



REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N°: 743 DEL: 6 LUG. 2015	
DIREZIONE GENERALE	
OGGETTO: Lotta alle infezioni ospedaliere - Nomina componenti del Comitato Scientifico per la Sorveglianza ed il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza. Nuovo Regolamento.	
RESPONSABILE DR. GIUSEPPE CIMARELLA L'Estensore	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE Delibera GS 322/2014 Dott. Paolo Pezzato
Parere del Direttore Amministrativo: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE IL DIRETTORE U. O. C. Affari Generali Firma (Dr.ssa Francesca Gubiotti)	Dr.ssa Daniela Donetti <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data: 6 LUG. 2015
Parere del Direttore Sanitario: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE Firma: <i>Antonio Bray</i>	Dr. Antonio Bray <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data: 6 LUG. 2015
Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.	
Voce del conto economico su cui si imposta la spesa : _____ Visto del Funzionario addetto al controllo di budget : _____	AUSL VITERBO IL DIRETTORE F.F. ECONOMIA E FINANZE (Dot.ssa Annunziata Minopoli) Firma: _____ Data: _____
Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, l. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005.	
Responsabile del procedimento: Data: 3 LUG. 2015	Firma: <i>Dr. Giuseppe Cimarella</i>
Il Dirigente: Data: 3 LUG. 2015	Firma: <i>Dr. Giuseppe Cimarella</i>
Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []	

Oggetto: Lotta alle Infezioni Ospedaliere – Nomina componenti del Comitato Scientifico per la Sorveglianza ed il Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CC-ICA) Nuovo Regolamento

II COMMISSARIO STRAORDINARIO

PREMESSO che la AUSL di Viterbo individua tra le priorità da perseguire, la riduzione della incidenza delle infezioni Ospedaliere, in quanto rappresentano un evento particolarmente frequente con rilevanti implicazioni economiche, comportando danni anche gravi per la salute dei pazienti nonché, contestualmente, vengono a rappresentare un valido indicatore di qualità dell'assistenza fornita;

VISTA la circolare Ministero Sanità n. 52/1985 – “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;

VISTA la circolare Ministero Sanità n. 8/1988 “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;

VISTA la circolare Ministero Sanità n. 4 del 13/03/1998 “Misure di Profilassi per esigenze di Sanità Pubblica”;

VISTA la circolare Ministero Sanità 04/04/2010 “Linee guida per la Legionellosi”;

VISTO il testo unico n. 81/2008 “Misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti i settori di attività privati e pubblici”;

VISTO il D.lgs n. 112 del 30/03/1998 – “Linee Guida per la sorveglianza della TBC”;

VISTO il D.M. n. 219 del 26/06/2000 “Pulizia ambientale e smaltimento rifiuti”;

VISTO il D.P.R. n. 254 del 15/07/2003 “Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002 n. 179”;

CONSIDERATI i Piani Sanitari Nazionali 1998 – 2000; 2001 – 2003; 2003 – 2005; 2006-2008;

TENUTO CONTO del Piano Sanitario Lazio triennio 2002 – 2004, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 114 del 31/07/2002;

VISTO l'Atto Aziendale dell'AUSL Viterbo, pubblicato sul supplemento ordinario n. 11 al Bollettino Ufficiale Regione Lazio n. 6 del 14/02/2008;

PRESO ATTO che con deliberazione D.G. n. 642 del 19/05/2004 si era provveduto all'istituzione e nomina del Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale (C.I.O.) da intendersi quale organismo tecnico scientifico stabilmente costituito per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni contratte



in ambito ospedaliero, i cui obiettivi vengono perseguiti in conformità alle indicazioni della ©JCAHO 2003 (Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Surveillance , Prevention and Control of Infection.

Che successivamente, con deliberazione n. 952 del 28/05/2007 si era proceduto a nuova nomina dei componenti del C.I.O.

VISTO il Piano Controllo Legionella del 09/02/2010;

VISTO la Delibera aziendale n. 1435 del 23/11/2010 con oggetto "Appalto multiservizio tecnologico.... Omissis, Affidamento gestione piano controlli per la prevenzione legionellosi nei PP.OO. Aziendali";

CONSIDERATO l'istituzione del Registro per il controllo della Legionellosi in data 11/01/2011;

PRESO ATTO delle attività svolte dal Comitato per la Sorveglianza delle ICA, come da relazione riguardante le attività dal momento della istituzione del Comitato medesimo a firma dell'infermiere epidemiologo coordinatore Dott. Mario Curzi, in allegato e da considerare parte integrante del presente documento

RITENUTO opportuno procedere ad una revisione dei componenti del Comitato Scientifico per la Sorveglianza ed il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CC-ICA), tenuto conto delle variazioni intervenute in merito alle qualifiche o al rapporto di lavoro;

DELIBERA

Per tutto quanto in premessa riportato che si intende integralmente richiamato:

di individuare e nominare i componenti del Comitato Scientifico per la Sorveglianza ed il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CC-ICA) come di seguito indicato:

- Direttore Sanitario Aziendale: Dott. Antonio Bray con funzione di *Presidente*
- Direttore Sanitario POF e Risk Manager: *Dott. Franco Bifulco*
- Direttore Sanitario C.O.B. : *Dott. Giuseppe Cimarello*
- Infermiere epidemiologo, Coordinatore SAIO: *Dott. Mario Curzi*
- Area Medica: *Dott. Bruno Maria Mongiardo*
- Area Chirurgica: *Prof. Antonio Rizzotto*
- Area Onco-Ematologica: *Dott. Marco Montanaro*
- Rianimazione e Terapia Intensiva: *Dott. Pietro Vecchiarelli*
- Malattie Infettive: *Dott. Orlando Armignacco*
- Centro Riferimento AIDS: *Dott. Antonio Caterini*
- Farmacia: *Dott.ssa Maria Letizia Tosini*
- Laboratorio Analisi: *Dott.ssa Silvana Zolla*
- Medicina Legale: *Dott. Mario Gobattoni*
- Servizio Prevenzione e Protezione: *Ing. Alessandro Selbmann*
- Servizio Assistenza Infermieristica: *Dott. Roberto Riccardi*
- Segreteria: *Carla Marino*



di adottare il nuovo Regolamento Aziendale riguardante il CC-ICA Aziendale.

di individuare tre Gruppi Operativi Aziendali (G.O.A.) con specifiche funzioni, che dovranno vigilare sulla corretta applicazione di norme in materia di Igiene nonché delle varie pratiche assistenziali e saranno coordinati da figure professionali con specifiche competenze.

I G.O.A. potranno contare sulla collaborazione operativa dei G.O.P. (Gruppi Operativi di Presidio) individuati dalle Direzione di Presidio.

I gruppi sono individuati e composti nel modo sotto indicato:

1) IGIENE OSPEDALIERA

Coordinatore: *Dott. Franco Sileoni*

Medici delle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri di Periferia

Coordinatore Infermieristico Igiene Ospedaliera COB: C.P.S. *Danilo Cappelli*

Coordinatori Infermieristici Igiene Ospedaliera PP.OO. Civita Castellana e Tarquinia

Coordinatore Infermieristico Sale Operatorie del COB e dei PP.OO. Aziendali;

2) SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Coordinatore: *Dott. Antonio Caterini*

Dirigente Medico Igiene Ospedaliera: *Dott. Antonino Zingale*

Dirigente Medico Microbiologia: *Dott. I. Picari*

n. 1 Coordinatore Infermieristico SAIO

n. 1 Infermiere epidemiologo, Coordinatore SAIO: *Dott. Mario Curzi*

n. 1 Dirigente Farmacista

n. 1 Laboratorista Microbiologo

3) TERAPIA E PROFILASSI ANTINFETTIVA

Coordinatore: *Dott. Orlando Armignacco*

Dirigenti Medici della U.O. Malattie Infettive

di dare atto che i gruppi come sopra individuati ripartiranno le loro competenze come di seguito indicato:

il primo gruppo si prenderà cura di tutti gli aspetti che riguardano l'igiene ambientale e la buona prassi assistenziale;

il secondo gruppo si occuperà prevalentemente della sorveglianza batteriologica.

il terzo gruppo provvederà all'elaborazione di linee guida di antibiotico-terapia e di profilassi mirate alle singole realtà assistenziali e svolgerà attività di consulenza specialistica per eventi di particolare urgenza o emergenza.

di dare atto che la gestione della sorveglianza sul rischio biologico-occupazionale a livello aziendale continuerà ad essere attribuita al Centro di Riferimento AIDS.

di prendere atto che il Comitato Scientifico per la Sorveglianza ed il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CC-ICA), ogni volta lo ritenga opportuno, possa richiedere il supporto di uno o più esperti interni o esterni all'Azienda al fine di sviluppare e/o approfondire argomenti specifici, con particolare riguardo agli aspetti metodologici e statistici.



di nominare la sig.ra Carla Marino quale segreteria del CC-ICA Aziendale.

di adottare il Nuovo Regolamento Aziendale riguardante il CC-ICA Aziendale che è parte integrante della presente delibera;

di dare atto che per l'attuazione dei programmi di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CC-ICA) si avvarrà di Gruppi Operativi Aziendali (G.O.A.) referenti del Comitato stesso.

di dare atto che le funzioni del CC-ICA Aziendale saranno regolate secondo le direttive indicate nelle Circolari Ministero della Sanità n. 52/1985 e n. 8/1988 nonché dalla normativa stabilita dal D.lgs n. 626/94 e successive modifiche ed integrazioni, in sinergia con il Servizio di Prevenzione e Protezione ed in conformità alle indicazioni della ©JCAHO 2003 (Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), Surveillance, Prevention and Control of Infection.

di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto stante l'urgenza a provvedere

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio n. 45/96.

Il Direttore Amministrativo Aziendale
Dott.ssa Daniela Donetti

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Antonio Bray

Il Commissario Straordinario
Dott. Luigi Macchitella



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

REGOLAMENTO

**Comitato scientifico
per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni
correlate all' assistenza AUSL Viterbo**

Art. 1 Organizzazione generale e direzione

Il Comitato Scientifico per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) della AUSL di Viterbo è costituito al fine di dare risposte concrete al bisogno di migliorare la competenza, offrendo un supporto tecnico-scientifico e professionale a tutti gli operatori sanitari. Nello svolgere il ruolo di prevenzione e di lotta contro le infezioni correlate all'assistenza (ICA), le azioni del Comitato devono essere caratterizzate da un alto contenuto educativo in tema di promozione dell'igiene e da una funzione di aiuto a tutte le UU.OO. Ospedaliere ed ai servizi sanitari territoriali.

Esso ispira il suo operare alle direttive e alle sollecitazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, proponendo come obiettivo delle proprie iniziative la prevenzione delle infezioni ospedaliere, attraverso una costante promozione di ogni attività di studio, di ricerca, informazione e applicazione di modelli di intervento che consentano con una conseguente riduzione dei tassi di frequenza delle ICA.

Il Comitato sceglie ed elabora le strategie, le attua e le fa rispettare a tutto il personale ospedaliero nonché ai degenti, pazienti ambulatoriali, visitatori ed altri.

Il CC-ICA è un organismo tecnico-scientifico dell'Azienda. E' caratterizzato dalla presenza di un documento programmatico in cui sono specificati:

la sua funzione generale (mission),

la visione strategica,

leaders ben individuati,

gli obiettivi a lungo, medio e breve termine, congruenti a quelli dell'Azienda che costituiscono il riferimento per la programmazione, la messa in atto e la valutazione delle attività.

Missione = la ragione di essere della organizzazione e i valori a cui si ispira;

visione strategica = l'indirizzo dato al Comitato dalla Direzione Generale: consiste nel definire i settori prioritari di azione (che cosa fare ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi);

obiettivi: di breve periodo (entro un anno; medio periodo (entro due-tre anni); di lungo periodo (entro cinque anni).

1.2 Gli obiettivi corrispondono alle seguenti caratteristiche:

sono basati sui bisogni e/o sulla domanda espressi dalla popolazione e sul mandato legislativo/normativo e/o autodeterminati.

Sono congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati (per il CC-ICA, l'Azienda; per le UU.OO, il CC-ICA).

Sono misurabili mediante indicatori.

Contengono l'indicazione del tempo necessario al loro conseguimento.

Sono congruenti con le risorse presenti/da acquisire.

1.2.1 Gli obiettivi sono orientati a garantire:

- la qualità tecnico-professionale delle prestazioni
- la qualità organizzativa del servizio
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori
- i diritti e la soddisfazione del paziente
- il buon uso delle risorse

Qualità tecnica: appropriatezza d'uso di tecnologie efficaci.

Qualità organizzativa: ottimizzazione delle relazioni tra gli elementi dell'organizzazione.

Qualità percepita: scarto tra osservato ed atteso:

- dal paziente nel ricevere la prestazione
- dall'operatore nel vissuto dell'organizzazione
- corrispondenza ad indicatori prestabiliti

1.2.2 Gli obiettivi sono misurabili mediante "indicatori" riconducibili alle seguenti tipologie: risorse - attività - efficienza - efficacia.

Indicatori di risorse: misurano i fattori operativi utilizzati (personale, attrezzature e tecnologie, risorse materiali);

indicatori di attività: misurano le attività/prestazioni/servizi erogati, per tipologia di utente e case-mix;

indicatori di efficienza: rapportano attività svolte e fattori operativi impiegati (output/input) considerando risorse ed attività in termini sia fisici che monetari;

indicatori di efficacia: rapportano esiti sanitari e prestazioni effettuate (outcome/output) e cercano di valutare l'appropriatezza e la qualità delle cure.

1.2.3. Gli obiettivi sono riesaminati periodicamente a scadenze prefissate (gli obiettivi a lungo periodo almeno una volta ogni tre anni, gli obiettivi a breve periodo annualmente) e comunque quando necessario.

Il riesame si rende necessario in caso di :

- modifiche dell'articolazione organizzativa per aggiornamenti legislativi o normativi nazionali e/regionali.
- cambiamento del ruolo dell'Azienda.
- sostanziali aggiornamenti delle conoscenze professionali e/o procedure e/o delle tecnologie
- estensione o riduzione delle unità operative o delle aree dipartimentali
- cambiamento dell'organizzazione del personale

1.2.4. Gli obiettivi devono essere conosciuti dal personale delle UU.OO., dalla Direzione Sanitaria medica di presidio (mediante comunicazione scritta) e devono essere resi sinteticamente accessibili ai pazienti (mediante opportuna documentazione scritta).

È prevista un'attività di valutazione degli obiettivi con la partecipazione degli operatori dell'area interessata.

I componenti del Comitato sono immediatamente sostituibili se dimissionari e assenti senza giustificazione per più di tre riunioni e sono tenuti al riserbo (le discussioni in seno allo stesso sono coperte dal segreto professionale).

1.3. Il CC-ICA progetta ed implementa un programma per ridurre le ICA nei pazienti ed operatori sanitari, identifica le procedure ed i processi associati con il rischio delle IO ed implementa le strategie.

Il programma di controllo è basato sulle evidenze scientifiche aggiornate, linee guida approvate e leggi e regolamenti applicabili.

Il programma andrà sostenuto dai sistemi di informazione dell'organizzazione.

Gli obiettivi ed i relativi indicatori sono formulati dal CC-ICA, dalle Direzioni Mediche ospedaliere, dai Direttori UU.OO.

Tutte le aree dell'organizzazione relative ai pazienti, dipendenti e visitatori sono incluse nel programma di controllo delle infezioni.

Art. 2. Articolazione organizzativa - CC-ICA

2.1 E' definita l'articolazione organizzativa del Comitato CC-ICA.

Del Comitato fanno parte i componenti di cui alla presente delibera.

Il Comitato è rappresentato dal Presidente–Direttore Sanitario d'Azienda, Dott. Antonio Bray

Il Comitato può invitare, secondo i temi discussi e le necessità operative, altre figure professionali il cui apporto si rendesse utile ed opportuno. Le riunioni vengono indette dal Presidente.

Per problemi urgenti il Presidente può indire riunioni straordinarie; per gli incontri stabiliti il Presidente invierà un preavviso di almeno dieci giorni.

La definizione dei compiti/autorità del Comitato viene rivista ed approvata ogni due anni dall'amministrazione.

Il Comitato formula ed approva i criteri per definire le infezioni ospedaliere.

Le responsabilità degli interventi stabiliti dal Comitato vengono assegnate e definite per iscritto.

È documentata l'attività di ricerca svolta, completa di lavori pubblicati su riviste e di presentazioni a convegni (locali, nazionali, internazionali) da parte dei componenti del Comitato.

Il Comitato effettua riunioni periodiche e/o programmate (con relativa documentazione: verbale ed elenco dei partecipanti). Il Comitato si riunisce almeno sei volte l'anno.

Sono documentate le principali attività svolte dal Comitato negli ultimi 12 mesi (formazione del personale, counselling alle unità operative/dipartimenti, elaborazione protocolli/linee guida, sorveglianza)

2.1.1 All'interno della Comitato è prevista la figura dell'infermiere epidemiologo, figura di Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (Coordinatore) viene suggerita dalla WHO, recepita in Italia dalla circolare dell'allora Ministero della Sanità, n° 8 del 30/01/1988, dove si consiglia tale presenza "...ogni 250-400 posti letto ovvero, sulla base della tipologia dei reparti e delle competenze, ogni 9000 – 10000 ricoveri annui" (paragrafo n°5).. Sono enunciate di seguito chiaramente le sue funzioni/responsabilità, in particolare:

- ✓ si dedica a tempo pieno alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA;
- ✓ coordina le attività del personale Infermieristico addetto al Controllo delle ICA (ICI) dei Presidi ospedalieri, in particolare di quelle del Complesso Ospedaliero Belcolle (COB);

In ottemperanza alla già citata delibera inerente al CC-ICA n° 952/07 si riporta di seguito la job description dell'Infermiere epidemiologo, che si occupa della Sorveglianza delle ICA:

L'Infermiere epidemiologo definisce:

1. insieme al Dirigente Medico di Direzione Sanitaria:

- Programma gli aggiornamenti dei protocolli e delle procedure già emanate dal CC-ICA;
- Costituisce gruppi di lavoro multidisciplinari per la stesura di procedure operative da proporre al CC-ICA;
- Predisporre una documentazione da cui risulti che sono attuate le procedure di valutazione, di prevenzione, di controllo, di informazione e di formazione sui rischi biologici per il personale e anche per i visitatori.
- Coordina le attività con gli altri GOP (n°1 e n°3);

2. in piena autonomia:

- Effettua indagini epidemiologiche sulle ICA e sui fattori di rischio;
- Coordina le attività di sorveglianza svolte dagli ICI di tutti i Presidi Ospedalieri;
- Verifica la corretta esecuzione delle principali procedure per il controllo delle ICA ed in caso di tassi di ricorrenza anomali o di eventi sentinella;
- Assicura una attività di consulenza sulle metodiche per l'uso di tutte le attrezzature e materiali utilizzati per la sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione;
- Predisporre protocolli e procedure scritti, adeguatamente pubblicizzati e/o fatti oggetto di corsi di formazione specifica da redigere, organizzare e aggiornare almeno annualmente in tema di procedure da prendere e misure igieniche da osservare per evitare i rischi da esposizione a materiali biologici. Utilizzo di DPI.

2.2. Su proposta del Presidente, il Comitato nomina il Nucleo Operativo, ed il relativo coordinatore, composto da due o più persone all'interno del Comitato stesso e un vice Presidente.

È definita l'articolazione organizzativa del Nucleo Operativo che si occupa stabilmente delle infezioni ospedaliere (tipologia delle diverse figure professionali, funzioni, responsabilità).

È nominato il responsabile del Nucleo Operativo e ne è definito la qualifica e l'indirizzo (Tel. - Fax - E-mail).

Le figure addette dovranno aver ricevuto educazione, formazione e tirocinio relativi alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA.

Tale gruppo, informato della constatazione o del rischio di infezione ospedaliere, deve intervenire immediatamente e prendere (in caso di assoluta urgenza) le decisioni che si impongono senza aspettare che il Comitato si riunisca per ratificarle.

Inoltre tale nucleo operativo mette in opera quotidianamente i protocolli stabiliti per la strategia globale decisa dal Comitato sia a livello dell'Ospedale in generale che dei singoli servizi.

La presenza di infermieri addetti al controllo delle ICA. Nel nucleo operativo e in seno al Comitato è di rilevante importanza sia per l'applicazione della strategia che per la verifica della sua corretta messa in opera.

Gli stessi provvederanno a mantenere rapporti costanti con collaboratori interni ai servizi che dovrebbero fornire in ogni momento informazioni sulla situazione e/o comunicare le eventuali difficoltà riscontrate nella applicazioni delle strategie.

2.3. Per ogni U.O., andrà formalizzato l'obbligo per la individuazione, di un medico e di una figura infermieristica, referenti per le problematiche collegate alle ICA.

- 2.4.** Il laboratorio, soprattutto microbiologico e sierologico, dovrà assicurare un adeguato supporto:
 servizio sierologico 6 giorni la settimana:
 servizio microbiologico 7 giorni la settimana:
 attività di striscio, microscopia e isolamento 24 ore su 24
- 2.5.** Saranno costituiti gruppi di lavoro tra operatori delle diverse Aree Dipartimentali per la definizione di protocolli/procedure tecniche operative comuni.
- 2.6.** Il Comitato si attiva sui piani per la gestione del rischio biologico fornendo informazioni agli operatori e agli utenti.

Art. 3 - Gestione risorse materiali - strutture, attrezzature, dotazioni.

Il CC-ICA esprime pareri per evitare il contagio da patogeni respiratori ed ematici per cui è previsto l'acquisto di presidi adeguati alla necessità di ridurre il rischio di esposizione a materiale biologico: camici, copricamici di gomma, guanti (appropriati modelli e misure in relazione al tipo di procedura, attività ed esposizione), occhiali e schermi protettivi, mascherine, contenitori rigidi per aghi e taglienti, contenitori per il trasporto e sterilizzazione dei presidi, introduzione di sistemi di prelievo a vuoto - maschere di sicurezza (P2) o (P3), valvolate.

3.1. Definisce protocolli scritti relativi alla disponibilità di sufficienti strumenti e materiali per la prevenzione delle infezioni nei reparti di assistenza. I dirigenti delle unità operative e gli operatori che effettivamente utilizzano i dispositivi medici partecipano alla definizione dei criteri per la scelta e la valutazione del materiale e delle forniture.

Verifica la sussistenza e della congruità dei dispositivi di protezione individuale (DPI)* per fronteggiare le situazioni a rischio in ambiente di lavoro.

Le richieste, da parte delle unità operative, dei DPI seguono percorsi facilitati e vengono integralmente e puntualmente evase. Sono previste sistematiche verifiche con indicatori che dimostrino un utilizzo congruo dei presidi barriera.

*per DPI si intendono: guanti monouso, maschere, occhiali, grembiuli impermeabili, etc.;

ambiente di lavoro = sede fisica abituale e luoghi in cui gli operatori svolgono la loro attività lavorativa.

3.2. Stabilisce un elenco completo ed aggiornato degli antibiotici, dei disinfettanti e dei presidi.

3.3. Assicura una attività di consulenza sulle metodiche per l'uso di tutte le attrezzature e materiali utilizzati per la sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione.

3.4. Al fine di garantire una più immediata presenza del personale CC-ICA, non solo presso le UOU COB, ma anche nei POF, il Comitato deve essere dotato di opportuno mezzo di trasporto aziendale dedicato.

Art. 4 - Gestione risorse umane - formazione del personale, sicurezza e soddisfazione degli operatori.

Il Comitato collabora alla definizione dell'insieme delle funzioni, delle responsabilità e del piano di attività per ciascuna figura professionale della struttura operativa relativamente alla problematica delle ICA.

4.1. Valuta la documentazione (registro degli infortuni) dell'attività di sorveglianza continua o di censimento periodico degli infortuni da rischio biologico e delle malattie professionali ad esso collegate. Nella struttura è predisposta la sistematica rilevazione delle infezioni di rilevanza epidemiologica, insorte tra il personale.

4.2. Verifica ed aggiorna la procedura idonea* codificata per la notifica e sorveglianza delle esposizioni professionali a materiale biologico:

*per idonea si intende:

coordinata ed effettuata dalla Direzione Sanitaria o da altri operatori delegati da essa;

è adeguatamente pubblicizzata la necessità che i lavoratori notificano qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;

sono previste soluzioni organizzative che prevedano la possibilità di accesso a questo servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi.

4.3. In un apposito documento definisce, il ruolo e gli obiettivi del servizio di medicina preventiva (è in grado di provvedere a vaccinare il personale già in servizio e non vaccinato all'assunzione ed effettuare un programma efficace per garantire il richiamo vaccinale dopo 5-7 anni) nell'ambito del programma di controllo delle infezioni.

4.4. Predisporre modalità formalizzate per favorire interventi formativi del personale di nuova acquisizione, all'atto del trasferimento o cambiamento di mansioni, all'introduzione di nuove attrezzature o nuove tecnologie.

4.5. Definisce e documenta un piano di formazione degli operatori contenente l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione delle modalità di acquisizione e di valutazione.

Predisporre protocolli scritti, adeguatamente pubblicizzati e/o fatti oggetto di corsi di formazione specifica da redigere, organizzare e aggiornare almeno annualmente in tema di procedure da prendere e misure igieniche da osservare per evitare i rischi da esposizione a materiali biologici. Utilizzo di DPI.

Formazione di base:

- elaborazione di programmi d'igiene per gli studenti di medicina, infermieristica, terapeuti, etc,
- per il personale non curante, per esempio l'amministrazione, al fine di permettere una fattiva collaborazione con il Comitato (per esempio rapporto costi/vantaggi di certe misure preventive;
- per il personale di ditte esterne che intervengono nell'ospedale (per esempio servizi di pulizia) perché siano consci dei pericoli per loro e per i pazienti e applichino i protocolli stabiliti dal Comitato per la pulizia e l'uso dei disinfettanti;

Formazione permanente

- definizione e messa a punto di programmi speciali per il personale infermieristico che desidera approfondire le conoscenze in igiene ospedaliera o un servizio particolare;
- educazione dei pazienti e dei non pazienti;
- programmi di educazione e di informazione per i degenti specie negli ospedali che dispongono di sistemi di televisione interna;
- elaborazione di opuscoli per i visitatori ed i pazienti in servizi ambulatoriali al fine di educarli ad un comportamento sano e non pericoloso in ospedale (pericoli per loro, i malati ed il personale);
- programmi speciali per gli studenti che iniziano la loro pratica in ospedale.

4.6. Il coordinamento e la responsabilità del piano di formazione è esercitata congiuntamente dal Direttore Medico di Ospedale e dall'infermiere epidemiologo.

Sono predisposte:

- almeno una iniziativa di formazione/aggiornamento annua interna/esterna, per ciascuna figura professionale;
- iniziative interne di aggiornamento (nell'ambito delle singole UU.OO.), riunioni, gruppi di studio, socializzazione delle conoscenze acquisite in altre sedi, etc.
- nell'ultimo anno, almeno il 40% di ciascuna figura professionale, abbia partecipato ad attività di formazione/aggiornamento nel tema specifico.

4.7. Assicura una adeguata dotazione di testi e riviste attinenti le infezioni ospedaliere ed un collegamento informatico a banche dati (facilmente fruibile: orario e luogo).

4.8. Effettua indagini epidemiologiche sulle ICA e sui fattori di rischio.

4.9. Predisporre una documentazione da cui risulti che sono attuate le procedure di valutazione, di prevenzione, di controllo, di informazione e di formazione sui rischi biologici per il personale e anche per i visitatori.

4.10. Il personale è posto a conoscenza delle procedure da adottare per ridurre il rischio biologico, per la pulizia, la disinfezione e la manutenzione delle attrezzature.

4.11. Verifica se sono messe in atto procedure per la riduzione del rischio di malattia tubercolare:

- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- con controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi;
- sono previste norme scritte per l'isolamento respiratorio stretto dei pazienti a cui viene posta diagnosi di infezione tubercolare;
- la struttura ha a disposizione stanze di degenza ritenute idonee per un paziente affetto da tubercolosi in fase contagiosa;
- il personale ha a disposizione maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate) per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa;
- il personale viene adeguatamente e periodicamente informato sul rischio di contagio tubercolare;

4.12. Predisporre periodicamente una indagine sul grado di soddisfazione degli operatori.

4.13. Propone un sistema premiante interno, collegato al raggiungimento degli obiettivi.

Art. 5 - Gestione sistema informativo - documentazione

Il CC-ICA indaga i rischi, tassi e trends delle IO. Il monitoraggio include l'uso degli indicatori relativi alle infezioni che sono epidemiologicamente importanti per l'organizzazione. L'organizzazione usa le relative informazioni per modificare i processi in modo da ridurre le IO a livelli più bassi possibili.

5.1. Il sistema informativo del CC-ICA, dotato di supporti informatici, è integrato nella rete aziendale e fornisce le seguenti prestazioni relative a:

- archivio pazienti
- dati amministrativi (contabilità per centro di costo, DRGs)
- dati sanitari (posti letto, numero di prestazioni erogate durante l'anno, reparti di alta o media specializzazione, degenza media, indice di turnover, indice di occupazione, giornate di degenza e decessi attribuibili alle infezioni o a specifiche procedure, riammissioni non pianificate entro 3 mesi, ritorni non pianificati in sala operatoria, complicanze post-operatorie, interventi chirurgici non necessari, etc)
- statistiche
- opportuni strumenti di archiviazione delle schede cartacee utilizzate durante il controllo delle ICA
- schede contenenti dati sensibili e pertanto da conservare secondo i criteri dettati dalla normativa
- copertura per gli alert microbiologici (in particolare il controllo delle multiresistenze antibiotiche)

5.2. Il CC-ICA è dotato di un adeguato* sistema di archiviazione per:

- atti della commissione
- corrispondenza
- protocolli operativi
- deliberazioni aziendali
- normative (regionali, nazionali, europee)

*per *adeguato* si intende presenza dell'archivio e aggiornamento. Gli archivi a, c, e, sono ritenuti rilevanti.

5.3. Impiega "media" per la circolazione delle informazioni (es. bacheca e/o fogli informativi interni, etc.).

5.4. Il verbale delle riunioni è trasmesso alla Direzione Aziendale.

Le indicazioni del Comitato sono portate a conoscenza delle UU.OO. La relazione è portata a conoscenza degli operatori delle UU.OO., del Consiglio dei Sanitari, delle persone responsabili delle attività di valutazione della qualità della assistenza.

È redatta la relazione annuale sullo stato/attività del Comitato che è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati.

5.5. La relazione annuale sullo stato/attività del Comitato contiene informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati, sui problemi aperti e sui problemi prioritari da affrontare (in particolar modo dati di mortalità/morbosità con i relativi impatti economici

La relazione deve comprendere i metodi di sorveglianza adottati, i dati relativi all'impatto delle infezioni sull'esito del ricovero, i risultati degli studi condotti (se effettuati), i risultati delle attività di sorveglianza (le decisioni stabilite dal Comitato), l'attività formativa, le modificazioni significative delle politiche e delle procedure assistenziali, la situazione delle infezioni insorte nel personale, etc.

5.6. E' predisposta una forma di registrazione (cartacea, o computerizzata) della comunicazione di infezione ospedaliera, archiviata ed accessibile.

5.7. Definisce procedure scritte che descrivono il tipo di sorveglianza stabilita per rivelare i tassi, i rischi ed i trends delle ICA, i metodi adottati per raccogliere ed analizzare i dati, l'uso di indicatori epidemiologicamente importanti per l'organizzazione.

5.8. L'attività di sorveglianza si basa

- sorveglianza estesa a tutto l'ospedale
- sorveglianza mirata a specifici problemi/priorità
- sorveglianza orientata in risposta ad una epidemia

5.9. Per le UU.OO. è prevista la **notifica di infezione ospedaliera alla Direzione Sanitaria medica di presidio, che prevede specifiche informazioni.**

Sono definite e documentate le procedure per garantire la confidenzialità delle informazioni gestite.

5.10. Definisce un responsabile del sistema informativo del Comitato CC-ICA.

Art. 6 - Procedure specifiche tecniche

Formula per iscritto e verificati nel tempo linee-guida di comportamento pratico e protocolli sugli aspetti diagnostico-terapeutici, medico-legali, di igiene e profilassi, gestionali-organizzativi, al fine di adottare le decisioni più appropriate nella gestione del controllo e sorveglianza delle ICA. Essi sono corredati di nome degli autori e di data dell'ultima revisione.

6.1. I protocolli/linee guida devono essere facilmente accessibili, il personale è coinvolto nella elaborazione dei protocolli/linee guida.

6.2. È prevista periodicamente una verifica della corretta esecuzione delle principali procedure per il controllo delle ICA ed in caso di tassi di ricorrenza anomali o di eventi sentinella.

	presenza		nome autori		data revisione	
	si	no	si	no	si	no
LINEE-GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE						
assistenza respiratoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
cateterismo vescicole	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chemioprollassi chirurgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dialisi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gestione delle ferite e delle stomie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
piaghe da decubito	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure chirurgiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure da adottare dopo la morte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure neonatali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure ostetriche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure sull'apparato gastrointestinale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
raccolta campioni di sangue e altri liquidi biologici	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
tecniche endovenose e dispositivi intravascolari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
terapia antibiotica della sepsi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
trattamento delle ustioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA MEDICO-LEGALI						
malattie soggette a notifica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA DI IGIENE E PROFILASSI						
asepsi chirurgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sterilizzazione e disinfezione	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tempi di conservazione dei materiali sterili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
riuso delle attrezzature monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
manutenzione e monitoraggio delle attrezzature sterili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chemioprollassi dopo esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione degli strumenti ed accessori (tempi di conservazione dei materiali sterili)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
esposizione a sangue potenzialmente infetto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
indicazioni e modalità d'esecuzione delle vaccinazioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lavaggio delle mani	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
misure di isolamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• isolamento specifico per categoria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• specifico per malattia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
misure preventive delle IVU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
nutrizione enterale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
procedure di prevenzione e controllo delle infezioni trasmissibili per via ematica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pulizia (procedure e prodotti) degli ambienti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
trattamento degli endoscopi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
LINEE-GUIDA GESTIONALI ED ORGANIZZATIVE						
rifiuti sanitari - diminuzione dell'impatto dell'ospedale sull'ambiente (diminuzione del mercurio, della plastica)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
preparazione pre-operatoria del paziente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sorveglianza delle IO nelle unità di terapia intensiva	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
abbigliamento del personale chirurgico e anestesisti	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
metodi per il controllo del traffico nelle aree chirurgiche e critiche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
sorveglianza delle resistenze e del consumo degli antibiotici	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
valutazione di nuovi prodotti/presidi (disinfettanti, guanti)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lavanderia (adeguata raccolta e fornitura biancheria pulita), scelta di camici e teleria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Art. 7 – Integrazione del programma di controllo delle ICA con la Quality Management

Nella carta dei servizi della Azienda è prevista informazione del Comitato CC-ICA, dei relativi obiettivi ed indicatori utilizzati che delineano le politiche/strategie di qualità del Comitato CC-ICA.

I progetti di valutazione e miglioramento della qualità prevedono: identificazione di un problema - definizione di criteri e livelli sogli di qualità - progettazione ed effettuazione dell'intervento procedurale - valutazione a breve e medio termine dell'intervento - diffusione dei risultati ottenuti a tutti gli interessati.

Il piano è integrato in quello generale dei livelli organizzativi sovraordinati.

7.1. Il controllo delle ICA è integrato con il programma di Valutazione e miglioramento della Qualità.

7.2. È formalmente nominato, tra il personale dirigente sanitario del Comitato CC-ICA/nucleo operativo, un responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

7.3. Sono documentati i cambiamenti (organizzativi, procedurali, etc.) derivati dalla attività di miglioramento della qualità.

Il presente regolamento è parte integrante dell'atto deliberativo di istituzione del Comitato. Per quanto non previsto dal presente regolamento e in ordine alle iniziative che lo postulino, si farà riferimento alle norme di legge che disciplinano gli organi collegiali, quali ispiratori dei comportamenti da tenere.

Aggiornato dal CC-ICA al 30/06/2015

DIREZIONE SANITARIA COB

Ufficio: Gruppo Operativo Presidio

Strada Sammartinese snc – Viterbo – 0761 339249 – Fax 0761 339474

Prot. 97/15

Viterbo 26/06/2015

ATTIVITÀ STORICA DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)

AUSL VITERBO

Di seguito si riportano le attività dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (CC-ICA), come da Delibere del D.G.

- N°642 del 19/05/2004 (Istituzione del C.I.O.);
- n° 952 del 28/05/2007 (Nomina Componenti);
- n° 2165 del 20/12/2007 (Modifica deliberazione 952/2007 –Nomina Infermiere epidemiologo aziendale);
- n°1196 del 14/09/2010 (Nomina dei Componenti).

Si precisa che le linee di attività specifiche del GOP n°2 sono relative all'Igiene Ospedaliera da un lato, e la sorveglianza microbiologica dall'altra; in particolare:

Anno 2008

- 28/01/2008, inizio della Sorveglianza locale batteriologica permanente delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC)¹
- 01/04/2008 30/06/2008, Partecipazione alla sorveglianza delle ISC e dell'appropriatezza della terapia antibiotica, coordinata dalla Azienda ospedaliera "Spallanzani" di Roma, con l'invio di dati su apposito data base denominato "Helics"².
- Evento formativo in regime ECM "Assistenza sanitaria, Igiene e Sicurezza: Istruzioni per l'uso" accreditato 1504-802787 n°566.

Anno 2009

- Innalzamento della percentuale di sorveglianza batteriologica permanente, come riportato dalla nota n°08 del 30/03/09, dall'attuale 63% al 65% entro il primo semestre 2009 e al 70% entro il secondo semestre 2009³.

¹ Relazioni prot. 02/08 del 20/05/2008 e n° 66/08 del 30/12/2008

² www.inmi.it

³ Relazioni prot. 45/96 del 28/09/2009 e n°02 del 02/02/2010

- Estensione a partire dal secondo semestre 2009 della sorveglianza batteriologica, oltre alla Chirurgia addominale, anche alla **Chirurgia protesica** (in particolare quella Ortopedica e Vascolare).
- Rispetto della legge antifumo c/o i locali del PO Belcolle, attraverso controlli quadrimestrali effettuati nei mesi di aprile e agosto 2009.
- 01 febbraio 2009, Revisione della procedura dal titolo "lavaggio delle mani", con l'introduzione della pratica del frizionamento alcolico, come alternativa al lavaggio antisettico.
- 31 luglio conclusione indagine epidemiologica sullo stato dell'arte del Blocco operatorio del PO Belcolle⁴.
- Dal 01/01/2009 a **tutt'oggi**, Controllo ambientale delle superfici, in particolare dei lavandini e rubinetti in dotazione dell'UO TIN, Rianimazione e Blocco operatorio del Po Belcolle, con cadenza quadrimestrale, contestualmente al monitoraggio delle pulizie effettuate.
- 01/01/2009 – 31/12/2009, Monitoraggio microbiologico ed organolettico dell'acqua fornita dalla rete idrica comunale al PO Belcolle, in collaborazione dell'Ufficio d'Igiene, con cadenza quadrimestrale, con prelievi all'ingresso del Presidio, e campioni randomizzati all'uscita delle varie UUOO.
- 01/01/2009, Composizione di un apposito gruppo di lavoro per la stesura della procedura "CATETERISMO VESCICALE A CIRCUITO CHIUSO"; lavori conclusi il 01/06/2010 con la pubblicazione di procedura⁵.
- 24/11/2009, Valutazione rischio legionella e costituzione gruppi di lavoro⁶.

Anno 2010

- 01/01/2010, (Continuazione) Sorveglianza locale batteriologica permanente delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), che si conclude definitivamente il 31/12/2010.
- 09/02/2010, Piano controllo legionella, approvazione e pubblicazione del "Documento di Applicazione delle Linee Guida per la Prevenzione e il controllo della Legionellosi"⁷.
- 30/03/2010, Organizzazione Evento formativo in regime di Ecm dal titolo "IL CATETERISMO VESCICALE A CIRCUITO CHIUSO: ECCELLENZA IN CLINICA ASSISTENZIALE", accreditato 1504-1000581.
- 23/03/2010, Elaborazione del "Registro per la prevenzione della Legionellosi", come allegato al Documento descritto nel paragrafo precedente⁸.
- 12/05/2010, Integrazione Documento per il controllo della legionellosi⁹.
- 23/11/2010, Delibera aziendale n°1435 con oggetto "Appalto multiservizio tecnologico... affidamento gestione piano controlli per la prevenzione legionellosi nei PPOO aziendali".

Anno 2011

- 11/01/2011, Istituzione Registro per il Controllo della Legionellosi in ospedale; è previsto un registro per ogni PO aziendale, in particolare:
 - La compilazione e la corretta archiviazione dei registri dei PPOO afferenti al COB sono sotto la responsabilità del GOP n°2

⁴ Relazione prot. 43/09 del 31/07/2009

⁵ www.asl.vt.it/arcaospedaliere/dir.san.cob./documentazione/procedure

⁶ Relazione prot. 14411 del 24/11/2009

⁷ Nota prot.994 del 10/02/2010

⁸ Nota 4474/int del 24/03/2010

⁹ Nota 7959/int del 12/05/2010

- La compilazione dei registri POF è sotto la responsabilità del GOP n° 2 , mentre la corretta archiviazione è sotto la responsabilità delle rispettive Direzioni Sanitarie.
- Prevenzione della Legionellosi in ospedale: Controllo ed esecuzione dei prelievi microbiologici ai terminali delle acque potabili, con **cadenza mensile** nei PPOO aziendali, in particolare:
 - PO Belcolle n°383
 - PO Montefiascone n° 80
 - PO Ronciglione n° 65
 - PO Civita Castellana n° 63
 - PO Tarquinia n° 85
 - PO Acquapendente n° 71
- 01/06/2011 – 01/01/2012, Protocollo sperimentale sulla carica batterica dell'acqua mediante tecnologia "Quantum", esecuzione di n°464 prelievi nei PPOO di Belcolle e Ronciglione.
- 01/04/2011 – 30/09/2011, Partecipazione allo Studio Regionale, coordinato dall' INMI –L.Spallanzani, denominato CRIPA, sulla sorveglianza delle ISC protesiche nella UO di Ortopedia e Vascolare PO Belcolle.
- 01/04/2011 -30/06/2011, Sorveglianza microbiologica delle Infezioni delle Vie urinarie (IVU) nelle UUOO di Medicina Generale , Chirurgia Generale e Ortopedia del PO Belcolle¹⁰.
- 29/04/2011, Organizzazione Evento formativo in regime di Ecm dal titolo "Il Bisogno d'igiene alla persona assistita", Codice Evento LAZIO-FOR661.
- 16/05/2011, Incarico di coordinamento delle attività di sorveglianza e controllo appena citate, prot. 8219 del 16/05/2011, a firma del Risk Manager
- 27/10/2011, Partecipazione all'indagine europea denominata "PROHIBIT" promosso dal Dipartimento di epidemiologia e Ricerca pre-Clinica INMI –L. Spallanzani, Roma sulla diffusione e reale implementazione delle Linee Guida e delle misure correlate alle ICA¹¹.

Anno 2012

- 09/01/2012 – 31/03/2012, Sorveglianza batteriologica mirata delle ISC nell'UOC di Urologia, su tutti gli interventi operatori attuati in Chirurgia Open¹².
- Prevenzione della Legionellosi in ospedale: Controllo ed esecuzione dei prelievi microbiologici ai terminali delle acque potabili, con cadenza semestrale nei PPOO aziendali, in particolare:
 - PO Belcolle n° 66
 - PO Montefiascone /
 - PO Ronciglione n° 17
 - PO Civita Castellana n° 13
 - PO Tarquinia n° 18
 - PO Acquapendente n° 15
- 15-21-28/06 e 05/07/2012, Organizzazione Evento formativo in regime di Ecm dal titolo "GLI ACCESSI INTRAVASCOLARI: IMPLEMENTAZIONE DI IDONEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA" Codice Evento LAZIO-FOR1443.
- 13-25/09 e 11-23/10/2012, Organizzazione Evento formativo in regime di Ecm dal titolo "La medicazione del sito chirurgico come strumento qualitativo dell'assistenza" Codice Evento LAZIO-FOR1250.

¹⁰ Verbale prot.10/11 del 24/03/2011

¹¹ Nota prot. 8095 del 27/10/2011

¹² Nota prot.52/11 del 27/12/2011

- 26/09/2012, Riunione preliminare per la sorveglianza dei batteri produttori di carbapenemasi¹³, a seguito di emergenza sanitaria sollevata dalla UO Ematologia PO Belcolle.
- 03/10/2012, Incremento dell'utilizzo dei gel alcoolici a disposizione nella AUSL al fine di promuovere una campagna formativa/informativa sulla corretta pratica dell'igiene delle mani¹⁴.
- 30/11/2012, Attivazione istruzioni operative per l'invio dei campioni microbiologici KPC c/o l'istituto L. Spallanzani, Roma¹⁵.

Anno 2013

- 02/01/2013, Pubblicazione procedura aziendale dal titolo "Percorso operativo per la Gestione degli Enterobatteri Carbapenemici Resistenti (CRE)¹⁶.
- 07/02/2013, Coordinamento fornitura superfici antidecubito PO Belcolle.
- 01/03/2013, Inizio sorveglianza microbiologica permanente sulle CRE¹⁷.
- 23/04/2013, Attivazione sorveglianza sanitaria per TBC nell'UO P.S. PO Belcolle.
- 05/06/2013, Revisione Procedura sulla trasmissione della malattia tubercolare.

Anno 2014

- 01 Gennaio 2014 è iniziato uno Studio prospettico sulla sorveglianza delle ISC che ha visto coinvolti il 75% degli Ospedali regionali, tra cui la AUSL di Viterbo, con i presidi ospedalieri di Belcolle, Civita Castellana e Tarquinia, della durata di tre mesi. Tale studio fa parte di un progetto costituito dal Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dal nome "Adeguatezza Antibiotico Profilassi Perioperatoria"¹⁸ Il personale da me coordinato ha partecipato nel mese di febbraio, a dei seminari di formazione/informazione c/o la sede dell'IRCCS di Roma. Anche in questo caso sono stati condivisi modulistica (scheda di rilevazione, codici intervento etc.) e software su piattaforma ACCESS. Lo studio per quanto riguarda il Presidio di Belcolle è terminato il 31 Marzo 2014; i dati raccolti sono stati immessi ed inviati tramite l'utilizzo dell'apposito software e si è provveduto alla spedizione del materiale cartaceo.
- Maggio 2014, Partecipazione al Progetto Aziendale Risk Management (PARM) come da Delibera aziendale N° 382 del 22 Maggio 2014, in particolare:
 - n°1 Piano formativo mirato ad una maggiore sensibilizzazione e preparazione del personale sanitario circa i comportamenti da adottare nella prevenzione delle ICA, in tema di:
 - epidemiologia e diffusione delle malattie infettive
 - fenomeno delle antibiotico resistenze;
 - corretta gestione del sito chirurgico;
 - lavaggio delle mani;
 - 01/10/2014 -31/03/2015, Studio osservazionale prospettico per l'introduzione dell'ossigenoterapia controllata nella Chirurgia elettiva neoplastica del colon - retto, classificata dal NNIS degli USA come COLO, UO Chirurgia Generale, PO Belcolle.
 - 01/05/2014 -31/12/2014, Indagine conoscitiva sui requisiti tecnologici e organizzativi delle attività di igiene della persona
 - 21/06/2014 -13/12/2014, Coordinamento della Biodecontaminazione e sanificazione ambientale

¹³ Nota prot. 6386 el 24/09/2012

¹⁴ Note prot. 95/12 del 03/10/2012 e 102/12 del 07/11/2012

¹⁵ Nota prot. 7961 del 30/11/2012

¹⁶ www.asl.vt.it/areaospedaliere/dir.san.cob./documentazione/procedure

¹⁷ Nota prot. 17/13 del 29/01/2013

¹⁸ www.inmi.it/progetto_PRICA/PRICA%20pittalis%20211113.pdf



mensile Blocco operatorio Belcolle¹⁹ e Controllo di microrganismi e particolato aerodispersi in ambienti ad alta intensità di cura.

- 18/10/2014 pubblicazione Procedura aziendale "Febbri Emorragiche Virali (Ebola, Marburg, Lassa)".

Consulenze:

- Giugno 2008, Consulenza per richiesta risarcimento²⁰.
- Gennaio 2009, Consulenza per emergenza sanitaria PO Montefiascone²¹.
- Febbraio 2010, Consulenza per emergenza sanitaria nella UO Endoscopia digestiva PO Belcolle²².
- Aprile 2010, Consulenza per emergenza sanitaria nella UO Angiologia PO Belcolle²³.
- Ottobre 2010, Consulenza per emergenza sanitaria nel Blocco Operatorio PO Belcolle²⁴.
- Aprile 2011, Consulenza per richiesta risarcimento²⁵.
- Giugno 2011, Consulenza per emergenza sanitaria nella UO Endoscopia digestiva, PO Ronciglione²⁶.
- Novembre 2011, Consulenza per emergenza sanitaria nel Blocco Operatorio PO Belcolle²⁷.
- Maggio 2012, Consulenza per infezione da micoplasma nella UO Dialisi PO Belcolle²⁸.
- Luglio 2012, Parere tecnico per criticità UO Chirurgia Vascolare, PO Belcolle²⁹.
- Gennaio 2013, Consulenza tecnica c/o l'UO di Emodinamica, PO Belcolle³⁰.
- Ottobre 2013, Consulenza per criticità c/o l'UO Blocco operatorio PO Civita Castellana.
- Febbraio 2015, consulenza per richiesta risarcimento UO TIN PO Belcolle³¹.
- Giugno 2015, consulenza per richiesta risarcimento PO Civita castellana³².

Tanto si doveva per opportuna conoscenza.

Distinti saluti.

L'Infermiere epidemiologo
Dr. Mario Curzi

¹⁹ Determinazione n°326 dell'11/06/2014

²⁰ Relazione 06/08 del 30/06/2008

²¹ Relazione prot 01/09 del 21/01/2009

²² Relazione prot. 04/10 del 09/02/2010

²³ Relazione prot. 09/10 del 22/04/2010

²⁴ Relazione prot. 13/10 del 01/10/2010

²⁵ Relazione prot. 15/11 del 29/04/2011

²⁶ Relazione prot. 17/11 del 17/06/2011

²⁷ Relazione prot. 46/11 del 30/11/2011

²⁸ Nota prot. 42/12 del 22/05/2012

²⁹ Nota prot. 78/12 del 27/07/2012

³⁰ Nota prot. 02/13 del 07/01/2013

³¹ Nota prot. 46/15 del 25/03/2015

³² Nota prot. 92/15 del 18/06/2015

743

DELIBERAZIONE N° del - 6 LUG. 2015
composta di n. ... 6 ... pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. ... 17 ... allegati

- 6 LUG. 2015

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li - 6 LUG. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



- 6 LUG. 2015

Trasmessa al Collegio Sindacale il :

Viterbo, li - 6 LUG. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



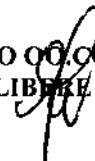
- 6 LUG. 2015

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :

- 6 LUG. 2015

Viterbo, li

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



- 6 LUG. 2015

Viterbo, li

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI

Drssa Francesca Gubiotti

