



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

705 del **5 SETTEMBRE 2019**
DELIBERAZIONE N.

ALLEGATO A

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2019

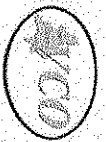
ASL VCO n. 2 presidi ospedalieri (Verbania e Domodossola) + territorio

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

Gli indicatori regionali per l'anno 2019 sono n. 9.

INDICATORE 1. Esistenza di funzione specifica per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza Atto formale (Deliberazione) di istituzione di funzione specifica per il controllo delle ICA			
TIPOLOGIA DI GESTIONE DELLA FUNZIONE	Struttura Operativa Semplice definita con delibera n. 545 del 26.07.2018		
INDICARE LA COLLOCAZIONE	All'interno della Direzione Sanitaria Ospedaliera		
COGNOME E NOME RESPONSABILE IDENTIFICATO	dott. Vincenzo De Stefano		
SPECIALIZZAZIONE/I	Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Specialista in Igiene e Medicina Preventiva con Orientamento Organizzazione Servizi Ospedalieri		
INDIRIZZO E-MAIL	vincenzo.destefano@aslvcu.it		
N° TELEFONO	3355957479	0323 541243	
TEMPO DEDICATO FULL TIME			NO
TEMPO PARZIALE	SE NO INDICARE ORE SETTIMANALI DEDICATE		18

Numero di ICI in misura adeguata (1:250/180 pl) con formazione specifica		
Nominativo	Qualifica	Numero ore settimanali dedicate



A.S.L. V.C.O.
*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

DELIBERAZIONE N. del

Mara Bignamini	ICI	36
Laura De Giorgis	ICI	36
Roberta Pesce	ICI	36 (fino al 30 maggio 2019)
Alessio Bellavista	Infermiere	36 (sostituto di Roberta Pesce al 01.06.2019)



INDICATORE 2

Esistenza e attuazione di un Programma aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione.

DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA AZIENDALE

Ogni attività è contrassegnata da un codice alfanumerico:

- la lettera O indica attività di organizzazione
- la lettera S indica attività di sorveglianza
- la lettera C indica attività di controllo
- la lettera F attività di formazione.

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. Non vengono quivi menzionate le attività previste dagli indicatori regionali che vengono trattate nella sezione 2.

SEZIONE 2: sono riportati gli indicatori regionali.

Alcune attività contenute nel programma sono state declinate ai Direttori di Struttura. L
a realizzazione delle attività è prevista per l'anno 2019.

Sezione 1:

VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVO IN OSPEDALE ASL VCO

Per la stesura del programma di attività del 2019, è stata adottata la metodologia degli anni precedenti al fine di poter individuare le problematiche nei differenti ambiti assistenziali che richiedono priorità di intervento.



Avendo quale obiettivo quello di proteggere i pazienti e il personale dal rischio infettivo, la metodologia utilizzata si è articolata in più fasi:

- 1) analisi del contesto e dei problemi emergenti, delle aree a rischio, dei pazienti a rischio, ecc. avendo quale quadro di riferimento le indicazioni regionali su sorveglianza e controllo del rischio infettivo;

- 2) valutazione del grado rischio effettivo, tenuto conto degli interventi già messi in atto;

- 3) individuazione delle priorità di intervento sulla base del criterio frequenza/gravità;

- 4) definizione delle azioni di miglioramento e modalità di attuazione.

La valutazione del rischio è stata effettuata prendendo in esame i seguenti ambiti:

- ✓ i quattro principali siti di infezione (sito chirurgico, vie urinarie, basse vie respiratorie e sistemiche correlate a dispositivi intravascolari),
- ✓ le Strutture ad alto rischio quali Blocco Operatorio, Rianimazione
- ✓ attività di gestione del rischio infettivo.

Gli ambiti di valutazione presi in considerazione sono:

- i quattro principali siti di infezione (sito chirurgico, vie urinarie, basse vie respiratorie e sistemiche correlate a dispositivi intravascolari),
- le Strutture ad alto rischio quali Blocco Operatorio e Rianimazione,
- attività fondamentali per la gestione del rischio infettivo.

Si precisa che rispetto al 2018 non vi sono state grosse modifiche di tipo organizzativo e strutturale, mentre è avvenuto un importante turn over di personale, soprattutto nelle qualifiche di infermiere e OSS. Il personale nuovo assunto effettua la formazione obbligatoria ai sensi della legge 81, nella quale vengono trattati aspetti importanti del rischio biologico come le precauzioni standard, misure fondamentali per lavorare in sicurezza.

INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Nell'anno 2019 sono stati nominati i nuovi Direttori delle Strutture dell'ASL VCO di Chirurgia Generale, Oculistica; Ortopedia, i quali nella riorganizzazione delle loro attività potrebbero portare a una modifica della casistica operatoria. Ci si riserva di monitorare l'attività chirurgica per evidenziare eventuali problemi emergenti



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

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

DELIBERAZIONE N. del

Rimane invariata l'attività di sorveglianza prevista dall'indicatore regionale n.6: sorveglianza degli interventi su colon-sigma-retto (**codici S1b**) e mammella (**Codice S1c**):

Prosegue la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica su interventi di taglio cesareo concordata con il Direttore della Struttura di Ostetricia/Ginecologia e iniziata il 1° settembre 2018 (**Codice S1d**).

Le procedure aziendali nelle fasi pre, intra e post intervento risultano in linea con le linee guida internazionali per quanto riguarda l'applicazione del bundle sono ormai consolidate le procedure di antibiotico profilassi e di preparazione cute del paziente.

Attività aziendale prevista.

Prosecuzione sorveglianza infezioni su interventi di taglio cesareo, in relazione al tasso di incidenza delle infezioni verrà valutato se sospendere ad agosto 2019 o proseguire con la sorveglianza. (**Codice S1d**).

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

Le azioni migliorative messe in atto nel corso dell'anno 2018 (**Codice C14**), non hanno raggiunto completamente lo standard prefissato. Le non conformità alla applicazione della procedura riferite alla indicazione al cateterismo, alla assenza della prescrizione medica in cartella clinica e alla mancata valutazione quotidiana sulla possibilità di rimuovere il CV, non sono state completamente rettificate, anche se è stato rilevato un lieve miglioramento. L'attività era stata assegnata come obiettivo aziendale ai Direttori delle SOC Medicina. Per quanto riguarda la gestione infermieristica non vi sono criticità da segnalare. Si ritiene che le azioni migliorative debbano essere nuovamente proposte, ma non prioritarie per l'anno 2019.

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 con un trend conforme ai dati di riferimento. In Rianimazione prosegue la sorveglianza regionale nei pazienti portatori di CVC (Progetto Prosafe – Petalo Infezioni). Nelle altre degenze non sono condotte sorveglianze.

In Azienda è attivo il PICC team che gestisce gli impianti di PICC e Midline nei reparti ospedalieri. Al momento dell'impianto vengono fornite le indicazioni per la gestione dei dispositivi impiantati.



Nonostante il miglioramento della registrazione dei dati per la tracciabilità nella gestione dei DIC su scheda cartacea, si rimane in attesa della attivazione della scheda su cartella clinica informatizzata.

Anche per il 2018 è stato segnalato da parte del Laboratorio di microbiologia un tasso di emocolture positive per microrganismi che potrebbero essere dei contaminanti superiore al dato di riferimento atteso.

Attività aziendale prevista.

Attivazione della scheda informatizzata per la registrazione dati di gestione dei dispositivi intravascolari centrali **Codice C20.**

Implementazione nei reparti della procedura per l'esecuzione delle emocolture prevista dall'indicatore regionale n. 3. **Codice 30**

Rilevazione del tasso di contaminazioni delle emocolture e confronto con dati precedenti. **Codice 30**

Sorveglianza infezioni correlate a PICO. **Codice S9**

Sorveglianza infezioni sistemiche nei pazienti emodializzati. **Codice S8a e 8b**

INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Le polmoniti dei pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita (VAM) rimangono un problema rilevante in termini di gravità e frequenza. Dal 2013 è in corso un progetto aziendale per il contenimento delle VAP che comprende anche l'applicazione del bundle (pacchetto di misure preventive per le polmoniti da ventilazione meccanica). Per la conclusione del progetto rimane da effettuare la verifica dell'applicazione.

Altro rischio presente in Azienda è la salutaria presenza di Legionella spp. nella rete idrica dei Presidi Ospedalieri. Per la diagnosi delle polmoniti nosocomiali sostenute da questo germe, viene richiesto ai clinici di effettuare la ricerca dell'antigene urinario specifico quando un paziente sviluppa una polmonite in ospedale e di compilare la scheda di segnalazione all'UPRI. Negli ultimi anni non si sono riscontrate, fortunatamente, polmoniti ospedaliere da Legionella spp. Per quanto riguarda la valutazione globale del rischio, si rimanda al capitolo dedicato.

L'applicazione della precauzione standard "etichetta tosse", introdotta da diversi anni, attraverso allestimento di punti informativi con la disponibilità di gel mani e mascherine chirurgiche nelle sale di attesa, ha la finalità di ridurre la diffusione di germi patogeni respiratori in ospedale (entrate degenze) e servizi territoriali.

Negli ultimi periodi si sono verificati quattro episodi di pazienti ricoverati per addensamenti di ndd che si sono rilevati poi essere TBC, con conseguente attivazione di sorveglianza sanitaria sugli esposti perché non erano state messe in atto le misure preventive, nonostante sia presente in azienda una procedura specifica.

Attività aziendale prevista.



Definizione di iter diagnostico microbiologico da seguire se presenza di localizzazioni polmonari e rivalutazione delle misure di protezione da adottare a scopo cautelativo per operatori e pazienti fino alla esclusione di una possibile infezione tubercolare. **Codice C31**

INCIDENTI OCCUPAZIONALI CON ESPOSIZIONE A LIQUIDI BIOLOGICI

Prosegue la sorveglianza degli incidenti occupazionali a rischio biologico e la partecipazione al SIROH – SIOP (**Codice S7**) come da indicatore regionale n. 6. Dal settembre 2018 l'attività di sorveglianza è stata assegnata al Medico Competente. L'Upri ha funzione di vigilanza sulle modalità di incidente segnalato per eventuali correzioni da apportare.

BLOCCO OPERATORIO

L'ambiente di sala operatoria è considerato per eccellenza, un ambiente ad alto rischio biologico sia per il paziente che per gli operatori; oltre agli aspetti strettamente strutturale e di manutenzione, rivestono un ruolo importante gli aspetti organizzativo e comportamentale degli operatori per il mantenimento delle condizioni di salubrità, sicurezza e igiene dell'ambiente di sala.

La valutazione sul campo della applicazione delle procedure aziendali inerenti al contenimento del rischio infettivo, effettuate nel corso dell'anno 2018 dal personale UPRI in collaborazione con il Responsabile Qualità, ha permesso di rilevare delle non conformità sui comportamenti degli operatori sanitari afferenti al Blocco Operatorio di Verbania. I dati raccolti sono stati discussi con gli operatori osservati e sono state definite le azioni correttive da intraprendere. Nel 2019 verrà effettuata l'osservazione sul PO di Domodossola e verrà valutato se le azioni intraprese presso il PO di Verbania hanno portato a un miglioramento della applicazione delle procedure.

Attività aziendale prevista.

Osservazione diretta su accessi e comportamenti in S.O. per misurazione della compliance della POA 25-UPRI 16 "Procedura per gli accessi e i percorsi interni nel blocco operatorio del PO di Domodossola". **Codice C18**

Osservazione su pulizie e disinfezione ambientale per misurazione della compliance del protocollo "Ricondizionamento della sala operatoria tra un intervento e il successivo: istruzioni operative per l'utilizzo del Vileda Sweb System nel blocco operatorio del PO di Domodossola" (**Codice C21a**)

Osservazione di controllo presso il PO di Verbania e confronto con dati precedenti. **Codice C18**



GESTIONE DEGLI EVENTI INFETTIVI – MULTIDRUG E CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE RESISTENZE MICROBICHE

In Azienda è attiva dal 2006 una sorveglianza sui microrganismi MDRO a partenza dal Laboratorio (codice S5), con il coinvolgimento del personale UPRi al fine di fornire un supporto per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti. Si è in attesa di un aggiornamento del software "Mercurio" per migliorare la gestione degli alert. I principali germi alert sorvegliati in Azienda sono quelli contenuti nell'acronimo ESKAPE (Enterobatteriacee ESBL, S. Aureo meticillino resistente, KPC, CPE, Acinetobacter, Pseudomonas, Enterococco Vancomiciar resistente). Si precisa che negli ultimi anni si è rilevata una riduzione di incidenza di pazienti con diarrea da CD e soprattutto non si sono presentati cluster epidemici.

Dal 2015 il personale infermieristico UPRi eroga una consulenza tramite cartella informatizzata, fornendo indicazioni per la applicazione delle misure di isolamento in ospedale.

Da un punto di vista procedurale il documento redatto nel 2005 per la gestione degli isolamenti risulta ancora valido, in quanto contiene indicazioni di carattere generale sempre applicabili. A integrazione di questo documento sono state redatte procedure specifiche per la gestione di pazienti con CD, CPE. Per tale motivo non si ritiene necessario provvedere a modifiche procedurali. Si ritiene utile proseguire con l'attività di formazione sugli isolamenti per gli Operatori Sanitari. Inoltre si è rilevato, durante gli accessi ai reparti/servizi, che il personale addetto al trasporto dei pazienti, a volte, assume dei comportamenti non corretti, rappresentando un potenziale rischio per sé, per gli altri operatori e pazienti; si ritiene pertanto necessario attivare un momento formativo con questi operatori.

Nel corso del 2018 si sono verificati episodi riferiti alla mancata segnalazione di isolamenti in atto per pazienti ricoverati e che necessitavano di esami strumentali in alcuni servizi diagnostici; attualmente la richiesta informatizzata di esami diagnostici prevede la segnalazione dell'isolamento in atto, la criticità è rappresentata dal fatto che la richiesta potrebbe essere compilata prima della attivazione di un isolamento senza modifica della voce nella richiesta, risulta pertanto necessario valutare una modalità che possa sopprimere questa criticità.

La mobilità di pazienti da e verso RSA e ospedale è sempre più frequente, spesso si tratta di pazienti già colonizzati o infetti che necessitano di individuazione precoce al fine di evitare la diffusione di germi, infatti da alcuni anni è in atto la sorveglianza dei pazienti portatori di CPE attraverso l'esecuzione del tampone rettale all'ingresso per i pazienti che provengono dalle RSA e altre Strutture fuori ASL.

Si precisa che le RSA presenti sul territorio dell'ASL VCO sono tutte private convenzionate, pertanto risulta difficile, se non vi è una richiesta diretta da parte della Struttura, poter collaborare o ridefinire le procedure che possono presentare dei rischi infettivi.

Per l'anno 2019, 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 per cui sia previsto il trasferimento in RSA, vengono redatte, da parte del personale UPRi delle indicazioni specifiche da fornire agli operatori che accoglieranno il paziente in RSA.



Nelle Rianimazioni dell'Azienda, tutti i pazienti vengono sottoposti a esami microbiologici di screening, ma non esiste una procedura valida. A seguito della revisione dei dati di letteratura e il confronto con altre realtà piemontesi si rende necessaria quindi la ridefinizione degli esami microbiologici da effettuare come screening e la redazione di una procedura specifica per la sorveglianza. Inoltre la Rianimazione di Verbania partecipa al Progetto MUSE del GIVITI.

Da alcuni anni vengono organizzate giornate di formazione accreditate, allo scopo di formare gli operatori, la formazione avviene solo per piccola parte del personale sanitario. Tali interventi sono risultati efficaci per il contenimento del fenomeno, pertanto si ritiene di mantenerli anche per l'anno 2019.

Il controllo della diffusione delle resistenze microbiche in Azienda, attraverso il Laboratorio di Microbiologia come da indicatori regionali, ha lo scopo di monitorare in modo sistematico la popolazione microbica presente al fine di poter definire le strategie di politica antibiotica mirata in termini di profilassi e di terapia. I dati vengono inseriti sulla piattaforma regionale GEMINI (indicatore 3). L'azienda partecipa inoltre alla sorveglianza regionale delle MIB (malattie batteriche invasive e meningiti batteriche).

I dati raccolti vengono trasmessi ai clinici attraverso un report microbiologico sulle resistenze microbiche e consumo di antibiotici a livello aziendale che viene illustrato ai Clinici e Coordinatori (Ospedale e Territorio) con un evento di formazione accreditato.

Attività aziendale prevista.

Sorveglianza alert e MIB secondo le metodiche già attivate. **Codice S5 S6bis**

Corso aggiornamento "Isolamenti in ambito ospedaliero". **Codice F8** (Attività assegnata come obiettivo aziendale al Direttore SOC Radiologia e Recupero Riab. Funzionale)

Sorveglianza microbiologica dei pazienti ricoverati in Rianimazione (redazione procedura) **Codice S11.**

Redazione procedura per il trasporto di pazienti in isolamento dalle degenze ai servizi diagnostici. **Codice C32**

Evento formativo accreditato per la divulgazione dei dati epidemiologici locali. **Codice F1**

Evento formativo/informativo con personale squadra trasporti **Codice F13** (Attività assegnata come obiettivo aziendale al Direttore SOC DIPSA)

ANTIBIOTICO STEWARDSHIP

La comparsa, la diffusione e la selezione di batteri antibioticoresistenti è una minaccia per i pazienti ricoverati in ospedale, poiché le infezioni causate da tali microrganismi determinano un aumento di morbidità e mortalità dei pazienti e un aumento dei giorni di degenza.



A.S.L. VCO.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N. del

I principali obiettivi di una ATB-stewardship possono essere definiti in sintesi il raggiungimento di risultati clinici ottimali, ovvero un miglioramento dell'outcome clinico, una diminuzione delle antibiotico resistenze, una riduzione dell'uso non appropriato di farmaci e una riduzione di eventi avversi.

Oltre alle attività di sorveglianza fondamentali per misurare il trend delle ICA e all'attività di controllo sui pazienti colonizzati/infezti, in Azienda sono stati adottati protocolli per antibiotico profilassi in chirurgia di elezione, l'adozione della richiesta motivata di alcune molecole antibiotiche e il tutoring da parte del medico di Malattie Infettive presso la Chirurgia Generale.

Nel 2012 è stato costituito un primo gruppo di lavoro, il gruppo di lavoro è stato rivisto nel 2015, è stata attivata inizialmente l'antibiotico-stewardship presso le SOC di Medicina e Nefrologia dell'Azienda in quanto rappresentative di maggior richiesta di molecole controllate. Le richieste motivate di queste SOC sono state valutate per verificare l'appropriatezza di compilazione e prescrizione e in seguito si è proceduto alla valutazione delle cartelle cliniche dei primi sei mesi dell'anno, tale modalità di verifica ha presentato delle criticità pertanto occorre ridefinire le strategie di intervento.

Attività prevista.

Revisione gruppo di lavoro.

Attuazione dell'indicatore regionale n.4

IGIENE MANI OPERATORI SANITARI

In Azienda è in corso un progetto per l'implementazione dell'igiene mani dalla fine del 2015, che coinvolge i reparti di degenza, elaborato secondo la strategia OMS.

Per assicurare la formazione sull'igiene delle mani a tutti gli operatori delle strutture coinvolte, è stato organizzato un corso FAD creato dal personale infermieristico dell'UPRI.

Prosegue il monitoraggio del consumo di gel idroalcolico e verrà organizzato un evento in occasione del 5 maggio (Indicatore regionale n. 8). così come previsto nella sezione 2 del presente programma.

Attività aziendale prevista.

Corso FAD riservato agli operatori dell'ASL delle strutture coinvolte. **Codice F10**

Posizionamento di poster illustrativi sui 5 momenti igiene delle mani e sulla tecnica di decontaminazione e applicazione di supporti a muro per il flacone di gel in ogni stanza di degenza e sale mediche. **Codice C12**



VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA

La presenza della Legionella spp negli impianti idrici dei PP.OO, anche se saltuaria, rappresenta un rischio che deve essere valutato e controllato, tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche, la tipologia di pazienti assistiti, le prestazioni sanitarie erogate e i precedenti epidemiologici. Il gruppo di lavoro multidisciplinare presente in Azienda, agisce per il contenimento del rischio nel rispetto delle Linee Guida Ministeriali del 2015.

La valutazione del rischio, condotta da una ditta esterna nell'anno 2018, ha permesso di mettere in opera delle azioni per il contenimento del rischio legionella.

Attività aziendale

Proseguono i campionamenti ambientali secondo la modalità prevista dalle Linee Guida Ministeriali (Codice C10)

Sono previste riunioni gruppo gestione rischio legionella.

ATTIVITÀ DI PULIZIA/DISINFEZIONE/ANTISEPSI

La contaminazione ambientale in ambito ospedaliero è strettamente correlata al grado di contaminazione delle mani degli operatori.

L'ambiente è ormai dimostrato come possa assumere il ruolo di veicolo di infezione e diventare serbatoio di microrganismi epidemiologicamente importanti (MDRo, Clostridium Difficile).

L'organizzazione aziendale prevede il conferimento del servizio di pulizia quotidiana e periodica di locali e arredi a una ditta esterna. Non sono assegnate a tale ditta: la pulizia di attrezzature sanitarie, d'ufficio, unità di degenza del paziente e contaminazioni ambientali accidentali, che devono essere effettuate dal personale dipendente ASL. Inoltre, in caso di isolamento per colonizzazioni o infezioni, la frequenza delle pulizia ambientali deve essere potenziata, anche questa attività è a carico del personale. Attualmente non sono emerse situazioni che possono rappresentare un rischio.

Per quanto riguarda l'aspetto della disinfezione di DM, pratica che presenta notevoli criticità, essendo prevalentemente manuale e poichè molteplici fattori operatore-dipendenti possono influire in maniera negativa sui risultati.

Per l'anno 2019 non si ritiene di intraprendere alcuna attività inerente la disinfezione, in attesa della aggiudicazione della gara regionale SCR per la fornitura dei prodotti antisettici e disinfettanti.



ENDOSCOPIA

Le procedure endoscopiche vengono sempre più frequentemente utilizzate per ragioni diagnostiche e/o terapeutiche.

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi articoli scientifici, editoriali di esperti che testimoniano il ruolo cruciale del reprocessing degli strumenti endoscopici. Alla luce delle problematiche emerse relativamente al reprocessing di apparecchiature di urologia, a seguito dell'inserimento di nuovi strumenti endoscopici in Azienda e di nuove apparecchiature per il loro reprocessing, nonché la pubblicazione delle norme UNI-EN (2015), sul trattamento del materiale endoscopico, risulta necessaria una rivalutazione complessiva delle criticità relative all'organizzazione e alle risorse presenti.

Pur non essendo questa una attività endoscopica, viene qui riportato quanto segue: valutando le attività ambulatoriali presso i consultori dell'Azienda risulta non adeguato il trattamento delle sonde ecografiche utilizzate per le visite, pertanto risulta necessari, la redazione di una procedura che preveda un percorso sicuro per pazienti e operatori,

Attività aziendale prevista.

Redazione procedure operative per il reprocessing di endoscopi urologici. **Codice C13bis**

Redazione procedura per pulizia e disinfezione delle sonde ecografiche intracavitare e delle apparecchiature ecografiche in uso presso i consultori della ASL, **Codice C34** (Attività assegnata come obiettivo aziendale al Direttore SOS Dip. attività consultoriale).

TERAPIA INTENSIVA

Nel dicembre 2017 è stato attivato il nuovo reparto di Terapia Intensiva del PO di Verbania. Il reparto è stato edificato su una struttura già esistente e la disposizione dei posti letto di terapia intensiva generale e cardiologica è in un unico ambiente molto ampio (open space) con una singola camera di isolamento. Questa diversa struttura ha richiesto di rivedere i comportamenti relativamente ai percorsi pulito e sporco, percorso parenti, allestimento di isolamenti in caso di MDRO e altre azioni migliorative al fine di contenere il rischio di diffusione di microrganismi. Attualmente risulta carente la disponibilità delle procedure scritte riferite ai percorsi.

Attività aziendale prevista.

Redazione procedura operativa percorsi in Rianimazione di Verbania. **Codice C29**



Sezione 2: INDICATORI REGIONALI

INDICATORE 3. Evidenza di sorveglianza microbiologica in accordo con le attuali sorveglianze previste dal PNCAR

Atteso.

Le Aziende conducono e documentano le seguenti sorveglianze:

1. Adesione al sistema di sorveglianza regionale degli isolamenti di laboratorio di microrganismi resistenti
2. Adesione al sistema sistema di "Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi" (Circ. Min 2013)
3. Flusso "alert" dal laboratorio alle UPRI
4. Il laboratorio ha elaborato un protocollo per la gestione delle emocolture.

Criterio.

1. Il laboratorio produce un report sintetico sugli isolamenti di laboratorio di alcuni microrganismi antibiotico resistenti. Sono inseriti su piattaforma web Gemini i dati di resistenza relativi a:
 - (a) alcuni microrganismi alert, isolati da sangue e liquor, provenienti da tutti i pazienti (ricoverati e non)
 - (b) *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* testati per sensibilità ai carbapenemi, isolati da tutti i materiali, provenienti da pazienti ricoverati. Protocollo e indicazioni sono reperibili sulla piattaforma Gemini: <https://gemini3.aslal.it/> e sito del SeREMI <https://www.seremi.it/>
2. Esiste evidenza di adesione al sistema di sorveglianza istituito dal Ministero con Circolare 26/2/2013 (*Sorveglianza nazionale delle batteriemie da Klebsiella pneumoniae e Escherichia coli produttori di carbapenemasi*) su piattaforma web dedicata
3. Il flusso di segnalazioni alert dal laboratorio alle UPRI è documentato annualmente attraverso un flusso informatizzato o una sintesi cartacea
4. E' disponibile nell'azienda un protocollo nel quale sono definite le modalità di gestione dell'analisi dei campioni ematici sottoposti ad indagine microbiologica. Il protocollo elenca requisiti legati alla fase preanalitica (tempo di incubazione, gestione delle contaminazioni, numero di campioni analizzati) e analitica (qualità e tempi di refertazione)

Standard.

1. La sorveglianza è effettuata tramite la piattaforma "GEMINI" e attestata dal SeREMI



A.S.L. VCO.
*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

DELIBERAZIONE N. del

2. La sorveglianza è effettuata tramite la piattaforma "GEMINI" e attestata dal SeREM
 3. In attesa di software elaborato da PNCAR, le Aziende del Piemonte elaborano sintesi degli alert sorvegliati e del numero di segnalazioni annuali
 4. Il laboratorio di microbiologia dispone del protocollo
- N.B. Alcuni laboratori di microbiologia della Regione Piemonte partecipano fin da quest'anno alla fase di avvio del "Sistema di sorveglianza sentinella dell'antibiotico resistenza (AR-ISS), Protocollo 2019". Questi laboratori, individuati tra quelli che avevano in passato partecipato volontariamente ad AR-ISS, effettueranno in parallelo le due modalità di sorveglianza microbiologica. In un prossimo futuro, l'estensione a tutti i laboratori della sorveglianza nazionale AR-ISS sostituirà l'attuale sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenze.

Assegnazione obiettivo aziendale:

Stesura e validazione di un protocollo aziendale nel quale siano definite le modalità di gestione dell'analisi dei campioni ematici sottoposti a indagine microbiologica, assegnato al Direttore SOC Laboratorio



INDICATORE 4. Implementazione ed esito di una attività di antibiotico stewardship (Codice C3)

Atteso.

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 PNCR

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

1. Definizione di gruppo di lavoro pluridisciplinare e del Responsabile dello stesso
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. monitoraggio del trattamento di specifiche infezioni/profilassi come infezioni urinarie o polmoniti o profilassi in chirurgia, infezioni da C. difficile, trattamento di gravi infezioni, infezioni della cute o tessuti molli etc
3. Monitoraggio (come già previsto in altro indicatore) delle resistenze antimicrobiche e del consumo di antibiotici (in DDD) con restituzione dei dati ai clinici
4. Attuazione di interventi formativi

Standard

Esiste evidenza documentale degli interventi attuati, della conformità ai criteri descritti e degli esiti misurati



A.S.L. VCO.
*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

DELIBERAZIONE N.

del

**INDICATORE 5.1'Azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR e li raccoglie con periodicità semestrale.
Codice S3, S4, S5 Codice S10**

Atteso.

Le Aziende sono in grado di produrre e di rendere disponibili a livello regionale e nazionale alcuni dati che sono compresi negli obiettivi del PNCAR.

Criterio.

Sono raccolti semestralmente in modo prospettico e retrospettivamente sugli anni 2017 e 2018 i seguenti dati:

- DDD /100 gg paziente ANTIBIOTICI
- DDD/100 gg paziente CHINOLONI
- Lt/1000 gg paziente di gel idroalcolico
- % MRSA su isolati invasivi
- % CPE su isolati invasivi
- Report su antibioticoresistenza

Standard

I dati per gli anni 2017-2018 e 2019 sono disponibili e sono oggetto di valutazione da parte dell'azienda in relazione ai cambiamenti osservati



**INDICATORE 6. Evidenza di sorveglianza delle infezioni chirurgiche, degli incidenti occupazionali, di batteriemie e polmoniti(VAP) in Terapia Intensiva, secondo le indicazioni regionali
Codice S1, Codice S2 Codice S7**

Atteso.

Sono documentati gli esiti della sorveglianza sugli interventi chirurgici, esposizioni professionali, batteriemie e VAP in Terapia intensiva.

Criterio.

Esecuzione sorveglianze regionali

- 1) degli interventi chirurgici secondo il protocollo SNICH
- 2) degli incidenti occupazionali secondo il protocollo SIOP
- 3) delle infezioni in terapia intensiva (Batteriemie e VAP) nell'ambito della sorveglianza prevista da DGR 25-4070 del 2016

Standard.

Disponibilità :

- 1) del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate secondo i criteri dell'indicatore 2018 (vedi Allegato A) con applicazione del "bundle" degli interventi sorvegliati (vedi allegato B)
- 2) tasso di incidenti percutanei /100 operatori e degli incidenti mucocutanei /100 operatori sull'anno 2018
- 3) 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



A.S.L. VCO.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N.

del

INDICATORE 7.1 Azienda elabora e valuta la applicazione di protocolli per la prevenzione delle ICA nelle strutture almeno ogni tre anni Codice C1

Atteso.

Le Aziende hanno protocolli riguardanti la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza nelle strutture ospedaliere di cui valutano periodicamente l'efficacia, il controllo e prevenzione

Criterio.

Disponibilità di protocolli con periodica valutazione della loro applicazione nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere

Attuazione misure di isolamento

Le Aziende che non hanno protocolli di prevenzione delle infezioni associate all'assistenza nelle strutture ospedaliere di cui valutano periodicamente l'efficacia, il controllo e prevenzione, sono considerate non conformi. Le Aziende che non hanno protocolli di prevenzione delle infezioni associate all'assistenza nelle strutture ospedaliere di cui valutano periodicamente l'efficacia, il controllo e prevenzione, sono considerate non conformi.

Attuazione misure di isolamento	Esistenti S/NO (se SI, indicare anno dell'ultima)	Esiste una check list per verifica dell'applicazione?	E' stata fatta una verifica di applicazione negli ultimi tre anni	
Raccolta, conservazione, trasporto campioni di laboratorio				
Prevenzione incidenti occupazionali con esposizione a liquidi biologici				
Gestione incidenti occupazionali con esposizione a liquidi biologici				
TB (valutazione del rischio)				
IVU (Accesso e gestione della cateterizzazione urinaria)				
Infezione ferita chirurgica (prevenzione ISC)				
Prevenzione Polmoniti nosocomiali				
Prevenzione batteriemie associate a cat. vascolare o preparazione infusioni				
Malattie Batteriche Invasive: gestione dei casi				
Utilizzo antibiotici a scopo profilattico				
Procedura di reprocessing degli endoscopi				
Prevenzione malattie suscettibili di profilassi vaccinale negli operatori				
Pulizia				
Smaltimento rifiuti				



INDICATORE 8. L'Azienda promuove interventi di miglioramento della igiene delle mani. Codice C12

Atteso.

Le Aziende promuovono interventi efficaci di igiene delle mani.

Criterio.

- 1) È utilizzato gel idroalcolico per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.
- 2) E' utilizzato il Framework del WHO per l'Autovalutazione dell'igiene delle mani
- 3) In occasione del 5 maggio è promossa una iniziativa sull'Igiene delle mani

Standard.

- 1) È consumata una media di 20 ml/die di gel per paziente (20 litri/1000 giorni) in TUTTI i reparti in cui è effettuata assistenza. Lo standard non comprende altre modalità di igiene delle mani (sapone o sapone antisettico). E' documentato un miglioramento (se fuori standard) del 30% complessivo rispetto all'anno precedente.
- 2) E' compilato annualmente il Framework del WHO per l'Autovalutazione dell'igiene delle mani (sono inviati il testo in pdf e un file excel per l'inserimento dei dati)
- 3) In occasione del 5 maggio è promossa una iniziativa sull'Igiene delle mani, personalizzata per l'ASL/Presidio Ospedaliero di appartenenza



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N. del

INDICATORE 9. esiste evidenza (crediti, partecipanti) di formazione nell'anno 2019 sul tema dell'antibioticoresistenza in forma residenziale o FAD Codice F12

Atteso.

Le Aziende promuovono attività di formazione sul tema dell'antibioticoresistenza come previsto dal PNCAR

Criterio.

Evidenza di partecipazione all'attività di formazione sul tema "Controllo dell'antibiotico resistenza"

Standard.

Almeno il 25% dei soggetti candidati alla formazione ha partecipato ad iniziative ECM locali o regionali sul tema delle antibiotico resistenze (frontali o FAD).

Assegnazione obiettivo aziendale:

Partecipazione al corso "ATB RESISTENZA E IL BUON USO DELL'ANTIBIOTICO" del personale medico assegnato alla SOC.

Obiettivo assegnato ai Direttori di:

Dipartimento chirurgico, Ginecologia, Anestesia Rianimazione, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pediatria, MCU., Psichiatria, Medicina Verbana e Domodossola, Malattie Infettive, Ortopedia, ORL, Oculistica, Urologia, Geriatria, Endoscopia Digestiva.

ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA

sigla	descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		IR 8	IR8	IR7	IR7	IR7		
S1a	Sorveglianza infezioni sito chirurgico su prostata DOMODOSSOLA.	IR 8	IR8	IR7	IR7	IR7		
S1b	Sorveglianza infezioni sito chirurgico su colon sigma e retto Vb e Domo	IR 8 vb	IR 8 vb	IR 8 vb	IR 8 vb	IR 8 vb	IR7 vb domo	IR6 vb domo
S1c	Sorveglianza infezioni sito chirurgico su mammella con inserimento protesi VERBANIA						IR7	IR6
S1d	Sorveglianza infezioni sito chirurgico interventi taglio cesareo VERBANIA						IR7	IR6



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N.

del

Sibis	Segnalazioni infezioni rilevate ambulatorialmente	IR7	IR7	IR6	IR6	IR6	IR6	IR6	IR6
S2	Sorveglianza batteriemie correlate a CVC e sorveglianza polmoniti associate a VAM in UTI.	IR13	IR13	IR11	IR11	IR10	IR10	IR9	IR6
S3	Sorveglianza antibiotico-resistenze di microrganismi selezionati	IR12	IR12	IR10	IR10	IR10	IR10	IR10	IR3
S4	Sorveglianza Enterobatteri resistenti a carbapenemi	X	X	IR9	IR9	IR9	IR9		IR3
S5	Sorveglianza di alert organism e Clostridium difficile	IR11	IR11	IR9	IR9	IR9	IR9		
S6	Rapporto tra risultati positivi all'accertamento per tossina Clostridium Difficile e numero di accertamenti effettuati dal Laboratorio	X	X	X	X	X	X	X	X
S6bis	Sorveglianza regionale delle meningiti batteriche e malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo.	IR9	IR9	IR8	IR8	IR8	IR8	IR8	IR6
S7	Sorveglianza infortuni a rischio biologico percutanei e mucocutanei	IR21				IR16			
S8	Studio di prevalenza ICA nelle RSA	X	X	X	X	X	X	X	X
S8a/b	Sorveglianza infezioni CVC correlate in Emodialisi./Sorveglianza infezioni catetere peritoneale.		X	X	X	X	X	X	X
S9	Sorveglianza infezioni catetere correlate PCCC.								
S10	Sorveglianza nazionale delle sepsi da Klebsiella e E. coli					IR10	IR11	IR10	IR3
S11	Sorveglianza microbiologica dei pazienti in Rianimazione: stesura procedura aziendale								X
S12	Studio di prevalenza ICA in Ospedale					IR17			



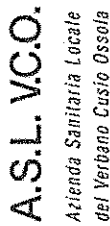
A.S.L. VCO.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N.

del

ATTIVITA' DI CONTROLLO

sigla	descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
C1	Applicazione del pacchetto "bundle" sugli interventi chirurgici.	IR 16	IR 16	IR16	IR16	IR15	IR14	IR6
C2	Prevenzione degli incidenti occupazionali a rischio biologico	X	IR21	IR20				
C3	Esperienza di antibioticostewardship.	IR14 NE	IR 14 NE	IR13	IR13 NE	IR12	IR11	IR4
C4	Informazione sulle ICA a tutti i pazienti.	IR 15	IR 15	IR15	IR15	IR14	IR13	
C5	Adesione protocollo di igiene mani e sperimentazione del framework. gel/gg degenza.	IR 10	IR 10	IR14	IR14	IR13	IR12	IR8
C6	Applicazione protocollo di sorveglianza e controllo diffusione CPE	IR 19	X	IR17				
C7	Applicazione delle procedure di isolamento da contatto in caso di Clostridium Difficile e di CPE.	X	X	X	X	X	X	
C8	Bundles VAP: implementazione e verifica di applicazione	IR 17	IR 17	X	X	X	X	
C9	Attività di prevenzione per morbillo, rosolia e varicella	IR 18					IR16	
C10	Attività di contenimento della contaminazione ambientale e delle polmoniti da Legionella.	IR 20	X	X	IR19	X	X	X
C11	Applicazione procedure di gestione infortuni a rischio biologico.	X	X	X	X	X	X	
C12	Attività di implementazione igiene delle mani.			X	X	X	X	X
C13	Revisione protocolli trattamento riuniti odontoiatrici	X						
C13bis	Revisione o redazione procedure pulizia e sterilizzazione strumentazioni endoscopiche a uso ambulatoriale			IR18		X		X
C14	Verifica applicazione POA gestione catetere vescicale				X	X	X	
C15	Revisione POA per l'esecuzione prove funzionalità autoclavi a vapore					X		
C16	Ridefinizione delle procedure per il personale dipendente per lo svolgimento delle attività di pulizia ambientale							



DELIBERAZIONE N. del

[illegible]

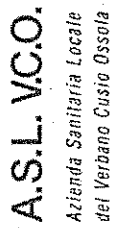


A.S.L. VCO.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

DELIBERAZIONE N. del

ATTIVITA' DI FORMAZIONE

sigla	descrizione	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
F1	Evento formativo su report microbiologici e consumo ATB + formazione su antibiotico stewardship (indicatore regionale 20)			IR20				
F1bis	Evento accreditato ECM avente per tema la prevenzione e il controllo della TBC polmonare (indicatore regionale n.20)	IR20						
F2	Corso formazione accreditato sui report microbiologici e consumo ATB	X	X	X	X	X	X	X
F2 a	Evento accreditato ECM La sepsi in area medica			X				
F3	Corso di formazione in FAD per implementazione POA per la gestione CVC							
F4	Evento accreditato ECM La prevenzione e il controllo della infezioni da A. baumannii in Rianimazione	X						
F5	Prevenzione e sicurezza del personale sanitario: rischio biologico ai sensi art 37 comma 2 del D.Lgs 81/08:	X	X	X	X			
F6	Evento accreditato ECM l'antibiotico profilassi in chirurgia		IR 20					
F6a	"La gestione emergenza migranti". (TERRITORIO CISS)			X				
F7a	"La prevenzione delle ICA" agli studenti 1° corso laurea scienze infermieristiche	X	X	X	X			
F7b	"La prevenzione delle ICA" agli studenti 1° corso FKT	X	X	X	X			
F8	Evento accreditato ECM: "Isolamenti in ambito ospedaliero".				X	X	X	X
F9	Evento accreditato ECM: "L'utilizzo corretto delle molecole disinfettanti e antisettiche ai fini della sicurezza del lavoratore e del paziente nelle attività assistenziali, diagnostiche, terapeutiche".				X	X		
F10	Corso di formazione in FAD "Igiene delle mani"	X			X	X	X	X



DELIBERAZIONE N. del

del