

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione D.P.C.M. 23.4.1993

AG/rB

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 523-2022 DEL 28/10/2022

OGGETTO: APPROVAZIONE "PROGRAMMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI - ANNO 2022".

In data 28/10/2022 presso la sede amministrativa dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Ufficio del Direttore Generale in Cuneo, corso C. Brunet n.19/A,

IL DIRETTORE GENERALE – dr. Elide AZZAN

(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 13-3295 del 28 maggio 2021)

Su conforme proposta del Direttore Sanitario di Presidio f.f. che attesta la legittimità e la regolarità sostanziale e formale di quanto di seguito indicato:

- premesso che con provvedimento n. 290 del 31.05.2021 questa Azienda approvava il Programma di attività di prevenzione delle ICA per l'anno 2021;
- tenuto conto che questa Azienda, con provvedimento n. 226 del 07.05.2021 provvedeva ad aggiornare la composizione e le funzioni del Comitato per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (CICA) dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle (già CIO);

- vista la nota pervenuta dalla Regione Piemonte prot. 27464 del 19.07.2022 “Infezioni correlate all’assistenza sanitaria I.C.A. – Trasmissione indicatori per la redazione dei Programmi Aziendali di Prevenzione del Rischio Infettivo anno 2022”;
- accertata la necessità di approvare anche per l’anno 2022 il Programma di attività di Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate all’assistenza, allegato al presente provvedimento;
- acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo ai sensi dell’art.3, comma 1 quinquies del decreto leg.vo 19/6/1999 n.229;
- acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario a sensi dell’art.3, comma settimo, del decreto legislativo 30/12/1992 n.502, così come modificato dal decreto legislativo 7/12/1993 n.517;

DELIBERA

di approvare il Programma di attività di Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate all’assistenza per l’anno 2022, allegato al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Elide AZZAN

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianfranco CASSISSA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Monica REBORA

Sottoscrizione del proponente
IL DIRETTORE f.f. S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
Dott. Alessandro GARIBALDI



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMA ATTIVITA' 2022

ASO S. CROCE e CARLE – CUNEO – ANNO 2022

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, presenta caratteristiche peculiari in quanto esercita sia attività di ricovero di base (area medica e chirurgica), che attività di alta specializzazione. Circa il 50% dei ricoveri complessivi, ma oltre il 90% dei ricoveri in area medica, sono ricoveri in urgenza, provenienti dal Pronto Soccorso, in quanto l'Azienda Ospedaliera rappresenta l'unico ospedale di riferimento per un territorio assai ampio; a questa attività di base, si affianca una cospicua attività di alta specializzazione, con elevato rischio di ICPA. Le aree a maggior rischio possono essere correlate alla tipologia dell'area di degenza (terapie intensive, compresa la terapia intensiva neonatale), alle caratteristiche dei pazienti ad esse afferenti (oncologia, ematologia) o alla specificità delle prestazioni erogate (aree chirurgiche ad alta specializzazione quali l'area cardio-toraco-vascolare, emodialisi).

Il programma di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali per l'anno 2022 opererà in continuità con quanto impostato negli anni precedenti e proporrà alcune attività peculiari legate a questa specificità.

L'epidemia da COVID-19 in corso ha impegnato in modo significativo le risorse dedicate all'infection control, anche nella prima parte dell'anno in corso. Il programma per l'anno 2022 verrà posto in essere in relazione all'impegno correlato all'andamento epidemico ed al conseguente impegno di risorse dedicate.

Per quanto riguarda le attività contestualizzate nelle peculiarità di alcune specialità cliniche presenti in Azienda per l'anno 2022, che hanno storicamente trovato il proprio razionale nella valutazione delle conoscenze consolidate in letteratura in tema di rischio infettivo e nei risultati delle indagini di prevalenza e di incidenza attive in Azienda, si intende mantenere in essere alcune attività già poste in atto negli anni precedenti, al fine di garantire continuità a specifici percorsi intrapresi. Saranno attivi anche alcuni nuovi progetti legati alle peculiarità delle specialità cliniche presenti nella nostra ASO.

DATI STRUTTURALI

La Struttura Organizzativa aziendale prevede la presenza di una Struttura Semplice "Unità Prevenzione Rischio Infettivo" all'interno della Struttura Complessa Direzione Sanitaria di Presidio, con attribuzione di tre figure dedicate I.C.I. (infermieri addetti al controllo delle infezioni), due a tempo pieno e una per 50% del proprio tempo-lavoro.

CARATTERISTICHE AZIENDA

N° POSTI – LETTO ORDINARI	620	
N° POSTI – LETTO DAY HOSPITAL	50	
N° POSTI – LETTO TERAPIA INTENSIVA	24 (considerati solo i posti letto di Terapia Intensiva per adulti)	
N° TERAPIE INTENSIVE	3	
N° RICOVERI ANNUI (ANNO 2021)	ORDINARI 19.803	DH 6594
STRUTTURE DI RICOVERO TERRITORIALI	/	/

INDICATORI

INDICATORE 1

Istituzione di funzione specifica per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

TIPOLOGIA DI GESTIONE DELLA FUNZIONE	Struttura Complessa	NO
	Struttura semplice	SI, prima deliberazione di istituzione della Struttura Semplice n. 175 del 11.02.2002 Prima Nomina Responsabile Novembre 2011
	S.S. Unità Prevenzione Rischio Infettivo (UPRI)	
SUA COLLOCAZIONE FUNZIONALE	All'interno della S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	

INDICATORE 2

Presenza di Infermieri addetti al Controllo Infezioni

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
ASSEGNAZIONE FORMALE DI RISORSE INFERMIERISTICHE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Presenza di ISRI commisurato alle dimensioni dell'AO S.CROCE 1 ISRI / 250 posti letto o 1 ISRI/5000 ricoveri ordinari per ospedali a maggiore complessità.	2,5 ISRI/670 posti letto o circa 20.000 ricoveri ordinari. A far data dal 1 settembre 2022, con Deliberazione n. 424-2022 del 31/08/2022, è stato assegnato ad uno degli ISRI in servizio un incarico professionale di professionista specialista e professionista esperto "Specialista in prevenzione infezioni correlate all'assistenza".

Indicatore n°3:**Esistenza e attuazione di un Programma Aziendale annuale comprendente rischi, obiettivi, attività, valutazione**

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
ATTUAZIONE DI ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA BASATO SULLA VALUTAZIONE DEI RISCHI PREVALENTI A LIVELLO AZIENDALE	Redazione di programma di sorveglianza e controllo delle ICA	Deliberazione del "Programma di Sintesi Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali" per l'Anno 2022

INDICATORE N°4

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

Verrà mantenuta la segnalazione attiva da parte del Laboratorio di Microbiologia dell'isolamento di microorganismi multi resistenti al fine di consentire la tempestiva attivazione delle misure di isolamento necessarie.

Verrà elaborato, in continuità con gli anni precedenti, un **REPORT ANNUALE**, contenente dati e commenti di analisi dei dati, in base a una gamma di combinazioni materiale-microorganismo-antibiotico significative, con dati correlati alla situazione epidemiologica nazionale ed europea; il report verrà reso accessibile a tutti gli operatori sulla pagina **INTRANET AZIENDALE**.

Nell'anno 2017 si è attivato un percorso di revisione delle procedure di prevenzione delle infezioni CVC-correlate, che ha portato all'elaborazione di un progetto aziendale per la costituzione di un "PICC Team" e la revisione delle procedure di posizionamento e gestione degli accessi venosi centrali in Azienda. Nell'anno 2018 centralizzando il posizionamento dei CVC in un unico punto presso il P.O. Carle. Nell'anno 2019 il percorso è stato completato anche presso il P.O. S. Croce e integrato con la gestione complessiva (controlli, gestione complicanze) dei CVC e dei PICC impiantati, con in nome di "TAV" (Team Accessi Vascolari).

Negli anni 2020 e 2021, nonostante i rallentamenti dovuti al COVID-19, le funzioni del TAV (Team Accessi Vascolari) sono state consolidate e strutturate. Per l'anno 2022 è previsto il mantenimento dell'attività e l'elaborazione di linee di indirizzo per la gestione domiciliare dei CVC in accordo con analoga funzione dell'ASL CN1.

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
CONTRIBUTO ALLO SVILUPPO DELLA RETE REGIONALE DI RACCOLTA DATI SULLE ANTIBIOTICO RESISTENZE (Sorveglianza AR-ISS)	Sorveglianza sull'antibiotico resistenza all'interno dell'AO S.Croce e sugli isolati di laboratorio con analisi della situazione epidemiologica e condivisione alla rete Regionale	Disponibilità di report annuale reperibile nell'intranet aziendale Riunioni dedicate con i referenti CICA
ADESIONE SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE PER BATTERIEMIE DA K.PENUMONIAE E E.COLI	Sorveglianza intra aziendale per le batteriemie da microrganismi individuati e relativa implementazione piattaforma nazionale dell'ISS	Report annuale su dati caricati sulla piattaforma "Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) -Istituto

		Superiore di Sanità”
FLUSSO INFORMATIVO PER MICRORGANISMI “ALERT” PER SORVEGLIANZA INTRAOSPEDALIERA	Evidenza documentale dei flussi informativi tra il laboratorio di microbiologia e l’Unità Prevenzione rischio infettivo	Disponibilità di report annuale sui microrganismi “alert”
	Comunicazione tempestiva ai coordinatori di strutture per la posa in atto delle precauzioni aggiuntive/isolamenti e relativa compilazione di scheda di autosorveglianza MDR	Disponibilità di schede di autosorveglianza MDR
	Sopralluoghi nei reparti in caso di esposizione a potenziali cluster intraospedalieri	Disponibilità di report dei sopralluoghi/indagini epidemiologiche effettuate
ADESIONE SORVEGLIANZA REGIONALE SU PIATTAFORMA GEMINI	Produzione a cura del laboratorio di microbiologia di reportistica riguardante microrganismi antibiotico resistenti	Implementazione piattaforma GEMINI e pubblicazione di reportistica nell’area CIO dedicata
	Disponibilità di dati relativi profili di resistenza di K.Pneumoniae e E.Coli resistenti ai carbapenemi isolati da tutti i materiali	Implementazione piattaforma GEMINI
PROTOCOLLI PER GESTIONE E MONITORAGGIO DELLE EMOCOLTURE	Adozione da parte del laboratorio di microbiologia di Linee Guida per la gestione delle Emocolture	Formalizzazione delle Linea Guida aziendali

Indicatore n° 5

implementazione ed esito di un attività di antibiotico stewardship

Si opererà al fine di garantire la razionalizzazione della profilassi antibiotica in ortopedia e urologia. Attualmente le profilassi chirurgiche vengono preparate nelle aree di degenza e somministrate in alcuni casi nelle aree di degenza stesse, con il rischio di non garantire la perfetta congruenza soprattutto nella tempistica di somministrazione.

In accordo con la S.C. Malattie Infettive e Tropicali la SC Farmacia e la SC Anestesia e Organizzazione Sale BOP, si lavorerà alla predisposizione di un kit di profilassi (in chirurgia ortopedica e urologica) fornito all'anestesista che ne eseguirà la somministrazione secondo tempistica appropriata all'interno del Blocco Operatorio.

Il Gruppo Operativo del CICA provvederà all'elaborazione di un nuovo modulo di richiesta motivata di antimicrobici ed antimicotici (CARBAPENEMI, DAPTOMICINA, LINEZOLID, TIGECICLINA, CASPOFUNGINA) con obbligo di revisione della terapia impostata entro 5 giorni dall'inizio della terapia, da parte dello specialista infettivologo; si prevede l'attivazione e sperimentazione in almeno due Strutture dell'area medica, individuate tra quelle con maggior consumo di tali farmaci.

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
PROMOZIONE INTERVENTI IN MERITO AL MIGLIORAMENTO SULL'USO DEGLI ANTIBIOTICI E CONTROLLO ICA ALL'INTERNO DEL PNCAR	Definizione e formalizzazione di gruppo interdisciplinare per la sovrintendenza sul corretto uso degli antibiotici all'interno dell'AO	Individuazione formale dei componenti del gruppo Antimicrobial Stewardship
AZIONI DI MIGLIORAMENTO SULL'IMPIEGO DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI	Evidenza documentale di 1 azione di miglioramento nella profilassi ATB nelle rispettive specialità chirurgiche	Predisposizione centralizzata di kit di profilassi intraoperatoria da impiegare negli interventi di urologia e ortopedia
	Evidenza documentale di 1 azione di miglioramento nella profilassi ATB nelle rispettive specialità chirurgiche	Predisposizione di nuovo modulo per le richieste motivate di antimicrobici e antimicotici da sperimentare in 2 Strutture afferenti al dipartimento di Area Medica

		Revisione dell'ATB terapia da parte dell'infettivologo entro 5 giorni per conferma, modifica o sospensione della terapia.
AZIONI DI CONTROLLO SULLE RESISTENZE ANTIMICROBICHE E CONSUMO ANTIBIOTICI	Monitoraggio dei flussi informativi provenienti dal laboratorio di microbiologia e dalla farmacia ospedaliera	Report annuale sui microrganismi isolati Report annuale sul consumo (DDD) degli antibiotici impiegati
IMPLEMENTAZIONE PROTOCOLLO TERAPIA EMPIRICA REGIONALE	Diffusione e condivisione all'interno dell'AO del nuovo "Manuale di Terapia Empirica Regionale" non appena sarà pervenuto ufficialmente da parte della Regione.	Trasmissione con lettera protocollata a Direttori e Coordinatori di struttura e pubblicazione nell'area Intranet del CIO

INDICATORE 6

L'azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR (per l'anno 2020) e ha raccolto prospetticamente quelli per il 2021 (se raccolti per un reparto, indicare il reparto)

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
PRODUZIONE E DISPONIBILITA' DI DATI RELATIVI AL PNCAR 2017-2020	Analisi retrospettiva dei dati relativi a: DDD/100 gg degenza Antibiotici	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
	Analisi retrospettiva dei dati relativi a: DDD/100 gg degenza Chinoloni	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
	Analisi retrospettiva dei dati relativi a: Lt/1000 gg paziente utilizzo gel idroalcolico	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
	Analisi retrospettiva dei dati relativi a: % MRSA su isolati invasivi	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
	Analisi retrospettiva dei dati relativi a: % CRE su isolati invasivi	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
	Report su antibioticoresistenza	Disponibilità del dato per gli anni esaminati
VALUTAZIONE PROSPETTICA SUL 2022	Analisi andamento sul 2022	Valutazione del dato nel CICA aziendale

INDICATORE 7

Evidenza di Sorveglianza delle infezioni chirurgiche, di batteriemie e polmoniti (VAP) in Terapia Intensiva, secondo le indicazioni regionali

Si continuerà ad effettuare i controlli sulla corretta applicazione delle misure di prevenzione delle ISC presso le S.C. di Chirurgia Generale (colon), Neurochirurgia (cranio e colonna), e Cardiochirurgia (queste ultime peculiari dell'Azienda Ospedaliera e sorvegliate, a fronte della richiesta dagli indicatori regionali di sorvegliare almeno una attività chirurgica).

Verrà, altresì, posta in atto la sorveglianza sulle batteriemie e polmoniti (VAP) in Terapia Intensiva (GI.VI.TI),

Si prevede l'effettuazione di uno studio prevalenza per le infezioni correlate all'assistenza (con FORMAT EuCDC secondo indicazioni regionali).

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
DOCUMENTARE ESITI DELLA SORVEGLIANZA SUGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CHIRURGIA GENERALE	Caricamento del 100% degli interventi sul colon-retto su piattaforma MedCap per almeno 6 mesi	Disponibilità del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate secondo i criteri regionali con applicazione del bundle degli interventi sorvegliati in Chirurgia Generale
DOCUMENTARE ESITI DELLA SORVEGLIANZA SUGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN NEUROCHIRURGIA	Caricamento del 100% degli interventi sul cranio e colonna su piattaforma MedCap per almeno 6 mesi	Disponibilità del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate secondo i criteri regionali con applicazione del bundle degli interventi sorvegliati in Neurochirurgia
DOCUMENTARE ESITI DELLA SORVEGLIANZA SUGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CARDIOCHIRURGIA	Caricamento degli 100% degli interventi su piattaforma MedCap per almeno 6 mesi	Disponibilità del tasso di infezioni del sito chirurgico rilevate secondo i criteri regionali con applicazione del bundle degli interventi sorvegliati in Cardiochirurgia

DOCUMENTARE TASSO DI INCIDENZA DI BATTERIEMIE /1000 GIORNI CVC E INCIDENZA VAP /1000 GIORNI VENTILAZIONE ASSISTITA IN TUTTE LE TERAPIE INTENSIVE DELL'AZIENDA (GIVITI).	Adesione alla sorveglianza GI.VI.TI	CARICAMENTO DATI SU PIATTAFORMA GI.VI.TI
STIMA DELLA DIMENSIONE AZIENDALE DELLE ICA E CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI	Conduzione dello studio di PREVALENZA all'interno dell'AO secondo protocollo PPS3 coordinato dall'Università di Torino	Disponibilità reportistica in merito alla prevalenza puntuale nell'AO e implementazione della piattaforma regionale

INDICATORE 8

L'Azienda elabora e valuta l'applicazione di protocolli per la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie almeno ogni tre anni

AZIONE ATTESA	STANDARD	AZIONE ANNO 2022
SISTEMA SPINCAR – SISTEMA DI AUTOVALUTAZIONE AZIONI CONTRASTO AMR E CONTROLLO ICA	Elaborazione di reportistica in merito agli eventi sentinella/cluster epidemici	Compilazione della documentazione ministeriale e analisi delle criticità riscontrate
CORRETTA IGIENE DELLE MANI	Formazione ai referenti medici e infermieristici di Struttura sull'importanza di tale procedura iniziativa di sensibilizzazione su social media in occasione del 5 maggio	Disponibilità di reportistica sul consumo di soluzione idroalcolica per aree di degenza Formazione ai referenti medici e infermieristici di Struttura
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI MICRORGANISMI 'ALERT'	Evidenza documentale di procedura in seno al Laboratorio di Microbiologia	Revisione procedura
DISPONIBILITÀ DI PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COLONIZZATI/INFETTI DA MDR	Presenza procedura e scheda di autovalutazione	Analisi dati schede di autovalutazione Verifiche corretta applicazione
PROTEZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO DEGLI OPERATORI	Presenza procedura per la protezione del rischio biologico degli operatori	Report incidenti elaborato da Medico Competente
PROTEZIONE E PREVENZIONE DEGLI OPERATORI DA MALATTIE SUSCETTIBILI DI PROFILASSI VACCINALE	Presenza procedura	Dati aziendali in merito alla adesione alle proposte vaccinali
PREVENZIONE POLMONITI NOSOCOMIALI CON PARTICOLARE RIGUARDO AI CASI DI LEGIONELLOSI	Segnalazione al CICA aziendale delle polmoniti nosocomiali Controlli periodici e elaborazione di documento di analisi del rischio come da	Aggiornamento anno 2022 dei documenti di analisi del rischio.

	Linea Guida nazionale recepita in Regione (GR n.74-38° ed. del 04/08/2016)	
PREVENZIONE RISCHIO DI ASPERGILLOSI DERIVANTE DA ATTIVITÀ DI COSTRUZIONE/RISTRUTTURAZIONE ALL'INTERNO DELL'AO	Presenza modulo per indicazioni alla prevenzione dell'Aspergilloso nei cantieri ospedalieri	Controlli sistematici sui cantieri ospedalieri e compilazione della relativa reportistica
DISPONIBILITÀ DI PROCEDURA PER LE PRATICHE AZIENDALI IGIENICO-SANITARIE: PULIZIE OSPEDALIERE	Presenza Capitolato tecnico	Revisione capitolato tecnico. Controlli sistematici come da capitolato d'appalto e redazione della relativa reportistica
CORRETTA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Presenza di procedura aziendale	Revisione procedura aziendale e controlli a campione sulla corretta applicazione
MONITORAGGIO ASSENZA DI CONTAMINAZIONE DA MYCOBACTERIUM CHIMAERA SU DISPOSITIVI HCU IMPIEGATI IN CARDIOCHIRURGIA	Presenza istruzione operativa	Pianificazione annuale ed esecuzione dei campionamenti ed esecuzione di interventi correttivi come da indicazioni regionali
MANTENIMENTO DEGLI STANDARD DI QUALITÀ RELATIVI ALLE PROCEDURE IN ASEPSI NELLE STRUTTURE: MEDICINA NUCLEARE, EMATOLOGIA, OCULISTICA, IMMUNOEMATOLOGIA/TRASFUSIONALE	Presenza di documento tecnico (capitolato tecnico) per l'esecuzione dei controlli	Evidenza documentale di controllo periodico nelle strutture interessate come da indicazioni di Buona pratica specifiche per le singole attività
VALIDAZIONE PROCESSI DI STERILIZZAZIONE	Presenza di procedure formalizzate	Controllo annuale di conformità attrezzature. Tracciatura conformità ogni singolo processo di sterilizzazione
PREVENZIONE DELLE ICA NELLA ATTIVITÀ ENDOSCOPICA	Elaborazione di Protocollo operativo per il reprocessing degli endoscopi	Revisione del Protocollo e pubblicazione nell'area intranet aziendale

APPLICAZIONE INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ATTIVITÀ ODONTOIATRICA DURANTE LA PANDEMIA COVID19 – REVISIONE 2022 – NOTA MINISTERO SALUTE 19.07.2022	Elaborazione Documento aziendale di applicazione misure di prevenzione diffusione Covid per l'attività odontoiatrica	Revisione Documento aziendale di applicazione misure di prevenzione diffusione Covid per l'attività odontoiatrica
RACCOLTA, CONSERVAZIONE, TRASPORTO CAMPIONI DI LABORATORIO	Presenza procedura aziendale	Revisione procedura aziendale e pubblicazione su area INTRANET
PREVENZIONE ISC	Presenza procedura aziendale e bundle	Verifica applicazione bundle nelle Strutture Chirurgiche oggetto di sorveglianza delle ISC
UTILIZZO ANTIBIOTICI A SCOPO PROFILATTICO	Presenza di documento aziendale di indirizzo	Revisione indicazioni alla profilassi in almeno due Strutture di area chirurgiche e formalizzazione del documento.

INDICATORE 9.

L'Azienda promuove interventi di miglioramento dell'igiene delle mani

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
PROMOZIONE INTERVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE SULL'IGIENE DELLE MANI	Consumo gel idroalcolico / aree di degenza	Aderenza media di 20ml/ die per paziente Miglioramento del 30% rispetto all'anno precedente se dato inferiore allo standard
	Compilazione del Framework per l'autovalutazione dell'igiene delle mani	Evidenza documentale della presenza del framework a livello aziendale
	Disponibilità di dati a livello intraziendale relativi al consumo Gel Idroalcolico per l'anno in corso e partecipazione alla sorveglianza a cura del Ministero della Salute	Implementazione piattaforma regionale CSIA
	Sperimentazione dell'APP "SpeedyAudit"	Reportistica sulle osservazioni effettuate
	Iniziativa per la giornata del 5 maggio sull'igiene delle mani	Pubblicazione nell'area della comunicazione di intervento di sensibilizzazione

INDICATORE 10

Esiste evidenza (crediti, partecipanti) di formazione nell'anno 2022 sul tema dell'antibiotico resistenza in forma residenziale o FAD e sulle misure di isolamento

AZIONE ATTESA	CRITERIO	STANDARD ANNO 2022
PROMOZIONE DI ATTIVITA' FORMATIVE A LIVELLO AZIENDALE SU ANTIBIOTICO RESISTENZA – PREVENZIONE ICPA	Realizzazione di almeno 1 intervento formativo rivolto ai link professional aziendali (referenti medici e infermieristici di Struttura) dal titolo: “Il controllo delle infezioni correlate all’assistenza e l’antimicrobial stewardship: formazione per referenti aziendali”	Partecipazione del 60% dei soggetti candidabili alla formazione
CORSO FAD : “EMERGENZA COVID 19 MISURE DI TUTELA DEI LAVORATORI E DEI PAZIENTI E PEIMAF –ANNO 2022	Presenza nel corso FAD di MODULO: indicazioni per la prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero	Partecipazione del personale individuato (neoassunti) –
FORMAZIONE IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	Convegno con interventi dedicati al corretto utilizzo degli antimicrobici e all’infection control	Svolgimento Convegno entro 31 dicembre 2022