



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale N. 688 del 22/09/2021

Proponente: Il Direttore UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

Oggetto: PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA).

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 23/09/2021 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Mariomassimo Mensorio - UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, il funzionario Pasquale Cecere

Oggetto: PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA).

Direttore UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n.241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6.bis della Legge 241 del 1990 e s.m.i.

Premesso che

- La Legge 8 marzo 2017 , n. 24 recante *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* stabilisce all'art. 1 comma 2 che "la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative";
- La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresenta un aspetto cruciale per la sicurezza delle cure e, pertanto, necessita la pianificazione di attività concordate e monitorate per la verifica di efficacia;

Considerato che

- L'AORN di Caserta, nell'ultimo triennio, ha attuato una serie di attività, iniziative e procedure per la prevenzione e il controllo delle ICA e per il contrasto dell'antimicrobico resistenza (AMR);

Visti

- La Circolare Ministero Sanità N. 52/1985 Lotta Contro Le Infezioni Ospedaliere,
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie",
- Il MANUALE PER GLI OSSERVATORI strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani, 2017,
- Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 Della Regione Campania,
- La Deliberazione Giunta Regionale n. 767 del 28/12/2016 avente ad oggetto dell'Atto: Approvazione "LINEE D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA CAMPANIA SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI E SUL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ORGANISMI MULTIRESISTENTI per l'attuazione delle Azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018,
- Il Decreto Dirigenziale n. 44 del 19/02/2018 pubblicato sul BURC n. 18 del 26 Febbraio 2018 la Regione ha stabilito che le ASL, le AO, le AOU e gli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale della Campania, recepiscono con atto deliberativo le LINEE D'INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEI

Deliberazione del Direttore Generale

PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP E PER L'IMPLEMENTAZIONE LOCALE DEI PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA - ADEMPIMENTI DEL "PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA", RECEPITO CON D.C.A. N. 66 DEL 13/12/2017 quale adempimento da attuare nell'ambito delle attività richieste dal Programma G, Azione G.7, del "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", così come approvato con D.C.A. n. 36 del 01/06/2016, nonché come atto propedeutico all'implementazione delle azioni di governo dei percorsi prescrittivi, definite come Antimicrobial Stewardship, richieste dal "Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza" recepito con il DCA n. 66 del 13/12/2017,

- La Circolare Ministeriale 0035470-06/12/2019-DGPRES-MDS-P avente ad oggetto "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)",
- Il Decreto Dirigenziale 37 del 18/02/2020 avente ad oggetto Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Alle Aziende Ospedaliere Universitarie ed agli IRCCS per l'implementazione delle misure previste dalla Circolare del Ministero della Salute " 2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da CRE",
- le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" di cui alla Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00163 della Regione Lazio che offrono indicazioni per l'elaborazione del PAICA aziendale;

Ritenuto

- di dover integrare in un unico documento la pianificazione annuale degli obiettivi aziendali per la prevenzione e il controllo delle ICA e per il contrasto all'AMR,
- di dover fissare, entro la programmazione annuale, obiettivi misurabili per ciascuna attività, con indicazione dei relativi indicatori, dei process owner e delle scadenze temporali;
- di dover adottare formalmente la pianificazione annuale entro il termine della verifica dell'attività ispettiva ordinaria – anno 2021 della Regione Campania di cui alle L.R. n.20/2015 e s.m.i. e DGRC n.104/2021 la quale prevede, nell'ambito delle verifiche di correttezza sanitaria relative all'Assistenza ospedaliera, il numero dell'atto Deliberativo di assunzione del PAICA (Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza),
- di poter adottare, quale riferimento nella stesura, le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" di cui alla Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00163 della Regione Lazio;

Visto

- Il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA) 2021 elaborato dalla dott.ssa Patrizia Cuccaro in qualità di Referente Aziendale ICA allegato alla presente;

Attestata

- la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

PROPONE

1. di **ADOTTARE** il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA) 2021 allegato alla presente per formarne parte integrante;
2. di **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alla Direzione Sanitaria, a tutti i Dipartimenti Assistenziali, alla UOC Risk Management, alla UOC Ingegneria Ospedaliera, alla UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA, alla UOC Appropriatelyzza Epidemiologia Clinica, Formazione Qualità e Performamce, alla UOC Provveditorato, alla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione;
3. di **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

**UOC ORGANIZZAZIONE E
PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI
OSPEDALIERI E SANITARI
Dott. Mario Massimo Mensorio**

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

IL DIRETTORE GENERALE

Gaetano Gubitosa

nominato con D.G.R.C. n.76 del 10/06/2020
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitario Dr Mario Massimo Mensorio;

Acquisiti i pareri favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara

DELIBERA

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

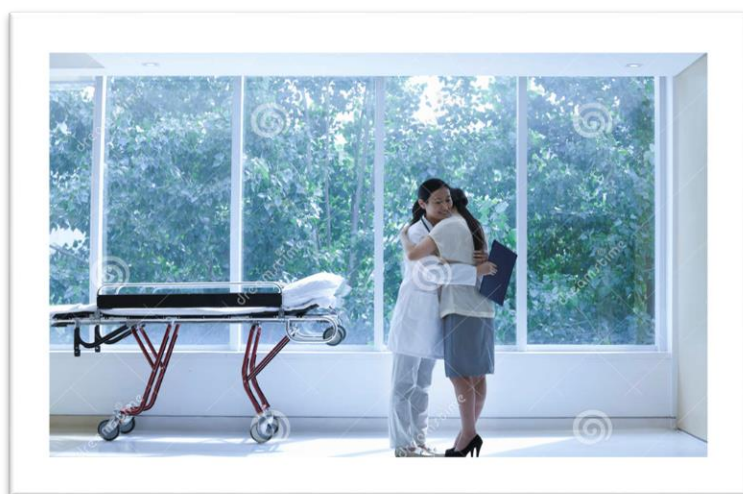
1. **ADOTTARE** il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA) 2021 allegato alla presente per formarne parte integrante;
2. **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alla Direzione Sanitaria, a tutti i Dipartimenti Assistenziali, alla UOC Risk Management, alla UOC Ingegneria Ospedaliera, alla UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA, alla UOC Appropriatelyzza Epidemiologia Clinica, Formazione Qualità e Performance, alla UOC Provveditorato, alla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione;
3. **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

IL DIRETTORE GENERALE

Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT
DEL RISCHIO INFETTIVO
PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA (PAICA) anno 2021

*SINTESI DEGLI OBIETTIVI DEL
DOCUMENTO*

Pianificare ed attuare le attività di prevenzione e di gestione del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) in AORN nell'ambito del programma aziendale per il management del rischio infettivo

Approvato dal Comitato Controllo ICA
Autore: Patrizia Cuccaro, Referente ICA

INTRODUZIONE

1) Ambito di applicazione

L'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta è un ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione, individuato dai decreti di programmazione regionale quale sede degli interventi, delle attività e delle funzioni di DEA di II livello, del Bleeding center per le emergenze gastroenterologiche, del Coordinamento donazione e prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto, del Centro di riferimento per le valutazioni immunoematologiche, del Centro di riferimento per gli impianti cocleari, sede del Coordinamento del trasporto neonatale di emergenza, del Centro traumi di alta specializzazione e Centro traumi di zona della Rete del sistema integrato per l'assistenza al trauma e sede di Neuroriabilitazione - Unità spinale e Riabilitazione intensiva, Centro di riferimento per la sicurezza trasfusionale, per il territorio provinciale, nell'ambito della Rete ospedaliera regionale, organizzata in hub (centri di riferimento) e spoke (centri periferici), come Hub di II livello per l'ictus cerebrale acuto, Hub di II livello per la Rete IMA (Infarto miocardico acuto) e Centrale operativa cardiologica del DIE (Dipartimento integrato delle emergenze); Spoke di II livello per la Rete di emergenza pediatrica e per la terapia del dolore, sede delle Unità operative Medicina nucleare e Radioterapia, nell'ambito della Rete oncologica campana (ROC).

I posti letto assegnati all'Azienda ospedaliera di Caserta dal Piano regionale di Programmazione della Rete ospedaliera sono 613. I posti letto attivi sono n° 486, sebbene sono previste e prevedibili fluttuazioni legate a emergenze specifiche, quali ad esempio, le recrudescenze della pandemia da COVID 19.

2) Scadenze temporali

Il presente Piano Aziendale ha validità fino al 15 febbraio 2022 e, comunque, fino alla revisione con adozione di nuovo PAICA.

3) Struttura del PAICA

Il presente PAICA è stato redatto secondo le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" di cui alla Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00163 della Regione Lazio, utilizzando come modello il PAICA dell'AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 6. Come tale è strutturato in

- a) **PREMESSA**
 - Contesto organizzativo
 - Resoconto delle attività del PAICA
- b) **MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PAICA**
- c) **OBIETTIVI**
- d) **ATTIVITÀ**
- e) **MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAICA**
- f) **RIFERIMENTI NORMATIVI**
- g) **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1) PREMESSA

a) Contesto organizzativo.

- *Data di costituzione e composizione del CCICA*

Presso l'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta si è provveduto con atti deliberativi n.214 del 27.02.2020, n.199 del 14.03.2019, n.886 del 11.10.2018, n. 188 del 07.04.2016 e n. 51 del 22.01.2010 a istituire e rimodulare la composizione del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CC_ICA), nonché la composizione del Gruppo Operativo dello stesso, già prevista dalla deliberazione n. 198 del 19.03.2010. In ultimo, con Deliberazione del Direttore Generale N. 241 del 18/03/2021 si è adottata la modifica componenti e costituzione della rete dei facilitatori di reparto nel controllo delle ICA. Con tale atto, per ciascuna UO sono stati individuati un dirigente e un operatore di comparto con il ruolo di facilitatori e con il compito di supportare la propria U.O. nell'applicazione delle misure di infection prevention & control (IPC).

- *Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA*

Il CC-ICA dell'AORN di Caserta non ha risorse dedicate. Come previsto dalla circolare ministeriale n.52/85, il Comitato riconosce tra i suoi compiti:

1. Definire la strategia di lotta contro le Infezioni Ospedaliere, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:

organizzazione del sistema di sorveglianza, misure di prevenzione, potenziamento dei servizi di microbiologia, metodo e mezzi per informare il personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni

2. Verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia

3. Curare la formazione culturale e tecnica in materia del personale.

Il comitato coadiuvato dal Direttore Sanitario comprende un rappresentante delle aree funzionali, esperto in igiene, in malattie infettive ed in microbiologia quali figure essenziali, e un referente del personale Infermieristico che coordina l'area assistenziale. Il comitato ha designato un ristretto gruppo operativo con specifiche mansioni attinenti al programma:

- un esperto in microbiologia,
- un esperto in malattie infettive,
- una caposala,
- tre infermieri professionali particolarmente addestrati in materia,
- un farmacista ospedaliero.

Il gruppo operativo partecipa ai lavori del comitato.

Sempre ai sensi della Circolare n.52, è stata individuata una figura infermieristica con il compito di supportare il Comitato nella sorveglianza delle ICA con esperienza consolidata nel lavoro di reparto e coinvolta nel programma di controllo.

Le sue funzioni sono le seguenti:

1. Sorveglianza delle infezioni ospedaliere (rilevazione dei dati ed analisi periodica, indagini di eventi epidemici).

2. Educazione-insegnamento (programmi di aggiornamento, nuovi assunti, ecc.) nei confronti del personale di assistenza.

3. Collegamento tra il Comitato per le Infezioni Ospedaliere e le diverse aree ospedaliere (applicazione delle misure di controllo decise).

4. Modificazione dei comportamenti del personale di assistenza.

- Indicatori di diagnostica e controllo ICA utilizzati

Il laboratorio di Microbiologia aveva in atto nel 2018 già procedura e sistemistica per identificazione dei CRE con fenotipizzazione manuale e consolidata cultura nell'identificazione dei CRE e nella partecipazione ai sistemi di sorveglianza regionale di antibiotico-resistenza. Era stata adottata una procedura organizzativa per dare percorso preferenziale alle emocolture di pazienti critici e anticipare il più possibile i risultati degli antibiogrammi e, conseguenzialmente, la tempestiva impostazione della terapia antibiotica mirata. Era, altresì, attiva una stewardship antibiotica curata dagli specialisti di Malattie Infettive. L'acquisizione di sistemi automatizzati di fenotipizzazione e genotipizzazione, insieme ad una estensione h12 dell'orario di Microbiologia, hanno consentito una più efficiente distribuzione delle risorse organizzative ed umane e un forte recupero dei tempi di risposta.

Con Deliberazione n. 185 del 13 marzo 2019 viene indetta la PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO TRIENNALE DELLA FORNITURA IN NOLEGGIO DI SISTEMI ANALITICI COMPLETI per

- MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization – Time of Flight) è un tipo di spettrometria di massa adatta all'identificazione rapida di batteri e miceti (5 – 10 min.) rispetto alle 8-12 ore delle metodologie convenzionali
- Light-scattering, tecnologia in grado di fornire informazioni sulla sensibilità/resistenza del patogeno responsabile dell'infezione ai principali antibiotici entro 4-6 ore, rispetto alle 16-24 ore dell'antibiogramma convenzionale;
- Time-lapse microscopy, tecnologia innovativa che associa l'osservazione microscopica a metodiche di ibridazione in situ con cui è possibile avere l'identificazione batterica in 1-2 ore e l'antibiogramma in circa 6 ore, rispetto alle 16-24 ore delle metodologie convenzionali;
- PCR real-time, DNA microarrays, tecnologie di biologia molecolare capaci di consentire l'identificazione, su base sindromica, dei principali patogeni batterici, virali e fungini e alcuni dei principali determinanti di antibiotico-resistenza anche direttamente da campione clinico (sangue, liquor, broncoaspirati, essudati etc.) in circa 2 ore, rispetto alle 16-24 ore delle metodologie convenzionali.

- Numero di stanze per l'isolamento dei pazienti infettivi

In AORN sono disponibili n. 2 stanze a pressione negativa per l'isolamento da airborne presso il reparto di Medicina d'Urgenza, ed. F, Pt.

L' Unità Operativa Complessa (UOC) di Terapia Intensiva e Rianimazione ha una capienza di 9 posti letto, di cui 4 in stanze di isolamento, mentre l'UOC di Terapia Intensiva del Dipartimento Cardiovascolare ha una capienza di 9 posti letto (1 di isolamento).

Per isolamento da droplet o contatto nei reparti di assistenza, la procedura aziendale prevede una gerarchia di interventi che vanno da: isolamento in stanza singola, isolamento in coorte, isolamento funzionale.

distribuzione dei dispenser (in reparti e in aree comuni) e del consumo di gel idroalcolico. Nel corso del 2022 sarà condotta una nuova indagine sul consumo standardizzato per posto letto. È, altresì, in atto una verifica della distribuzione attuale dei dispenser per la valutazione e l'eventuale distribuzione.

- Definizione di un programma di Antimicrobial Stewardship

Con Deliberazione n. 374 del 06/06/2018 l'AORN di Caserta ha provveduto alla PRESA D'ATTO DECRETO DIRIGENZIALE N. 44 DEL 19/02/2018, avviando un programma aziendale di Antimicrobial Stewardship (AMS) che ha riguardato, tra il 2018 e il 2019, alcune UU.OO.

Il Programma AMS è stato sospeso tra l'inizio del 2020 e il 31 marzo 2021 causa della emergenza pandemica da COVID-19 per la necessità di riservare risorse umane, professionali e logistiche ai reparti COVID. La ripresa del Programma, ratificata con nota prot. 0007813/i del 4 marzo 2021, ha riguardato le UU.OO. di Terapia Intensiva del Dipartimento Cardiovascolare e di Anestesia e Rianimazione. Rientra tra gli obiettivi di questo PAICA l'adozione formale del programma con atto deliberativo e il monitoraggio dei relativi outcomes sanitari ed economici.

- Presenza di una UO di Igiene Ospedaliera

L'Atto Aziendale dell'AORN prevede una UOC di Igiene Ospedaliera, attualmente non attivata.

- Presenza di uno o più reparti di malattie infettive

È presente in AORN una UOC di Malattie infettive e Tropicali a direzione universitaria con 16 pp.ll. ordinari e 2 di DH.

b) Resoconto attività del PAICA precedente

Il presente documento rappresenta il primo Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza adottato e varato dall' A.O.R.N. di Caserta.

Nonostante l'assenza di una pianificazione unitaria e sistemica deliberata, l'AORN di Caserta ha realizzato numerose attività nell'ambito dell'Infection control. Nello specifico il CCICA si è attenuto ed ha perseguito la realizzazione dei obiettivi del PRP 7.3 (2014 – 2019). Nei singoli obiettivi del presente Piano saranno passati in esame le attività preesistenti e la relativa implementazione attesa per il 2021.

2) MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PAICA

ATTIVITA'	UOC OPSOS	DIRETTORE SANITARIO PRESIDENTE CC-ICA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DIRETTORE GENERALE	STRUTTURE TECNICHE DI SUPPORTO
Redazione e proposta PAICA	R	C	C	C	-
Verifica e approvazione	-	R	-	-	-
Adozione PAICA con deliberazione	I	R	R	R	-
Monitoraggio PAICA	R	R	C	I	R

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

3) OBIETTIVI

Il CCICA con l'elaborazione del PAICA 2021, fa propri i seguenti obiettivi strategici:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo e dello sviluppo delle antibiotico-resistenze;
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE;
- c) Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA e dell'AMR, con particolare riferimento alle Azioni G.6 (Sorveglianza Infezioni Correlate all'Assistenza) e G.7 (Promozione corretto uso di antibiotici) di cui al Piano regionale della Prevenzione (PRP).

4) ATTIVITÀ

Per il PAICA 2021 vengono identificate le seguenti attività specifiche:

A) Creare un network di operatori esperti nella gestione del rischio infettivo nell'ambito dell'AORN in grado di elevare gli standard di sicurezza e limitare il rischio di trasmissione delle ICA per i pazienti e il rischio biologico per il personale aziendale, in sinergia con la Direzione Sanitaria e con il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (CC-ICA):

1. Organizzazione di 1 corso di formazione degli operatori mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA obbligatorio per facilitatori ICA;
2. Aumentare sensibilità e partecipazione dei facilitatori ICA alle iniziative in tema di rischio ICA attraverso la costituzione e gestione di network dipartimentali di facilitatori delle ICA nei reparti;
3. Aggiornare la pagina internet dedicata al CC_ICA sul sito aziendale.

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE:

1. Consolidamento del modello di sorveglianza attiva delle colonizzazioni/infezioni da CRE ed altri Germ Alert;
2. Implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert;
3. Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1;
4. Riavvio osservazioni sul lavaggio delle mani secondo il Manuale Osservatori dell'OMS
5. Monitoraggio della distribuzione dei dispenser di soluzione idroalcolica in vista dei programmi di implementazione.

C) Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nell'utilizzo degli antibiotici in terapia e profilassi:

1. Consolidamento e formalizzazione del Programma di *Antimicrobial Stewardship*;
2. Adozione e attuazione linee di indirizzo per l'implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica
3. Revisione della Procedura aziendale per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico con protocolli di antibiotico-profilassi

A) Creare un network di operatori esperti nella gestione del rischio infettivo nell'ambito dell'AORN in grado di elevare gli standard di sicurezza e limitare il rischio di trasmissione delle ICA per i pazienti e il rischio biologico per il personale aziendale, in sinergia con la Direzione Sanitaria e con il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (CC-ICA):

ATTIVITA' 1. Organizzazione di 1 corso di formazione degli operatori mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA obbligatorio per facilitatori ICA;

RAZIONALE	Assicurare ai facilitatori ICA: a) Acquisizioni Competenze Formative Tecnico Professionali: Conoscere e saper utilizzare i principali strumenti di <i>infection & prevention control</i> (IPC) quali l'igiene delle mani, l'isolamento, la sorveglianza (in particolare per CRE), le precauzioni standard, da contatto, da droplet e da airborne e la pulizia dell'ambiente. b) Acquisizioni Competenze di Processo: Essere in grado di seguire la sorveglianza delle ICA e la verifica dell'aderenza alle procedure di IPC nel proprio reparto, favorendo la <i>compliance</i> dei colleghi. Saper effettuare le osservazioni sul lavaggio delle mani secondo il manuale dell'OMS c) Acquisizioni Competenze di Sistema: Lavorare in sinergia con la Direzione Sanitaria e con il CC-ICA per innalzare gli standard di sicurezza e limitare il rischio di trasmissione delle ICA per i pazienti e il rischio biologico per il personale aziendale
INDICATORE	ACCREDITAMENTO CORSO
STANDARD	SI
FONTE	Ufficio Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC-ICA	UFFICIO FORMAZIONE
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R

ATTIVITA' 2 Aumentare sensibilità e partecipazione dei facilitatori ICA alle iniziative in tema di rischio ICA attraverso la costituzione e gestione di network dipartimentali di facilitatori delle ICA nei reparti

RAZIONALE	La possibilità di raggiungere istantaneamente i facilitatori medici e infermieristici dei Dipartimenti assistenziali attraverso uno strumento rapido, capillare e gradito a tutti può favorire la diffusione e la condivisione di procedure, protocolli, informazioni e notizie estemporanee nonché facilitare risposte tempestive per la risoluzione di problematiche contingenti e le convocazioni
INDICATORE	COSTITUZIONE GRUPPI WhatsApp
STANDARD	7
FONTE	G.O. CC_ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	G.O. CC-ICA	Facilitatori ICA
Creazione Gruppi Wapp di Dipartimento	R	C
Invio e condivisione nuove Procedure	R	C
Organizzazione di almeno 1 incontro formativo-informativo in presenza	R	C

ATTIVITA' 3 Aggiornare la pagina internet dedicata al CC_ICA sul sito aziendale

RAZIONALE	Nel corso degli anni, i siti Web delle Pubbliche Amministrazioni hanno acquisito una sempre maggiore importanza, diventando – di fatto – il principale front office di ogni Ente, e lo stesso legislatore si è occupato più volte di definire caratteristiche e contenuti dei Website pubblici. Man mano che l'evoluzione del Web ha rivoluzionato la vita degli individui e delle imprese, sono stati emanati provvedimenti che hanno reso i siti uno snodo di centrale importanza nella vita dell'Ente: dalla Legge n. 4/2004 sull'accessibilità, al Codice dell'Amministrazione Digitale, fino alla Legge n. 69/2009 che ha addirittura previsto il c.d. "Albo on line". La realizzazione di un sito Web pubblico deve quindi rispondere a precisi requisiti, individuati normativamente, che hanno lo scopo di assicurare che la pubblicazione da parte dell'Amministrazione di informazioni e documenti, nonché l'offerta di servizi on line, garantisca la certezza istituzionale e l'attualità delle relative informazioni. Nel caso della pagina dedicata al Comitato di Controllo delle ICA e del management del rischio infettivo, si coglie l'ulteriore esigenza di accountability nei confronti dell'utenza e quella di creare una mappa identitaria delle attività del Comitato.
------------------	--

INDICATORE	AGGIORNAMENTO SITO
-------------------	--------------------

STANDARD	SI
-----------------	----

FONTE	G.O. CC_ICA
--------------	-------------

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC-ICA	WEBMASTER
Riprogettazione	R	C
Predisposizione nuovi contenuti	R	C
Aggiornamento	C	R

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

ATTIVITA' 1 Consolidamento del modello di sorveglianza attiva delle colonizzazioni/infezioni da CRE ed altri Germ Alert

RAZIONALE	In accordo con quanto raccomandato con circolare ministeriale 0035470-06/12/2019-DGPRE-MDS-P avente ad oggetto "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)", l'AORN attua un sistema di screening specifico sistematico tramite tampone rettale per pazienti ricoverati in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Oncologia. In caso di positività per CRE (od altro germ alert) l'UO mette in atto le misure di isolamento previste dalla Deliberazione aziendale n. 676_2021, sotto il controllo e la verifica da parte del G.O. del CC_ICA. In caso di batteriemia da CRE, è di fondamentale importanza assicurare il flusso informativo regionale e ministeriale su piattaforma IcaaroWeb
------------------	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA (Microbiologia/DS)	UNITA' OPERATIVE	INDICATORE	STANDARD	DEAD- LINE
Consolidamento del modello di sorveglianza attiva delle colonizzazioni/infezioni da CRE con arruolamento dell'UTIC tra le UU.OO. sottoposte a sorveglianza	R	C	Avvio sorveglianza UTIC	SI	30 set-21
Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE mediante controllo del corretto isolamento	C	R	Indicatori pannello di controllo Deliberazione aziendale n. 676_2021	Standard pannello di controllo Deliberazione aziendale n. 676_2021	30 set-21
Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	R	R	n. batteriemie da CRE segnalate/n. batteriemie da CRE diagnosticate	100%	31 dic-21

ATTIVITA' 2 Implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert

RAZIONALE	Attualmente in AORN è già presente un flusso informativo relativo ai <i>Germ Alert</i> alimentato dal Laboratorio di Microbiologia. Con tale flusso, l'isolamento del <i>Germ Alert</i> viene tempestivamente notificato al Reparto e alla Direzione Sanitaria per l'attuazione rapida delle strategie di isolamento di cui alla Delibera676_2021. È di fondamentale e strategica importanza elaborare una reportistica aggregata sulla circolazione dei patogeni e del relativo grado di resistenza agli antibiotici per singolo reparto e dipartimento da restituire ai clinici (Direttori di UO) sia a fini terapeutici (es. impostazione terapia empirica) sia a fini di autoassessment, audit e miglioramento continuo.
------------------	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA (Microbiologia/DS)	SIA	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
Progettazione reportistica	R	C	Consegna progetto	SI	15 lug-21
Messa in produzione cruscotto	C	R	Rilascio cruscotto	SI	30 set-21
Validazione e presentazione cruscotto al CC-ICA	R	C	Presentazione effettuata da verbale CC-ICA	SI	15 ott-21
Avvio utilizzo	R	C	Audit di reparto con CC_ICA	Almeno 2 audit	31 dic-21

ATTIVITA' 3. Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1

RAZIONALE	L'emanazione di nuove Linee Guida nazionali e internazionali sulla prevenzione e il controllo del rischio infettivo, anche riferite all'avvento della pandemia da COVID-19, unitamente alla modifica di modelli organizzativi assistenziali e alla necessità di presidiare il governo dei processi igienico-sanitari dell'AORN rende doveroso l'aggiornamento delle Procedure di <i>Infection Prevention & Control</i>
------------------	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

PROCEDURA	CC-ICA	Gruppo di Lavoro designati per singola procedura	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
Isolamento e precauzioni standard	R	R	Delibera	SI	15 set-21
Sanificazione	R	R	Delibera	SI	31 dic-21
Prevenzione Infezioni sito chirurgico	R	R	Delibera	SI	31 dic-21
Programma Antimicrobial Stewardship	R	R	n. audit	Almeno 2 audit	31 dic-21
Revisione Percorsi Sala Operatoria	R	R	Delibera	SI	31 dic-21

ATTIVITA' 4 Riavvio osservazioni sul lavaggio delle mani secondo il Manuale Osservatori dell'OMS

RAZIONALE	Nell'ambito della strategia multimodale mirata al miglioramento dell'igiene delle mani dell'OMS adottata dal Comitato di Controllo delle ICA (CC-ICA) di questa AORN, sono stati inclusi cicli di osservazione sul corretto lavaggio delle mani nel 2019, 2020 e 2021. Lo scopo principale del metodo proposto dall'OMS e adottato dall'AORN è produrre dati su larga scala sull'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori ed utilizzarne i risultati (quali e quantitativi) in audit di reparto.
------------------	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA (Team infection Control)	REPARTI	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
Progettazione cicli di osservazione e predisposizione relativo calendario	R	C	Lettera e calendario ai reparti	Almeno 2 reparti	31 ott-21
Effettuazione osservazioni	R	C	n. osservazioni	100/reparto	31 dic-21

C) Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nell'utilizzo degli antibiotici in terapia e profilassi

ATTIVITA' 1 Consolidamento e formalizzazione del Programma di *Antimicrobial Stewardship*

RAZIONALE	Con Decreto Dirigenziale n. 44 del 19/02/2018 la Regione Campania ha stabilito che le ASL, le AO, le AOU e gli IRCCS del SSR della, recepiscono con atto deliberativo le LINEE D'INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP E PER L'IMPLEMENTAZIONE LOCALE DEI PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA - ADEMPIMENTI DEL "PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA", RECEPITO CON D.C.A. N. 66 DEL 13/12/2017 quale adempimento da attuare nell'ambito delle attività richieste dal Programma G, Azione G.7, del "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", così come approvato con D.C.A. n. 36 del 01/06/2016, nonché come atto propedeutico all'implementazione delle azioni di governo dei percorsi prescrittivi, definite come Antimicrobial Stewardship, richieste dal "Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza" recepito con il DCA n. 66 del 13/12/2017. Con Deliberazione n. 374 del 06/06/2018 l'AORN di Caserta ha provveduto alla PRESA D'ATTO DECRETO DIRIGENZIALE N. 44 DEL 19/02/2018, avviando un programma aziendale di Antimicrobial Stewardship (AMS) che ha riguardato, tra il 2018 e il 2019, alcune UU.OO. Il Programma AMS è stato sospeso tra l'inizio del 2020 e il 31 marzo 2021 causa della emergenza pandemica da COVID-19 per la necessità di riservare risorse umane, professionali e logistiche ai reparti COVID. La ripresa del Programma, ratificata con nota prot. 0007813/i del 4 marzo 2021, ha riguardato le UU.OO. di Terapia Intensiva del Dipartimento Cardiovascolare e di Anestesia e Rianimazione. È necessario e strategico adottare formalmente il programma, insieme al consolidamento della <i>Diagnostic Stewardship</i> correlata alla <i>Antimicrobial Stewardship</i>, con atto deliberativo e monitorarne outcomes sanitari ed economici.
------------------	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA (Mal.Infettive/Microbiologia/ Farmacia/DS)	UNITA' OPERATIVE	INDICATORE	STANDARD	DEAD- LINE
Formalizzazione programma AMS	R	C	Delibera	SI	31 ott-21
Monitoraggio programma AMS	R	C	Report	SI	31 dic-21

ATTIVITA' 3 Revisione della Procedura aziendale per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico con protocolli di antibiotico-profilassi

RAZIONALE	Nel corso del 2019, al fine di dare riscontro alla richiesta della regione Campania di “relazionare sulla comparazione tra le misure per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico attualmente applicate nelle Unità Chirurgiche Aziendali” rispetto alle Linee Guida del WHO 2016 e dei CDC 2017 il CC-ICA a declinare, per ciascuna delle citate linee guida, le raccomandazioni in esse contenute, indicando, per ciascun topic raccomandato, il grado di compliance delle relative procedure aziendali (indicato come agreement), specificando per ciascuna l’atto formale (deliberazione) di riferimento. Dagli esiti di tale valutazione è emersa la necessità di aggiornare la procedura aziendale per la prevenzione delle ISC e i protocolli di antibiotico-profilassi. È stato istituito un Gruppo di Lavoro nell’ambito del Gruppo Operativo del CC-ICA il cui esito dei lavori è atteso per il 31-12-21.
------------------	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA	Gruppo di lavoro ISC	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
Ripresa lavori del Gruppo ISC	R	R	Riunione GdL	SI	31 ott-21
Stesura Procedura aziendale per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico con protocolli di antibiotico-profilassi	C	R	Acquisizione procedura da parte del CC-ICA	SI	31 nov-21
Adozione Procedura aziendale per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico con protocolli di antibiotico-profilassi	R	C	Delibera	SI	31-dic-21

d) MODALITA' DI DIFFUSIONE

L'AORN si avvale principalmente della posta elettronica aziendale, strumento di diffusione omogenea e capillare della documentazione di interesse. Per il PAICA 2021 viene previsto:

- a. L'invio del documento a tutti gli attori delle matrici di responsabilità
- b. L'invio ai Direttori dei Dipartimenti area Medica/Chirurgica/Emergenza
- c. La pubblicazione del Piano sul sito web aziendale del CCICA.

L'adozione con Deliberazione, inoltre, prevede la pubblicazione del PAICA sull'albo pretorio.

e) RIFERIMENTI NORMATIVI

1. CIRCOLARE MINISTERO SANITA' n. 52/1985 LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE
2. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie",
3. MANUALE PER GLI OSSERVATORI strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani, 2017
4. REGIONE CAMPANIA PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018
5. Circolare Ministeriale 0035470-06/12/2019-DGPRES-MDS-P avente ad oggetto "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)"
6. Decreto Dirigenziale 37 del 18/02/2020 avente ad oggetto Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Alle Aziende Ospedaliere Universitarie ed agli IRCCS per l'implementazione delle misure previste dalla Circolare del Ministero della Salute " 2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo dell infezioni da CRE"
7. Deliberazione Giunta Regionale n. 767 del 28/12/2016 avente ad oggetto dell'Atto: Approvazione "LINEE D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA CAMPANIA SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI E SUL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ORGANISMI MULTIRESISTENTI per l'attuazione delle Azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
8. Decreto Dirigenziale n. 44 del 19/02/2018 pubblicato sul BURC n. 18 del 26 Febbraio 2018 la Regione ha stabilito che le ASL, le AO, le AOU e gli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale della Campania, recepiscano con atto deliberativo le LINEE D'INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP E PER L'IMPLEMENTAZIONE LOCALE DEI PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA - ADEMPIMENTI DEL "PIANO NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA", RECEPITO CON D.C.A. N. 66 DEL 13/12/2017 quale adempimento da attuare nell'ambito delle attività richieste dal Programma G, Azione G.7, del "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", così come approvato con D.C.A. n. 36 del 01/06/2016, nonché come atto propedeutico all'implementazione delle azioni di governo dei percorsi prescrittivi, definite come Antimicrobial Stewardship, richieste dal "Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza" recepito con il DCA n. 66 del 13/12/2017