNINO	MAURO	ROMA	maurizio78@libero.it						IT
MARTINI	EMILIANO	FERENTINO	emiliano.martini@live.it						IT
ROMIGI	GAETANO		garomigi@inwind.it						IT
ZUCCHERO	IVANA	ROMA	ivanella66@hotmail.it						IT
ZYGULA	MARZENA JOANN, POLONIA		marzena.zygula67@gmail.com						IT

**MCH23030 - La gestione delle infezioni ospedaliere EDIZIONE: 12 del 20/06/2023 Codice accre**

Cognome	Nome	Luogo di Nascita	email	Telefono	Indirizzo	Città	Provincia	CAP
CALSELLI	SIMONA	ROMA	calsellivincenzino@gmail.com					
CHICCA	ELISABETTA	ROMA	bettadino@libero.it					
MASTROGIACOMO	MARINA	ROMA	mastroma79@gmail.com					
MAZZONE	MARINELLA	CATANIA	marinellamazzone@yahoo.it					
MIDULLA	FRANCESCA	ROMA	francymid@virgilio.it					
PASQUALE	FRANCESCO GIUSEPPE	MELITO DI PORTO SALVO	francescopasquale@hotmail.it					
ROMANI	ELISABETTA	ROMA	alenico1961@libero.it					
ROMIGI	GAETANO		garomigi@inwind.it					
ROUSSI	HELA	TUNISIA	hela_rouissi@yahoo.it					
SIMONELLI	MARZIA	FONDI	marzia.simonelli@fiscali.it					

  
**Liberia Hospital Srl**  
 Presidio Sanitario Polispecialistico  
 Dr. Vittorio CHIGNOLI  
 Direttore Sanitario  
 N° Iscr. RM.65155



## LE INFEZIONI OSPEDALIERE

**Dr. Gaetano Romigi**

*La prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza sanitaria è un obiettivo prioritario in sanità e al contempo una strategia di miglioramento della qualità delle prestazioni di ricovero e cura.* Oggi si preferisce parlare più di infezioni associate alle pratiche assistenziali (ICA) che solo ed esclusivamente di quelle contratte in ambiente ospedaliero, inglobando così in questa nuova definizione tutte le infezioni che sono in qualche modo correlate sia a deficienze organizzative che operative, sia alla mancanza di strategie da parte delle strutture deputate alla prevenzione e al controllo ed infine ad una serie di comportamenti inappropriati dovuti alle scarse competenze professionali in materia di igiene ambientale e della persona, ma anche causati dall'assenza di programmi di informazione ed educazione sanitaria rivolti a tutta la Comunità. Il problema risulta di assoluta rilevanza come dimostrano i recenti report nazionali e internazionali. **Obiettivo generale** del modulo è quello di formare il personale trasferendo conoscenze utili a contrastare il fenomeno e aggiornare gli operatori su quelli che sono i documenti scientifici e le linee guida più valide e recenti.

**Obiettivi specifici** sono quelli di saper riconoscere e contrastare il rischio infettivo in ospedale e porre in atto le misure riconosciute efficaci nei processi di cura ed assistenza.

## ARTICOLAZIONE DEL MODULO FORMATIVO

### Generalità sulle Infezioni in Ospedale

- Epidemiologia, fattori di rischio e modalità di trasmissione


### Tipi di Infezione e interventi

- Strategie di prevenzione e controllo
- Interventi di Sanificazione, Decontaminazione, Disinfezione, antisepsi e sterilizzazione
- Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza

### La Gestione del problema Infezioni

- Adozione di protocolli e linee guida
- L'organizzazione della sorveglianza e del controllo nelle strutture

### Dibattito, domande e test d'apprendimento

  
**Tiberia Hospital Srl**  
Presidio Sanitario Polispecialistico  
Dr. Vittorio CHIGNOLI  
Direttore Sanitario  
N. Iscr. RM 65155





## PROGRAMMA CORSO “La gestione del rischio clinico”

### Programma :

- Il rischio clinico: presupposti teorici
- La gestione del rischio clinico e la governance
- Il risk management
- Il profilo del clinical risk manager
- Gli eventi avversi, gli errori umani e la sicurezza del paziente
- L'uso della simulazione e dei casi clinici per l'apprendimento dell'errore
- La gestione del farmaco e il rischio clinico
- Il rischio clinico e il problema delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali
- Rischio clinico e cadute in ambito sanitario: metodologie e strategie di prevenzione
- Le raccomandazioni ministeriali: contenuti teorici e risvolti quotidiani

  
**Tiberia Hospital Srl**  
Presidio Sanitario Polispecialistico  
Dr. Vittorio CHIGNOLI  
Direttore Sanitario  
N° Iscr. RM 65155