



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. 836 del 31/10/2024

OGGETTO: PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - PROGRAMMA DI ATTIVITA'
ANNO 2024

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO: DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021
PROROGATO: DGR N.70-8685 DEL 27/05/2024)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - DOTT.SSA BARBARA BUONO

DIRETTORE SANITARIO F.F. - DOTT. PASQUALE TOSCANO



**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 PRESIDIO OSP. VERBANIA DOMODOSSOLA

L'estensore dell'atto: Ubaldino Paola

Il Responsabile del procedimento: Ubaldino Paola

Il Dirigente/Funziario: 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 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. 35335 del 28 Maggio 2024, con la quale venivano trasmessi gli indicatori per il programma 2024 di Prevenzione del Rischio Infettivo e dove all’indicatore 3 si prevede “Esistenza e attuazione di un programma aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione”.

Rilevato che, come previsto dall’indicatore regionale n. 4, il programma di attività per l’anno 2024 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 2024 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 Verbanò 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 SOC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania–Domodossola, nell’ambito delle attività di 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

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2024

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

Gli indicatori regionali per l'anno 2024 sono n. 11.

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
	ALTRO, SPECIFICARE: funzione della Direzione Sanitaria Ospedaliera con incarico di alta specializzazione formalizzato a Dirigente Medico di Direzione Sanitaria.	
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 QUALITÀ'	NO	
ALTRA COLLOCAZIONE	Direzione Sanitaria Ospedaliera	

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

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).

COGNOME E NOME RESPONSABILE IDENTIFICATO	Dottoressa Maria Rita Viroletti	
SPECIALIZZAZIONE/I	Medico Chirurgo	
ANNI DI ATTIVITÀ NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA	2	
INDIRIZZO E-MAIL	mariarita.viroletti@aslvc0.it	
N° TELEFONO	Cellulare 3474104415 fisso: 0324 4916487	
TEMPO DEDICATO FULL TIME	NO	
TEMPO PARZIALE	SI	2/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

Per l'integrazione della rete *Infection Control* (UPRI) ospedaliera con le attività territoriali e le RSA, è stata formata un'Infermiera, signora Anna Luisa Dolia, assegnata al DiPSa territoriale e collaborerà con gli ISRI già presenti.

INDICATORE 3. Esistenza e attuazione di un programma aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione.

PROGRAMMA AZIENDALE anno 2024

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 s'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 2024, è stata adottata la metodologia degli anni precedenti, al fine di poter individuare le problematiche nei diversi ambiti d'assistenza.

Si è quindi proceduto con:

- Analisi del contesto relativamente ai seguenti ambiti:

- a) principali siti d'infezione: sito chirurgico, vie urinarie, basse vie respiratorie e sistemiche
- b) le Strutture ad alto rischio infettivo (Rianimazione, Blocco Operatorio)
- 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.

- Valutazione del grado rischio effettivo tenuto conto degli interventi già messi in atto (rischio netto);
- Individuazione delle priorità d'intervento sulla base del criterio frequenza/gravità;
- Definizione delle azioni di miglioramento.

INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Procede la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica presso i Presidi Ospedalieri (indicatore regionale n. 8).

Nel corso del 2023 non sono pervenute segnalazioni d'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 L.G. internazionali e non richiedono al momento degli aggiornamenti.

Per quanto riguarda l'applicazione del bundle sono ormai consolidate le procedure di antibiotico profilassi e di preparazione cute del paziente.

Attività aziendale prevista.

Proseguono le sorveglianze chirurgiche come previsto dall'indicatore n. 8.

Ci si riserva la valutazione di introdurre sorveglianze di nuovi interventi in corso dell'anno.

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

In relazione all'attività prevista nel 2023, che prevedeva l'esecuzione di osservazioni presso le SOC di degenza di area medica per la valutazione delle non conformità rilevate con l'impiego di una check list specifica, i risultati saranno utilizzati per implementare azioni di miglioramento.

La Procedura aziendale è stata oggetto di revisione e dovrà essere implementata nel corso dell'anno.

Attività aziendale prevista.

Dopo validazione verrà implementata la Procedura.

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.

Presso la Rianimazione, sede di Domodossola, prosegue la sorveglianza regionale nei pazienti portatori di CVC (Progetto Prosafe – Petalo Infezioni).

Nelle altre degenze non sono condotte sorveglianze.

È prevista la revisione della Procedura Operativa per la gestione dei Dispositivi per Accesso Vascolare (VAD) di tipo centrale e periferico nel Paziente adulto.

Si decide di compiere delle osservazioni dirette da parte di un'ISRI e infermiere impiantatore esperto del PICC team aziendale con check list ad hoc, per valutare la conformità della gestione delle medicazioni e della documentazione con correzione sul campo e invio del report finale al Coordinatore e alla SOC Rischio Clinico.

Attività aziendale prevista.

Revisione documento aziendale.

Osservazione gestione VAD.

INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE: 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. Vedi indicatore regionale n. 8.

BLOCCO OPERATORIO

Non si sono rilevate 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 su 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).

ALLEGATO A)

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 è stato inserito nella revisione della procedura aziendale "Continuità assistenziale in ASL VCO: percorso tra NOCC e COT/NDCC".

Risulta necessario attivare l'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.

Erogazione di consulenze ai reparti relativamente a isolamenti di germi alert.

Erogazione di consulenze ai reparti in previsione di dimissione protetta.

Aggiornamento dei protocolli di sorveglianza di germi selezionati (MDR, CPE, CRE, VRE, MRSA, C. auris, C. difficile).

Definizione della strategia organizzativa dell'attività e le attività da svolgere nell'ambito della Prevenzione del Rischio Infettivo sul Territorio, come previsto dagli indicatori regionali GLICA.

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.

ANTIBIOTICOSTEWARDSHIP

Proseguono le attività previste dall'indicatore regionale n.6.

IGIENE MANI OPERATORI SANITARI

Proseguono le attività previste dall'indicatore regionale n.10.

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.

Presso il Presidio Ospedaliero di Domodossola è stata completata la ristrutturazione del reparto con l'apertura nel mese di aprile: da parte del personale UPRI è stato eseguito il flussaggio di tutti i punti d'erogazione dell'acqua sanitaria ed è stato effettuato il campionamento dell'acqua per la ricerca di Legionella spp. prima dell'apertura del reparto.

Attività aziendale prevista.

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

ATTIVITÀ DI PULIZIA/DISINFEZIONE/ANTISEPSI/STERILIZZAZIONE

L'ambiente è ormai dimostrato assume il ruolo di veicolo d'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.

La procedura per l'esecuzione delle pulizie ambientali nei reparti di degenza e servizi diagnostico-terapeutici di competenza del personale dipendente stata implementata.

A seguito della nuova aggiudicazione regionale della gara di prodotti antisettici e disinfettanti, sarà necessario valutare i nuovi prodotti ed effettuare la revisione della Procedura aziendale.

Attività aziendale prevista.

Revisione e implementazione POA molecole antisettiche e disinfettanti.

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.

La sorveglianza microbiologica sugli endoscopi flessibili del tratto digerente proposta nel 2023, attualmente non risulta applicabile.

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. È stato introdotto un sistema di disinfezione ad alto livello a base di biossido di cloro. Il sistema di disinfezione non è automatizzato, ma la Ditta fornitrice ha proposto l'introduzione di un'istruzione operativa digitale che accompagna l'operatore *step by step* nell'esecuzione della manovra di disinfezione, il sistema garantisce anche la tracciabilità della procedura.

Gli endoscopi di urologia sono sterilizzati a gas plasma.

Attività aziendale prevista.

Nessuna attività

CENSIMENTO PROCEDURE OPERATIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE E CONTROLLO ICA E PROGRAMMAZIONE ADEGUAMENTO

In relazione al censimento delle procedure in materia di previsione e controllo ICA, in base alle criticità riscontrate, si provvederà ad aggiornare o redigere ex novo le seguenti procedure.

I documenti sotto riportati, nella presente programmazione sono già citati nei singoli capitoli alla voce “attività aziendale prevista”.

- Procedura Operativa per la gestione dei Dispositivi per Accesso Vascolare (VAD) di tipo centrale e periferico nel Paziente adulto (rev).
- Procedura Operativa per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti da MDR in dimissione presso Strutture (rev).
- Procedura Operativa per la gestione dei pazienti affetti da infezione da C. difficile (rev).
- Procedura Operativa per sorveglianza attiva dei CPE/CRE (rev).
- Procedura impiego molecole antisettiche e disinfettanti (rev).

SEZIONE 2

Si rimanda agli indicatori regionali, che si allegano.

**Indicatori per
Sorveglianza e Controllo
delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
e dell'Antimicrobicoresistenza (AMR)
Anno 2024 - 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 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 (Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza) del Piano Regionale di Prevenzione.

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/0000083.htPP10>

- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.** Programmazione 2024. Azione 10.1. Integrazione dei Piani regionali dedicati o che intersecano il tema del contrasto alle AMR e del loro monitoraggio; Azione 10.4: Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA; Azione 10.5: Sorveglianza e controllo delle ICA.

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 2024 (in aggiunta agli ICI già presenti per il controllo infezioni)** l'individuazione e l'assegnazione di una figura infermieristica di riferimento per implementare le attività di raccordo ospedale territorio e supportarle.

Standard

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 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>

- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.**

Programmazione 2024. Azione 10.4: Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA

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 dal Settore Prevenzione, Sanità Pubblica, Veterinaria e Sicurezza alimentare e dal Settore 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 è reso pubblico dall'azienda con i mezzi di comunicazione di cui dispone (possibilmente sul Sito internet aziendale)

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 **obiettivi di sorveglianza e controllo delle ICA e dell'AMR** (secondo DGR 7-8279/2024/XI _ 11.03.2024)

5.2.1 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022.

5.2.2 Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC) $\geq 4\%$ in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2022

5.2.3 Riduzione $\geq 7\%$ del rapporto tra il consumo (DDD/1000 ab die) di molecole ad ampio spettro e di molecole a spettro ristretto (Fonte ESAC) in ambito territoriale nel 2024 rispetto al 2022.

- **DGR 7-8279/2024/XI dell'11.03.2024** "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, d.lgs n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, l. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2024". ALLEGATO A. Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2024
- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.** Programmazione 2024. Azione 10.1. Integrazione dei Piani regionali dedicati o che intersecano il tema del contrasto alle AMR e del loro monitoraggio; Azione 10.6: Monitoraggio del consumo degli antibiotici
- **PNCAR Informazione, Comunicazione e Trasparenza:**
Obiettivo 5 - Rafforzare la consapevolezza sul rischio infettivo, sull'ABR, sullo stato di avanzamento del Piano migliorando la trasparenza sull'informazione

Indicatore n. 4. Evidenza di sorveglianza microbiologica in accordo con le attività previste dal PNCAR. (con Allegato B)

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 CRE di "Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi"**
3. **Flusso di microrganismi "alert" dal laboratorio alle UPRI; Adesione alla sorveglianza regionale di alcuni microrganismi "alert"**

Criteri

- 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**
- 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 carbapenemasi) 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 non ancora aderenti
3. **SORVEGLIANZA locale microrganismi alert:** Il flusso di segnalazioni alert dal laboratorio alle UPRI è documentato annualmente attraverso un flusso informatizzato.

Standard.

1. SORVEGLIANZA regionale microrganismi antibiotico-resistenti:

Il laboratorio produce un report sintetico sugli isolamenti di laboratorio di alcuni microrganismi antibiotico resistenti caricando i dati sulla piattaforma Gemini: <https://gemini3.asl.it/>

Sono inseriti ancora per il 2024 su piattaforma web Gemini i dati di resistenza relativi ad **alcuni microrganismi alert, isolati nel 2024 da sangue e liquor, provenienti da tutti i pazienti (ricoverati e non)**

La sorveglianza delle antimicrobicoresistenze effettuata tramite la piattaforma "GEMINI" è attestata dalla Regione Piemonte, Settore Prevenzione, Sanità pubblica, Veterinaria e Sicurezza alimentare

2. La sorveglianza CRE è effettuata tramite la piattaforma WEB dell'ISS e attestata dalla Regione Piemonte, Settore Prevenzione, Sanità pubblica, Veterinaria e Sicurezza alimentare.

C'è evidenza dell'azione nella documentazione aziendale; **le aziende devono favorire la tipizzazione molecolare della carbapenemasi da parte dei laboratori di microbiologia**

3. Le Aziende del Piemonte registrano gli "alert" locali sorvegliati su apposita piattaforma e elaborano una sintesi del numero di segnalazioni annuali **Vedi Allegato B** : Elenco Microrganismi Alert segnalati in Regione Piemonte da tutte le aziende

• PNCAR : La sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano e veterinario

Obiettivo 1: Rafforzare la sorveglianza dell'ABR AR-ISS

Obiettivo 3: Creare una rete di laboratori (..) anche per segnalazioni e risposte ad allerta

Obiettivo 4: Rafforzare la sorveglianza CRE

• Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.

Programmazione 2024. Azione 10.2: Sviluppo sorveglianza degli isolamenti da laboratorio; Azione 10.3 Sviluppo sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (ex sorveglianza CPE); Azione 10.6: Monitoraggio uso antibiotici; Azione 10.7 Promozione dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano

Indicatore n. 5. Implementazione ed esito di attività di Diagnostic stewardship

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.

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 ≤ 1 ora; tempo massimo accettabile ≤ 4 ore
6. Il laboratorio di microbiologia offre prestazioni con una apertura 7g/7g

-
- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2024. Punto 10.2-10.3**
 - **PNCAR 2022-25: Prevenzione e controllo delle infezioni e delle ICA**
Obiettivo 2: Individuare elementi minimi per l'attuazione dei programmi IPC
Obiettivo 3: Messa in atto di azioni utili per implementare IPC delle ICA

Indicatore n. 6. Implementazione ed esito di attività di antimicrobial stewardship (con Allegato C)

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 (Vedi ALLEGATO B)**
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 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 in tutti i reparti 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 es. 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)

-
- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2024.** Azione 10.4: Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA; Azione 10.6: Monitoraggio uso antibiotici; Azione 10.7: Promozione dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano; Azione 10.8: Interventi formativi regionali
 - **PNCAR 2022-25: Uso prudente degli antibiotici in ambito umano**
 - Obiettivo1:** strutturazione di un modello di *antimicrobial stewardship*
 - Obiettivo 2:** Identificare aree prioritarie per le raccomandazioni/ Linee Guida nazionali sull'uso appropriato di antibiotici
 - Obiettivo 3:** Promuovere e diffondere nella pratica clinica gli interventi utili a supportare la prescrizione appropriata degli antibiotici

Indicatore n. 7. L'azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR e li raccoglie con periodicità semestrale/annuale

Azione attesa.

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 sono raccolti ogni anno prospetticamente

-
- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2024. Azione 10.6:** Monitoraggio uso antibiotici; **Azione 10.7:** Promozione del buon uso degli antibiotici in ambito umano; **Azione 10.8:** Interventi formativi regionali
 - **PNCAR 2022-2025 : La sorveglianza del consumo degli antibiotici**
Obiettivo 2 Monitoraggio dell'impatto delle azioni del PNCAR sulla riduzione del consumo inappropriato di antibiotici

Indicatore n. 8. Evidenza di Sorveglianza delle infezioni chirurgiche, di batteriemie e polmoniti (VAP) in Terapia Intensiva, di Sorveglianza mediante Prevalenza puntuale HALT in residenze sanitarie assistite, secondo le indicazioni regionali (e nazionali)

Azione attesa.

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 e successivo aggiornamento
- 3) Prevalenza puntuale di ICA e consumo di antibiotici nelle Residenze sanitarie assistenziali, con partecipazione nel 2024 allo studio nazionale coordinato da CCM-ISS.

Standard.

Disponibilità:

- 1) del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate (vedi **Allegato D**) con applicazione del "bundle" degli interventi sorvegliati (vedi **allegato E**)
- 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 F**); 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 giugno 2024.

-
- **PNCAR 2022-2025 La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza.**
Obiettivo 2 : Consolidare, rendere stabili ed estendere le sorveglianze nazionali esistenti o di recente istituzione e renderle in grado di fornire dati omogenei, rappresentativi, tempestivi e adeguati
 - **PNCAR 2022-2025 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito umano.**
Obiettivo 3: Identificazione e messa in atto di azioni utili ad attuare l'implementazione del Piano nazionale per la prevenzione e il controllo delle ICA
 - **Piano Regionale Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2024.** Azione 10.5: Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Indicatore n. 9. L'Azienda partecipa alla sperimentazione del sistema di monitoraggio delle AZIONI REGIONALI di CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SPINCAR 1 e 2)

Azione attesa.

Le Aziende partecipano al sistema di autovalutazione del grado di implementazione delle azioni di contrasto all'antimicrobicoresistenza indicate dal PNCAR (2022-2025) per l'anno 2023 e 2024, attraverso la valutazione di un set di standard e criteri uniformi per misurare le strategie per la prevenzione ed il controllo delle ICA (Sistema SPINCAR 1 e 2) reso disponibile su piattaforma nazionale ISS.

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

Commento e analisi critica sulla raccolta dati 2023: 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 G)

PNCAR 2022-2025 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito umano.

Obiettivo 4: Definizione di un sistema di monitoraggio e accreditamento

Indicatore n. 10. 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 marzo 2024 per l'anno 2023
- 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** (Giornata mondiale per l'igiene delle mani) 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 La sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza**
Obiettivo 2.5 Attivare la sorveglianza del consumo di soluzione idro-alcolica per l'igiene delle mani o altro monitoraggio dell'implementazione dei programmi sull'igiene delle mani
 - **PNCAR 2022-2025 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito umano.**
Obiettivo 3: Identificazione e messa in atto di azioni utili ad attuare l'implementazione del Piano nazionale per la prevenzione e il controllo delle ICA

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 della DGR.
- 2) **Tutto il personale sanitario appartenente al CIO-CICA aziendale partecipa alla formazione proposta nel Modulo D**
- 3) Deve essere programmata un'offerta di formazione a livello territoriale per infermieri e OSS circa competenze conoscitive e pratiche in tema di Infection Control; le strutture territoriali prevedono di inserire la formazione nei capitolati di servizio delle esternalizzazioni
- 4) E' condotto tramite questionario dedicato un Monitoraggio dell'utilizzo delle procedure di prevenzione e controllo rese disponibili per le RSA, reperibili al link <https://dssppunito.wixsite.com/sorveglianze/procedure-rsa>,

-
- **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 2024.** Azione 10.4: Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA (azione *equity oriented*); Azione 10.8: Interventi formativi regionali
 - **PNCAR 2022-2025 Formazione**
Obiettivo 3 Attuare il piano straordinario di formazione sulle ICA destinato a tutto il personale sanitario e non sanitario, incluso socio-sanitario, degli ospedali, previsto dal PNRR

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 cardiocirurgie, 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**) 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

Sorveglianza di microrganismi “ALERT” mediante piattaforma web locale

Sono sottoposti a sorveglianza i seguenti microrganismi Alert tramite file .xls disponibile al link <https://dssppunito.wixsite.com/sorveglianze>

Aspergillus	0	Aspergillus spp in pazienti immunocompromessi
C. auris	0	Candida auris
C. difficile	0	Clostridium difficile produttore di tossine
CRE	0	Enterobatteri resistenti ai carbapenemi
ESBL	0	Enterobatteri produttori di ESBL Bacilli Gram negativi non fermentanti (Pseudomonas spp., Burkholderia spp, Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter
Gram neg	0	spp., ecc.) MDR o XDR Legionella pneumophila (infezioni correlate all’assistenza, probabili o certe)
Legionella	0	
MNT	0	Micobatteri non tubercolari
Morbillo	0	
MRSA	0	Staphylococcus aureus meticillino-resistente
MRSA GISA	0	MRSA con ridotta sensibilita ai glicopeptidi
MTC	0	Mycobacterium tuberculosis complex
Norovirus	0	
Rotavirus	0	Rotavirus in Neonatologia
RSV	0	Virus Respiratorio Sinciziale Enterococcus faecalis ed Enterococcus faecium resistenti alla
VRE	0	vancomicina
VZV	0	Varicella Zoster Virus

E presente nel file .xls un foglio per ogni organismo alert, che può essere compilato aggiungendo una riga per ogni caso segnalato.

La pagina “Riassunto” contiene un conteggio automatico del numero dei casi segnalati.

Al termine del periodo della sorveglianza, inviare a carla.zotti@unito.it, avendo cura di eliminare le colonne B e C da ogni foglio (evidenziate in rosso e contenenti i nomi e cognomi dei pazienti).

Possono essere aggiunte delle pagine, qualora l’Azienda intendesse aggiungere segnalazioni di interesse ritenuto epidemiologico.

ALLEGATO C

ANTIBIOTICO-STEWARDSHIP

Gli elementi essenziali di programmi di *antimicrobial stewardship* secondo IDSA⁽¹⁾ 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.

• ⁽¹⁾ 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 D

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 la Regione Emilia Romagna per contribuire alla stesura del report nazionale, con i dati che pervengono settembre dell'anno successivo a quello di raccolta, alla sorveglianza europea e al rapporto ECDC.

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>

Dal 2024 è adottato il nuovo protocollo **SNICH2** elaborato nel corso del progetto CCM 2019, ma i dati relativi agli interventi effettuati nel 2023 continueranno a essere monitoranti utilizzando la procedura precedente.

Il **protocollo REGIONALE SNICH2**, in vigore nella Regione Piemonte, è disponibile al link:

[ISC | sorveglianze \(dssppunito.wixsite.com\)](https://www.dssppunito.wixsite.com/isc)

Allo stesso link sono disponibili i collegamenti rapidi e le indicazioni per l'accesso alla piattaforma per il caricamento dei dati (**Progetto DSSPP_ISC2** in Medcap).

Il **protocollo NAZIONALE SNICH2** 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.

Nella piattaforma è stato creato un nuovo progetto **DSSPP_ISC2**, aggiornato rispetto alle indicazioni del nuovo protocollo, che sostituisce il precedente progetto DSSPP_ISC per il caricamento dei dati sugli interventi effettuati nel 2024.

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 consecutivi**); il tempo di sorveglianza può essere prolungato.

Per l'anno 2024 è incoraggiata la sorveglianza degli interventi in urologia là dove effettuati

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 anche 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 sull'uretere	Ureterosopia. Cateterizzazione ureterale	56.31, 59.8
	Interventi sul rene	Nefrostomia percutanea con frammentazione. Nefrectomia parziale o totale	55.04 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 E

Controllo delle ISC con BUNDLE

1. Preparazione della cute con agente antisettico a base alcolica o Clorexidina gluconato (CHG)
2. esecuzione della doccia preoperatoria
3. esecuzione della tricotomia
4. gestione della temperatura intra-operatoria
5. appropriatezza della antibiotico profilassi chirurgica

E' reso disponibile nella raccolta dati SNICH2 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 relativa ai dati "bundle" la risposta può essere:

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

Dati Bundle:

1. **Preparazione della cute:** utilizzo di soluzioni antisettiche a base alcolica o CHG per la preparazione del sito chirurgico in sala operatoria (se non vi sono controindicazioni per il paziente). Non conforme negli altri casi (non eseguita in assenza di controindicazioni). Dato non disponibile se informazione non indagata.
2. **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). Dato non disponibile se informazione non indagata.
3. **Tricotomia:** conforme se limitata e non eseguita con rasoi manuali, ma con rasoi elettrici o creme depilatrici o non fatta perché non necessaria
4. **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.

5. **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)
6. **ATB profilassi / Molecola:** La conformità deve essere valutata in base alle indicazioni del protocollo aziendale in uso
7. **ATB profilassi / Dose intraoperatoria:** La conformità deve essere valutata in base alle indicazioni del protocollo aziendale in uso
8. **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 F

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 **217** 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 G

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 dall' 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 di ICA e AMR.

Strumenti: sistema di indicatori

Gli indicatori individuati si riferiscono a sette 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

Il sistema SPINCAR è stato utilizzato per la valutazione dalle Aziende Sanitarie (e contemporaneamente dalla 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 nazionale di valutazione e monitoraggio