

PRIORITA' ANNUALI

punti 40

FENOMENO	CONTENUTO OBIETTIVO	INDICATORE	DATA 2010	OBIETTIVO 2011	FRONTE DATI	PERIODICITA'	PESO
	Produzione ospedaliera	Totale punti DRG prodotti	2.407.177	= +/- 5%			5
	Altra produzione	Valorizzaz. econ. equival. attivita'	274.085	>			5
<b>CONTROLLO TEMPI ATTESA</b>	<b>Rispetto/ riduzione tempi attesa in attuazione al Piano Regionale ed Aziendale</b>				A.S.A.		10
<b>CONTROLLO ECONOMICO</b>	Costi diretti beni e servizi		944.411	<	B.C.		10
	Target assegnato SOC				F.		
	Farmacia:						
	Target assegnato Macrostruttura Ospedale				D.S.O.		
	Congruenza tra totale DRG prodotti e totale target	costi diretti punti DRG			B.C.		
Totale peso 100%							
<b>ATTIVITA'/AZIONI CRITICHE</b>	DESCRIZIONE	OBIETTIVI	SOC CAPOFIL A	SOC CONVOLTE	RESP. RILEVAZIONE	PERIODICITA' MENSILE	PESO
	(Appropr. farmaceutica) Ades. prontuari e protocolli	> 80%			F		10
Totale peso 100%							

\*\* da valutare in relazione alla dotazione di personale

APPLICAZIONE D.G.R. max punti 15 *							
DELIBERAZIONI REGIONALI							
D.G.R.	INDICATORE	STANDA RD	SOC CORRISPON CUI COORDINA NSI	RESP. RILEVAZIONE E MONITORAGGIO	PUNTI		

GESTIONE ORDINARIA

punti 30

FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2010	OBIETTIVO 2011	FRONTE DATI	PERIODICITA' MENSILE	PESO
	<b>RICOVERI ORDINARI</b>		n. dimessi (unita')	412	= +/- 5%	B.C.		4
			Degenza Media (gg)	4,3	≤	B.C.		4
			SDO con intervento chirurgico (...)	388	= +/- 5%	B.C.		3
			Peso medio DRG (peso)	1,79	≥	B.C.		3
	<b>AMBULATORIALE</b>		n. casi (unita')	414	= +/- 5%	B.C.		4
			n. prestazioni (flusso C)	7.951	≥ *	B.C.		4
			valorizzazione prestazioni (flusso C) (E)	232.645	≥ *	B.C.		4
						B.C.		
						B.C.		
Totale peso 100%								

RISK MANAGEMENT		FUNZIONE	CONTENUTO	DESCRIZIONE	INDICATORE	RISULTATO 2010	OBIETTIVO 2011	FRONTE DATI	PERIODICITA' MENSILE	PESO
	<b>GOVERNO RISCHIO INFETTIVO</b>			Realizzazione azioni di contenimento del rischio infettivo definite dall'UPRI *	Parametri Regionali			Rispetto indicatori regionali	UPRI	2
	<b>ALTRO</b>			Segnalazione eventi potenzialmente avversi *	Segnalazioni		100%	A.L.P.		2
Totale peso 100%										

SVILUPPO ORGANIZZATIVO max punti 15										
PROGETTI										
TITOLO PROGETTO	INDICATORI DI PROGETTO	OBIETTIVI	ANNO CONCLUSIONE	SOC CAPOFILIA	CORRISPON NSABILI CON CUI COORDINA NSI	RESPONSABILE RILEVAZIONI	PUNTI	PESO		
Progetto	documento di progetto	proposta riorganizzazione attivita' ambulatoriale x ridurre liste attese	set-11	Urologia		Direzione Generale				
	documento di progetto	sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA) (vedi allegato)		Urologia						

Obiettivi in continua evoluzione

Se non si sono D.G.R. i punti vengono ridistribuiti: 10 su prioritari annuali e 5 su gest. ordinaria

Il Direttore SOE Urologia

21 Lug. 2011

Il Commissario

SCHEDA OBIETTIVI SOC UROLOGIA



ALLEGATO ALLA SCHEMA OPIEMVI  
SOC UROLOGIA



**Indicatori per  
Sorveglianza e Controllo  
delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)  
Anno 2011 - Regione Piemonte**

## **Indicatore n. 1: Esistenza di una delibera istitutiva di unità semplice o complessa**

**Atteso.** L'Azienda ha previsto che le misure preventive del rischio infettivo nella struttura sanitaria siano gestite da una struttura qualificata che elabora, coordina, implementa e valuta le attività previste dal programma annuale.

**Criterio.** Esistenza di una struttura semplice o complessa, con attribuzione di personale e responsabilità definita.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Misurare la sensibilità e l'attenzione dell'Azienda alla sorveglianza e al controllo delle ICA, attraverso l'attribuzione di ruoli di responsabilità definiti e la destinazione di risorse dedicate	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Si / No
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	---
Fonte numeratore	Piano/ Atto aziendale
Descrizione Denominatore (B)	---
Fonte denominatore	---
Formula	---
U.O. interessate	DG / Direzione d'Azienda / DS
Rilevazioni /anno	Una tantum, a inizio anno
Rilevazioni aggiuntive	Se cambiamenti nell'assetto organizzativo
Data prossima rilevazione	Al nuovo piano aziendale
Note	

**Standard concettuale.** L'Unità semplice/complessa è stata deliberata con attribuzione di personale e responsabilità definita.

**Standard operativo.** IDEM

**Vedi Allegato A**

## Indicatore n. 2. Esistenza ed attuazione di un programma aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione

**Atteso.** L'Azienda conduce attività di sorveglianza e controllo delle ICA basato sulla valutazione dei rischi prevalenti e la strutturazione/attuazione di un conseguente programma di prevenzione.

**Criterio.** Redazione ed attuazione di un programma di sorveglianza e controllo basato sui problemi prioritari della struttura.

CODICE	DESCRIZIONE
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
L'Azienda rende espliciti gli obiettivi e le attività in ambito di sorveglianza e controllo delle ICA, consentendo così il monitoraggio della qualità e del suo miglioramento, nonché la condivisione dell'informazione a tutti i portatori di interesse	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Si / No
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	---
Fonte numeratore	Programma redatto dall'UPRI in accordo con la Direzione Generale e inserito nel Piano aziendale
Descrizione Denominatore (B)	---
Fonte denominatore	---
Formula	---
U.O. interessate	Unità prevenzione del rischio infettivo, Dipartimenti, CIO
Rilevazioni /anno	Una tantum, a inizio anno
Rilevazioni aggiuntive	Se necessari aggiornamenti
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	Il programma deve comprendere una valutazione dei rischi prevalenti, identificazione di obiettivi coerenti con i rischi; i rischi considerati sono esplicitati nel programma; i rischi sono valutati sulla base della specifica tipologia dell'ospedale e dell'assistenza prestata.

**Standard concettuale.** Il programma esiste ed è redatto annualmente, comprendendo tutti gli elementi previsti, ed è attuato dall'azienda.

**Standard operativo.** IDEM

Vedi Allegato B

**Indicatore n. 3. Esiste evidenza formale (delibera o equivalenti atti) che il DG abbia approvato il programma**

**Atteso.** L'Azienda, nella persona del DG, è responsabile della realizzazione del programma.

**Criterio.** Il DG approva il programma e lo inserisce nella programmazione dei servizi.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
La DG condivide il programma elaborato per l'Azienda, ne formalizza e ne supporta l'implementazione	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Si / No
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	---
Fonte numeratore	Delibera / Protocollo aziendale di invio alla firma
Descrizione Denominatore (B)	---
Fonte denominatore	---
Formula	---
U.O. interessate	DG
Rilevazioni /anno	Una tantum, a presentazione del programma
Rilevazioni aggiuntive	Se effettuati aggiornamenti
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** Il DG ha approvato il programma e lo ha inserito nel Piano annuale di attività.

**Standard operativo.** IDEM

**Indicatore n.4 . Proporzione di Dipartimenti che sono coinvolti nel raggiungimento di obiettivi per la sorveglianza e il controllo delle ICA**

**Atteso.** I Dipartimenti/le Strutture dell'Azienda sono coinvolti nei programmi di sorveglianza e controllo delle ICA.

**Criterio.** Gli Obiettivi del programma annuale assegnati formalmente coinvolgono operativamente i Dipartimenti/le Strutture.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Il Management è capace di orientare le politiche aziendali verso il controllo del rischio infettivo e il Piano di attività coinvolge i singoli Dipartimenti con precise responsabilità e secondo rischi e priorità specifici dei differenti contesti assistenziali	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Proporzione di Dipartimenti/strutture coinvolti nella attuazione di progetti di prevenzione in rapporto alla valutazione dei rischi effettuata.
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	Dipartimenti o Strutture che presentano obiettivi specifici di sorveglianza e controllo delle ICA
Fonte numeratore	Programma di attività
Descrizione Denominatore (B)	Tutti i Dipartimenti/le Strutture dell'Azienda
Fonte denominatore	Programma Aziendale
Formula	$A / B * 100$
Strutture interessate	Dipartimenti o altre Strutture autonome
Rilevazioni /anno	Una tantum
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	Il processo di coinvolgimento di Dipartimenti/ Strutture è in funzione della valutazione dei rischi che ha permesso di identificare le aree prioritarie di intervento. Il coinvolgimento si esplica nella gestione di programmi di intervento o nella collaborazione ad essi. Possono essere anche previste modalità di incentivazione (p.es inserimento in progetti con meccanismi premianti)

**Standard concettuale.** In funzione della valutazione dei rischi tutti (100%) i Dipartimenti per i quali è utile l'intervento sono coinvolti nel raggiungimento di obiettivi per la sorveglianza e il controllo delle ICA.

**Standard operativo.** Il 75% dei Dipartimenti è coinvolto nel raggiungimento di obiettivi per la sorveglianza e il controllo delle ICA.

**Indicatore n. 5. Presenza della deliberazione del CIO secondo i requisiti e presenza di verbali delle riunioni periodiche di programmazione e verifica**

**Atteso.** In ogni Azienda esiste un gruppo formalmente istituito (CIO) che coordina le attività di sorveglianza e controllo delle ICA.

**Criterio.** Il CIO è deliberato, con composizione secondo i requisiti della Circolare 1950, 6/2/ 2001 ed è operativo.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Evidenzia la multiprofessionalità e l'integrazione delle competenze con cui è affrontato il problema delle ICA da parte dell'Azienda; rende esplicita l'operatività del gruppo	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Si / No per delibera CIO e numero riunioni annuali verbalizzate
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	---
Fonte (numeratore)	UO Prevenzione rischio infettivo
Descrizione Denominatore (B)	---
Fonte denominatore	---
Formula	---
U.O. interessate	UO Prevenzione rischio infettivo
Rilevazioni /anno	1 a fine anno
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** Esiste un CIO deliberato con composizione secondo requisiti e almeno 3 riunioni annuali verbalizzate ne evidenziano l'operatività.

**Standard operativo.** IDEM

**Vedi Allegato A**

**Indicatore n. 6. Numero di ICI con formazione specifica già acquisita o infermieri/ coordinatori infermieri con esperienza clinica triennale da qualificare entro due anni**

**Atteso.** In Azienda esistono le risorse infermieristiche necessarie alla realizzazione del programma.

**Criterio.** Presenza di ICI in numero adeguato per le dimensioni/l'attività dell'Azienda e con adeguata formazione specifica.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Dimostra la presenza di figure professionalmente qualificate e in numero sufficiente a gestire il programma	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Rapporto
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Numero ICI
Fonte (numeratore)	UO Prevenzione rischio infettivo
Descrizione Denominatore (B)	Posti letto (PL)
Fonte denominatore	UO Prevenzione rischio infettivo
Formula	A / B
U.O. interessate	UO Prevenzione rischio infettivo
Rilevazioni /anno	Una tantum, a inizio anno
Rilevazioni aggiuntive	Se cambiamenti organizzative o di risorse
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	Gli Infermieri addetti al Controllo Infezioni devono aver acquisito una formazione specifica (qualifica da corsi regionali, master) o aver maturato una esperienza clinica di almeno tre anni e acquisire entro i prossimi due anni una qualifica. L'attuale standard (rispetto ai posti letto) dovrà essere riformulato nel nuovo assetto organizzativo aziendale (ospedale-territorio)

**Standard concettuale.** 1 ICI / 250 pl nelle Aziende con sola assistenza ospedaliera; 1 ICI / 180 pl nelle Aziende nelle quali l'attività del programma si estende a setting extra-ospedalieri.

**Standard operativo.** 1 ICI / 250 pl

**Indicatore n.7 . Rapporto tra risultati positivi all'accertamento per *C. difficile* e numero di accertamenti effettuati dal laboratorio**

**Atteso.** L' Azienda ha in atto una sorveglianza delle infezioni da *C. difficile* .

**Criterio.** E' disponibile un monitoraggio degli accertamenti richiesti da pazienti esterni e ricoverati e un dato aziendale di riferimento che descrive la situazione endemica.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
L'azienda è in grado di accertare le infezioni e dispone di un dato di riferimento su cui poter confrontare le situazioni endemiche ed epidemiche	
<b>TIPOLOGIA</b>	Sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Proporzione di risultati positivi sul totale degli accertamenti per <i>C. difficile</i> richiesti al laboratorio, divisi per pz. in ricovero ordinario e non ricoverati
Periodo di osservazione	Anno 2011
Descrizione Numeratore (A)	N° di risultati positivi
Fonte (numeratore)	Laboratorio analisi / microbiologia
Descrizione Denominatore (B)	n° di accertamenti richiesti separatamente su pazienti ricoverati e non ricoverati
Fonte denominatore	Laboratorio
Formula	$A/B * 100$
Strutture interessate	Prevenzione rischio infettivo e Laboratorio
Rilevazioni /anno	Una tantum, a fine anno
Rilevazioni aggiuntive	Alla revisione periodica
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	La revisione periodica deve avvenire con frequenza annuale

**Standard concettuale.** Frequenza annuale di risultati positivi all'accertamento per *C. difficile* sul totale delle richieste soddisfatte dal laboratorio.

**Standard operativo.** IDEM

Vedi Allegato C

**Indicatore n. 8 . Tasso di incidenza di ISC/100 in interventi chirurgici su 6 mesi di sorveglianza**

**Atteso.** Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC).

**Criterio.** È effettuata una sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Si introduce una sorveglianza a rotazione sugli interventi chirurgici (di 3-6 mesi), tutti gli anni. I dati di incidenza delle singole Aziende contribuiscono a costituire un riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo; i dati locali possono costituire informazione utile per revisione di processi	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Tasso (*100)
Periodo di osservazione	6 mesi (+ 30 giorni di follow-up)
Descrizione Numeratore (A)	Numero di ISC dell'intervento
Fonte numeratore	Reparto di chirurgia
Descrizione Denominatore (B)	Numero di interventi effettuati in 6 mesi
Fonte denominatore	Registro di sala
Formula	$A / B * 100$
U.O. interessate	Reparti di chirurgia
Rilevazioni /anno	1 studio con follow-up
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Da definire
Note	E' seguito il protocollo HELICS/ INF-OSS per la raccolta dati; i dati sono raccolti e registrati dalle Aziende su database precostituito ed elaborati a livello centrale. In Piemonte la sorveglianza è effettuata con follow-up a 30 giorni. Per ogni intervento sono raccolti anche dati relativi all'indicatore n° 9 ( <b>BUNDLE per interventi chirurgici</b> )

**Standard concettuale.**

**Disponibilità del tasso di ISC a seguito di interventi neurochirurgici (per le aziende in cui è presente tale specialità) ottenuto con una sorveglianza attiva di 6 mesi in base al protocollo INF-OSS sugli interventi inclusi nella categoria; per le aziende in cui l'attività neurochirurgica è assente sono sorvegliati per 6 mesi gli interventi di prostatectomia radicale.**

**Standard operativo. IDEM**

**Vedi Allegato D**

## Indicatore n 9. Dato di prevalenza dell'applicazione del "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità

**Atteso.** E' disponibile il dato di prevalenza dell'applicazione del "bundle" sugli interventi chirurgici (descrizione delle infezioni osservate e delle misure preventive attuate).

**Criterio.** Per gli interventi chirurgici sotto sorveglianza nel 2011 sono raccolti anche i dati di sorveglianza dei processi di controllo sottoforma di "pacchetto" (bundle).

CODICE	DESCRIZIONE
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Misurare l'attenzione dell'Azienda alla sorveglianza delle misure di controllo negli interventi di chirurgia	
<b>TIPOLOGIA</b>	Sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Proporzione dei casi di intervento chirurgico in cui i dati relativi al bundle <b>sono stati raccolti e risultano conformi</b> allo standard di gestione del paziente in base ai parametri indicati.
Periodo di osservazione	6 mesi
Descrizione Numeratore (A)	N° di "Bundle chirurgia" in cui la gestione dei casi è stata <b>conforme</b> allo standard fissato
Fonte numeratore	UPRI
Descrizione Denominatore (B)	N° interventi chirurgici sorvegliati (neurochirurgia o prostatectomia) per i quali è stato <b>raccolto</b> il bundle
Fonte denominatore	UPRI
Formula	---
U.O. interessate	DG / Direzione d'Azienda / DS /reparti chirurgia
Rilevazioni /anno	6 mesi di sorveglianza
Rilevazioni aggiuntive	
Data prossima rilevazione	
Note	

### **Standard concettuale.**

Sono raccolti i dati di frequenza dell'applicazione del "bundle" nel 100% degli interventi chirurgici sorvegliati. I dati relativi agli elementi osservati evidenziano compliance completa agli standard preventivi

### **Standard operativo.**

Sono raccolti i dati di prevalenza dell'applicazione del "bundle" nell' 80% degli interventi chirurgici sorvegliati; la compliance agli standard preventivi è soddisfatta nel 90% degli interventi per i quali è raccolto il "bundle"

**Vedi Allegato E**

**Indicatore n. 10. Tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni CVC e incidenza VAP /1000 giorni ventilazione nelle Terapie Intensive dell'Azienda**

**Atteso.** Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle infezioni nelle terapie intensive (UTI).

**Criterio.** È effettuata la sorveglianza di alcune infezioni (polmoniti, batteriemie) nelle Terapie Intensive.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
E' proposta una sorveglianza continua in reparti ad alto rischio; i dati di incidenza delle singole Aziende contribuiscono a costituire un riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo; i dati locali possono costituire informazione per revisione di processi	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Tasso (*1000)
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Numero batteriemie ; Numero VAP
Fonte numeratore	UTI coinvolte
Descrizione Denominatore (B)	Giorni esposizione a CVC o giorni esposizione a VA
Fonte denominatore	UTI coinvolte
Formula	$A / B * 1000$ giorni CVC o VA
U.O. interessate	UTI
Rilevazioni /anno	Continuativa
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	I dati sono ottenuti dal protocollo di sorveglianza GiVITI-Margherita - petalo Infezioni dove disponibile e da protocollo predisposto là dove la UTI non partecipa a GiVITI (avendo cura di verificare la coerenza delle definizioni di caso con il protocollo GiVITI)

**Standard concettuale.** Disponibilità del tasso di incidenza di batteriemie /1000 giorni CVC e incidenza VAP /1000 giorni ventilazione assistita in TUTTE le Terapie Intensive dell'Azienda.

**Standard operativo.** IDEM

Vedi Allegato F

**Indicatore n. 11. Tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei /100 pl; di incidenti percutanei e mucocutanei /100 operatori.**

**Atteso.** Le Aziende hanno in atto una sorveglianza degli incidenti a rischio biologico negli operatori sanitari. Le Aziende attivano interventi per incrementare il livello di prevenzione

**Criterio.** È effettuata la sorveglianza degli incidenti occupazionali. Esiste evidenza di attività preventive.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
La sorveglianza degli incidenti occupazionali integra la sorveglianza dell'applicazione delle misure di isolamento e costituisce indicatore di attenzione da parte dell'azienda alle pratiche assistenziali sicure. La sorveglianza degli incidenti occupazionali costituisce attività di collaborazione con il gruppo di lavoro regionale per il Rischio Occupazionale in Sanità. Tale sorveglianza si inserisce nel sistema regionale di sorveglianza continua SIOPI e nel sistema nazionale SIROH.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Tasso (*100)
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Numero incidenti percutanei
Fonte (numeratore)	Notifiche SIOPI
Descrizione Denominatore (B)	Numero posti letto o numero operatori
Fonte denominatore	UO Prevenzione rischio infettivo
Formula	$A / B * 100$
U.O. interessate	Tutta l'Azienda
Rilevazioni /anno	Continuativa
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** Sono disponibili i tassi di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori per l'anno 2010 con sistema SIOPI.

**Standard operativo.** IDEM

## Indicatore n. 12. Compliance a misure preventive degli incidenti occupazionali a rischio biologico

**Atteso.** Le Aziende attivano interventi per incrementare il livello di prevenzione degli incidenti occupazionali

**Criterio.** Esiste evidenza di attività preventive del rischio biologico in ambito occupazionale.

CODICE	DESCRIZIONE
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
La sorveglianza degli incidenti occupazionali integra la sorveglianza dell'applicazione delle misure di isolamento e costituisce indicatore di attenzione da parte dell'azienda alle pratiche assistenziali sicure. Ad integrazione dei dati epidemiologici di sorveglianza sono attivati interventi di prevenzione delle esposizioni professionali.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Frequenza per i diversi interventi monitorati.
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Dato quantitativo o qualitativo (% vaccinati, numero di NPD ecc..) relativo alle diverse attività preventive
Fonte (numeratore)	Dati Medicina Preventiva
Descrizione Denominatore (B)	N incidenti occupazionali (quando necessario per la proporzione)
Fonte denominatore	UO Prevenzione rischio infettivo e Medicina Preventiva
Formula	$A / B * 100$ oppure presente/assente
U.O. interessate	Tutta l'Azienda
Rilevazioni /anno	Continuativa
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** Sono disponibili i dati relativi alle 6 attività preventive e sono soddisfatte tutte le misure indicate

**Standard operativo.** Sono disponibili i dati relativi a 4 delle 6 attività preventive e sono soddisfatte le misure indicate da queste 4 attività

**VEDI ALLEGATO G**

### **Indicatore n. 13. Frequenza di MRSA su isolamenti da sangue**

**Atteso. Le Aziende hanno in atto una sorveglianza delle antibioticoresistenze (MRSA) nei pazienti ricoverati**

**Criterio. È effettuata la sorveglianza degli MRSA (ceppi invasivi)**

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Si introduce una sorveglianza continua a partenza dai dati di laboratorio; i dati di frequenza assoluta e relativa di MRSA isolati da sangue (ceppi invasivi) contribuiscono a costituire un riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo; i dati locali possono costituire informazione per analisi di andamenti e per orientare le scelte terapeutiche.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di sorveglianza
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Rapporto e Proporzione
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Numero pazienti con almeno un emocoltura positiva per MRSA
Fonte numeratore	Laboratorio
Descrizione Denominatore (B)	Numero pazienti con almeno un emocoltura positiva per S.aureus (MRSA+MSSA)
Fonte denominatore	Laboratorio
Formula	$A/B; A / B *100$
U.O. interessate	UTI e altri reparti
Rilevazioni /anno	Continuativa
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale. Disponibilità del numero di pazienti positivi per MRSA (dato annuale) su isolamenti da sangue, senza ridondanze, in UTI e in altri reparti**

**Standard operativo. Disponibilità del numero di pazienti positivi per MRSA (dato annuale) su isolamenti da sangue, senza ridondanze, in UTI**

**Vedi Allegato H**

## Indicatore n. 14. E' messa in atto una esperienza di antibiotico-stewardship

**Atteso.** Le Aziende promuovono interventi efficaci di valutazione dell'uso di antibiotici.

**Criterio.** Viene eseguita una valutazione dell'impiego degli antibiotici in Ospedale.

CODICE	DESCRIZIONE
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive. La strategia si articola in: (1) Definizione di una scheda di richiesta motivata su base locale (2) Definizione della lista antibiotici monitorati; (3) Analisi di richieste motivate (4) Esame delle cartelle cliniche ed audit con clinici affinché l'ospedale possa identificare le proprie priorità di intervento	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di controllo
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Rapporto
Periodo di osservazione	12 mesi
Descrizione Numeratore (A)	
Fonte numeratore	UO coinvolte
Descrizione Denominatore (B)	
Fonte denominatore	
Formula	
U.O. interessate	
Rilevazioni /anno	
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	L'indicatore è implementato nelle aziende in cui è presente l'Unità di Malattie Infettive o è presente in consulenza un infettivologo

### **Standard concettuale.**

#### **L'azienda ha:**

- attivato un gruppo di lavoro costituito da clinici, infettivologo, microbiologo, farmacista, ICI, responsabile UPRI;
- ha definito l'oggetto dell'intervento (reparti, scheda di richiesta motivata, lista di antibiotici monitorati).
- ha evidenziato a seguito di analisi delle richieste motivate, la proporzione di incongruità prescrittive su almeno 200 prescrizioni/paziente

#### **C'è evidenza di audit mensili**

### **Standard operativo. IDEM**

**Vedi Allegato I**

## **Indicatore n. 15. Litri di gel idroalcolico / 1000 giorni di assistenza**

**Atteso.** Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani.

**Criterio.** È utilizzato gel idroalcolico per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Fornisce un'informazione indiretta dell'adesione degli operatori sanitari alla procedura di igienizzazione delle mani in funzione delle dimensioni di assistenza prestata	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di controllo
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Rapporto
Periodo di osservazione	Anno
Descrizione Numeratore (A)	Numero litri gel idroalcolico
Fonte numeratore	Farmacia e referente delle UO coinvolte
Descrizione Denominatore (B)	Giorni di assistenza
Fonte denominatore	UO coinvolte
Formula	$A / B * 1000$
U.O. interessate	Tutte le UO
Rilevazioni /anno	1
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** È consumata una media di 20 ml/die di gel per paziente (20 litri/1000 giorni) nell'80% dei reparti in cui è effettuata assistenza.

**Standard operativo.** Standard concettuale. È consumata una media di 20 ml/die di gel per paziente (20 litri/1000 giorni) nel 60% dei reparti in cui è effettuata assistenza.

**Indicatore n. 16. Valutazione dell'applicazione delle procedure di isolamento da contatto per *C. difficile* sulla base di una check list**

**Atteso.** Le Aziende promuovono attività di valutazione degli interventi di applicazione delle misure di isolamento da contatto.

**Criterio.** Sono effettuati interventi di valutazione dell'applicazione delle misure di isolamento da contatto in caso di isolamento di *C. difficile*.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Si stabilisce il grado di adesione/applicazione di alcune procedure di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, consentendo di individuare le criticità e gli ostacoli ad una implementazione di comportamenti corretti	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di controllo
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Proporzione
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	Numero di misure preventive rispettate nella procedura valutata
Fonte numeratore	Osservazione comportamenti in specifico contesto
Descrizione Denominatore (B)	Numero totale di misure preventive della check list
Fonte denominatore	Check list indicante le misure preventive sotto osservazione
Formula	$A / B * 100$
U.O. interessate	Reparti di assistenza
Rilevazioni /anno	20 osservazioni in occasione dell'applicazione delle misure di isolamento da contatto
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	Il materiale dell'allegato L può rappresentare un esempio di modalità di rilevazione, ma possono essere utilizzati documenti integrativi o sostitutivi disponibili in sede locale .

**Standard concettuale.** Sono effettuate le osservazioni e gli esiti sono conformi all'atteso per almeno l'80% degli oggetti esaminati in almeno il 75% delle occasioni.

**Standard operativo.** idem

Vedi Allegato L

**Indicatore n. 17. Sono messe in atto le misure di prevenzione per le infezioni da Legionella spp**

**Atteso.** Le Aziende promuovono attività di prevenzione delle ICA da legionella spp secondo le Raccomandazioni regionali.

**Criterio.** Sono implementate attività fondamentali per la prevenzione delle infezioni da Legionella spp.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Le infezioni da Legionella spp costruiscono un limitato problema di salute pubblica. Sono disponibili indicazioni regionali di prevenzione di cui si propone di valutare l'applicazione in alcuni settori specifici.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di controllo
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	SI/NO e Rapporto casi indagati/casi di polmonite
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	numero di casi indagati per legionella spp
Fonte numeratore	UPRI-OSRU
Descrizione Denominatore (B)	numero di casi di polmonite
Fonte denominatore	SC Tecnico, UPRI.
Formula	A/B
U.O. interessate	Reparti coinvolti in attività di sorveglianza e/o controllo delle ICA
Rilevazioni /anno	1 per anno
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.**

Sono eseguiti interventi preventivi secondo le Raccomandazioni regionali: c'è evidenza degli interventi di manutenzione e bonifica eseguiti sull'impianto; e' eseguito il piano di campionamento trimestrale previsto; c'è evidenza di sorveglianza dei casi tra i pazienti (è disponibile il rapporto ricerca legionella spp/casi di polmonite).

**Standard operativo. IDEM**

**VEDI ALLEGATO M**

**Indicatore n. 18. Esiste un documento contenente alcune informazioni specifiche sulle ICA ed è reso disponibile per tutti i pazienti**

**Atteso.** L'Azienda assicura il coinvolgimento di pazienti e visitatori nelle strategie di prevenzione delle ICA attraverso una informazione sui rischi e sulla loro gestione.

**Criterio.** Disponibilità di un documento contenente informazioni sulle ICA, da fornire ad ogni utente, al momento del ricovero.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
L'Azienda ha recepito le indicazioni della <b>Linea di indirizzo 1/2007 della DGR 14-8500 (31/03/2008)</b> riguardo alle informazioni sulle Infezioni Correlate all'Assistenza da fornire agli utenti; l'informazione dei pazienti costituisce attività di collaborazione con il gruppo di lavoro regionale per il Rischio Clinico.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Organizzazione e risorse
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	Presenza dell'informativa Sì / No;
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	N° di pazienti che ricevono l'informativa
Fonte numeratore	
Descrizione Denominatore (B)	Numero di pazienti ricoverati in un anno
Fonte denominatore	Controllo di gestione
Formula	$A/B \times 100$
U.O. interessate	DG / Direzione d'Azienda / DS/ tutti i reparti
Rilevazioni /anno	A fine anno
Rilevazioni aggiuntive	Se cambiamenti nella stesura del testo
Data prossima rilevazione	
Note	

**Standard concettuale.** Nell'opuscolo informativo dell'Ospedale e/o nella Carta dei servizi e/o nelle fonti informative ufficiali dell'azienda sono presenti le informazioni rivolte ai pazienti.

**Standard operativo.** Quando non è disponibile una documentazione aziendale, tutti i pazienti ricevono in cartaceo almeno l'informativa sulle ICA.

**Allegato N**

Fac simile di " Informazione per i pazienti"

**Vedere anche Allegato 2 (Linea di indirizzo 1/2007) della DGR 14-8500 (31/03/2008) BU n°16 (17/04/2008)**

**Indicatore n. 19. E' offerto annualmente un intervento di formazione avente per tema una attività di sorveglianza o controllo delle ICA effettuata dall'azienda e accreditata ECM**

**Atteso.** Le Aziende promuovono attività di formazione per gli operatori sul tema delle ICA.

**Criterio.** Sono effettuati interventi di formazione mirati a informare sulle attività aziendali in tema di controllo delle ICA.

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
Responsabile	
Ufficio	
Data	
<b>SIGNIFICATO DELL'INDICATORE</b>	
Le attività di formazione possono rappresentare un'occasione per informare sulle attività svolte nell'azienda in tema di sorveglianza e controllo delle ICA e devono costituire un momento di coinvolgimento di tutti gli operatori che hanno partecipato all'attuazione del programma. La qualità della formazione è sottoposta alla valutazione del sistema ECM.	
<b>TIPOLOGIA</b>	Attività di controllo
<b>UTILIZZO DELL'INDICATORE</b>	
Espressione	SI/NO
Periodo di osservazione	Annuale
Descrizione Numeratore (A)	---
Fonte numeratore	UPRI-OSRU
Descrizione Denominatore (B)	---
Fonte denominatore	---
Formula	---
U.O. interessate	Reparti coinvolti in attività di sorveglianza e/o controllo delle ICA
Rilevazioni /anno	1 per anno
Rilevazioni aggiuntive	---
Data prossima rilevazione	Al nuovo anno
Note	

**Standard concettuale.** E' realizzato e proposto agli operatori un evento accreditato ECM avente per tema le nuove modalità di interpretazione dei dati di antibiotico resistenza sulla base delle indicazioni EUCAST ( European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing)

**Standard operativo. IDEM**

## **ALLEGATI**

**Allegato A. Circolare 1950, 6 febbraio 2001**

**Allegato B. Note sulle modalità di attuazione del programma aziendale**

**Allegato C. Note sulla sorveglianza delle Infezioni da *Cl.Difficile***

**Allegato D. Protocollo per sorveglianza infezioni sito chirurgico (ISC)**

**Allegato E. Protocollo per BUNDLE in sorveglianza infezioni sito chirurgico (ISC)**

**Allegato F. Protocollo per sorveglianza in terapia intensiva**

**Allegato G. "Pacchetto-prevenzione" nella sorveglianza incidenti occupazionali**

**Allegato H. Frequenza MRSA isolati da emocolture**

**Allegato I: Antibiotico - *stewardship***

**Allegato L: Esempio di check list per l'attuazione delle misure di isolamento da *C.difficile***

**Allegato M: Raccomandazioni per la prevenzione Infezioni da *Legionella spp.***

**Allegato N: Esempio di informativa scritta per il paziente sulle ICA**

## **ALLEGATO A**

**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>**

## ALLEGATO B

### Note sulle modalità di attuazione del programma aziendale

L'obiettivo dell'indicatore è di misurare se il programma considera i rischi principali della struttura, sulla base dei dati epidemiologici disponibili, delle esperienze di sorveglianza e controllo eseguite in precedenza, o considerando i dati di letteratura riferiti a strutture simili.

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

A titolo di esempio:

**per ospedali di base, senza DEA:** sono considerate le esigenze di sorveglianza e 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 rappresentata da rischi, obiettivi, azioni, esiti;

**per ospedali sedi di DEA, con Terapia Intensiva:** l'attenzione deve estendersi in termini di sorveglianza ed analisi dei rischi ai problemi legati all'urgenza e alle patologie complesse;

**per ospedali specialistici o di alta complessità:** ci si attende, oltre a quanto esposto, una analisi dei rischi prevalenti per esempio in cardiocirurgie, oncologie, unità per trapianti, grandi ustionati e conseguenti scelte di sorveglianza e di interventi di controllo.

## ALLEGATO C

Ogni ospedale attiva una sorveglianza delle infezioni da *C. difficile* (ICD) basata sui dati di laboratorio, registrando i risultati positivi dei test per provenienza dei pazienti, in modo da confrontare i dati cumulativi con i riferimenti di letteratura e riconoscere tempestivamente, dalle variazioni di frequenza rispetto all'atteso, eventuali focolai epidemici.

La formula del corrispondente indicatore è la seguente:

$$\frac{\text{N° numero totale di risultati positivi} / \text{anno}}{\text{N° totale di test eseguiti}}$$

sono considerati separatamente i pazienti ricoverati (ricoveri ordinari) e quelli non ricoverati (tra questi ultimi sono compresi i pazienti del PS), a partire dal 2010.

Il N° di test eseguiti permette di stimare l'entità del ricorso al laboratorio, tenuto conto del valore del rapporto riscontrato in laboratori afferenti a centri di dimensioni comparabili.

Conoscere il N° di casi ambulatoriali è utile per stimare la frequenza dei casi di origine comunitaria, anche se potrebbe trattarsi di pazienti reduci da un precedente ricovero. Parimenti il numero di casi tra i ricoverati non esprime fedelmente la frequenza di casi nosocomiali in quanto potrebbe trattarsi di pazienti sintomatici al ricovero o entro le prime 48 dal ricovero.

Tuttavia non è realistico pretendere di ottenere informazioni (data di insorgenza dei sintomi in relazione a data di ricovero, presenza di ricoveri precedenti o altri fattori di rischio in pazienti non ricoverati, ecc.) di cui il laboratorio abitualmente non dispone.

Per evitare inoltre di conteggiare i casi di recidiva (o i risultati positivi di esami ripetuti) come nuove infezioni, il medesimo paziente che risulti positivo al test più volte dovrebbe essere conteggiato una sola volta nell'arco di tempo considerato (anno).

## ALLEGATO D

### SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

La Regione Piemonte, nell'ambito della sorveglianza delle ISC, aderisce al programma di sorveglianza nazionale INF-OSS su protocollo Helics.

La Regione raccoglie i dati delle singole aziende e li trasmette al centro nazionale di coordinamento.

Saranno forniti ad ogni ospedale il software HELICS (modificato dalla regione Emilia Romagna) per il caricamento dei dati e la Password necessari per l'accesso al programma.

E' reso disponibile anche il protocollo per la sorveglianza degli interventi scelti.

Saranno comunicati al centro di coordinamento presso ARESS Emilia Romagna i codici ISTAT degli ospedali che aderiscono e il numero delle Unità Operative coinvolte.

**Sono di seguito elencati gli interventi neurochirurgici e urologici sotto sorveglianza.**

La sigla CRAN è riferita al gruppo di interventi sorvegliati dal NHSN-USA, sui quali è basato il nostro atteso di infezioni. Ogni Azienda con attività di neurochirurgica sottoporrà a sorveglianza di 6 mesi gli interventi che saranno effettuati in quell'intervallo di tempo.

Nelle aziende nelle quali l'attività neurochirurgica è assente o molto scarsa, per l'anno 2011 sarà effettuata la sorveglianza degli interventi di prostatectomia (non per via transuretrale) corrispondenti alla sigla PRST.

NHSN-2009	Codice ICD9CM	Descrizione
CRAN	01.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLE MENINGI CEREBRALI
CRAN	01.14	BIOPSIA A CIELO APERTO DI LESIONE CEREBRALE
CRAN	01.21	INCISIONE E DRENAGGIO DEI SENI CRANICI
CRAN	01.22	RIMOZIONE DI ELETTRODO/I DI NEUROSTIMOLATORE INTRACRANICO
CRAN	01.23	RIAPERTURA DI PREGRESSA CRANIOTOMIA
CRAN	01.24	ALTRA CRANIOTOMIA
CRAN	01.25	ALTRA CRANIECTOMIA
CRAN	01.28	POSIZIONAMENTO DI CATETERE/I INTRACEREBRALE ATTRAVERSO FORO CIRCOLARE
CRAN	01.31	INCISIONE DELLE MENINGI CEREBRALI
CRAN	01.32	LOBOTOMIA E TRATTOTOMIA
CRAN	01.39	ALTRE INCISIONI CEREBRALI
CRAN	01.41	INTERVENTI SUL TALAMO
CRAN	01.42	INTERVENTI SUL GLOBO PALLIDO
CRAN	01.51	ASPORTAZIONE DI LESIONE O DI TESSUTO DELLE MENINGI CEREBRALI
CRAN	01.52	EMISFERECTOMIA
CRAN	01.53	LOBECTOMIA CEREBRALE (PER LESIONE ORGANICA)
CRAN	01.59	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO CEREBRALE
CRAN	02.11	SUTURA SEMPLICE DELLA DURA MADRE
CRAN	02.12	ALTRA RIPARAZIONE DELLE MENINGI CEREBRALI
CRAN	02.13	LEGATURA DEI VASI DELLE MENINGI
CRAN	02.14	PLESSECTOMIA COROIDEA
CRAN	02.91	SEPARAZIONE DI ADERENZE CORTICALI
CRAN	02.92	INTERVENTI RIPARATIVI DEL CERVELLO
CRAN	02.93	IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI ELETTRODO/I DEL NEUROSTIMOLATORE INTRACRANICO
CRAN	07.51	ESPLORAZIONE DELLA REGIONE PINEALE
CRAN	07.52	INCISIONE DELLA GHIANDOLA PINEALE
CRAN	07.53	ASPORTAZIONE PARZIALE DELLA GHIANDOLA PINEALE
CRAN	07.54	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA PINEALE
CRAN	07.59	ALTRI INTERVENTI SULLA GHIANDOLA PINEALE
CRAN	07.61	ASPORTAZIONE PARZIALE DELL'IPOFISI, PER VIA TRANS-FRONTALE
CRAN	07.62	ASPORTAZIONE PARZIALE DELL'IPOFISI, PER VIA TRANS-SFENOIDALE
CRAN	07.63	ASPORTAZIONE PARZIALE DELL'IPOFISI, PER VIA NON SPECIFICATA
CRAN	07.64	ASPORTAZIONE TOTALE DELL'IPOFISI PER VIA TRANS-FRONTALE
CRAN	07.65	ASPORTAZIONE TOTALE DELL'IPOFISI PER VIA TRANS-SFENOIDALE
CRAN	07.68	ASPORTAZIONE TOTALE DELL'IPOFISI, PER ALTRA VIA SPECIFICATA
CRAN	07.69	ASPORTAZIONE TOTALE DELL'IPOFISI PER VIA NON SPECIFICATA
CRAN	07.71	ESPLORAZIONE DELLA FOSSA DELL'IPOFISI
CRAN	07.72	INCISIONE DELL'IPOFISI
CRAN	07.79	ALTRI INTERVENTI SULL'IPOFISI
CRAN	38.01	INCISIONE DI VASI INTRACRANICI
CRAN	38.11	ENDOARTERIECTOMIA DEI VASI INTRACRANICI
CRAN	38.31	RESEZIONE DI VASI INTRACRANICI CON ANASTOMOSI
CRAN	38.41	RESEZIONE DI VASI INTRACRANICI CON SOSTITUZIONE
CRAN	38.51	LEGATURA DI VENE VARICOSE INTRACRANICHE
CRAN	38.61	ALTRA ASPORTAZIONE DI VASI INTRACRANICI
CRAN	38.81	ALTRA OCCLUSIONE CHIRURGICA DI VASI INTRACRANICI
CRAN	39.28	BYPASS VASCOLARE EXTRACRANICO-INTRACRANICO (EC-IC)

NHSN-2009	Codice ICD9CM	DESCRIZIONE
PRST	60.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA PROSTATA
PRST	60.3	PROSTATECTOMIA SOVRAPUBICA
PRST	60.4	PROSTATECTOMIA RETROPUBICA
PRST	60.5	PROSTATECTOMIA RADICALE
PRST	60.61	ESCISSIONE LOCALE DI LESIONE PROSTATICA
PRST	60.62	POSTATECTOMIA PERINEALE
PRST	60.69	ALTRA PROSTATECTOMIA

(Escissione sovrapubica, retropubica, radicale o perineale della prostata; non sono comprese la resezione transuretrale e la biopsia percutanea)

## ALLEGATO E

### "Pacchetto"- BUNDLE Infezioni Chirurgiche

1. raccolta parametri dell'intervento per applicare l'indice di rischio secondo il modello NNIS-NHSN
2. esecuzione della doccia preoperatoria
3. esecuzione della tricotomia
4. esecuzione della antibioticoprofilassi chirurgica
5. gestione della temperatura intra-operatoria
6. stabilizzazione glicemica intra e post operatoria

### Specifiche

1. Per gli interventi sorvegliati (neurochirurgici e praostatectomia) sono raccolti i dati che consentono la stratificazione di rischio secondo NNIS (classe di rischio, ASA, durata dell'intervento); **poichè il programma per la registrazione dati che utilizziamo (XER) impedisce di proseguire senza l'inserimento di queste informazioni, automaticamente questo parametro risulterà inserito nella sorveglianza.**
2. Doccia: precisare la conformità della doccia. Conforme se eseguita con sapone o antisettico e sapone non oltre il giorno prima. Non conforme negli altri casi (non eseguita o eseguita solo con acqua)
3. Tricotomia: conforme se limitata e non eseguita con rasoi manuali, ma con rasoi elettrici o creme depilatrici
4. Antibioticoprofilassi chirurgica: Indicazioni, durata, molecola e posologia sono conformi ai protocolli del SNLG oppure a protocolli aziendali adeguatamente supportati
5. Controllo temperatura intraoperatoria: conforme se la temperatura, **al termine dell'intervento (prima dell'estubazione) è superiore a 36°**. Non conforme se inferiore.
6. Controllo glicemia: produrre ed applicare un protocollo per il monitoraggio intra e post operatorio (due giorni). L'obiettivo è di mantenere la glicemia entro i 200 mg/dl **SET MINIMO = Sei misurazioni della glicemia –**
  - Giorno 0: una misurazione intraoperatoria + una postoperatoria
  - Giorno 1: due misurazioni, distanziate di almeno 8 ore
  - Giorno 2: due misurazioni, distanziate di almeno 8 ore**La media delle 6 misurazioni deve essere < 200 mg/dl.**  
**Il test può essere effettuato sul prelievo dal polpastrello.**  
**Se vengono eseguite più di 6 misurazioni vale la stessa regola.**

Per ogni intervento è documentato la corretta esecuzione delle procedure.

Lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi e una compliance del 100% alle corrette procedure.

Lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi e una compliance di conformità nel 90% .

## **ALLEGATO F**

### **SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI IN TERAPIA INTENSIVA**

La regione Piemonte, nell'ambito della sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva correlate a catetere vascolare e a ventilazione assistita, aderisce al programma di sorveglianza nazionale promosso dal CCM nel progetto INF-OSS.

Le Terapie Intensive che aderiscono alla sorveglianza GiViTI – Margherita – Petalo Infezioni utilizzeranno direttamente i tassi elaborati annualmente da GiViTI.

Per le Terapie Intensive che non aderiscono a GiViTI è stato elaborato un protocollo che ha recepito le stesse definizioni di caso e una serie di informazioni specifiche per la sorveglianza delle infezioni .

Il protocollo di sorveglianza è disponibile sul sito del CCM (Infezioni Correlate all'assistenza) e dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della regione Emilia Romagna alla voce:

*Protocollo Sistema nazionale di sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN) - Novembre 2009 (pdf, 299 Kb).*

Sarà reso disponibile da giugno 2011 su richiesta il software per il caricamento dei dati su sistema web coordinato a livello nazionale dall'ARESS Emilia Romagna

## **ALLEGATO G**

### **"Pacchetto preventivo" SIOP**

**Sono resi disponibili i dati relativi ad una serie di attività preventive la cui implementazione indica attenzione ad aspetti organizzativi e di controllo**

Sono monitorate le seguenti attività:

- 1) Vaccinazione contro epatite B: l'atteso è di almeno 80% di vaccinati o 90% di immuni
- 2) Evidenza di Formazione/ Informazioni sui NPD (Needlestick Prevention Devices = Presidi di sicurezza) di nuova introduzione o introdotti in personale non precedentemente informato
- 3) Dati sulla disponibilità di NPD (pezzi consumati)
- 4) Riduzione del 20% degli infortuni associata all'uso di butterfly NPD o agocannula NPD (rispetto all'anno precedente) qualora il tasso sia superiore alla media regionale (dati 2008)
- 5) Proporzione di Follow Up per HIV completati secondo protocollo (Atteso 90%)
- 6) Disponibilità in DEA/Pronto Soccorso e applicazione di protocollo per la gestione delle esposizioni a liquidi biologici

## ALLEGATO H

### FREQUENZA MRSA ISOLATI DA EMOCOLTURE

Riportare i dati richiesti nel seguente formato:

INDICATORI	PROVENIENZA	
	UTI	non UTI
N° pazienti con emocoltura positiva per MRSA nel corso del 2010		
N° pazienti con emocoltura positiva per S.aureus (MRSA+MSSA) nel corso del 2010		
N° pazienti sottoposti a emocoltura (1)		
N° pazienti con emocoltura positiva (1)		
N° pazienti con emocoltura positiva per MRSA di origine nosocomiale (2)		
N° pazienti con emocoltura positiva per MRSA di origine comunitaria (2)		

#### Note

Conteggiare il medesimo paziente una sola volta (primo isolamento) nel corso del periodo considerato (anno/mese) a prescindere da eventuali trasferimenti/ricoveri in reparti diversi dal primo

(1) Riportare il numero di pazienti sottoposti a emocoltura e con emocoltura positiva nel corso di un periodo rappresentativo di 30 giorni (es. mese di novembre 2010). In caso di pazienti sottoposti a più emocolture e/o ripetutamente positivi (anche per patogeni diversi) conteggiare solo il primo episodio.

(2) Nell'ambito del mese preso in esame classificare gli episodi batteriemici da MRSA in comunitari o nosocomiali in base al tempo in ore che intercorre tra il momento del prelievo del campione e la data di ricovero del paziente in ospedale secondo la formula:

- (data prelievo - data ricovero) < 72 ore: infezione comunitaria
- (data prelievo - data ricovero) ≥ 72 ore: infezione nosocomiale

## ALLEGATO I

### ANTIBIOTICO-STEWARDSHIP

Le strategie fondamentali per la messa in atto di una politica degli antibiotici sono rappresentate da:

1. Team operativo: Clinico Infettivologo, Microbiologo, Farmacista, ICI, Informatico
2. Scelta della strategia principale di intervento : Audit / gruppo di intervento / feedback vs. Restrizione / Autorizzazione
3. Strategie supplementari di intervento: Formazione specifica, Linee-guida e percorsi clinici (evitano terapie improprie), Ottimizzazione del dosaggio e degli intervalli di somministrazione, De-escalation : aggiustamento / semplificazione (dati microbiologici on-line); conversione terapia parenterale – orale (abbrevia degenza)
4. Utilizzo dei dati microbiologici inerenti le prescrizioni
5. Indicatori di processo e di risultato
6. Computer decision-support (evita terapie improprie)

**Nella Regione Piemonte tale politica è avviata nelle ASL/AO in cui è presente una Unità di Malattie Infettive o è presente un infettivologo in consulenza attraverso la messa in atto di alcune azioni:**

- Identificazione di un Gruppo Operativo mediante documento formale: Infettivologo, Responsabile UPRI, Farmacista, Microbiologo, ICI;
- Attuazione di prescrizione motivata degli antibiotici mediante utilizzo di apposito modulo adattato localmente
- Analisi delle prescrizioni motivate e delle cartelle cliniche per valutazione della congruità prescrittiva
- Esecuzione di audit con clinici

## ALLEGATO L

Fac simile CHECK LIST:

**ATTUAZIONE DELLE MISURE DI ISOLAMENTO DA CONTATTO PER PAZIENTI  
CON PATOLOGIA DA C.difficile (IN AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD)**

**Punteggio da usarsi nella parte sui comportamenti**

**1 nella maggior parte delle occasioni non c'è compliance**

**2 Nella maggior parte delle occasioni c'è compliance**

**3 La compliance è piena.**

SCHEDA PAZIENTE n. \_\_\_\_\_/2011

NOMINATIVO \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ OSPEDALE \_\_\_\_\_

**SCHEDA ATTUAZIONE DELLE MISURE DI ISOLAMENTO DA CONTATTO PER PAZIENTI  
CON PATOLOGIA DA C.difficile (IN AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD)**

<b>SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PUNTEGGIO 1, 2 o 3</b>
Il paziente è ricoverato in camera singola?			
Quando non è disponibile una camera singola, il paziente è sistemato in una camera con un paziente che abbia una infezione attiva sostenuta dallo stesso microrganismo (sistemazione in coorte)?			
E' annotata sulla cartella medico/infermieristica la necessità di isolamento e la sede dell'infezione?			
E' presente all'esterno della camera un cartello informativo sullo stato di isolamento?			
E' assegnato al pz. con CDAD un apposito bagno o una comoda dedicata ?			
Operatori sanitari, visitatori, parenti/visitatori, personale di supporto e impresa di pulizia sono informati sulle modalità di trasmissione dell'infezione e sulle misure di isolamento da implementare?			

<b>GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI, CAMICI</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SE NO, PERCHE'</b>
Sono indossati guanti (sono sufficienti guanti puliti, non sterili) quando si entra nella stanza?			
I guanti sono cambiati dopo il contatto con materiale infettivo?			
I guanti sono rimossi prima di abbandonare l'unità del paziente e le mani sono lavate immediatamente con un sapone antimicrobico?			
il camice è indossato (è sufficiente un camice pulito, non necessariamente sterile) quando si entra nella camera ?			
Il camice è tolto prima di abbandonare la camera del paziente , assicurandosi che il vestiario non sia venuto in contatto con superfici ambientali potenzialmente contaminate?			
L'igiene delle mani durante la cura dei pazienti con CDAD NON è effettuata con gel idroalcolici ma con frizionamento e risciacquo con sapone antimicrobico (prima e dopo l'assistenza del paziente)			

<b>TRASPORTO DEI PAZIENTI</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Viene minimizzato il trasporto del paziente ed il rischio di trasmissione di microrganismi verso altri pazienti anche attraverso la contaminazione delle superfici o delle attrezzature?			

<b>ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA E IGIENE DELL'AMBIENTE</b>			
<b>ATTIVITA'</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
A ogni paziente è assegnato un'attrezzatura assistenziale non critica personale (es. bracciale per pressione)?			
Gli strumenti utilizzati per il pz. sono disinfettati con sporicidi dopo l'uso e i termometri NON sono condivisi tra i pazienti? i termometri elettronici con fodere e guaine di rivestimento monouso NON sono utilizzati?			
Il reparto è pulito e disinfettato con regolarità (almeno una volta al giorno) e la stanza del paziente più di una volta al giorno, con agenti sporicidi (ideali agenti contenenti cloro, almeno 1000 ppm)			
Esiste ed è applicato un protocollo di detersione e disinfezione della stanza di ricovero del paziente (tipo di disinfettante, tempistica, tempestività, adozione di materiali monouso)			
Esiste ed è applicato un protocollo per detersione e disinfezione dell'ambiente alla dimissione/trasferimento di paziente con sospetta/diagnosticata patologia da CD			

NOTE
------

Data	Infermiera Controllo Infezioni	C.P.S.E. Infermiere del Reparto
------	--------------------------------	---------------------------------

## ALLEGATO M

### Vedere “**RACCOMANDAZIONI PER LA SORVEGLIANZA, LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE POLMONITI DA LEGIONELLA NELLE STRUTTURE SANITARIE PIEMONTESI PUBBLICHE E PRIVATE**”

- Valutazione del rischio secondo quanto previsto nelle Raccomandazioni
- Sorveglianza dei casi sospetti sulla base del numero di ricerche Ag urinario eseguite nell'anno (atteso: 150-250 accertamenti in un anno in un ospedale con 250 posti letto)
- Campionamenti ambientali secondo il modello prospettato dalle raccomandazioni
- Evidenza degli interventi di manutenzione o bonifica eseguiti sull'impianto: allegato IX (La manutenzione degli impianti) Punto 1 (Acqua fredda sanitaria) , Punto 2 (Acqua calda sanitaria)

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/pubblicazioni/category/57-raccomandazioni-per-la-sorveglianza-la-prevenzione-e-il-controllo-delle-polmoniti-da-legionella-nelle-strutture-sanitarie.html>

**Le Infezioni Ospedaliere (definite anche come ICA, Infezioni Correlate all'Assistenza) sono delle infezioni acquisite dal paziente durante il ricovero in Ospedale, causate da microorganismi (batteri, virus, funghi, ecc.).**

***COSA BISOGNA SAPERE***

- Le Infezioni Ospedaliere non possono essere azzerate; colpiscono attualmente dal 5 al 10% dei pazienti ricoverati.
- Non tutti i pazienti hanno lo stesso rischio di contrarre una Infezione Ospedaliera; diversi fattori entrano in campo: età; coesistenza di diverse malattie e loro gravità; necessità di sottoporsi a interventi chirurgici o a particolari procedure (inserimento di cateteri vascolari, cateterizzazione urinaria, ecc.), durata del ricovero;
- Alcune Infezioni Ospedaliere possono avere un decorso grave.

***COSA FACCIAMO PER CONTROLLARE QUESTO RISCHIO***

- All'interno dell'Ospedale, un apposito Comitato (C.I.O., Comitato Infezioni Ospedaliere) si riunisce periodicamente per coordinare le attività di sorveglianza e prevenzione delle Infezioni Ospedaliere, nonché per definire i programmi di formazione e aggiornamento e le strategie di informazione.
- Le misure di prevenzione delle Infezioni Ospedaliere sono oggi per la maggior parte ben note e stabilite (lavaggio delle mani, sterilizzazione dei materiali, modalità di effettuazione di manovre invasive, uso di indumenti e dispositivi di protezione da parte del personale addetto all'assistenza, ecc.) e sono contenute in Linee Guida nazionali e internazionali e in disposizioni di legge, applicate in ogni struttura di questo Ospedale.
- Un gruppo di medici e infermieri, nominati dal Comitato Infezioni Ospedaliere e specificamente addestrati, sono costantemente al lavoro per assicurare che le misure di prevenzione siano correttamente applicate.
- E' necessario che Lei e le persone che verranno a trovarLa o a fornirLe assistenza rispettiate le misure di prevenzione che verranno indicate dal personale dell'Ospedale. Nell'ambito di queste misure può rendersi necessario, in alcuni casi, procedere all'isolamento di chi ha contratto un'infezione, per prevenire il rischio di trasmissione ad altri pazienti e il personale dovrà adottare procedure di lavoro particolarmente rigorose.
- L'Ospedale partecipa ad una rete regionale-nazionale che raccoglie dati sulla frequenza delle Infezioni Ospedaliere, per verificare che il numero rientri negli standard accettati a livello nazionale e internazionale.
- E' possibile che nell'ambito delle attività di sorveglianza sia richiesta la vostra collaborazione e la disponibilità a essere contattati dopo la dimissione.

**Non esitate a contattare il personale medico e infermieristico per avere maggiori informazioni sul rischio infettivo e sulle misure di prevenzione.**

\* Si propone di utilizzare "Infezioni Ospedaliere" essendo il termine "Infezioni Correlate all'Assistenza" meno immediatamente comprensibile per i pazienti.