

**INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2026**

Relazione 2026 sull'attività 2025

ASL* / ASO**

*Indicare i presidi ospedalieri ricompresi nell'ASL

** indicare gli eventuali accorpamenti

 La scheda da compilare segue l'ordine degli indicatori richiesti per **l'anno 2025**; **lettera protocollo 00016037 del 09/07/25** e raccoglie i dati per rendicontare le attività richieste da PNCAR 2017-2020 e PNCAR 2022-2025

DATI STRUTTURALI
CARATTERISTICHE AZIENDA

| | | | |
|---|--|-----------------------|----------------------------|
| N° POSTI – LETTO ORDINARI | | | |
| N° POSTI – LETTO DAY HOSPITAL | | | |
| N° POSTI – LETTO TERAPIA INTENSIVA | | | |
| N° TERAPIE INTENSIVE e loro TIPOLOGIA | | | |
| N° RICOVERI ANNUI | ORDINARI | Ricoveri DH | |
| STRUTTURE DI RICOVERO TERRITORIALI (numero totale) | N° RSA a gestione diretta dell'ASL: | N° RSA convenzionate: | N° RSA a gestione privata: |

INDICATORI

INDICATORE n.1

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

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| TIPOLOGIA DI GESTIONE DELLA FUNZIONE | Struttura Complessa | Atto deliberativo del |
| | | |
| | Struttura Semplice | Atto deliberativo del |
| | ALTRO: SPECIFICARE N° protocollo | |

INDICARE LA COLLOCAZIONE

| | |
|--|--|
| IN STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE | |
| IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE | |
| IN STAFF AL SPP | |
| ALL' INTERNO U.O VERIFICA E REVISIONE DELLA QUALITÀ' | |
| ALTRA COLLOCAZIONE | |

| | | |
|---|---|----|
| COGNOME E NOME RESPONSABILE IDENTIFICATO | | |
| SPECIALIZZAZIONE/I | | |
| ANNI DI ATTIVITÀ NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ASSOCIATO ALL'ASSISTENZA | | |
| INDIRIZZO E-MAIL | | |
| N° TELEFONO | | |
| TEMPO DEDICATO FULL TIME | SI | NO |
| TEMPO PARZIALE | SE NO indicare ore settimanali dedicate | |

| | | |
|---|---------------|--|
| CIO (CICA) SI | CIO (CICA) NO | |
| Data verbali allegati (allegare i verbali) | | |
| | | |
| | | |

INDICATORE n. 2
Presenza di Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ISRI)

| INFERMIERI ADDETTI CONTROLLO INFEZIONI (ISRI) | | |
|---|---|---------------------------------|
| NOMINATIVO | Qualifica | Numero ore settimanali dedicate |
| | | |
| | | |
| | | |
| RAPPORTO CON N POSTI LETTO | N° ISRI full time equivalenti /posti letto (Es. 3,5 /500 pl con territorio) | |
| PER LE ASL: ULTERIORE FIGURA INFERMIERISTICA DI RACCORDO OSPEDALE TERRITORIO | PRESENTE SI NO NOMINATIVO..... Qualifica | Numero ore settimanali dedicate |

| INFERMIERE ADDETTO CONTROLLO INFEZIONI IN AMBITO TERRITORIALE (PER LE ASL) | | |
|---|--|---------------------------------|
| NOMINATIVO | Qualifica | Numero ore settimanali dedicate |
| | | |
| RAPPORTO CON IL NUMERO DI ABITANTI | N ISRI full time equivalenti /N abitanti (Es. 3,5 /300.000 abitanti) | |

INDICATORE n. 4**Evidenza di sorveglianza microbiologica in accordo con le attività previste dal PNCAR**

| | | |
|---|----|----|
| L'Azienda contribuisce tramite il laboratorio di Microbiologia alla sorveglianza AR-ISS delle antibiotico-resistenze dagli isolamenti di laboratorio | SI | NO |
| 2. L'azienda aderisce al sistema di sorveglianza istituito dal Ministero con Circolare 26/2/2013 aggiornata con Circ. min. prot. n. 01479 (17 gennaio 2020) <i>"Sorveglianza nazionale delle batteriemie da Klebsiella pneumoniae e Escherichia coli produttori di carbapenemasi"</i> | SI | NO |
| La partecipazione al sistema di sorveglianza per CRE è attestata nella documentazione aziendale | SI | NO |

INDICATORE n. 5 Implementazione ed esito di attività di DIAGNOSTIC STEWARDSHIP

| | |
|--|--|
| 1. Il laboratorio di microbiologia ha adottato delle Linee Guida per gestire l'emocoltura Quali Linee Guida sono state adottate? | SI NO Indicare le Linee guida |
| 2. Il laboratorio di microbiologia dispone del protocollo che definisce le modalità di gestione dell'analisi dei campioni ematici sottoposti ad indagine microbiologica. | SI NO |
| 3. Il laboratorio ha stimato e fornisce feed-back: Emocolture eseguite da veni-puntura refertate come contaminate | Indicare % |
| 4. Il laboratorio ha stimato e fornisce feed-back: Emocolture eseguite negli adulti con un solo set di flaconi | Indicare % |
| 5. Il laboratorio ha stimato e fornisce feed-back: Tempo tra esecuzione/prenotazione dell'emocoltura ed incubazione dei flaconi nell'incubatore | Tempo medio osservato: Tempo massimo osservato: |
| 6. Il laboratorio di microbiologia offre prestazioni con una apertura 7g/7g | SI NO |

Indicatore n. 6

implementazione ed esito di attività di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

INDICARE LA COMPLIANCE ALLE SOTTOSTANTI MISURE:

| | | |
|--|----|----|
| 1. Sono individuati e formalizzati una figura medica responsabile dell'attuazione del programma di ATB-stewardship e un gruppo di lavoro multidisciplinare (Allegare il documento di istituzione, l'elenco dei componenti del gruppo di lavoro/comitato e il nominativo del prescrittore di antibiotici Reserve) | SI | NO |
| 2. Esiste evidenza documentale degli interventi attuati, della conformità ai criteri descritti e degli esiti misurati Dettagliare le attività svolte in un Allegato | SI | NO |
| 3. L'azienda ha effettuato un monitoraggio delle resistenze antimicrobiche e del consumo di alcuni antibiotici con analisi dei consumi in DDD e AMR misurata Dettagliare le attività e i risultati in un Allegato | SI | NO |
| 4. C'è evidenza di condivisione del Manuale di Terapia Empirica Regionale in tutti i reparti e sono descritte di seguito le modalità di distribuzione | SI | NO |
| 5. L'azienda ha verificato su un campione di cartelle cliniche/pazienti in reparti medici non inferiore a 50 la coerenza del trattamento empirico effettuato con le indicazioni del Manuale di Terapia Empirica Regionale; Riportare qui di seguito il numero di verifiche effettuato e una breve sintesi degli esiti | SI | NO |
| 6. L'azienda ha avviato almeno un intervento per il buon uso degli antibiotici a livello territoriale : Descrivere brevemente qui di seguito l'intervento implementato | | |

INDICATORE n. 7

L'azienda dispone dei dati compresi negli indicatori del PNCAR e ha raccolto prospetticamente quelli per il 2025 (se raccolti per un reparto, indicare il reparto)

| Dati raccolti (con periodicità) | SI (semestrale-annuale) | NO |
|---|-------------------------|-----------------|
| DDD /100 gg degenza ANTIBIOTICI sistemici J01 (ospedale) | | NON DISPONIBILE |
| DDD/100 gg degenza Fluorochinoloni (ospedale) | | NON DISPONIBILE |
| DDD/100 gg degenza CARBAPENEMI (ospedale) | | NON DISPONIBILE |
| DDD /1000 abitanti/die ANTIBIOTICI sistemici J01 (territorio) | | NON DISPONIBILE |
| DDD /1000 abitanti/die J01CR02 amoxicillina/ac. Clavulanico (territorio) | | NON DISPONIBILE |
| DDD/1000 abitanti/die J01MA fluorochinoloni (territorio) | | NON DISPONIBILE |
| Pediatria sul territorio: prescrizioni/1000 bambini di antibiotici sistemici J01 | | NON DISPONIBILE |
| Pediatria sul territorio: prescrizioni/1000 bambini di amoxicillina J01CA e amoxicillina+acido clavulanico J01CR | | NON DISPONIBILE |

INDICATORE n. 8 Evidenza di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, di batteriemie e polmoniti (VAP) in Terapia Intensiva, di Sorveglianza mediante Prevalenza puntuale HALT4 in residenze sanitarie assistite, secondo le indicazioni regionali (e nazionali)

o d

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>LA SORVEGLIANZA IN TERAPIA INTENSIVA È EFFETTUATA SU DATI GIVITI ? SI NO</p> <p>TIPOLOGIA DI TERAPIA INTENSIVA SORVEGLIATA (tipologia di ricovero che la caratterizza)</p> | <p>TASSO/I DISPONIBILE/I DI BATTERIEMIE/1000 GG CVC</p> | <p>TASSO/I DISPONIBILE/I DI VAP/1000 GG DI VENTILAZIONE</p> | <p>SONO EFFETTUATI CONFRONTI CON I DATI REGIONALI E RELATIVI TREND RESI DISPONIBILI DA SORVEGLIANZA</p> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>È stato effettuato un incontro UPRI-ICU</p> | <p>SI NO</p> | <p>data</p> | |
| | | | |
| <p>TASSO INFEZIONI SITO CHIRURGICO</p> | | | |
| <p>Tipo di interventi sorvegliati</p> | <p>N° interventi sorvegliati con SNICH nel 2025</p> | <p>Tasso di interventi di ISC/100</p> | <p>OSSERVAZIONI: il dato è stato condiviso con i reparti coinvolti. Descrivere come</p> |
| <p>N° di interventi eseguiti dall'azienda nel 2024 in quella categoria</p> | | | |
| <p>Il BUNDLE per prevenzione ISC è registrato</p> | <p>SI Per quanti interventi?</p> | <p>NO</p> | <p>OSSERVAZIONI: Motivare la scelta dell'intervento sorvegliato con bundle</p> |
| <p>Le Aziende che nel 2024 NON hanno effettuato la sorveglianza HALT4 l'hanno condotta nel 2025 su un minimo di 4 RSA (a gestione diretta, convenzionate o private) reclutate sul proprio territorio</p> | <p>SI NO</p> | | <p>Elenco delle RSA coinvolte nella sorveglianza:</p> |

INDICATORE n. 9. L'Azienda ha partecipato alla sperimentazione del sistema di monitoraggio delle AZIONI REGIONALI di CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SPINCAR1) (N.B. SPINCAR2 non è stato ancora reso disponibile)

INDICATORE n. 10

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

| | | |
|---|-----------|-----------|
| È stato reso disponibile un Budget dedicato all'implementazione dell'igiene delle mani | SI | NO |
| L'azienda ha partecipato alla sorveglianza CSIA (Consumo soluzione idroalcolica litri/1000 gg degenza) per l'anno 2025 secondo il protocollo Ministeriale | SI | NO |
| E' stato eseguito il Framework WHO (allegare il documento compilato per il 2025) | SI | NO |
| Speedy audit (o simile): quante osservazioni dirette sono state effettuate e in quali reparti? | | |
| Speedy audit: quanti incontri (audit) sono stati effettuati con i reparti per la restituzione dei dati? | | |
| Iniziativa 5 maggio igiene mani (allegare di seguito una breve descrizione dell'iniziativa) | SI | NO |
| E' sempre disponibile il gel idroalcolico nei dispensatori al letto del paziente o all'ingresso della stanza di degenza o nelle confezioni tascabili per uso personale degli operatori | SI | NO |

INDICATORE n. 11**L'Azienda promuove interventi di prevenzione e controllo delle infezioni nell'utilizzo degli endoscopi**

| | | |
|--|----|----|
| L'Azienda ha identificato sul REPORT "SURVEY REGIONALE SUL REPROCESSING DEGLI ENDOSCOPI" (nota regionale prot. n. 00025030 del 21/10/2024) gli aspetti organizzativi e gestionali di proprio interesse | SI | NO |
| L'azienda ha condiviso il documento "Linee di indirizzo procedurali per il reprocessing degli endoscopi flessibili" con i reparti e gli operatori coinvolti | SI | NO |
| L'Azienda ha programmato le azioni di miglioramento nel processo di Reprocessing di propri endoscopi; elenca le criticità osservate e le azioni programmate di miglioramento | SI | NO |

INDICATORE n. 12. Esiste evidenza di formazione sulle ICA, sull'AMR e sulle misure di prevenzione e controllo in forma residenziale o FAD

| | | |
|--|----|----|
| Tutto il personale sanitario appartenente al CIO-CICA aziendale ha partecipato alla formazione proposta nel Modulo D (DGR1-6675 del 29/03/2023) | SI | NO |
| L'azienda ha predisposto la partecipazione del personale sanitario alla formazione proposta dal modulo A (DGR1-6675 del 29/03/2023) | SI | NO |
| Quanti operatori hanno già partecipato a fine 2025? | | |
| Quante RSA del territorio aziendale hanno partecipato alla formazione per Risk Manager e operatori proposta dall'ISS nel 2025? | N° | |
| I professionisti identificati dall'Azienda per la formazione degli osservatori dell'igiene delle mani hanno seguito la formazione dell'ISS? | SI | NO |

INDICATORE n. 13. Esiste evidenza di condivisione di obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA fra funzione dedicata a Rischio Infettivo e funzione dedicata a Rischio Clinico

L'Azienda ha analizzato le cautele sotto descritte e ha analizzato la propria condizione in termini di congruità o necessità di adattamento:

| CAUTELE PRESCRITTE | | |
|---|--------------------------------|--|
| | Documentazione reperita | Documentazione da integrare/ adeguare |
| L'indicazione dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; | | |
| L'indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; | | |
| L'indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami | | |
| Le caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; | | |
| Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; | | |
| La qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; | | |
| L'attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; | | |
| L'indicazione dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; | | |
| Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali; | | |
| L'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti; | | |
| La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio; | | |
| La redazione di un report da parte delle direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella; | | |
| L'indicazione dell'orario della effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio | | |