



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 813 del 17/10/2023

**OGGETTO:** PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - PROGRAMMA DI ATTIVITA'  
ANNO 2023

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI  
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA



**REGIONE  
PIEMONTE**

Il presente documento informatico è sottoscritto con firma digitale, creato e conservato digitalmente secondo la normativa vigente



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

Struttura proponente: DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA DOMODOSSO

L'estensore dell'atto: Ubaldino Paola

Il Responsabile del procedimento: Ubaldino Paola

Il Dirigente/Funziionario: Ossola Orietta

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 65 del 28/01/2020.

“ Vista la circolare regionale n. 9723-48 del 25 novembre 1997 “Indicazioni per l’attuazione di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere nella Regione Piemonte”

Vista la circolare regionale n. 1950 del 6 febbraio 2001 “Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte”

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 112 del 14 Febbraio 2023 6 con la quale si rideterminava la composizione del Comitato Tecnico delle Infezioni Ospedaliere e del Gruppo Operativo per la sorveglianza ed il controllo delle Infezioni Ospedaliere.

Vista la nota della Regione Piemonte – Direzione Sanità, di cui al prot. ASL n. 38248 del 14 Giugno 2023, con la quale venivano trasmessi gli indicatori per il programma 2023 di Prevenzione del Rischio Infettivo e dove all’indicatore 3 viene espressamente indicato che il suddetto programma deve essere formalizzato.

Rilevato che, come previsto dall’indicatore regionale n. 4, il programma di attività per l’anno 2023 prevede l’applicazione di indicatori per la sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) e attività di sorveglianza, controllo e formazione promosse a livello locale, attività ritenute prioritarie in relazione alle caratteristiche assistenziali della struttura sanitaria

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l’assunzione della presente delibera.

Acquisiti i pareri espressi ai sensi dell’art. 3 del d.Lgs. 502 /1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto

### **DELIBERA**

- 1) di prendere atto del programma di attività dell’Unità Prevenzione Rischio Infettivo – UPRI - relativo all’anno 2023 riguardante i diversi aspetti della lotta alle infezioni ospedaliere correlate all’assistenza quali la sorveglianza, il controllo e la formazione così come in premessa indicato e meglio esplicitato nell’allegato alla presente deliberazione sotto la lettera A)



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

- 2) di affidare alla SOS Unità Prevenzione Rischio Infettivo la messa in atto di tutti gli eventuali provvedimenti conseguenti
- 3) di dare atto che dall'adozione di tale atto non deriva alcun onere di spesa



ALLEGATO A)

**INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2023****ASL VCO n. 2 presidi ospedalieri (Verbania e Domodossola) + territorio**

Il programma di attività è elaborato secondo le indicazioni regionali, le quali prevedono l'applicazione di indicatori riguardanti i diversi aspetti della lotta alle infezioni correlate all'assistenza.

Gli indicatori regionali per l'anno 2023 sono n. 10.

Gli indicatori n.1, 2, riguardano aspetti di tipo organizzativo, l'indicatore n.3 si riferisce alla programmazione dell'attività aziendale di prevenzione e controllo delle ICA sulla base della valutazione dei rischi presenti nella Struttura.

I restanti Indicatori si riferiscono ad attività di controllo, sorveglianza e formazione.

**INDICATORE n.1. Istituzione di funzione specifica per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza**

L'indicatore prevede che la funzione di prevenzione del rischio infettivo nell'Azienda Sanitaria sia gestita IN STAFF alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria Aziendale, pertanto si rimanda alla Direzione Generale la definizione dell'assetto organizzativo.

La funzione di prevenzione del rischio infettivo deve possedere risorse dedicate, deve essere coordinata da un medico qualificato e deve essere supportata dal comitato per il controllo delle ICA (CICA già detto CIO).

TIPOLOGIA DI GESTIONE DELLA FUNZIONE	Struttura Complessa: NO	Atto deliberativo del
	Struttura semplice:NO	Atto deliberativo del
IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE	NO	
IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	NO	
IN STAFF AL SPP	NO	
ALL' INTERNO U.O VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITA'	NO	
ALTRA COLLOCAZIONE		Direzione Sanitaria Ospedaliera
COGNOME E NOME RESPONSABILE IDENTIFICATO		Dottoressa Maria Rita Viroletti



SPECIALIZZAZIONE/I	TITOLO		Medico Chirurgo
ANNI DI ATTIVITÀ NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA			
INDIRIZZO E-MAIL	2		mariarita.viroletti@aslvcvco.it
N° TELEFONO	cellulare 3474104415 fisso: 0324 4916487		
TEMPO DEDICATO FULL TIME	NO		
TEMPO PARZIALE	SI	8/settimana	
CIO (CICA) SI	In previsione l'aggiornamento della composizione della Commissione con integrazioni di figure ritenute necessarie nell'ottica di ampliamento della attività sul territorio.		

**INDICATORE 2 Presenza di infermieri addetti al controllo Infezioni.**

NOMINATIVO	QUALIFICA	NUMERO ORE SETTIMANALI DEDICATE
Mara Bignamini	ISRI Infermiere Specialista Rischio Infettivo	36
Laura De Giorgis	ISRI Infermiere Specialista Rischio Infettivo	36
Alessio Bellavista	ISRI Infermiere Specialista Rischio Infettivo	36

Nell'ottica dell'integrazione della rete Infection Control Ospedaliera (UPRI) ospedaliera, con le attività territoriali e le RSA, è stato individuato un Infermiere attualmente in formazione, signora Anna Luisa Dolia, che dovrà collaborare con gli ISRI già presenti.

### DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA AZIENDALE anno 2023

Il programma di attività è strutturato nel seguente modo:

**SEZIONE 1:** attività derivanti dalla analisi del rischio infettivo in ospedale, eseguita per poter individuare le problematiche nei differenti ambiti assistenziali che richiedono priorità di intervento.

**SEZIONE 2:** riguarda gli indicatori regionali che si allegano.

Alcune attività previste dagli indicatori GLICA, sono obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) e si integrano con il Piano di Prevenzione Locale (PLP), nello specifico: PP10 MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.

#### SEZIONE 1

#### VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVO IN OSPEDALE ASL VCO

Per la stesura del programma di attività del 2023, è stata adottata la metodologia degli anni precedenti, al fine di poter individuare le problematiche nei diversi ambiti assistenziali. Si è quindi proceduto con:

- L'analisi del contesto relativamente ai seguenti ambiti:

- a) principali siti di infezione: sito chirurgico, vie urinarie, basse vie respiratorie e sistemiche,
  - b) le Strutture ad alto rischio infettivo (Blocco Operatorio, Rianimazione)
  - c) attività di gestione del rischio infettivo: pulizia, disinfezione, antisepsi, sterilizzazione, isolamenti ecc. avendo come riferimento le indicazioni regionali su sorveglianza e controllo del rischio infettivo;
- la valutazione del grado rischio effettivo tenuto conto degli interventi già messi in atto (rischio netto);
- l'individuazione delle priorità d'intervento sulla base del criterio frequenza/gravità;
- la definizione delle azioni di miglioramento.



## INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Si ritiene utile implementare l'attività di sorveglianza del sito chirurgico presso i due Presidi Ospedalieri. In accordo con i referenti chirurgi si concorda di attivare le seguenti sorveglianze da aprire:

1. presso la sede di Verbania; interventi di riduzione a cielo aperto di dislocazioni o fratture delle ossa lunghe che richiedono fissazione esterna o interna; esclusi quelli di posizionamento di protesi articolari
2. presso la sede di Domodossola, interventi su colecisti

Le sorveglianze proseguiranno almeno per un anno solare.

Nel corso del 2022 non sono pervenute segnalazioni di infezioni del sito chirurgico a insorgenza ospedaliera o post dimissione in interventi chirurgici non sorvegliati,

Le procedure aziendali nelle fasi pre, intra e post intervento sono in linea con le linee guida internazionali e non richiedono al momento degli aggiornamenti.

Per quanto riguarda l'applicazione del bundle sono ormai consolidate le procedure di antibioticoprofilassi e di preparazione cute del paziente, però la compliance di applicazione è misurata solo per gli interventi oggetto di sorveglianza.

Nell'anno 2022 sono state valutate a campione check-list degli interventi chirurgici per verificarne la conformità operativa di antibioticoprofilassi sono emerse le seguenti criticità:

- incongruità tra uso di molecola antibiotica rispetto a quella segnata sulla procedura aziendale negli interventi di colon-sigma.retto, ovvero uso di cefazolina anziché ceftriaxone; tale variazione rappresenta un miglioramento nell'uso delle molecole antibiotiche, ma occorre revisionare la procedura
- utilizzo di molecole differenti rispetto alla procedura aziendale e durata della profilassi negli interventi di ginecologia

Rimane invariata l'attività di sorveglianza prevista dall'indicatore regionale n.7: sorveglianza degli interventi su colon-sigma-retto sulla sede di Domodossola e sorveglianza degli interventi sulla mammella sede di Verbania.

### **Attività aziendale prevista.**

Si ripropone il metodo di segnalazione delle Infezioni chirurgiche con compilazione di scheda ad hoc da inviare a UPR.I.

Si propone un incontro con il gruppo di Antibiotico stewardship per valutare le criticità emerse verifica dell'antibiotico profilassi di interventi programmati e in urgenza e prevedere la revisione della procedura aziendale, se necessari, revisione posticipata al 2024.

## **INFEZIONE DELLE VIE URINARIE**

Le infezioni delle vie urinarie correlate all'impiego di catetere vescicale rappresentano la localizzazione più frequente di ICA e spesso si ricorre all'uso di questo dispositivo impropriamente.

È necessario riprendere le attività di controllo sulla gestione dei CV sospese dal 2019 poiché si sono rilevate diverse problematiche riferite alla prescrizione, gestione del cateterismo ed esecuzione di esami colturali.

### **Attività aziendale prevista.**

Revisione procedura operativa aziendale per l'applicazione e gestione del CV nell'adulto, sua validazione e implementazione.

Esecuzione di audit presso le SOC di degenza selezionate per la valutazione delle non conformità rilevate con l'impiego di una check list specifica.

## **INFEZIONI SISTEMICHE**

Le batteriemie a sorgenza ospedaliera sono spesso correlate all'utilizzo di dispositivi intravascolari, prevalentemente di tipo centrale.

In Azienda sono oggetto di sorveglianza i pazienti oncologici portatori di PICC, i pazienti emodializzati portatori di CVC a permanenza, per questi pazienti, il trend dei tassi d'incidenza è conforme ai dati di riferimento.

Nelle altre degenze non sono condotte sorveglianze.

Nell'anno 2023 si prevede la revisione e implementazione della Procedura Operativa per l'impianto dei PICC.

La tracciabilità della gestione dei DIC nei pazienti ricoverati in ospedale è informatizzata su scheda PHL, lo strumento consente di verificare la corretta tracciabilità dei dati.

La percentuale di emocolture positive per microrganismi che potrebbero essere dei contaminanti, è in linea con le indicazioni (<al 3%).

### **Attività aziendale prevista.**

Sorveglianza infezioni correlate a PICC.

Sorveglianza infezioni sistemiche nei pazienti emodializzati.

## **INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE**

Le misure di contenimento a seguito della diffusione dell'infezione da Covid, rimangono in atto e si provvederà a eventuali correttivi dettati da indicazioni regionali e/o ministeriali.

Proseguono i corsi in FAD per la gestione dell'emergenza COVID e degli eventi infettivi.

Nel 2022 in collaborazione SPP e Medico Competente è stata eseguita la rivalutazione rischio TBC è emersa la necessità di rivedere la procedura aziendale.

### **Attività aziendale prevista.**

Revisione procedura di accoglienza e ricovero paziente con sospetto/certa TBC



## **RIANIMAZIONI**

Presso la Rianimazione sede di Domodossola, prosegue la sorveglianza regionale nei pazienti portatori di CVC (Progetto GIVITI Prosafe – Petalo Infezioni), e delle polmoniti dei pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita (VAM), mentre non è effettuata presso la Rianimazione sede di Verbania. È stata inviata al Direttore della SOC la richiesta ufficiale di nominare un referente per GIVITI sulla sede di Verbania, si è in attesa di risposta.

In previsione dell'apertura della nuova Rianimazione presso la sede di Domodossola, saranno effettuati sopralluoghi per definire i percorsi e saranno redatte le procedure necessarie in collaborazione con il personale della SOC.

## **BLOCCO OPERATORIO**

Attualmente non risultano problematiche emergenti di carattere infettivo, pertanto non si programma alcuna attività, si provvederà ad attuare l'attività specifica se emergeranno problemi.

## **GESTIONE DI EVENTI INFETTIVI – MULTIDRUG e CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE RESISTENZE MICROBICHE**

In Azienda è attiva dal 2006 una sorveglianza sui microrganismi MDRO a partenza dal Laboratorio, con il coinvolgimento del personale UPRI al fine di fornire un supporto per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti. I principali germi alert sorvegliati in Azienda sono quelli contenuti nell'acronimo ESKAPE (Enterobatteriacee ESBL, S. Aureo meticillino resistente, KPC, CPE, Acinetobacter, Pseudomonas, Enterococco Vancomicina resistente). È necessario aggiornare il protocollo di sorveglianza sulla base del trend epidemiologico.

Prosegue l'attività di consulenza informatizzata, per fornire indicazioni sull'applicazione delle misure d'isolamento in ospedale, da parte del personale infermieristico UPRI.

L' Azienda partecipa inoltre alla sorveglianza regionale delle MIB (malattie batteriche invasive e meningiti batteriche).

Da alcuni anni, in collaborazione con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC), al fine di contenere il rischio di diffusione di germi resistenti all'interno di queste Strutture, in caso di pazienti colonizzati ospedalizzati, per cui sia previsto il trasferimento in RSA, sono redatte, da parte del personale ISRI dell'UPRI, delle indicazioni specifiche da fornire agli operatori che accoglieranno il paziente in RSA: tale percorso sarà inserito nella revisione della procedura aziendale "Continuità assistenziale in ASL VCO: percorso tra NOCC e COT/NDCC"

In attesa di definire iter procedurale per attivare la collaborazione con RSA.

Il personale UPRI sorveglia i cluster epidemici e interviene a supporto degli operatori coinvolti nella gestione dell'evento infettivo con l'eventuale *contact tracing*, l'osservazioni e refresh agli operatori.

### **Attività aziendale prevista.**

Revisione procedura sorveglianza alert (germi da sorvegliare)

Attivazione percorsi di sorveglianza in caso di necessità. (es. C. auris)

Prosegue la formazione in FAD sulla gestione degli eventi infettivi.

Sorveglianza alert e MIB secondo le metodiche già attivate.

Revisione della Procedura Operativa per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti da MDR in dimissione presso Strutture.



## ANTIBIOTIC STEWARDSHIP

Proseguono le attività previste dall'indicatore regionale n.5.

### IGIENE MANI OPERATORI SANITARI

Proseguono le attività previste dall'indicatore regionale n.5

### VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA

La presenza di *Legionella* spp. nella rete idrica dei Presidi Ospedalieri continua a essere monitorata con i campionamenti periodici, processati presso il laboratorio ARPA di Novara. Negli ultimi anni non si sono riscontrate polmoniti ospedaliere da *Legionella* spp.

La valutazione del rischio struttura deve essere

#### **Attività aziendale prevista.**

Proseguono i campionamenti ambientali secondo la modalità prevista dalle Linee Guida Ministeriali.

### ATTIVITÀ DI PULIZIA/DISINFEZIONE/ANTISEPSI/STERILIZZAZIONE

La contaminazione ambientale in ambito ospedaliero è strettamente correlata al grado di contaminazione delle mani degli operatori. L'ambiente è ormai dimostrato assuma il ruolo di veicolo di infezione e diventare serbatoio di microrganismi epidemiologicamente importanti (*MDRo*, *Clostridium Difficile*).

L'organizzazione aziendale ha previsto il conferimento a una ditta esterna del servizio di pulizia quotidiana e periodica di locali e arredi. Non sono assegnate a tale ditta: la pulizia di attrezzature sanitarie, unità di degenza del paziente e contaminazioni ambientali accidentali, che devono essere fatte dal personale dipendente ASL, è necessaria la revisione della procedura per l'esecuzione delle pulizie ambientali nei reparti di degenza e servizi diagnostico-terapeutici di competenza del personale dipendente, al fine di definire e uniformare le modalità di esecuzione delle operazioni di pulizia e disinfezione ambientale in tutte le Degenze e Servizi dell'ASL VCO.

#### **Attività aziendale prevista.**

Redazione e implementazione POA pulizie degenza e servizi

Prosegue l'attività del controllo condiviso della qualità delle prestazioni proposto dalla ditta di appalto.

### ENDOSCOPIA

Le procedure endoscopiche vengono sempre più frequentemente utilizzate per ragioni diagnostiche, terapeutiche o entrambe.

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi articoli scientifici, editoriali di esperti che testimoniano il ruolo cruciale del reprocessing degli strumenti per endoscopia digestiva; le Raccomandazioni e le Linee Guida nazionali suggeriscono la sorveglianza microbiologica sugli endoscopi digestivi e raccomandano quella sui duodenoscopi al fine di verificare l'efficacia del reprocessing.



Le aree dedicate al reprocessing degli strumenti del servizio di Endoscopia digestiva dell'ASL VCO, sia sulla sede di Verbania che di Domodossola, presentano la criticità nella separazione degli spazi sporco/pulito, la riduzione del rischio di ricontaminazione di uno strumento è gestita con l'applicazione della procedura comportamentale da parte degli Operatori.

I fibroscopi di ORL e il trans esofageo per TEE, vengono riprocessati con metodica manuale poiché non sono presenti in Azienda le strumentazioni per il trattamento automatico compatibili. La disinfezione manuale è attuata con Ortoftaladeide sotto cappa, metodica operatore-dipendente con un elevato rischio di diluizione del prodotto. Risulta necessario rivedere la metodica e proporre delle soluzioni alternative. Gli endoscopi di urologia vengono sterilizzati a gas plasma.

**Attività aziendale prevista.**

Valutazione fattibilità sorveglianza microbiologica per endoscopi digestivi

Valutazione metodiche alternative alla Ortoftaladeide per endoscopi non canalati.

**SEZIONE 2**

Si rimanda agli indicatori regionali, che si allegano

ALLEGATO 1 DI  
ALLEGATO A)

**Indicatori per  
Sorveglianza e Controllo  
delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)  
e dell'Antimicrobicoresistenza (AMR)  
Anno 2023 - Regione Piemonte**



## **Indicatore n. 1: Istituzione di funzione specifica per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza**

### **Azione attesa.**

L'Azienda ha previsto che la funzione di prevenzione del rischio infettivo nella Azienda sanitaria sia gestita in staff alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Poiché detta funzione coordina le attività di prevenzione del rischio infettivo e si raccorda con le Direzioni Mediche di presidio (per l'area ospedaliera) e con il coordinatore sanitario territoriale e con le Direzioni di Distretto (per l'attività distrettuale) è ritenuta appropriata una collocazione in staff alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria Aziendale per rendere più razionale l'azione di coordinamento ospedale-territorio e il potenziamento territoriale dell'attività di prevenzione delle ICA e dell'AMR.

La funzione deve possedere risorse dedicate o parzialmente dedicate, essere coordinata da un medico qualificato e supportata dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA, già CIO). Detta funzione, che si avvale delle Unità per la Prevenzione del Rischio Infettivo presenti in ogni ASL/AO e del personale infermieristico territoriale dedicato al rischio infettivo ICA-AMR, elabora, coordina, implementa e valuta le attività previste dal programma annuale dell'azienda, in coerenza con le attività/indicazioni regionali, in ambito ospedaliero e territoriale (in coerenza con la Circolare dell'Assessorato Sanita' 1950/2001 e con la Determina Settore Sanita DD n. 725 – 15/11/2017 punto 6.2), si coordina a livello di attività con Rischio Clinico e sicurezza pazienti e si integra con l'attività del Referente locale del programma predefinito 10 (Antibiotico resistenze e ICA) del Piano di Prevenzione Locale

### **Criterio.**

Esistenza di una funzione dedicata con attribuzione di personale, responsabilità definite e supporto del CICA per la gestione della funzione di prevenzione delle ICA.

### **Standard.**

E' stata deliberata una funzione dedicata in staff alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria Aziendale, coordinata da una figura medica qualificata e con almeno 3 anni di attività nel campo della prevenzione del rischio infettivo associato all'assistenza.

Il Dirigente medico sarà "full time" nelle aziende con almeno 1000 posti letto o ogni 700 posti letto in Aziende con strutture extra-ospedaliere, con supporto di Infermieri addetti al controllo infezioni (vedi indicatore 2) e del CICA.

In ogni Azienda è istituito formalmente un Comitato per il Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (con composizione secondo circ. 1950/2001), presieduto dal medico che coordina la funzione di prevenzione del rischio infettivo associato all'assistenza.

Il Comitato supporta le attività di sorveglianza e controllo; tre riunioni verbalizzate l'anno ne evidenziano l'operatività.

- **Circolare n° 1950 - 6 Febbraio 2001:**

Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte.

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/circo01.pdf>

- **D.D. 15 novembre 2017, n. 725** Aggiornamento del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO" all. A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR del 20.12.2012).

<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2018/23/siste/00000083.htPP10>

- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. punto 10.1**



## Indicatore n. 2. Presenza di Infermieri addetti al Controllo Infezioni

### Azione attesa.

La Azienda assegna formalmente le risorse infermieristiche necessarie alla realizzazione del programma di prevenzione.

### Criterio.

**Sono presenti ICI in numero adeguato alle dimensioni ed attività dell'Azienda e con adeguata formazione specifica.**

Gli Infermieri addetti al Controllo Infezioni devono aver acquisito una formazione specifica (qualificati da corsi regionali o master universitari) o, in subordine, aver maturato una esperienza clinica di almeno tre anni con un affiancamento formativo specifico.

Lo standard (rispetto ai posti letto) deve essere formulato in base all'assetto organizzativo aziendale e riferito al numero dei posti letto per gli ospedali e – ulteriormente per le Aziende ASL - al numero degli abitanti per il territorio.

Alla luce dei mutamenti organizzativi (ricoveri più brevi, aumento dei Day hospital) che comportano comunque una grande attenzione nella prevenzione del rischio infettivo, si ritiene opportuno considerare come riferimento possibile ospedaliero anche quello di più recente introduzione in letteratura (1 ICI/5000 ricoveri/anno).

Nell'ottica dell'integrazione della rete Infection Control ospedaliera (UPRI) con le attività territoriali e le RSA, deve essere prevista nell'ambito delle UPRI ospedaliere e messa in atto entro il 2023 (in aggiunta agli ICI già presenti per il controllo infezioni) l'individuazione e l'assegnazione di una figura infermieristica di riferimento per implementare e supportare le attività di raccordo ospedale territorio e supportare le attività di raccordo ospedale territorio..

Tale risorsa permette anche di dare attuazione al Piano Pandemico Regionale (schede procedurali n. 25 e 36).

### Standard (vedi circolare 2001)

1 ICI ogni 250 pl nelle Aziende con assistenza ospedaliera; Nelle strutture a maggiore complessità si può prevedere uno standard di 1 ICI ogni 5000 Ricoveri Ordinari /anno (o ogni 7000 ricoveri totali).

1 ICI ulteriore nell'ambito delle UPRI ospedaliere con funzione di raccordo e supporto alle attività territoriali

1 ICI ogni 300.000 abitanti dedicato alle strutture e alle attività territoriali sul tema; Le aziende ASL verificano in base al programma operativo il fabbisogno delle ICI sul territorio; l'attività territoriale deve prevedere che sia dedicata a tempo pieno per il controllo infezioni almeno una figura infermieristica /300000 abitanti.

- **Circolare n° 1950 - 6 Febbraio 2001:**

Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte.

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/circo01.pdf>

- **D.D. 15 novembre 2017, n. 725**

Aggiornamento del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" all. A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR del 20.12.2012).

<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2018/23/siste/00000083.htm>

**Indicatore n. 3. Esistenza e attuazione di un Programma Aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione (con Allegato A)**

**Azione attesa.**

L'Azienda conduce attività di sorveglianza e controllo delle ICA basate sulla valutazione dei rischi prevalenti e la strutturazione di un conseguente programma di prevenzione di cui sono documentati gli esiti.

Il Programma è deliberato formalmente dal Direttore Generale.

**Criterio.**

**Redazione ed attuazione di un programma di sorveglianza e controllo basato sui problemi prioritari della struttura approvato dal Direttore Generale entro il primo semestre dell'anno e restituzione di una sintesi delle attività attraverso uno schema predisposto dalla Direzione Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari**

**Standard.**

Esiste un Programma, è redatto annualmente ed è messo in atto dall'azienda con la responsabilità del Direttore Generale

Il programma coinvolge il Direttore Generale, l'Unità per la Prevenzione del Rischio Infettivo (UPRI), Direzioni Mediche di Presidio, Distretti, Dipartimenti clinici, Rischio Clinico e Direzione Infermieristica **che si riuniscono almeno due volte l'anno per la programmazione delle attività relative a sorveglianza e controllo di ICA e AMR e l'analisi dei relativi esiti e rendono disponibile la documentazione degli incontri**

Il Direttore Generale persegue annualmente almeno due obiettivi di sorveglianza e controllo delle ICA. **Fra gli obiettivi di sorveglianza e controllo delle ICA per il 2023:**

**almeno uno è dedicato al controllo dell'antimicrobico-resistenza attraverso il buon uso degli antibiotici**

**e uno al miglioramento dell'offerta diagnostica in ospedale e/o sul territorio**

- Vedi Allegato A.
- Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.5



## Indicatore n. 4. Evidenza di sorveglianza microbiologica in accordo con le attività previste dal PNCAR.

### Azione attesa.

Le Aziende conducono e documentano le seguenti attività:

1. Contributo allo sviluppo della rete regionale di raccolta dati sulle antibiotico-resistenze nell'ambito della sorveglianza nazionale AR-ISS
2. Adesione al sistema di "Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemi"
3. Flusso di microrganismi "alert" dal laboratorio alle UPRI
4. Adesione alla sorveglianza regionale di alcuni microrganismi "alert"

### Criteri SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA.

#### 1. SORVEGLIANZA AR-ISS:

L'Azienda aderisce e partecipa con i Responsabili dei Laboratori di microbiologia, quando richiesto, alle attività regionali per lo sviluppo della sorveglianza AR-ISS delle antibiotico-resistenze dagli isolamenti di laboratorio (PRP. Programmazione 2022, punto 10.2)

#### 2. SORVEGLIANZA speciale CRE:

**2a.** Esiste evidenza di adesione al sistema di sorveglianza istituito dal Ministero della Salute (Circolare 26/2/2013) aggiornata con Circolare ministeriale prot. n. 01479 (17 gennaio 2020) ad oggetto "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)" (Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemi) su piattaforma web dedicata con accreditamento dell'azienda alla piattaforma web dell'ISS

**2b.** Incremento dell'adesione alla sorveglianza CRE da parte delle strutture di ricovero per acuti e riabilitazione del privato accreditato - Invito formale e sostegno tecnico alle strutture di ricovero per acuti e di riabilitazione locali non ancora aderenti (PRP. Programmazione 2022, punto 10.3)

**3. SORVEGLIANZA locale microrganismi alert:** Il flusso di segnalazioni alert dal laboratorio alle UPRI è documentato annualmente attraverso un flusso informatizzato o una sintesi cartacea; è prevista anche la segnalazione di cluster (Piano Pandemico Reg. Piemonte procedura 36)

#### 4. SORVEGLIANZA regionale microrganismi alert antibiotico-resistenti:

**Il laboratorio produce un report sintetico sugli isolamenti di laboratorio di alcuni microrganismi antibiotico resistenti; Protocollo e indicazioni sono reperibili sulla piattaforma Gemini: <https://gemini3.aslal.it/> e sito del SeREMI <https://www.seremi.it/>**

**(4a)** sono inseriti ancora per il 2022 su piattaforma web Gemini i dati di resistenza relativi ad alcuni microrganismi alert, isolati nel 2023 da sangue e liquor, provenienti da tutti i pazienti (ricoverati e non)

**(4b)** sono inseriti ancora per il 2023 su piattaforma web Gemini i dati di resistenza relativi a *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* resistenti ai carbapenemi, isolati nel 2022 da tutti i materiali, provenienti da pazienti ricoverati. (Piano Pandemico Regione Piemonte procedura 36)

### Standard.

1a. La sorveglianza CRE è effettuata tramite la piattaforma WEB dell'ISS e attestata dal SeREMI

1b. C'è evidenza dell'azione nella documentazione aziendale

1. In attesa di software elaborato dalla Regione, le Aziende del Piemonte elaborano una sintesi degli "alert" locali sorvegliati e del numero di segnalazioni annuali
2. La sorveglianza delle antimicrobico resistenze è effettuata tramite la piattaforma "GEMINI" e attestata dal SeREMI

- Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.2-10.3
- Piano Pandemico Regione Piemonte

**Indicatore n. 4bis. Evidenza di interventi di prevenzione e controllo in accordo con le attività previste dal PNCAR.**

**Azione attesa.**

**Le Aziende conducono e documentano le seguenti attività:**

1. Disponibilità presso il laboratorio di un protocollo per la gestione delle emocolture.
2. Monitoraggio dell'esecuzione di emocolture

**Criterio.**

**MISURE DI CONTROLLO:**

1. Il laboratorio di microbiologia ha adottato delle **Linee Guida per gestire l'emocoltura**
2. E' disponibile nell'azienda un **protocollo** nel quale sono definite le **modalità di gestione dell'emocoltura**.
3. Il protocollo descrive le modalità di esecuzione del prelievo e dà indicazioni sull'appropriatezza prescrittiva (in quali situazioni cliniche è utile richiedere l'esame, come eseguirlo, se ripeterlo, da quale sede prelevare etc..).
4. Il laboratorio misura e monitora la qualità preanalitica dell'emocoltura fornendo ai reparti un report periodico su alcuni indicatori (tempo intercorrente tra prelievo ed incubazione dei flaconi, emocolture contaminate, emocolture eseguite con un solo set di flaconi, numero totale di emocolture eseguite) con l'obiettivo specifico di ridurre al minimo le terapie inutili/inappropriate
5. Il laboratorio utilizza degli indicatori per monitorare e controllare la qualità del proprio lavoro nella lavorazione dei campioni positivi; il laboratorio è in grado di misurare le performance in termini di tempo impiegato per eseguire ogni fase del protocollo di lavorazione del campione positivo (tempo intercorrente tra la segnalazione della positività e il primo risultato refertato: Gram, test molecolare multiplex, Maldi tof etc..)

**Standard.**

1. Il laboratorio dichiara il tipo di **Linea Guida** utilizzato
  2. Il laboratorio di microbiologia **dispone del protocollo** per la gestione delle emocolture
  3. Il laboratorio **misura** e fornisce feed-back: Emocolture eseguite da veni-puntura refertate come contaminate  $\leq 3\%$
  4. Il laboratorio **misura** e fornisce feed-back: Emocolture eseguite negli adulti con un solo set di flaconi  $\leq 5\%$
  5. Il laboratorio **misura** e fornisce feed-back: Il tempo atteso tra esecuzione/prenotazione dell'emocoltura ed incubazione dei flaconi nell'incubatore  $\leq 1$  ora; tempo massimo accettabile  $\leq 4$  ore
- Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.2-10.3
  - Piano Pandemico Regione Piemonte



**Indicatore n. 5. Implementazione ed esito di attività di antibiotico stewardship (con Allegato B)**

**Azione attesa.**

**Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione e miglioramento dell'uso di antibiotici integrato con le strategie di controllo delle ICA, nell'ambito degli obiettivi del PNCAR e del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione.**

**Criterio. E' condotta una azione di miglioramento dell'impiego degli antibiotici nelle strutture sanitarie basato su**

1. Definizione e formalizzazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (infection control ospedaliero e/o territoriale, microbiologo, infettivologo o esperto di antimicrobicoterapia, farmacista ospedaliero e/ territoriale) e individuazione di un **Responsabile medico esperto in antimicrobico terapia**
2. Progettazione, attuazione e valutazione almeno di **una azione di miglioramento**
  - a. Con interventi definiti (es richieste motivate, audit su cartelle, incontri con i clinici di discussione dei casi)
  - b. Con monitoraggio del trattamento di specifiche infezioni/profilassi come infezioni urinarie o polmoniti o profilassi in chirurgia, infezioni da C. difficile, trattamento di gravi infezioni, infezioni della cute o tessuti molli etc
3. Monitoraggio (come gia' previsto in indicatore n.4) delle **resistenze antimicrobiche** e del **consumo di antibiotici (in DDD)** con restituzione dei dati ai clinici
4. Implementare l'uso del **Manuale di Terapia Empirica Regionale nell'Azienda**
5. Promozione di **buone pratiche a livello territoriale**
6. Attuazione di **interventi formativi**

**Standard**

1. Sono **individuati e formalizzati** una figura medica responsabile dell'attuazione del programma di ATB-stewardship e un gruppo di lavoro multidisciplinare
  2. Esiste **evidenza documentale degli interventi** attuati, della conformità ai criteri descritti e degli esiti misurati
  3. E' documentata una **attività di monitoraggio di alcuni antibiotici** (Carbapenemi, Chinoloni, Echinocandine, Tigeciclina, Daptomicina, Linezolid) con analisi dei consumi in DDD e AMR misurata
  4. **C'è evidenza di condivisione del Manuale di Terapia Empirica Regionale e sono descritte le modalità di distribuzione**
  - 4bis. L'azienda verifica su un campione di cartelle cliniche/pazienti non inferiore a 50 su reparti medici la coerenza del trattamento empirico effettuato con le indicazioni del **Manuale di Terapia Empirica Regionale**
  5. E' avviato almeno un intervento per il **buon uso degli antibiotici a livello territoriale; ad esempio raccomandazioni per :**
    - Uso delle indicazioni di terapia empirica nelle RSA
    - Miglioramento dell'uso degli antibiotici presso la Medicina di famiglia (es. trattamento delle IVU)
    - Miglioramento dell'uso degli antibiotici presso la Pediatria di famiglia (es. trattamento delle faringiti)
- Vedi ALLEGATO B
  - Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.4-10.7



**Indicatore n. 6. L'azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR e li raccoglie con periodicità semestrale/annuale**

**Atteso. Le Aziende sono in grado di produrre e di rendere disponibili alcuni dati che sono compresi negli obiettivi del PNCAR 2022-2025**

**Criterio. Sono raccolti prospetticamente in tutto il periodo di durata del PNCAR 2022-2025**

**Sul territorio:** consumo DDD/1000 abitanti/die di antibiotici sistemici J01

**Sul territorio:** consumo DDD /1000 abitanti/die : J01CR02 amoxicillina/ac. Clavulanico e J01MA fluorochinoloni

**Pediatria sul territorio:** prescrizioni/1000 bambini di amoxicillina J01CA e amoxicillina+acido clavulanico J01CR

**Pediatria sul territorio:** prescrizioni/1000 bambini di antibiotici sistemici J01

**Ospedale:** consumo DDD/100 gg degenza di antibiotici sistemici J01 in ospedale

**Ospedale:** consumo DDD/100 gg degenza di carbapenemi

**Ospedale:** consumo DDD/100 gg degenza di fluorochinoloni

#### **Standard**

I dati dal 2023 sono raccolti prospetticamente

- Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.6-10.7
- PNCAR 2022-2025 Obiettivo 2 pagina 41-42

**Indicatore n. 7. Evidenza di Sorveglianza delle infezioni chirurgiche, di batteriemie e polmoniti (VAP) in Terapia Intensiva, di Sorveglianza mediante Studio di Prevalenza HALT in residenze sanitarie assistite, secondo le indicazioni regionali (e nazionali)**

**Atteso.**

**Sono documentati gli esiti della sorveglianza sugli interventi chirurgici, batteriemie e VAP in Terapia intensiva, e su prevalenza puntuale di ICA e consumo di Antibiotici**

**Criterio.**

**Esecuzione sorveglianze regionali**

- 1) Infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo SNICH (su Piattaforma MedCap) in aderenza alla sorveglianza nazionale; la regione Piemonte partecipa con i propri dati alla sorveglianza ECDC inviando i dati al referente nazionale regione Emilia Romagna.
- 2) Infezioni in terapia intensiva (Batteriemie e VAP) nell'ambito della sorveglianza prevista da DGR 22-4256 del 2021
- 3) Prevalenza puntuale di ICA e consumo di antibiotici nelle Residenze sanitarie assistenziali, con partecipazione allo studio nazionale coordinato da ISS.

**Standard.**

Disponibilità:

- 1) del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate secondo i criteri dell'indicatore 2018 (vedi **Allegato C**) con applicazione del "bundle" degli interventi sorvegliati (vedi **allegato D**)
- 2) del tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni CVC e incidenza VAP /1000 giorni ventilazione assistita in TUTTE le Terapie Intensive dell'Azienda; disponibilità dell'analisi del dato di incidenza e mortalità rispetto ai dati regionali GiViTI, commentato in relazione al trend degli ultimi quattro anni e alla tipologia di ricovero che caratterizza l'ICU (vedi **Allegato E**); ogni azienda ha organizzato **almeno un incontro di confronto** tra la/le ICU partecipanti a GiViTI e i responsabili UPRI per condividere l'analisi dei dati e le strategie di Infection Prevention & Control
- 3) della prevalenza di ICA e di consumo di antibiotici (secondo il protocollo **HALT4** sulla base delle indicazioni di ECDC e ISS), ottenuti dallo studio da condurre in base alla programmazione nazionale in ottobre-novembre 2023 o in aprile 2024.

- PNCAR 2022-2025 Obiettivo 2 pagina 46
- DGR 22-4256 del 2021



**Indicatore n. 8. L'Azienda partecipa alla sperimentazione del sistema di monitoraggio delle AZIONI REGIONALI di CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SPINCAR)**

**Azione Attesa**

Le Aziende partecipano al sistema di autovalutazione del grado di implementazione delle azioni di contrasto all'antimicrobicoresistenza indicate dal PNCAR (2017- 2020 e 2022-2025) per l'anno 2022 , attraverso la valutazione di un set di standard e criteri uniformi per misurare le strategie per la prevenzione ed il controllo delle ICA (Sistema SPINCAR1) reso disponibile su piattaforma nazionale.

**Criterio.** Sono raccolti i seguenti dati relativi a 7 aree:

- 1) **Governance**
- 2) **Identificazione tempestiva di eventi sentinella, sorveglianza e monitoraggio**
- 3) **Uso prudente degli ATB**
- 4) **Controllo delle ICA**
- 5) **Formazione**
- 6) **Alleanza**
- 7) **Implementazione**

**Standard:**

nella fase sperimentale le ASL/AO compileranno il documento reso disponibile dal Ministero della Salute via web, analizzando criticamente, nell'ambito delle proprie competenze, sia le azioni di miglioramento specifiche del proprio contesto che le difficoltà di compilazione del documento stesso.

(vedi allegato F)

## Indicatore n. 9. L'Azienda promuove interventi di miglioramento dell'igiene delle mani

### Azione attesa.

Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani.

### Criterio.

- 1) È utilizzato gel idroalcolico per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.
- 2) E' utilizzato il Framework del WHO per l'Autovalutazione dell'igiene delle mani
- 3) L'Azienda dispone dei dati di consumo della soluzione idroalcolica per il 2022, partecipando alla sorveglianza CSIA richiesta dal Ministero della Salute
- 4) E' implementato in tutte le aziende il monitoraggio diretto mediante applicazione "Speedy audit" per la valutazione diretta (o applicazione simile)
- 5) In occasione del 5 maggio è promossa una iniziativa sull'Igiene delle mani

### Standard.

- 1) È consumata una **media di 20 ml/die di gel per paziente (20 litri/1000 giorni) in TUTTI i reparti** in cui è effettuata assistenza. Lo standard **non** comprende altre modalità di igiene delle mani (sapone o sapone antisettico). E' documentato un miglioramento (se sotto standard) del 30% complessivo rispetto all'anno precedente.
- 2) E' compilato annualmente il **Framework del WHO per l'Autovalutazione** dell'igiene delle mani (sono inviati il testo in pdf e un file excel per l'inserimento dei dati)
- 3) E' compilata la **documentazione richiesta dal Ministero della salute** con Circolare 55369-02/12/2021-DGPRE entro fine maggio 2023 per l'anno 2022
- 4) L'implementazione dell'igiene delle mani è misurata mediante valutazione diretta dei "5 momenti" con l'applicazione "**Speedy audit**" o applicazione analoga dando evidenza di ritorno della misurazione ai reparti in almeno 20 rilevazioni
- 5) In occasione del 5 maggio è promossa una iniziativa sull'Igiene delle mani, personalizzata per l'ASL/Presidio Ospedaliero di appartenenza
- 6) E' sempre disponibile il **gel idroalcolico** nei **dispensatori** al letto del paziente o all'ingresso della stanza di degenza o nelle **confezioni tascabili** per uso personale degli operatori

- Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.5
- PNCAR 2022-2025 Obiettivo 2.5 pagina 46



#### **Indicatore n. 10.**

**Esiste evidenza di formazione sulle ICA, sull'AMR e sulle misure di prevenzione e controllo in forma residenziale o FAD**

#### **Azione Attesa.**

**Le Aziende promuovono attività di formazione sul tema delle ICA, dell'antibioticoresistenza e sulle misure di prevenzione e controllo come previsto dal PNCAR e sostenuto ai sensi della DGR 1-6675 del 29/03/2023**

#### **Criterio.**

Evidenza di partecipazione all'attività di formazione sul tema "Controllo delle ICA e dell'antibiotico resistenza" e sul tema "Infection control" per tutto il personale di assistenza, a livello ospedaliero e territoriale, con i tempi e l'organizzazione determinata dalla Regione e dall'Azienda e previsto dai Moduli A, B, C, e D del piano di formazione di cui alla **DGR 1-6675 del 29/03/2023**

#### **Standard.**

- 1) Il personale sanitario partecipa alle iniziative di formazione secondo le indicazioni regionali (D.G.R. n. 1 – 6675) che sarà completata a livello regionale secondo il cronoprogramma riportato nell'allegato 1.
  - 2) **Tutto il personale sanitario appartenente al CIO-CICA aziendale partecipa alla formazione proposta nel Modulo D**
  - 3) Deve essere prevista anche un'offerta di formazione a livello territoriale per infermieri e OSS circa competenze conoscitive e pratiche in tema di infection control; le strutture territoriali inseriranno la formazione nei capitolati di servizio delle esternalizzazioni
- **PNRR – Missione 6, Componente C2 – Investimento 2.2 (b) – Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere**
  - **D.G.R. n. 1 - 6675 Regione Piemonte; Approvazione del piano di formazione, dello schema di atto di delega e riparto delle risorse, pari a Euro 5.742.722,11, agli Enti del SSR, quali soggetti attuatori esterni.**
  - **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2022. Punto 10.8**
  - **Piano pandemico della Regione Piemonte (v. scheda procedurale n. 26)**
  - **PNCAR 2022-2025 \_Formazione\_ obiettivo 3 pagina 78**

## ALLEGATO A

### Note sulle modalità di attuazione del programma aziendale

L'obiettivo dell'indicatore è di assicurare la gestione dei rischi principali delle strutture, sulla base dei dati epidemiologici disponibili, delle esperienze di sorveglianza e controllo eseguite in precedenza, e considerando i dati di letteratura riferiti a strutture simili.

Sarà oggetto di valutazione l'identificazione di obiettivi conseguenti all'analisi dei rischi e delle azioni preventive messe in atto, così come l'effettivo raggiungimento degli obiettivi che ci si era proposti.

Il Programma deve altresì prevedere modalità di collaborazione con le Commissioni di vigilanza sulle strutture accreditate riguardo alla attuazione delle misure preventive delle ICA,

A titolo di esempio, per quanto concerne le strutture ospedaliere:

**per ospedali di base, senza DEA:** sono considerate le esigenze di sorveglianza e, soprattutto, di prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, associate a cateterismo vascolare nelle Unità interessate, nonché di tutela della salute dei lavoratori. E' valutata la presenza di un sistema informativo degli isolamenti del laboratorio di Microbiologia e dei dati della Farmacia (ad es. consumo di antibiotici). Sono messe in atto azioni conseguenti e documentati gli esiti delle stesse. C'è evidenza di un percorso che include analisi dei rischi, obiettivi, azioni, esiti.

**per ospedali sedi di DEA, con Terapia Intensiva:** oltre a quanto esposto, l'attenzione deve estendersi alla sorveglianza ed analisi dei rischi legati alla gestione delle urgenze e delle patologie complesse;

**per ospedali specialistici o di alta complessità:** ci si attende, oltre a quanto esposto, una analisi dei rischi prevalenti in strutture specialistiche (p.es cardiochirurgie, oncologie, unità per trapianti, grandi ustionati, Terapie Intensive) e conseguenti scelte di sorveglianza e di interventi di controllo

In considerazione della necessità di integrare le attività di prevenzione delle ICA a livello ospedaliero con quelle **territoriali** (con particolare riguardo alle **RSA**) come previsto anche dal Piano Pandemico Regionale (scheda procedurale n. 36) il programma aziendale di ASL deve prevedere obiettivi e azioni a sostegno delle strutture territoriali e residenziali; essendo state rese disponibili le procedure per l'applicazione delle misure di infection control nelle RSA, deve essere prevista la verifica dell'uso delle procedure nelle strutture territoriali.



## ALLEGATO B

### ANTIBIOTICO-STEWARDSHIP

Gli elementi essenziali di programmi di *antimicrobial stewardship* secondo IDSA<sup>(1)</sup> ed ECDC, e riassunte anche nel Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibioticoresistenza 2017-20, sono i seguenti:

- la istituzione di un gruppo multidisciplinare con la responsabilità di definire le politiche di governo dell'uso responsabile di antibiotici, in armonia con le politiche di controllo delle infezioni, e di un team operativo per la loro attuazione
- l'implementazione di raccomandazioni e linee guida nazionali per la profilassi, la diagnosi e la terapia delle infezioni, periodicamente aggiornate con un sistema di valutazione della loro adozione
- la registrazione nella documentazione sanitaria della indicazione, del farmaco, della dose e durata del trattamento antibiotico
- il monitoraggio del consumo dei farmaci sulla base dei dati amministrativi
- i programmi di audit e feed-back dell'appropriatezza delle prescrizioni
- il coinvolgimento di tutte le competenze e servizi essenziali al programma, in particolare gli specialisti infettivologi, la microbiologia clinica ed i farmacisti sia ospedalieri sia territoriali.
- potenziamento dei servizi diagnostici microbiologici e di una diagnostica rapida per l'identificazione dei patogeni e delle resistenze
- la formazione di medici ospedalieri e di famiglia, infermieri, farmacisti e personale di laboratorio, sull'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, attuata utilizzando metodi che consentano l'attivo coinvolgimento dei professionisti e efficace nel produrre cambiamenti nel comportamento prescrittivo
- la valutazione del programma sulla base di indicatori relativi al consumo di antibiotici ed alle resistenze.

Poiché non esiste una strategia che abbia mostrato evidenza univoca di efficacia, **l'indicatore regionale, tenendo in considerazione anche gli obiettivi del PNCAR, propone i seguenti interventi:**

- L'azienda ha individuato formalmente un referente per il buon uso degli antibiotici
- L'azienda ha individuato formalmente un gruppo di lavoro costituito almeno dal responsabile Funzione di Prevenzione del Rischio Infettivo, un infettivologo, un microbiologo clinico, un farmacista, un ICI.
- L'azienda ha definito l'oggetto dell'intervento (reparti, scheda di richiesta motivata, lista di antibiotici monitorati, cartelle cliniche recanti prescrizioni di molecole comprese nella lista).
- La lista degli antibiotici monitorati include: **Carbapenemi, Chinoloni endovena, Echinocandine, Tigeciclina, Daptomicina, Linezolid.**
- L'azienda ha definito le principali incongruità prescrittive da evidenziare
- L'azienda ha evidenziato, su almeno 150 prescrizioni/paziente la proporzione di incongruità prescrittive
- C'è evidenza di audit periodici secondo linee guida IDSA o di feed-back
- L'azienda dispone di indicazioni condivise per il trattamento delle principali patologie
- La farmacia controlla i consumi degli antibiotici individuati, espressi in DDD/100 giorni-paziente e produce un Report annuale sui consumi (disaggregati per reparto) di almeno quattro antibiotici tra quelli sottoposti a monitoraggio
- Il Laboratorio di Microbiologia monitorizza annualmente la prevalenza delle principali antibiotico-resistenze e produce un Report sulle antibioticoresistenze

**Per l'uso di antibiotici in età pediatrica**, non disponendo delle DDD, possono essere utilizzati DOT (days of therapy), LOT (length of therapy) e DOT/LOT come recentemente proposto, sulla base di uno studio condotto anche nella realtà ospedaliera piemontese.

C. D'Amore, M. L. Ciofi degli Atti, C. Zotti, R. Prato, G. Guareschi, R. Spiazzi, G. Petitti, M. L. Moro, M. Raponi. **Use of multiple metrics to assess antibiotic use in Italian children's hospitals.**

Sci Rep. 2021 Feb 11;11(1):3543. doi: 10.1038/s41598-021-83026-1.

---

<sup>(1)</sup> Barlam TF. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis. 2016;62(10):e51-77. doi: 10.1093/cid/ciw118.

## ALLEGATO C

### *SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO*

La Regione Piemonte, nell'ambito della sorveglianza delle ISC, aderisce al programma di sorveglianza nazionale SNICH -ECDC.

La Regione, tramite il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino, raccoglie i dati delle singole aziende e li trasmette al centro nazionale di coordinamento presso Regione Emilia Romagna per contribuire alla stesura del report nazionale con i dati che pervengono settembre dell'anno successivo a quello di raccolta.

Il **progetto** per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico è disponibile sul sito Epicentro dell'ISS

<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/sorveglianza-infezioni-sito-chirurgico>

I dati disponibili presso la Regione Emilia Romagna alla fine dell'anno successivo all'anno sorvegliato contribuiscono alla sorveglianza europea (e al rapporto ECDC).

Dal 2024 adotteremo il nuovo protocollo elaborato nel corso del progetto CCM 2019, ma per il 2023 continuiamo a operare secondo il protocollo vigente.

Il futuro **protocollo** di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico è disponibile al seguente link:

<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/pdf/Protocollo%20Sito%20chirurgico%20VERS%20definitiva%2012%2010%2022-1.pdf>

Nel 2020 per la sorveglianza in Regione Piemonte, tutto il database (infezioni del sito chirurgico e dati del "bundle") è stato migrato sulla piattaforma Med Cap (Redcap della Scuola di Medicina di Torino) e l'accesso è stato regolato da password di accesso acquisite da ogni ASL/AO della Regione Piemonte partecipanti alla sorveglianza e che, in questo modo, rendono disponibili, in modo anonimo, i propri dati per la sorveglianza nazionale e internazionale.

#### **Sono di seguito elencati gli interventi sotto sorveglianza in Piemonte con i codici ICD9CM.**

Ogni Azienda sottoporrà a sorveglianza di 6 mesi gli interventi su colon e retto o protesi d'anca o interventi cardiocirurgici, o neurochirurgici o mastectomia con protesi o urologia (vescica o prostata) (minimo 50 interventi); il tempo di sorveglianza può essere prolungato.

Oltre agli interventi di queste categorie, l'ASL/AO può decidere di sorvegliare qualsiasi categoria di intervento e i dati saranno comunque elaborati.

Devono essere esaminati tutti gli interventi eseguiti consecutivamente nel periodo considerato e non una selezione degli stessi. Il follow-up sarà di 30 gg o di 90 gg in presenza di protesi.

E' richiesto di riferire il numero totale di interventi della categoria sorvegliata effettuati nell'anno nell'ASL/AO



Categoria intervento	Procedure	Descrizione	Codici ICM-9
COLO	Chirurgia del colon	Incisioni, resezioni, o anastomosi del grande intestino; include le anastomosi grande-piccolo e piccolo-grande.	17.31-17.36, 17.39, 45.03, 45.26, 45.41, 45.49, 45.52, 45.71-45.76, 45.79, 45.81- 45.83, 45.92-45.95, 46.03, 46.04, 46.10, 46.11, 46.13, 46.14, 46.43, 46.52, 46.75, 46.76, 46.94
REC	Chirurgia rettale	Operazioni sul retto	48.25, 48.35, 48.40, 48.42, 48.43, 48.49-48.52, 48.59, 48.61-48.65, 48.69, 48.74
HPRO	Protesi d'anca	Artroplastica dell'anca	00.70-00.73, 00.85-00.87, 81.51-81.53
PRST-BLAD	Interventi sulla prostata	Resezione transureterale prostata. Biopsia prostatica (transrettale e transperineale). Escissione della prostata sovrapubica, retropubica, radicale o perineale. Non include la resezione transuretrale.	60.11,60.12, 60.21, 60.29 60.30, 60.40, 60.50, 60.61, 60.62, 60.69
	Interventi sulla vescica	Cistectomia radicale, cistectomia radicale con derivazione esterna o con neovescica ortotopica.	56.51, 57.71, 57,87
	Interventi sul rene	Nefrectomia parziale o totale	55.40, 55.51
	Interventi andrologici	Inserzione di protesi peniena semirigida o gonfiabile	64.95, 66.97
CRAN	Craniotomia	Incisioni del cranio al fine di escissione, riparazione o esplorazione del cervello; non include derivazioni o punture.	01.12, 01.14, 01.21-01.25, 01.28, 01.31, 01.32, 01.39, 01.41, 01.42, 01.51-01.53, 01.59, 02.11-02.14, 02.91- 02.93, 07.51-07.54, 07.59, 07.61-07.65, 07.68, 07.69, 07.71, 07.72, 07.79, 38.01,

			38.11, 38.31, 38.41, 38.51, 38.61, 38.81, 39.28
CARD	Chirurgia cardiaca	Procedure a torace aperto che interessano valvole o setto cardiaci, non include bypass coronarici, chirurgia dei grandi vasi, trapianto o impianto di pacemaker.	35.00-35.04, 35.10-35.14, 35.20-35.28, 35.31-35.35, 35.39, 35.42, 35.50, 35.51, 35.53, 35.54, 35.60-35.63, 35.70-35.73, 35.81-35.84, 35.91-35.95, 35.98-35.99, 37.10, 37.11, 37.24, 37.31- 37.33, 37.35, 37.36, 37.41, 37.49, 37.60
CBGB	Bypass coronarico con incisione di torace e sito	Procedure a torace aperto per eseguire una rivascolarizzazione diretta del cuore; include l'utilizzo di vene provenienti da altro sito di prelievo.	36.10-36.14, 36.19
CBGC	Bypass coronarico solo con incisione di torace	Procedure a torace aperto per eseguire una rivascolarizzazione diretta del cuore; include, per esempio, arteria mammaria interna	36.15-36.17, 36.2
AAA	Riparazione di aneurisma aortico	Resezione della aorta addominale con anastomosi o sostituzione	38.34, 38.44, 38.64
BRST	Interventi sulla mammella con inserzione di protesi	Mammectomia sottocutanea mono o bilaterale con contemporaneo impianto di protesi	85.33 85.35
		Mastectomia semplice/radicale mono o bilaterale	85.41-85.48
		Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario	85.53-85.54



## ALLEGATO D

### BUNDLE – ISC

1. esecuzione della doccia preoperatoria
2. esecuzione della tricotomia
3. gestione della temperatura intra-operatoria
4. appropriatezza della antibiotico profilassi chirurgica

**E' reso disponibile nella raccolta dati SNICH una specifica sezione per raccogliere i dati "bundle".**

*Se la risposta alla domanda "E' stato eseguito il "bundle" per questo intervento?" è SI, si aprono nella scheda relativa all'intervento le voci relative al "bundle"*

Si potranno caricare SOLAMENTE i dati relativi a schede inserite nel programma di Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico SnIch.

**Per ogni voce della Sezione B la risposta può essere:**

- **appropriato o conforme**
- **inappropriato o non conforme**
- **dato non disponibile**

**Dati Bundle:**

1. **Doccia:** precisare la conformità della doccia. Conforme se eseguita in ospedale o a domicilio con sapone o sapone-antisettico non oltre il giorno che precede l'intervento. Non conforme negli altri casi (non eseguita o eseguita solo con acqua o informazione non indagata)
2. **Tricotomia:** conforme se limitata e non eseguita con rasoi manuali, ma con rasoi elettrici o creme depilatrici o non fatta perché non necessaria
3. **Gestione della temperatura intra-operatoria:** per gli interventi di durata superiore a 60 minuti e sempre negli interventi con rischio di ipotermia passiva (neonato, grande anziano) e durante procedure accompagnate da termodispersione (ad esempio, ampie laparotomie): conforme se la temperatura, al termine dell'intervento (prima dell'estubazione) è superiore a 36°. Non conforme se inferiore. Per gli interventi con rachianestesia non è richiesto il dato relativo al controllo della temperatura.  
**NB:** indicare "conforme" quando il monitoraggio della temperatura non è richiesto dall'intervento.
4. **ATB profilassi / Timing preoperatorio:** Conforme se iniziata nei 120/60 minuti precedenti l'incisione chirurgica (per fluorochinoloni e vancomicina la somministrazione è conforme se iniziata 120 minuti prima dell'incisione)
5. **ATB profilassi / Molecola:** La conformità deve essere valutata in base alle indicazioni del protocollo aziendale in uso
6. **ATB profilassi / Dose intraoperatoria:** La conformità deve essere valutata in base alle indicazioni del protocollo aziendale in uso
7. **ATB profilassi / Durata:** La profilassi antibiotica è conforme se interrotta al momento della chiusura della ferita chirurgica e se non proseguita oltre le 24 ore successive (non oltre 48 ore negli interventi sul colon)

Vicentini C et al. Impact of a bundle on surgical site infections after hip arthroplasty: a cohort study in Italy (2012-2019). Int J Surg 2020 Oct; 82:8-13. Epub 2020 Aug 21.

Vicentini C et al. Interrupted time series analysis of the impact of a bundle on surgical site infections after colon surgery. Am J Infect Control, 2021 Feb 12; S0196-6553(21)00084-5. Online ahead of print.

## ALLEGATO E

### *SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI IN TERAPIA INTENSIVA*

Dal 2008 le attività di sorveglianza in Terapia Intensiva sono state fatte proprie dall'European Center for Disease Control (ECDC) (Regulation N. 852/2004), con la successiva trasformazione del progetto HELICS in HAI-Net ICU (Health-care Associated Infections in Intensive Care Units)

Il progetto CCM 2019 "Sostegno alla Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza anche a supporto del PNCAR" ha cercato di ricondurre i dati della sorveglianza delle ICA e dell'AMR in Terapia intensiva a un modello condiviso, a partire dai due sistemi presenti in Italia: SPIN-UTI gestito da GISIO-SItI che raccoglie i dati di **29** terapie intensive (report 2020-21) e GiViTI - Margherita – Petalo Infezioni gestito dall' Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri che raccoglie i dati di **60** terapie intensive (Report 2021)

Entrambi i sistemi contribuiscono ad alimentare il database della sorveglianza ECDC (HAI-Net ICU) per infezioni ematiche catetere correlate e polmoniti in pazienti ventilati e Antimicrobicoresistenza.

La maggioranza delle Terapie Intensive polivalenti della regione Piemonte (26), sono inserite nel sistema di sorveglianza GiViTI finanziato dalla regione Piemonte con una apposita convenzione; tutte le terapie intensive (mediche, chirurgiche, cardiologiche) possono partecipare alla sorveglianza.

Le Terapie Intensive che aderiscono alla sorveglianza GiViTI – Margherita – Petalo Infezioni possono utilizzare i tassi elaborati annualmente da GiViTI per le singole aziende sanitarie piemontesi.



## ALLEGATO F

### *SPINCAR: autovalutazione e monitoraggio*

A sostegno dell'attuazione del PNCAR, si è anche inserita la progettualità CCM con il progetto (azioni centrali CCM 2019) "Implementare il Piano nazionale per il contrasto all'antibiotico resistenza nel Servizio Sanitario nazionale: standard minimi e miglioramento continuo (SPINCAR)", coordinato dall'Università di Udine, che è nato come strumento di autovalutazione delle Regioni, con l'obiettivo di indagare e mappare sul territorio nazionale il grado di implementazione delle azioni di contrasto all'antimicrobicoresistenza indicate dal PNCAR 2017-2020 e di individuare standard minimi da utilizzare per monitorare lo stato di avanzamento del medesimo Piano ma anche per promuoverne la realizzazione, in un'ottica di miglioramento continuo e di condivisione di informazioni, evidenze, procedure, buone pratiche.

In continuità e in coerenza con il progetto SPINCAR, il progetto CCM 2022 "Monitoraggio delle azioni previste dal PNCAR e auto-valutazione della performance a livello regionale e locale attraverso lo sviluppo e l'implementazione di SPiNCAR-2", coordinato da ISS, si propone di avviare un percorso di revisione, omogeneizzazione, estensione e integrazione di SPiNCAR con l'attuale PNCAR 2022-2025

#### **Obiettivo:**

Aggiornare e implementare lo strumento standardizzato di autovalutazione SPINCAR al fine di monitorare e quantificare, a livello regionale e locale, lo stato di avanzamento delle sorveglianze e delle azioni strategiche definite dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) e dai suoi aggiornamenti, in tema di lotta all'antibioticoresistenza (ABR) e alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), in un'ottica di miglioramento continuo e sostenibilità, tenendo conto delle sfide poste dalla pandemia COVID-19 e dai cambiamenti climatici.

In coerenza con i documenti di programmazione nazionale prima citati (PNCAR 2017-2020, PNCAR 2022-2025 e PNP 2020-2025) il sistema SPINCAR propone un set di standard e criteri uniformi, con l'obiettivo generale di valutare se le Regioni e le Aziende Sanitarie abbiano adottato strategie specifiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA e AMR.

#### **Strumenti: sistema di indicatori**

Gli indicatori individuati si riferiscono a sette *item*:

1. Governance
2. Identificazione tempestiva di eventi sentinella, sorveglianza e monitoraggio
3. Uso prudente degli ATB
4. Controllo delle ICA
5. Formazione
6. Alleanza
7. Implementazione

Il sistema SPINCAR sarà sottoposto a valutazione da parte delle ASR (e contemporaneamente da parte della Regione Piemonte) utilizzando nel 2023 la versione **SPINCAR1**; l'aggiornamento di SPINCAR1 sviluppato nel 2023 con **SPINCAR2** (aggiornato alla luce di PNCAR 2022-2025) sarà sottoposta a valutazione "pilota" delle ASR nel 2024, per divenire strumento Ministeriale di valutazione e monitoraggio