



**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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 933 del 13/11/2025

**OGGETTO:** PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE - PROGRAMMA DI ATTIVITA'  
ANNO 2025

DIRETTORE GENERALE - DOTT. FRANCESCO CATTEL  
(NOMINATO CON DGR N. 25-655/2024/XII DEL 23/12/2024)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - DOTT.SSA BARBARA BUONO

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA DANIELA KOZEL



**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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

---

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

Struttura proponente: DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSP. VERBANIA DOMODOSSOLA

L'estensore dell'atto: Ubaldino Paola

Il Responsabile del procedimento: Ubaldino Paola

Il Dirigente/Funzionario: Ossola Orietta

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



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.aslvc.co.it - www.aslvc.co.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 delibere n. 65 del 28/01/2020 e n. 555 del 25/06/2025.

“ 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. 46631 del 9 Luglio 2025, con la quale venivano trasmessi gli indicatori per il programma 2025 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”.

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

Acquisiti i pareri favorevoli 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 2025 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) redatto secondo gli indicatori trasmessi dalla Regione e allegati al suddetto programma.
- 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' 2025

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 2025 sono n. 13.

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                  | SOC: NO   | Atto deliberativo del |
|   | SOS: NO   | Atto deliberativo del |
|   | ALTRO, SPECIFICARE:<br>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 con incarico di alta specializzazione   |             |
| ANNI DI ATTIVITÀ NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA | 4   |             |
| INDIRIZZO E-MAIL  | mariarita.viroletti@aslvcv.it   |             |
| N° TELEFONO   | Cellulare 3474104415 fisso: 0324 4916487  |             |
| TEMPO DEDICATO FULL TIME  | NO  |             |
| TEMPO PARZIALE  | SI  | 2/settimana |
| CIO (CICA)<br>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                              |
| Anna Luisa Dolia   | ISRI Infermiere Specialista Rischio Infettivo<br>Assegnata al TERRITORIO da agosto 2024 | 36                              |

In formazione la sig.ra Serena Gaspari che sta frequentando il Master a Torino. E' previsto il tirocinio dal 13 ottobre al 30 ottobre presso la sede di Verbania.

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

#### **PROGRAMMA AZIENDALE anno 2025**

Il programma aziendale dell'anno in corso è redatto, come previsto dall'indicatore 3, e messo in atto con la responsabilità del Direttore Generale e pubblicato sul sito Internet aziendale.

Il giorno 11 settembre 2025 presso la Direzione Sanitaria Ospedaliera, sono presenti:

|                            |   |
|----------------------------|---|
| dott.ssa Orietta Ossola    | Direttore Direzione Sanitaria Ospedaliera |
| dott.ssa M. Rita Viroletti | Referente Medico UPRI                     |
| dott. ssa Liliana Maglitto | Responsabile DiPSa                        |
| dott.ssa Diletta Lorenzini | Coordinatore DiPSa                        |
| dott. Vincenzo Mondino     | Direttore Malattie Infettive              |
| dott. Silvano Zanola       | Medico Distretto                          |
| Sig.ra Mara Bignamini      | ISRI                                      |
| Sig.ra Laura De Giorgis    | ISRI                                      |
| Sig.ra Anna Luisa Dolia    | ISRI                                      |
| Sig.ra Serena Gaspari      | Infermiera in formazione ISRI             |

Nell'incontro è stato definito il programma di attività di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA.

Il programma 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 2025, 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 della situazione sui 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 chirurgia presso i Presidi Ospedalieri (indicatore regionale n. 8), interventi su mammella presso la sede di Verbania e su ossa lunghe con impianto di mezzi di sintesi presso la sede di Domodossola.

Come da suggerimento dell'indicatore regionale, si propone la sorveglianza delle ISC negli interventi su prostata.

La criticità più volte rilevata è quella della non conoscenza dell'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica degli interventi non sorvegliati.

La modalità proposta ai chirurghi di segnalare eventuali infezioni di ferita chirurgica, rilevate durante l'attività ambulatoriale post dimissione o rilevate durante la degenza, non ha mai avuto riscontro. I dati raccolti con le segnalazioni sarebbero degli indicatori per decidere di implementare ulteriori sorveglianze attive.

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.

L'applicazione del bundle rilevato solo negli interventi sottoposti a sorveglianza, è consolidata per le procedure di antibioticoprofilassi e di preparazione cute del paziente, la criticità rilevata è sul mantenimento della temperatura corporea negli interventi in anestesia generale della durata uguale o superiore a 60 minuti.

**Attività aziendale prevista.**

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

Attivazione sorveglianza su interventi di prostata.

Riproposta ai medici delle segnalazioni di ISC con il coinvolgimento di Coordinatori e infermieri dei reparti e ambulatori di area chirurgica.

## **INFEZIONE DELLE VIE URINARIE**

La Procedura aziendale è stata oggetto di revisione nel 2024 ed è stata implementata nel corso dell'anno.

### **Attività aziendale prevista.**

Osservazione sulla gestione nelle aree di degenza area medica per valutare l'applicazione della 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.

Nel 2024 è stata portata a termine la revisione della Procedura Operativa per la gestione dei Dispositivi per Accesso Vascolare (VAD) di tipo centrale e periferico nel Paziente adulto. L'implementazione del documento, sarà oggetto di verifica.

Da una valutazione della documentazione disponibile in Azienda, risulta necessaria la redazione della Procedura per il posizionamento di cateteri venosi periferici tipo Midline nell'adulto, presso le sedi ospedaliere, domiciliari e territoriali.

### **Attività aziendale prevista.**

Stesura documento aziendale per il posizionamento di Midline nel paziente adulto in ospedale, a domicilio e nelle Strutture territoriali.

Saranno eseguite 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.

## **SORVEGLIANZA VAP E BATTERIEMIE CVC-CORRELATE IN RIANIMAZIONE**

Presso la Rianimazione sede di Domodossola, prosegue la sorveglianza regionale nei pazienti portatori di CVC e delle polmoniti nei pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita (VAM), - Progetto GIVITI Prosafe – Petalo Infezioni – la cui referente è la dottoressa Paola Soldà; (indicatore regionale n. 8).

Presso la sede di Verbania non è attuata la sorveglianza per problemi organizzativi.

Occorre rivalutare con il personale delle Rianimazioni le procedure concernenti la prevenzione delle VAP nei pazienti in VAM, ormai obsolete (anno 2014).

### **Attività aziendale prevista**

Revisione delle procedure obsolete.

## 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.

### Attività aziendale prevista

Revisione della procedura per gli accessi.

## 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.

Prosegue l'attività di consulenza informatizzata, per fornire indicazioni sull'applicazione delle misure d'isolamento in ospedale, da parte del personale infermieristico UPRI (nel 2024 n. 740 consulenze erogate).

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, nella relazione è sempre riportata l'indicazione di prendere contatto l'ISRI che opera sul territorio. È da segnalare che sono state esigue, le richieste di collaborazione o consulenza da parte delle Strutture territoriali all'ISRI di riferimento.

I principali germi alert sorvegliati in Azienda sono quelli contenuti nell'acronimo ESKAPE (Enterobatteriacee ESBL, S. aureus meticillino resistente, KPC, CPE, Acinetobacter, Pseudomonas, Enterococco Vancomicina resistente) e i dati sono poi trasmessi attraverso le piattaforme dedicate, come previsto dagli indicatori 4 e 5.

Per quanto riguarda le sorveglianze attive di screening, occorre effettuare una rivalutazione dei protocolli applicati per rimodulare il target dei pazienti, la frequenza di screening e la tipologia di esame sulla base del trend epidemiologico e dai dati di letteratura.

### Attività aziendale prevista.

Risulta necessario attivare l'iter procedurale per attivare la collaborazione con RSA, coinvolgendo il Direttore di distretto e il Direttore Generale.

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).

Valutazione applicazione misure d'isolamento nelle SOC di degenza.

## ANTIBIOTICOSTEWARDSHIP

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

### Attività aziendale prevista.

Corso di aggiornamento accreditato sull'impiego della terapia empirica.

## **IGIENE MANI OPERATORI SANITARI**

Il consumo di gel nei reparti di degenza, continua ad avere un trend negativo (consumo medio anno 2024: Domodossola: 14 ml/gg degenza, Verbania 17 ml/gg degenza).

Negli accessi ai reparti, si è rilevata spesso una bassa adesione all'igiene delle mani con errori comportamentali (uso di guanto no igiene mani).

### **Attività aziendale prevista.**

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.

Il decreto legge n.102/2025, sancisce l'obbligatorietà dell'applicazione delle Linee Guida Nazionali per la prevenzione della legionella del 2015.

### **Attività aziendale prevista.**

Necessità di rendere operative le indicazioni delle linee guida nella parte impiantistica e valutazione del rischio Strutture

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

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

L'ambiente è ormai dimostrato assuma 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.

### **Attività aziendale prevista.**

1) A seguito dell'entrata in vigore del Decreto direttoriale del Ministero della Salute 29 marzo 2023, relativamente alle soluzioni antisettiche utilizzate per l'antisepsi della cute integra prima di procedure mediche invasive, precedentemente autorizzate come Presidi Medico-Chirurgici (PMC) secondo il vecchio DPR 392/1998, sono state oggetto di revoca dell'autorizzazione come PMC, sarà necessario rivedere le indicazioni fornite ai Reparti e Servizi dell'Azienda per garantire le procedure corrette di antisepsi cutanea in tutti i setting.

2) A seguito della segnalazione di "non conformità maggiore" rilevata dal Gruppo di verifica Arpa nel processo di accreditamento istituzionale del SIMIT, relativamente alla antisepsi cutanea di cute integra per raccolta di sangue per emotrasfusione, saranno organizzati degli incontri formativi con il personale infermieristico del Servizio Immuno Trasfusionale. La formazione ha l'obiettivo di rafforzare le conoscenze sulla tecnica di antisepsi cutanea, con particolare attenzione alla preparazione della cute per la raccolta di sangue per emotrasfusione e igiene delle mani dell'operatore sanitario, nel rispetto delle procedure operative disponibili in Azienda..

## **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.

Nel 2024 è stata condotta una *Survey* sul reprocessing degli endoscopi a cui l'ASL VCO ha partecipato (report settembre 2024). Nel pacchetto indicatori regionali anno 2025 è stata inserita come attività obbligatoria (indicatore 11) la promozione del corretto reprocessing degli endoscopi, sulla base delle criticità rilevate. La sorveglianza è stata condotta solo per le Endoscopie digestive, ma risulta necessario rivedere il processo di trattamento degli endoscopi che ora sono trattati con metodica manuale (I fibroscopi di ORL e il trans esofageo per TEE).

Si segnala che la sorveglianza microbiologica sugli endoscopi flessibili del tratto digerente già proposta nel 2023, attualmente non risulta applicabile.

Gli endoscopi di urologia sono sterilizzati a gas plasma.

### **Attività aziendale prevista.**

Le attività saranno condotte seguendo anche l'indicatore 11.

Valutazione attività di fibroscopia OR e rilevazione delle criticità del *reprocessing* manuale.

## **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”.

1. Procedura Operativa per la gestione dei Dispositivi per Accesso Vascolare (VAD) di tipo centrale e periferico nel Paziente adulto (rev).
2. Procedura Operativa per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti da MDR in dimissione presso Strutture (rev).
3. Procedura Operativa per la gestione dei pazienti affetti da infezione da C. difficile (rev).
4. Procedura Operativa per sorveglianza attiva dei CPE/CRE (rev).
5. Procedura impiego molecole antisettiche e disinettanti (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 2025 - Regione Piemonte**

## **Indicatore n. 1: È deliberata una funzione dedicata 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, 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.**

È 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 è "full time" nelle aziende con almeno 1000 posti letto o ogni 700 posti letto in Aziende con strutture extra-ospedaliere, con supporto di Infermieri addetti al controllo infezioni (vedi indicatore 2) e del CICA. In ogni Azienda è istituito formalmente un Comitato per il Controllo delle Infezioni correlate all' Assistenza (con composizione secondo circ. 1950/2001), presieduto dal medico che coordina la funzione di prevenzione del rischio infettivo associato all'assistenza.

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

- 
- **Circolare n° 1950 - 6 Febbraio 2001:**  
Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte.  
<http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/dwd/circo01.pdf>
  - D.D. 15 novembre 2017, n. 725 Aggiornamento del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" all. A dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR del 20.12.2012).  
<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2018/23/siste/00000083.htmPP10>
  - **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.**  
Programmazione 2025. 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 Specialisti nel Controllo Infezioni

### Azione attesa.

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

### Criterio.

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

Gli Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo 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 2025 (in aggiunta agli ISRI 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 ISRI ogni 250 pl nelle Aziende con assistenza ospedaliera; nelle strutture a maggiore complessità si può prevedere uno standard di 1 ISRI ogni 5000 Ricoveri Ordinari /anno (o ogni 7000 ricoveri totali).

1 ISRI nell’ambito delle UPRI ospedaliere con funzione di raccordo e supporto alle attività territoriali

1 ISRI ogni 300.000 abitanti dedicato alle strutture e alle attività territoriali sul tema; le aziende ASL verificano in base al programma operativo il fabbisogno di ISRI 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 2025. 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 (vedi Allegato A)**

**Azione attesa.**

L'Azienda conduce attività di sorveglianza e controllo delle ICA basato 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 (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 24 febbraio 2025, n. 16-817, Area Prevenzione 4.I.):

1. Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di carbapenemi (Fonte ESAC)  $\geq 10\%$  in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022.
2. Riduzione del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di fluorochinoloni (Fonte ESAC)  $\geq 10\%$  in ambito ospedaliero nel 2025 rispetto al 2022.
3. Riduzione  $\geq 20\%$  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 2025 rispetto al 2022.

- 
- **DGR 17 febbraio 2025, n. 26-801.** Approvazione della programmazione regionale per l'adozione dei programmi aziendali di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economicofinanziari agli Enti del SSR. ALLEGATO A: PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE DEL SSR 2025-2027. Indicazione tecniche operative”
  - **DGR 24 febbraio 2025, n. 16-817.** 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 2025 e definizione dei criteri per il monitoraggio. ALLEGATO A: Obiettivi di mandato/nomina e di quota integrativa dei Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali.
  - **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA.** Programmazione 2025. 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. (vedi 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.aslal.it/>. In attesa dell'implementazione del sistema regionale MICROBIO, sono inseriti ancora per il 2025 su piattaforma web Gemini i dati di resistenza relativi ad **alcuni microrganismi alert, isolati nel 2025 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 2025. Azione 10.2: Sviluppo sorveglianza degli isolamenti da laboratorio AR\_ISS; Azione 10.3 Sviluppo sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (ex sorveglianza CPE); Azione 10.6: Monitoraggio del consumo degli 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. È 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 possibilmente contaminate ≤ 3%
4. Il laboratorio misura e fornisce feed-back: Emocolture eseguite negli adulti con un solo set di flaconi ≤ 5% non calcolando le emocolture eseguite per follow-up terapeutico (es. *S. aureus*, *Candida* spp.)
5. Il laboratorio misura e fornisce feed-back: 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 2025.** Azione 10.2: Sviluppo sorveglianza degli isolamenti da laboratorio AR\_ISS; Azione 10.3 Sviluppo sorveglianza degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (ex sorveglianza CPE).
  - **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. È 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 polmonari 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 ogni quattro-sei mesi
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. È documentata una **attività di monitoraggio di alcuni antibiotici** (Carbapenemi, Chinoloni, Echinocandine, Tigeciclina, Daptomicina, Linezolid) con analisi dei consumi in DDD e AMR
4. È documentato il **monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva** di ceftolozane-tazobactam, ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam, cefiderocol, eravacyclina, rezafungin, isavuconazolo, amfotericina B liposomiale, distinguendo in terapia empirica su fattori di rischio o terapia mirata su antibiogramma
5. C'è evidenza di condivisione del **Manuale di Terapia Empirica Regionale** in tutti i reparti  
Le modalità di condivisione e gli esiti sono illustrati in un evento formativo aziendale
6. 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**
7. È 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 e contestuale riduzione delle uroculture non necessarie / batteriuria asintomatica)
  - 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 2025.** Azione 10.4: Prevenzione e controllo delle AMR e ICA sul territorio e nelle RSA; Azione 10.6: Monitoraggio del consumo degli 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**  
**Obiettivo 1:** 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 sistemicici 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 sistemicici J01

**Ospedale:** consumo DDD/100 gg degenza di antibiotici sistemicici 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 2025. Azione 10.6:** Monitoraggio del consumo degli 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 consumo di gel idroalcolico per igiene delle mani (CSIA)**

Azione attesa.

Sono documentati gli esiti della sorveglianza sugli interventi chirurgici, batteriemie e VAP in Terapia intensiva e consumo della soluzione idroalcolica per il 2024, partecipando alla sorveglianza CSIA richiesta dal Ministero della Salute

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 Ministero della Salute quando richiesto.
2. Infezioni in terapia intensiva (Batteriemie e VAP) nell'ambito della sorveglianza prevista da DGR 22-4256 del 2021 e successivi aggiornamenti.
3. Consumo di gel idroalcolico per igiene delle mani su richiesta del Ministero della Salute mediante sorveglianza coordinata da Istituto Superiore di Sanità
4. Le Aziende che nel 2024 NON hanno effettuato la sorveglianza HALT4 la condurranno su un minimo di 4 RSA (a gestione diretta, convenzionate o private) reclutate sul proprio territorio

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, i problemi emersi e le strategie di Infection Prevention & Control
3. del consumo di gel idroalcolico espresso in litri per giorni di degenza nei reparti di degenza e in litri di gel consumati in aree di non degenza

- 
- **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 2025.** 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 e dell'MR (Sistema SPINCAR 2) quando 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 e 2024: nella fase sperimentale le ASL/AO hanno compilato il documento reso disponibile dal Ministero della Salute via web, analizzando, 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)

Nota: Spincar 1 è stato compilato per l'anno 2022; solo nel 2025 è stato reso disponibile Spincar 2 per la Regione in via sperimentale e successivamente lo sarà per le Aziende Sanitarie; pertanto, sarà richiesta la compilazione per gli anni 2023 e 2024 con il nuovo software.

- 
- 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. È 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 2024, partecipando alla sorveglianza CSIA richiesta dal Ministero della Salute
4. È 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 reso disponibile un **Budget dedicato** all'implementazione dell'igiene delle mani per la formazione dei professionisti, la promozione dell'intervento e la fornitura di materiale
2. 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). È documentato un miglioramento (se sotto standard) del 30% complessivo rispetto all'anno precedente.
3. È compilato annualmente il **Framework del WHO per l'Autovalutazione** dell'igiene delle mani (sono inviati il testo in pdf e un file excel di inserimento dei dati)
4. E' compilata la **documentazione richiesta dal Ministero della salute** con Circolare 0033026-06/11/2024-DGPRA entro fine febbraio 2025 per l'anno 2024
5. 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. Speedy audit deve essere utilizzato su un campione rappresentativo di tutte le professioni in assistenza (medici, infermieri, OSS, specializzandi, studenti, consulenti) e di più reparti per area di assistenza (medica, chirurgica, emergenza, ambulatori)
6. 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
7. È 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 2025.** Azione 10.5: Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- **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. 11. L'Azienda promuove interventi di prevenzione e controllo delle infezioni nell'utilizzo degli endoscopi**

**Azione attesa.**

**Le Aziende promuove il corretto reprocessing degli endoscopi.**

**Criterio.**

1. L'azienda analizza gli esiti della survey sul reprocessing degli endoscopi e identifica le criticità delle proprie procedure
2. L'azienda condivide con gli operatori coinvolti nel reprocessing degli endoscopi la "Linea di indirizzo" regionale 2025 identificando le eventuali necessità di correzione di elementi critici
3. L'azienda programma l'adeguamento delle proprie procedure di reprocessing alla linea di indirizzo regionale

**Standard.**

1. L'azienda discute gli aspetti organizzativi e gestionali di proprio interesse presenti nel REPORT "SURVEY REGIONALE SUL REPROCESSING DEGLI ENDOSCOPI" (nota regionale prot. n. 00025030 del 21/10/2024) e presenta una sintesi dei punti di proprio interesse
2. È condiviso il documento "Linee di indirizzo procedurali per il reprocessing degli endoscopi flessibili"
3. Sulla base delle criticità riscontrate e delle misure efficaci l'Azienda programma le azioni di miglioramento nel processo di Reprocessing degli endoscopi

- 
- **Piano Regionale della Prevenzione. MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA Programmazione 2025.** Azione 10.5: Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
  - **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. 12.**

**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 e sostengono 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 secondo il cronoprogramma riportato nell'allegato 1 della DGR per i Moduli A, B, C previsti dal piano di formazione PNRR.
2. Tutto il personale sanitario appartenente al CIO-CICA aziendale ha partecipato alla formazione proposta nel **Modulo D**
3. Sarà resa disponibile entro il 2025 dall'Istituto Superiore di Sanità un'offerta di **formazione per tutto il personale sanitario** delle Residenze Sanitarie per fornire competenze conoscitive e pratiche in tema di Infection Control; le strutture territoriali **devono consentire a tutto il personale** l'accesso alla formazione.
4. Ogni azienda dovrà identificare un professionista (già impegnato nell'attività di prevenzione e controllo delle ICA) che possa **seguire la formazione a cascata** che sarà proposta tra luglio e dicembre 2025 dall'ISS con l'obiettivo di fornire competenze **per poter formare gli osservatori dell'igiene delle mani.**

- 
- **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 2025.** 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

**Indicatore n. 13.**

**Esiste evidenza di condivisione di obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA fra funzione dedicata a Rischio Infettivo e funzione dedicata a Rischio Clinico**

**Azione Attesa.**

**Le Aziende promuovono strategie condivise di gestione del rischio infettivo e del rischio clinico sul tema Prevenzione e Controllo delle ICA**

**Criterio.**

Alla luce delle sentenze della “Corte di Cassazione sez. III Civile, 23/02/2021, n. 4864 e n. 6386/2023 del 03/03/2023” l’azienda analizza *gli oneri gravanti sulla struttura sanitaria per attestare che le misure di prevenzione siano state rispettate; in particolare* spetterà alla struttura provare: 1) di aver adottato le cautele prescritte dalle vigenti normative e dalle leges artis, al fine di prevenire l’insorgenza di patologie infettive; 2) di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.

**Standard.**

Le aziende promuovono la tracciabilità delle attività di prevenzione e controllo delle I.C.A. tramite:

- 1) un censimento aziendale di documenti, procedure/istruzioni operative aziendali riguardo gli oneri probatori di cui alla sentenza Corte Cassazione n. 6386/2023\*;
- 2) la predisposizione di una analisi di congruità di tutta la documentazione reperita di cui al punto 1, con l’apprezzamento della necessità di nuova ed aggiuntiva formalizzazione o di integrazione;
- 3) la definizione di un programma di adeguamento per le situazioni / items previsti dalla sentenza Corte Cassazione n. 6386/2023, comprensivi dei tempi, competenze e responsabilità

\* .. omission: 6.1. ... *gli oneri probatori gravanti sulla struttura sanitaria devono ritenersi, in linea generale:*

1. L’indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfezione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
2. L’indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
3. L’indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami
4. Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande;
5. Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
6. La qualità dell’aria e degli impianti di condizionamento;
7. L’attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica;
8. L’indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell’accesso ai visitatori;
9. Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;
10. L’indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti;
11. La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
12. La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;
13. L’indicazione dell’orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio

**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

## 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. È valutata la presenza di un sistema informativo degli isolamenti del laboratorio di Microbiologia e dei dati della Farmacia (ad es. consumo di antibiotici). Sono messe in atto azioni conseguenti e documentati gli esiti delle stesse. C'è evidenza di un percorso che include analisi dei rischi, obiettivi, azioni, esiti.

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

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

In considerazione della necessità di integrare le attività di prevenzione delle ICA a livello ospedaliero con quelle **territoriali** (con particolare riguardo alle **RSA**) 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/sorvegianze>

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| 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  |
| Morbo        | 0 |  |
| MRSA         | 0 | Staphylococcus aureus meticillino-resistente   |
| MRSA GISA    | 0 | MRSA con ridotta sensibilità 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 vancomicina  |
| VRE          | 0 |  |
| VZV          | 0 | Varicella Zoster Virus   |

E presente nel file .xsl 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 [costanza.vicentini@unito.it](mailto:costanza.vicentini@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-STEWARSHIP

Gli elementi essenziali di programmi di *antimicrobial stewardship* secondo IDSA<sup>(1)</sup> ed ECDC, e riassunte anche nel Piano Nazionale di Contrastodel'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 endovenosi, Echinocandine, Tigeciclina, Daptomicina, Linezolid.**
- Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva di ceftolozane-tazobactam, ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-relebactam, cefiderocol, eravaciclina, rezafungin distinguendo in terapia empirica su fattori di rischio o terapia mirata su antibiogramma, su controllo prescrittivo monitorato
- L'azienda ha definito le principali incongruità prescrittive da evidenziare
- L'azienda ha evidenziato, su almeno 150 prescrizioni/paziente la proporzione di incongruità prescrittive
- C'è evidenza di audit periodici secondo linee guida IDSA o di feed-back
- L'azienda dispone di indicazioni condivise per il trattamento delle principali patologie
- La farmacia controlla i consumi degli antibiotici individuati, espressi in DDD/100 giorni-paziente e produce un Report annuale sui consumi (disaggregati per reparto) di almeno quattro antibiotici tra quelli sottoposti a monitoraggio
- Il Laboratorio di Microbiologia monitorizza annualmente la prevalenza delle principali antibiotico-resistenze e produce un Report sulle antibioticoresistenze

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

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

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

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

## ALLEGATO 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 Ministero della Salute/ISS in base a richiesta per contribuire alla stesura del report nazionale, con i dati che pervengono entro 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 \(dssppunito.wixsite.com\)](ISC | sorveglianze (dssppunito.wixsite.com))

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 cardiochirurgici, 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 2025 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

Copia del documento con apposizione del numero di protocollo

| 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,<br>17.39,<br>45.03,<br>45.26,<br>45.41,<br>45.49,<br>45.52,<br>45.71-45.76,<br>45.79,<br>45.81- 45.83,<br>45.92-45.95,<br>46.03, 46.04,<br>46.10, 46.11,<br>46.13, 46.14,<br>46.43,<br>46.52,<br>46.75, 46.76,<br>46.94 |
| REC                  | Chirurgia rettale         | Operazioni sul retto   | 48.25,<br>48.35,<br>48.40,<br>48.42,<br>48.43,<br>48.49-48.52,<br>48.59,<br>48.61-48.65,<br>48.69,<br>48.74  |
| HPRO                 | Protesi d'anca            | Artroplastica dell'anca  | 00.70-00.73,<br>00.85-00.87,<br>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,<br>60.21,<br>60.29<br>60.30,<br>60.40,<br>60.50,<br>60.61, 60.62,<br>60.69   |
|                      | Interventi sulla vescica  | Cistectomia radicale, cistectomia radicale con derivazione esterna o con neovescica ortotopica.  | 56.51,<br>57.71,<br>57.87  |
|                      | Interventi sull'uretere   | Ureteroscopia. Cateterizzazione ureterale  | 56.31, 59.8  |
|                      | Interventi sul rene       | Nefrostomia percutanea con frammentazione. Nefrectomia parziale o totale   | 55.04<br>55.40,<br>55.51   |
|                      | Interventi andrologici    | Inserzione di protesi peniena semirigida o gonfiabile  | 64.95,<br>66.97  |
| CRAN                 | Craniotomia               | Incisioni del cranio al fine di escissione, riparazione o esplorazione del cervello; non include derivazioni o punture.  | 01.12,<br>01.14,<br>01.21-01.25,<br>01.28,<br>01.31, 01.32,<br>01.39,<br>01.41, 01.42,<br>01.51-01.53,<br>01.59,<br>02.11-02.14,<br>02.91- 02.93,<br>07.51-07.54,<br>07.59,<br>07.61-07.65,<br>07.68, 07.69,                         |

|      |   |  |   |
|------|---|--|---|
|      |   |  | 07.71, 07.72,<br>07.79,<br>38.01,<br>38.11,<br>38.31,<br>38.41,<br>38.51,<br>38.61,<br>38.81,<br>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,<br>35.10-35.14,<br>35.20-35.28,<br>35.31-35.35,<br>35.39,<br>35.42,<br>35.50, 35.51,<br>35.53, 35.54,<br>35.60-35.63,<br>35.70-35.73,<br>35.81-35.84,<br>35.91-35.95,<br>35.98-35.99,<br>37.10, 37.11,<br>37.24,<br>37.31- 37.33,<br>37.35, 37.36,<br>37.41, 37.49,<br>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,<br>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,<br>36.2  |
| AAA  | Riparazione di aneurisma aortico                    | Resezione della aorta addominale con anastomosi o sostituzione   | 38.34,<br>38.44,<br>38.64   |
| BRST | Interventi sulla mammella con inserzione di protesi | Mammectomia sottocutanea mono o bilaterale con contemporaneo impianto di protesi   | 85.33<br>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 antibioticoprofilassi 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 Sì, 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 laparatomie): 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 documentato nei 120/60 minuti precedenti l'incisione chirurgica (per fluorochinoloni e vancomicina la somministrazione è conforme se iniziata 120 minuti prima dell'incisione) con controllo del dosaggio su pazienti con alto indice di massa corporea e appropriato *redosing* intraoperatorio sulla durata dell'intervento
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.

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 69 terapie intensive (report 2023) e GiViTI - Margherita – Petalo Infezioni gestito dall’ Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri che raccoglie da 6 regioni italiane i dati di più di 150 terapie intensive di tipologie diverse (polivalenti, neurologiche, cardiochirurgiche e post chirurgiche (Report 2023)

Entrambi i sistemi contribuiscono ad alimentare la sorveglianza ECDC (HAI-Net ICU) per infezioni ematiche catetere correlate e polmoniti in pazienti ventilati e per Antimicrobico resistenza.

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 – Prosafe – 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 Contrastto 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) è sottoposto a valutazione "pilota" delle Regioni e delle ASR nel 2025, per divenire strumento nazionale di valutazione e monitoraggio