



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

Delibera del Direttore Generale n. 1754 del 05/12/2018

Oggetto: PIANO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2018- 2020

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 10236 del Servizio Proponente, S.S. RISK MANAGEMENT

Hash documento formato .pdf (SHA256):

828b06b813200b3cf80fd2d9237369b98bd2f31f29400a232498f95edd8f6a2b

Hash documento formato .p7m (SHA256):

c69b8ba742d2cc2341d73bc456247b13245e890bdde5846a0cda83485682f5a8

Firmatari: PIETRO MANZI,Enrico Martelli,Margarete Tockner,Margarete Tockner

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario: Dr. Pietro Manzi - parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo: Dott. Enrico Martelli - parere: FAVOREVOLE

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE (*)
(Dr. Imolo Fiaschini)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO
ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE
N. DEL

Normativa di riferimento:

- Delibera del Direttore Generale n.111.del 13/04/2016: “Aggiornamento e regolamentato il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) e delle Infezioni Correlate all’Assistenza”.
- Circolari ministeriali 52/1985 e 8/1988
- Delib. DG n. 901 del 09/10/2013: “Area Qualità e accreditamento, Verifica delle strutture socio sanitarie con accordo contrattuale e Gestione del Rischio clinico”
- DGR n. 1639/2016 “ Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Preadozione del nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione della Intesa Conferenza Unificata del 19/02/2015”.
- DGR Regione Umbria, n. 1401 del 27/11/2017: Linee di indirizzo per la definizione dell’organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.
- L. 24 del 8 marzo 2017 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

Motivazioni:

si premette che

- tra i diversi rischi associati all’assistenza sanitaria, quello infettivo, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre un’infezione, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento;
- il Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2017-2020 afferma il ruolo centrale della prevenzione delle ICA per la prevenzione e il controllo delle infezioni da microrganismi resistenti;
- ogni organizzazione sanitaria deve dotarsi delle politiche e delle strategie per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza nell’ottica di una gestione integrata dei rischi come previsto dai requisiti generali per la sicurezza e la gestione integrata dei rischi dell’organizzazione sanitaria (DGR n.1639 del 28/12/2016).

si da atto che

- La Riduzione del rischio di Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici rappresenta un ambito di intervento definito nel Piano annuale per la gestione del rischio clinico, anno 2018, Delib. n.593 del 19/04/2018.
- Il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) e delle Infezioni Correlate all’Assistenza nella seduta del 19/11/2018 ha discusso e validato la proposta del Piano per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza 2018-2020.

Esito dell’istruttoria:

per le motivazioni espresse in premessa, si propone il seguente dispositivo di deliberazione:

- adottare il **“Piano per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza 2018-2020”** di cui all’unito documento che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di riconoscerlo come elemento sostanziale del Piano aziendale per la gestione integrata del rischio.

L’Addetto all’Istruttoria

Dr.ssa Margarete Tockner

Resp.le Servizio Gestione Rischio Clinico

INDICE

1. La dimensione del problema e i riferimenti normativi
3. Il contesto nella Usl Umbria 2
4. Obiettivi, azioni ed indicatori di valutazione
5. Cronoprogramma
6. Risorse
7. Riferimenti

Gruppo redazionale

Nome e Cognome	Funzione	Firma
Margarete Tockner	Resp. Servizio Gestione Rischio Clinico	
Laura Grasselli	Pos. Org. Servizio Gestione Rischio Clinico	
Rossana Metelli	Pos. Org. Igiene ospedaliera	
Ubaldo Bicchielli	Resp. SSD Epidemiologia e analisi biostatistica	

1. LA DIMENSIONE DEL PROBLEMA E I RIFERIMENTI NORMATIVI

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, *day-hospital/day-surgery*, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali.

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, quello infettivo, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre un'infezione, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento.

La frequenza di ICA è in aumento in tutto il mondo e tale incremento è attribuibile a diversi fattori, quali la maggiore proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili e l'accentuata complessità assistenziale. A tale fenomeno contribuiscono sia la maggiore gravità di base dei pazienti, ma anche la progressiva diffusione di microrganismi multiresistenti agli antibiotici.

Nel mission report *“ECDC country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues”*, 9-13 January 2017 (1) gli osservatori confermano che la situazione delle resistenze antimicrobiche rappresenta una delle principali minacce negli ospedali italiani e affermano la necessità di mettere in atto azioni correttive a tutti i livelli (nazionali, regionali, locali).

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza della infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Studi recenti hanno, però, dimostrato come la quota prevenibile sia molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa; si stima che siano prevenibili fino al 65%–70% dei casi di batteriemie correlate a catetere vascolare e di infezioni urinarie correlate a catetere vescicale, come anche il 55% dei casi di polmoniti associate a ventilazione assistita e di infezioni del sito chirurgico (2).

Gli autori dello studio che ha valutato il peso di sei tipi di infezioni correlate all'assistenza sulle DALYs (disability adjusted life years) affermano il grande carico delle ICA sulle DALYs e la necessità di incrementare gli sforzi per la prevenzione ed il controllo (3).

Le ICA hanno un impatto rilevante sia dal punto di vista sanitario che economico, anche per il prolungamento della degenza, con aumento della spesa correlata stimata in un range compreso tra 5.000 e 50.000 euro.

Le Circolari ministeriali 52/1985 e 8/1988 prevedono lo sviluppo, in capo alle Unità Sanitarie Locali, di funzioni di sorveglianza sulle infezioni nosocomiali; con Delibera del Direttore Generale n.111.del 13/04/2016 viene aggiornato e regolamentato il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) e delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Il Piano Nazionale di Contrastodell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2017-2020 afferma il ruolo centrale della prevenzione delle ICA per la prevenzione e il controllo delle

infezioni da microrganismi resistenti e definisce le azioni da mettere in campo a livello nazionale, regionale e locale per raggiungere gli obiettivi fissati.

La nuova disciplina regionale in materia di accreditamento istituzionale (DGR n.1639 del 28/12/2016) comprende la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza fra i requisiti generali per la sicurezza e la gestione integrata dei rischi dell'organizzazione sanitaria.

Il requisito generale 6.2. *Sicurezza e gestione dei rischi* cita al punto 6.2.01: l'organizzazione deve definire in modo documentato responsabilità, criteri e risorse per la gestione integrata del rischio ambientale (es. eventi catastrofici), rischio operatore (es. *rischio fisico, chimico, biologico*) e rischio paziente (es. *rischio clinico*) che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

La Legge 8 marzo 2017, n.24 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita*, in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie definisce la sicurezza delle cure come *“parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività”* ed evidenza l'approccio alla sicurezza delle cure non più basato solamente sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull'organizzazione nel suo complesso.

La sicurezza emerge dall'interazione tra tutte le componenti del sistema e non dipende solo dalle persone, dalle tecnologie, dall'organizzazione, ma dall'interazione tra loro. La riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza e l'uso responsabile degli antibiotici sono specifici ambiti di intervento del Piano aziendale di attività della Gestione del Rischio Clinico 2018.

La DGR Umbria n.754 del 09/07/2018 emana le *Linee d'indirizzo per la gestione della sepsi e dello shock settico* e definisce il Percorso sepsi di riferimento. Anche se l'80% dei pazienti contraggono la sepsi fuori dall'ospedale la stessa può essere correlata all'assistenza erogata nelle strutture sanitarie e si può manifestare come complicanza di una Infezione Correlata all'Assistenza (ICA).

Il decreto legislativo 81/2008 conferma il rischio biologico a cui sono esposti gli operatori sanitari, classifica gli agenti biologici in base alla loro infettività, patogenicità, trasmissibilità da un soggetto infetto ad un soggetto suscettibile e neutralizzabilità intesa come disponibilità di efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

3. IL CONTESTO NELLA USL UMBRIA 2

L'indagine di prevalenza sulle ICA svoltesi negli ospedali della USL Umbria 2 nel mese di ottobre del 2016 ha evidenziato una prevalenza complessiva del 7.4% [intervallo di confidenza al 95% 5.3 e 10.3] rientrando così nella media nazionale pari al 6.5% di prevalenza riscontrato nell'ultimo studio nazionale del 2011.

Il grafico n. 1 mostra la prevalenza delle ICA nella USL Umbria 2 anno 2016 per singolo ospedale

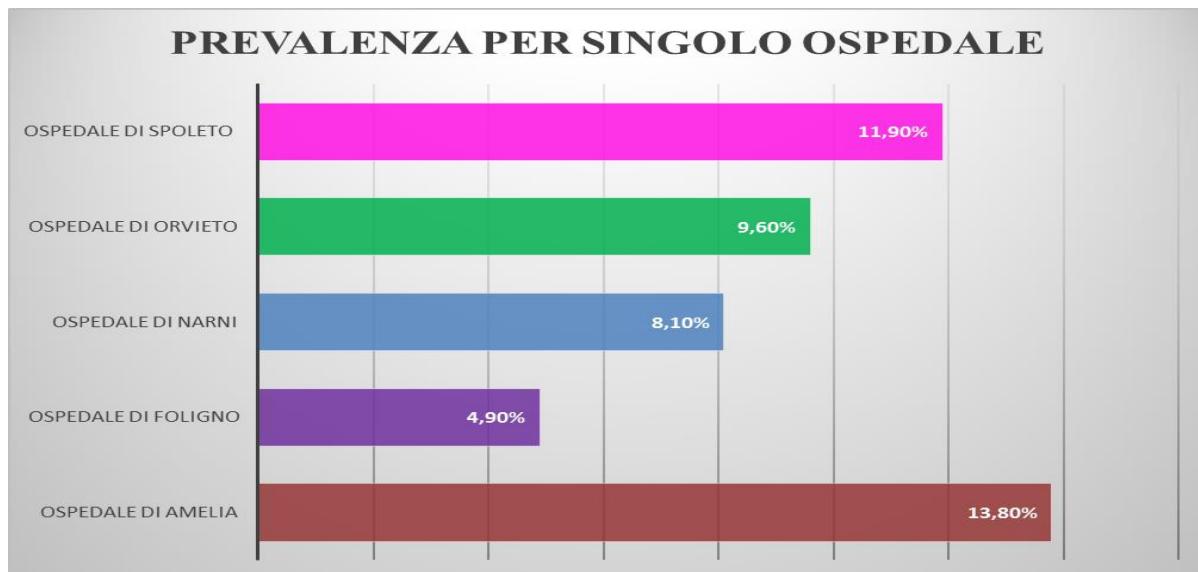


Grafico n.1 Prevalenza per singolo ospedale anno 2016

I pazienti che hanno sviluppato ICA con maggiore frequenza sono stati quelli ricoverati nei reparti di terapia intensiva, in riabilitazione.

ICA PER AREA DI RICOVERO



Grafico 2 ICA per area di ricovero anno 2016

Le infezioni correlate all'assistenza colpiscono prevalentemente i pazienti appartenenti alle fasce d'età più avanzate (> 60 anni) e con una situazione patologica complessiva già compromessa. Le tipologie d'infezioni maggiormente rappresentate sono quelle del tratto

urinario (37.7%) seguite dalle infezioni respiratorie (23,3%), dalle infezioni del sito chirurgico e dalle batteriemie (14%).

I microrganismi più frequentemente isolati comprendono l'Escherichia coli (33.3%), Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus.

I pazienti portatori di un dispositivo invasivo presentano un rischio maggiore di sviluppare una ICA.

Il grafico 3 illustra la distribuzione dei pazienti con ICA device-associata in funzione dei diversi dispositivi anno 2016

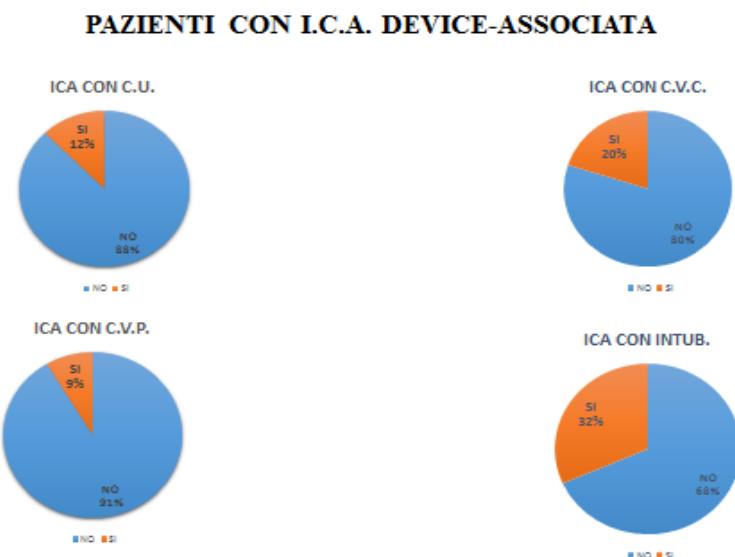


Grafico 3 Pazienti con I.C.A device-associata anno 2016

Lo studio di prevalenza del 2016 ha anche rilevato che il 45.8% dei pazienti è in trattamento con almeno un antibiotico; questo valore è di poco superiore al valore medio italiano (44%) ma notevolmente superiore al dato europeo (35%) ed indicativo di un uso poco responsabile degli antibiotici, fattore critico per lo sviluppo delle resistenze.

La diffusione del fenomeno dell'Antimicrobico Resistenza (AMR) rende problematica la gestione delle ICA a causa delle maggiori difficoltà di trattamento e determina un incremento dell'impatto clinico ed economico.

Con lo scopo di ridurre la diffusione dei microorganismi antibioticoresistenti e limitare le ICA nelle strutture di degenza e nelle RSA si applica la Procedura "Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni alert".

Il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani viene rilevato annualmente nei singoli ospedali a partire dal 2015 e mostra che i consumi sono notevolmente

inferiori allo standard OMS (20 l/1000 gg deg) con valori che variano da 0 a 10.3 litri per 1000 giornate di degenza.

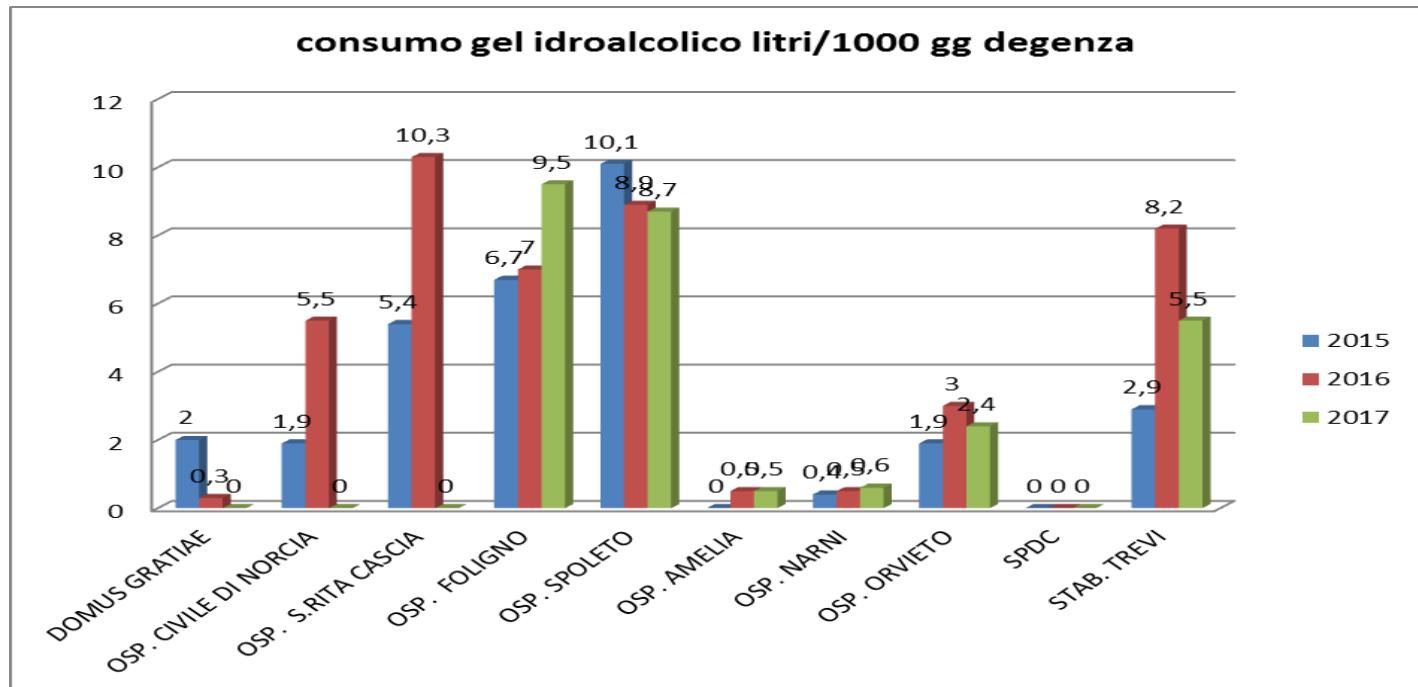


Grafico 4 Consumo gel idroalcolico litri/1000 gg degenza anno 2016

Nel 2017 nell'ospedale di Foligno è stata avviata un'attività di rilevazione (determina dirigenziale del 11/05/2017) con osservazione diretta, da parte del personale della direzione medica e infermieristica di presidio, all'interno dei reparti, con l'obiettivo di verificare il **rispetto delle misure di prevenzione delle ICA**.

Dalle prime osservazioni effettuate sull'applicazione delle *precauzioni standard*, quali il lavaggio delle mani, e dei *bundle* per la corretta gestione dei cateteri venosi centrali e periferici e cateteri vescicali emergono in generale comportamenti non conformi da parte di tutti gli operatori.

Nel 2017 è stato valutato il **rischio Legionellosi** effettuando sopralluoghi in tutti gli ospedali e compilando la lista di controllo, *Allegato 12*, della Linea guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi del 7 maggio 2015.

In base ai fattori di rischio individuati e il grado di rischio rilevato sono state attivate, di concerto con l'ufficio tecnico e le ditte di manutenzione, opportune azioni di controllo.

I risultati dei campionamenti effettuati dal Dipartimento di Prevenzione ed analizzati dal laboratorio dell' ARPA indicano in tutti i campioni per legionella valori inferiori a 100 UFC/L.

Per la **prevenzione e il controllo della tubercolosi** negli ospedali Foligno e Spoleto si applica la Procedura POs 07 DSP FOS controllo TB.

I dati relativi agli anni 2016 e 2017 mostrano un importante incremento dei casi di tubercolosi che impongono una maggiore attenzione nella fase di accettazione del paziente allo scopo di individuare e isolare i casi sospetti, a tutela sia di operatori che di pazienti.

E' opportuno rilevare che nella Usl Umbria 2 esiste una notevole variabilità tra gli ospedali sia nella prevalenza delle ICA sia nella effettiva capacità operativa di prevenzione e controllo nonché nelle risorse impiegate. Esclusivamente nel Presidio ospedaliero di Foligno sono operative figure professionali incaricate per l'igiene ospedaliera.

4. OBIETTIVI, AZIONI ED INDICATORI DI VALUTAZIONE

La prevenzione ed il controllo delle ICA così come il governo dell'uso responsabile di antibiotici richiedono un approccio basato sulle evidenze e le raccomandazioni di linee guida aggiornate e di buona qualità.

Il presente piano si prefigge i seguenti **obiettivi generali**:

- la riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria;
- l'adozione, a tutti i livelli e da tutti gli operatori, delle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza;
- la promozione dell'uso responsabile di antibiotici in tutti gli ambiti assistenziali e la riduzione della diffusione di germi resistenti.

Gli obiettivi specifici da conseguire e gli interventi da mettere in atto sono stati individuati tenendo conto delle principali criticità emerse dai risultati dell'indagine locale di sorveglianza, dai dati di monitoraggio sull'adesione alle pratiche preventive e recependo le raccomandazioni delle linee guida o linee d'indirizzo internazionali e nazionali.

La gestione ed il controllo dei processi gestiti in outsourcing (pulizia, sterilizzazione, lavanolo), e le misure di prevenzione e controllo previste in riferimento al Dlgs 81/08 nonché la gestione dei rifiuti sanitari, tutte attività coinvolte nella prevenzione delle ICA, sono disciplinate da specifici contratti e/o procedure e non sono inseriti nel presente piano.

Obiettivo specifico 1: SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Razionale: la sorveglianza è un aspetto essenziale di programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza e ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari.

E' dimostrato empiricamente che la partecipazione a sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza si associa nel tempo alla riduzione dell'incidenza di infezioni (2).

La disponibilità e l'utilizzo di sistemi di sorveglianza validati a livello internazionale e nazionale come il programma HELICS dell'ECDC consentono il monitoraggio nel tempo ed il confronto con i dati nazionali ed internazionali.

**Azioni previste:**

- *programmazione e realizzazione* del secondo studio di prevalenza negli ospedali per acuti entro marzo 2019;
- *attuazione dello studio di incidenza infezioni* del sito chirurgico negli interventi di protesi ortopedica negli ospedali Foligno, Spoleto, Orvieto e Narni entro il 1° semestre 2019;
- *implementazione* della POs Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni Alert negli ospedali per acuti, nelle RSA e RP;
- controlli sulla corretta applicazione delle precauzioni standard, aggiuntive e isolamento dei pazienti colonizzati/infetti;
- verifica della contaminazione microbiologica delle sale operatorie;

Indicatori e risultati attesi:

- presentazione dei primi dati dello studio di prevalenza entro marzo 2019;
- presentazione dei dati dello studio di incidenza ISC entro giugno 2019;
- raccolta dei dati come da MOD DS – SORV ALERT ed elaborazione dei seguenti indicatori: distribuzione % dei microorganismi alert isolati, distribuzione % microorganismi alert isolati per reparto, % pazienti con infezione acuta, colonizzati, portatori cronici, entro giugno 2019;
- presentazione del 1° report MICRORGANISMI ALERT entro giugno 2019, del 2° report entro dicembre 2019;
- raccolta trimestrale dati e verifica sulla corretta applicazione delle precauzioni standard, aggiuntive e isolamento dei pazienti colonizzati/infetti;
- presentazione dei dati della verifica della contaminazione microbiologica delle sale operatorie entro febbraio 2019.

Obiettivo specifico 2:**APPLICAZIONE E CONTROLLO DELLE BUONE PRATICHE
PER LA PREVENZIONE DELLE ICA**

Razionale: le precauzioni standard per la prevenzione delle ICA sono le misure da adottare per l'assistenza di tutti i pazienti indipendentemente dalla diagnosi o dal presunto stato infettivo.

L'igiene delle mani è riconosciuta come una delle pratiche centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione di infezioni ed è ben documentato che un elevata adesione alla corretta igiene delle mani riduce il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

La prevenzione delle infezioni associate ad un device (Catetere Venoso Centrale, Catetere Urinario, Ventilazione meccanica) è centrale nella lotta alle ICA e l'applicazione di *bundle of care* rappresentano una pratica efficace per la sicurezza del paziente.

Per *bundle* si intende un insieme di interventi con evidenza scientifica dimostrata che, se usati insieme, danno un risultato migliore in termini di outcome rispetto alle singole azioni.

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano il 15-20% delle ICA.

L'incidenza stimata delle ISC nei reparti di chirurgia può variare tra il 3 e l'8% (da meno dell'1% in alcuni interventi puliti in pazienti non a rischio, al 15% in interventi sull'intestino in pazienti a rischio).

Nella usl 2 la prevalenza stimata nel 2016 delle ISC è pari al 14%.

La comparsa di una ISC prolunga la degenza di circa 7 giorni con un costo aggiuntivo medio del 10-20 per cento e può essere la causa di serie complicanze.

I dati locali di sorveglianza e le osservazioni svolte nei reparti indicano la necessità di rafforzare l'implementazione delle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza.

Azioni previste:

- verifica periodica dell'implementazione della PG "Igiene delle mani" con feedback ai Reparti al fine del miglioramento continuo;
- elaborazione ed implementazione della procedura "Prevenzione e trattamento delle infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale";
- diffusione capillare dei *bundle* per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, alla ventilazione meccanica e per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico;
- verifica annuale dell'adesione ai *bundle* in tutti presidi ospedalieri, nelle strutture riabilitative e nelle residenze per anziani;
- valutazione e gestione del rischio Legionellosi nelle strutture ospedaliere e nelle residenze sanitarie assistenziali;
- prevenzione della trasmissione della tubercolosi;
- verifica annuale dei processi di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili;
- monitoraggio igiene ambientale (pulizia, sterilizzazione e lavanolo);
- verifica del corretto utilizzo di disinfettanti e antisettici negli ospedali e nelle strutture residenziali.

Indicatori e risultati attesi:

- consumo di gel alcolico nei presidi ospedalieri > 15 l/1000 gg paziente, verifica annuale;
- valutazione annuale della % di adesione all'igiene delle mani (scheda di osservazione OMS, proporzione di comportamenti conformi) in tutte le strutture di degenza;
- Presentazione e diffusione della procedura "Prevenzione trattamento delle infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale" in tutte le strutture assistenziali entro febbraio 2019.

- valutazione annuale della % di adesione ai bundle per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, CV, ventilazione meccanica, ISC;
- estensione e diffusione della Procedura POs 07 DSP FOS controllo TB a tutti gli Ospedali Aziendali entro il 2019;
- verifica dei processi di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili entro il 2019
- valutazione annuale del rischio legionellosi in tutte le strutture ospedaliere e residenziali;
- definizione delle misure di monitoraggio ambientale negli ospedali e nelle strutture residenziali entro il 2019;
- definizione delle misure di controllo del corretto utilizzo di disinfettanti e antisettici negli ospedali e nelle strutture residenziali entro il 2019

Obiettivo specifico 3:

USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI

Razionale: l'uso inappropriato degli antibiotici rappresenta uno dei determinanti delle ICA e contribuisce all'aumento e la diffusione dei patogeni multiresistenti. Attraverso la selezione dell'antibiotico appropriato, del corretto dosaggio e durata del trattamento è possibile raggiungere l'efficacia ottimale nella prevenzione e nel trattamento delle infezioni. L'attivazione di un programma di *antimicrobial stewardship*, una serie di interventi diretti al monitoraggio e all'orientamento dell'utilizzo degli antimicrobici in ospedale, attraverso un approccio standardizzato e supportato dall'evidenza al fine di ottenere un uso giudizioso dei farmaci, rappresenta uno strumento che mira a migliorare l'esito clinico, a ridurre la selezione e la diffusione di germi resistenti, a ridurre gli effetti avversi degli antibiotici e infine a contenere i costi.

Azioni previste

- Verifica periodica (annuale) dell'implementazione della PG Antibioticoprofilassi Perioperatoria (APP);
- Definizione del programma aziendale di Antimicrobial stewardship e individuazione del team (microbiologo clinico- farmacista esperto- infettivologo o medico internista esperto) in ogni ospedale;
- Redazione ed implementazione della procedura per la Antibioticoterapia empirica;
- Predisposizione della modulistica unica aziendale per le richieste motivate, della lista degli AB con richiesta motivata e del percorso autorizzativo;
- Verifica periodica del consumo degli antibiotici nei reparti ospedalieri e sul territorio.

Indicatori e risultati attesi

- Verifica della % di APP somm. entro 60 min. prima dell'incisione (std 100%)
- Verifica della % APP non continuato dopo 24 ore dall'intervento (std. 95%)

- Approvazione del programma aziendale di Antimicrobial stewardship e istituzione del team in ogni ospedale
- Redazione ed implementazione della procedura per la Antibioticoterapia empirica entro il 2019
- Predisposizione e diffusione della modulistica unica aziendale entro marzo 2019
- Verifica annuale del consumo di antibiotici (ddd/100 giorni di degenza e ddd/1000 abitanti);
- Riduzione > 5% del consumo di antibiotici sistemici in ospedale nel 2020 rispetto al 2016 e >10% in ambito territoriale (risultato atteso nel PNCAR 2017-2020);
- Riduzione >10% del consumo di fluorochinoloni nel 2020 rispetto al 2016 in ambito territoriale ed ospedaliero (risultato atteso nel PNCAR 2017-2020).

Obiettivo specifico 4:

FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Razionale: tra i principali fattori che ostacolano l'effettiva capacità dei servizi sanitari di controllare il rischio infettivo vi sono la scarsa percezione della rilevanza del problema da parte di dirigenti e operatori; le ICA non vengono considerate un rischio importante per la sicurezza del paziente e degli operatori, la formazione primaria sull'argomento, l'addestramento al momento dell'assunzione in servizio e gli aggiornamenti periodici risultano essere insufficienti.

Azioni previste:

- programmazione e realizzazione del corso “Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza” (Piano formativo aziendale 2019);
- includere, per il personale di nuovo inserimento, la valutazione delle competenze e l'adesione alle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA;
- predisposizione ed esposizione di poster e promemoria per l'igiene delle mani e per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, CV, ventilazione meccanica, ISC presso tutte le strutture di assistenza.

Indicatori

- realizzazione dei corsi programmati entro il 1° semestre 2019;
- inserimento nella scheda profilo delle competenze quelle specifiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA (p.es. eseguire correttamente l'igiene delle mani) entro marzo 2019;
- esposizione di poster e promemoria in tutte le strutture di assistenza entro dicembre 2019

Obiettivo specifico 5: PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI

Razionale: i pazienti ed i loro familiari possono svolgere un ruolo importante nel dare un contributo nella prevenzione delle ICA e nell'adozione delle precauzioni standard ed è necessario che maturino una maggiore consapevolezza dei relativi rischi.

Azioni previste

- Fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la riduzione del rischio infettivo, sulle misure di precauzione e sull'uso responsabile degli antibiotici.

Indicatore

- Predisposizione e diffusione di locandine ed opuscoli a supporto dell'educazione dei pazienti e familiari entro il 2019.

Nella tabella seguente sono elencati gli obiettivi del piano, le azioni individuati che dovranno contribuire al loro raggiungimento, le strutture coinvolte e gli indicatori di valutazione.

Obiettivo	Azione	Strutture coinvolte	Indicatori di valutazione
SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Programmazione e realizzazione del secondo studio di prevalenza negli ospedali	DMP (Direzioni Mediche di Presidio), SITRO, SSD Epidemiologia e analisi biostatistica	Presentazione dei primi dati dello studio di prevalenza entro marzo 2019
	Attuazione dello studio di incidenza infezioni del sito chirurgico negli interventi di protesi ortopedica	SC Ortopedia e traumatologia, SITRO, SSD Epidemiologia e analisi biostatistica	Presentazione dei dati dello studio di incidenza ISC entro giugno 2019
	Verifica semestrale dell'implementazione della POs Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni Alert	DMP, Laboratorio Microbiologia	Presentazione del 1° report MICRORGANISMI ALERT entro giugno 2019
	Controlli trimestrali sulla corretta applicazione delle precauzioni standard, aggiuntive e dell'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti	DMP, Strutture riabilitative e RSA	% di adesione alle misure definite (1° controllo entro Marzo 2019)
	Verifica della contaminazione microbiologica delle sale operatorie	DMP, SPP, SQA	Presentazione dei dati della verifica della contaminazione microbiologica delle sale operatorie entro febbraio 2019.



APPLICAZIONE E CONTROLLO DELLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA	Verifica annuale dell'implementazione della PG GRC Igiene delle mani	DMP, SITRO, GRC	Consumo di gel alcolico nei presidi ospedalieri > 15 l/1000 gg paziente; % di adesione all'igiene delle mani
	Elaborazione ed implementazione della procedura " Prevenzione e trattamento delle infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale"	Dip. Medicina, SC Urologia, Lab micobiol., SITRO, GRC, SQA	Presentazione e diffusione della procedura in tutte le strutture assistenziali entro febbraio 2019
	Diffusione capillare dei <i>bundles</i> per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, alla ventilazione meccanica e per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e verifica dell'adesione	DMP, Strutture riabilitative e residenze per anziani, SITRO, GRC	% di adesione ai bundles, verifica annuale
	Valutazione e gestione del rischio Legion. in tutte le strut. osp. e res.	DMP, SPP, UFFICIO TECNICO	Valutazione annuale del rischio legionellosi
	Prevenzione della trasmissione della tubercolosi in tutti gli Ospedali Aziendali	DMP, GRC, SPP, SQA	Estensione e diffusione della Procedura POs 07 DSP FOS controllo TB entro il 2019;
	Verifica dei processi di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili	DMP, SITRO, Direzione Distretti	Verifica entro 2019
	Monitoraggio igiene ambientale (pulizia, sterilizzazione e lavanolo);	DMP, SITRO, Direzione Distretti	Definizione delle misure di monitoraggio ambientale negli ospedali e nelle strutture residenziali entro il 2019
USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI	Verifica annuale dell'implementazione della PG Antibioticoprofilassi Perioperatoria	DMP, Dip. Chirurgia	% di APP somm. entro 60 min. prima dell'incisione (std 100%) % APP non continuato dopo 24 ore dall'intervento (std. 95%)
	Definizione del programma e del team di Antimicrobial stewardship in ogni ospedale	Direzione Sanitaria, Dip Medicina, Dip. Assist. Farmaceutica, Micobiologia	Approvazione del programma aziendale di Antimicrobial stewardship e istituzione del team entro 1° sem. 2019
	Redazione ed implementazione della procedura per la Antibioticoterapia empirica	Dip Medicina, Dip. Emergenza , Dip. Assist.Farmaceutica, Micobiologia, SITRO, GRC	Redazione ed implementazione della procedura entro 2019
	Predisposizione della modulistica unica aziendale per le richieste motivate, della lista degli AB con richiesta motivata ed del percorso autorizzativo	Dip. Assistenza Farmaceutica, Dip Medicina, Dip. Emergenza	Predisposizione e diffusione della modulistica unica aziendale entro marzo 2019
	Verifica semestrale del consumo degli antibiotici nei reparti ospedalieri (ddd/100 giorni di degenza) e sul territorio (ddd/1000abitanti)	Dip. Assistenza Farmaceutica	Verifica semestrale del consumo di antibiotici (ddd/100 giorni di degenza e ddd/1000abitanti)

FORMAZIONE ED AGGIONAMENTO	Programmazione e realizzazione del corso "Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza"	Serv. Formazione, GRC, SITRO	Programmazione e realizzazione del corso entro il 1° semestre 2019
	Includere, per il personale di nuovo inserimento, la valutazione delle competenze e l'adesione alle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA	SITRO	Inserimento nella scheda profilo delle competenze quelle specifiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA, entro marzo 2019
	Predisposizione ed esposizione di poster e promemoria per l'igiene delle mani e dei bundles per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, CV, VM, ISC	DMP, SITRO, GRC	Esposizione di poster e promemoria in tutte le strutture di assistenza, verifica annuale
PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI	Fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la riduzione del rischio infettivo, sulle misure di precauzione e sull'uso responsabile degli antibiotici	DMP, SITRO, GRC, SERV. FORM. E COMUNICAZIONE	Predisposizione e diffusione di locandine e opuscoli a supporto dell'educazione dei pazienti e familiari entro il 2019



USL Umbria 2

PIANO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2018- 2020

5. CRONOPROGRAMMA

AZIONI	Anno 2018			Anno 2019												Anno 2020												
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	
Verifica annuale dell'implementazione della PG GRC Igiene delle mani																												
Valutazione del rischio Legionellosi nelle strutture ospedaliere e nelle residenze sanitarie assistenziali																												
Verifica annuale dell'implementazione della PG Antibioticoprofilassi Perioperatoria (APP)																												
Elaborazione ed implementazione della procedura "Prevenzione e trattamento delle infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale"																												
Verifica della contaminazione microbiologica delle sale operatorie																												

AZIONI	Anno 2018			Anno 2019												Anno 2020												
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	
Programmazione e realizzazione del secondo studio di prevalenza negli ospedali																												
Verifica semestrale del consumo degli antibiotici nei reparti ospedalieri (ddd/100 giorni di degenza) e sul territorio (ddd/1000abitanti)																												
Predisposizione della modulistica unica aziendale per le richieste motivate, della lista degli AB con richiesta motivata ed del percorso autorizzativo																												
Controlli trimestrali sulla corretta applicazione delle precauzioni standard, aggiuntive e per l'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti																												



USL Umbria 2

PIANO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2018- 2020

AZIONI	Anno 2018			Anno 2019												Anno 2020											
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Aggiornamento della scheda profilo delle competenze (personale di nuovo inserimento) con specifiche per la prevenzione e controllo ICA																											
Programmazione e realizzazione del corso "Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza"																											
Definizione del programma e del team di Antimicrobial stewardship in ogni ospedale																											
Attuazione dello studio di incidenza infezioni del sito chirurgico negli interventi di protesi ortopedica e presentazione dei dati																											



USL Umbria 2

PIANO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2018- 2020

AZIONI	Anno 2018			Anno 2019												Anno 2020										
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov
Verifica semestrale dell'implementazione e della POs Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni Alert																										
Estensione e diffusione della Procedura POs 07 DSP FOS controllo TB a tutti gli Ospedali Aziendali																										
Verifica del corretto utilizzo di disinfettanti e antisettici negli ospedali e nelle strutture residenziali.																										
Redazione ed implementazione della procedura per la Antibioticoterapia empirica																										



USL Umbria 2

PIANO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2018- 2020

AZIONI	Anno 2018			Anno 2019												Anno 2020										
	Ott.	Nov.	Dic.	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov
Fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la riduzione del rischio infettivo, sulle le misure di precauzione ed il responsabile uso di antibiotici																										
Verifica annuale dei processi di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili																										
Verifica annuale dell'adesione ai <i>bundles</i> in tutti presidi ospedalieri, nelle strutture riabilitative e nelle residenze per anziani																										
Verifica esposizione di poster e promemoria per l'igiene delle mani e dei bundles per la prevenzione delle infezioni associate a CVC, CV, VM, ISC																										

6. RISORSE

La realizzazione delle azioni proposte richiede il coordinamento e l'integrazione a livello aziendale tramite il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere e delle Infezioni Correlate all'Assistenza e a livello delle singole strutture sanitarie coinvolgendo tutte le figure professionali.

Per rendere operativo il presente piano

- si da mandato ai Gruppi operativi di Presidio e al Gruppo Operativo Inter-Distrettuale, istituiti con Delib. DG n° 646 del 31.07.2014 e aggiornati con Delib. DG n.111 del 13/04/2016, della puntuale attuazione operativa , del coordinamento e della raccolta dei dati per la elaborazione degli indicatori nello specifico contesto operativo;
- verranno definiti, nell'ambito della negoziazione annuale degli obiettivi budget, gli obiettivi specifici da raggiungere nelle singole strutture e gli indicatori di misurazione;
- è necessario incrementare il numero dei professionisti dedicati alla prevenzione ed il controllo delle ICA e costituire i team per la *antimicrobial stewardship*.

7. RIFERIMENTI

1. ECDC country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues, 9-13 January 2017, MISSION REPORT, <http://ecdc.europa.eu>
2. Umscheid C.A, Mitchell M.D., Doshi J.A., Agarwal R., Williams K., Brennan P.J.. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs, Infect. Control Hosp. Epidemiol.2011 Feb; 32(2):104-14.
3. Piano Nazionale di Contrastodell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, ottobre 2017
4. Progetto linea guida sulla sanificazione ambientale per la gestione del rischio clinico ed il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, ANMDO, ottobre 2017
5. Linea guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi del 7 maggio 2015
6. Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici. Regione Emilia-Romagna 2013
7. Carbapenem- resistant Enterobacteriaceae, first update, 4 June 2018, <http://ecdc.europa.eu>
8. Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* in health care facilities, WHO, 2017.