

☐ originale☒ copia controllata informatica☐ copia controllata cartacea _____ N. _____☐ copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ☐ bozza

Con la presente sezione del piano aziendale per la gestione del rischio vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza e assicurare la sicurezza delle cure attraverso, anche, l'applicazione di protocolli di sorveglianza sulle pratiche assistenziali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza

Redazione

Mattaliano Anna Rita, Presidente CIO, Direttore Direzione Medica di Presidio San Marco; **Adorno Paolo**, Direttore Direzione Medica di Presidio G. Rodolico; **Altadonna Valentina**, Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio G. Rodolico; **Agodi Antonella** Professore ordinario di Igiene Generale e applicata Dipartimento G. F. Ingrassia; **Badagliacca Maria Rita** Direttore U.O. Farmacia P.O. S. Marco; **Castiglione Dora**, Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio San Marco; **Ferrante Margherita** Direttore U.O. igiene Ospedaliera G. F. Ingrassia; **Galeano Salvatore** Coordinatore infermieristico- UO Direzione Medica di Presidio San Marco, segretario verbalizzante; **Gambera Angelo** Dirigente/Responsabile UO Formazione e Aggiornamento; **Grasso Giuseppina** Infermiere e specialista in igiene e sanità pubblica DSA, Segretario verbalizzante; **La Pergola Paola** ingegnere Dirigente ufficio Tecnico; **Montineri Arturo** Direttore U.O.C. Malattie Infettive; **Parrinello Vincenzo** Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio e Clinico; **Patrizia Grassi**, Direttore Laboratorio Analisi II P.O. San Marco; **Russo Carmelo**, Dirigente, Respnsabile Servizio infermieristico P.O. San Marco; **Salamanca Giuseppe**, Dirigente, Respnsabile Servizio infermieristico P.O. San Marco; **Scalia Guido** Direttore, Laboratorio Analisi I P.O. G. Rodolico

Verifica

Vincenzo Parrinello,
Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Anna Rita Mattaliano, Direttore Medico di Presidio P.O. S. Marco,
Presidente CIO
Paolo Adorno, Direttore Medico di Presidio P.O. Rodolico

Ratifica

Antonio Lazzara,
Direttore Sanitario



PREMESSA

Il piano aziendale per la gestione del rischio è stato redatto per soddisfare quanto previsto dal requisito 1A.06.02.01 *“È adottato un Piano aziendale per la gestione del rischio orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente di lavoro”* del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 *“Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”*.

La presente sezione del piano piano aziendale per la gestione del rischio è stata redatta, nello specifico, per soddisfare quanto previsto dalle seguenti evidenze del suddetto requisito:

- n. 5 *“il Piano aziendale per la gestione del rischio definisce le modalità di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza”*;
- n. 6 *“Il Piano aziendale per la gestione del rischio definisce le responsabilità per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza”*;
- n. 7 *“Il Piano aziendale per la gestione del rischio definisce i protocolli tecnici per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza”*;
- n. 12 *“Il responsabile per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza produce periodicamente una relazione sui risultati della sorveglianza e delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza”*;
- n. 14 *“Vi è evidenza della implementazione di programmi di miglioramento sulla base delle criticità riscontrate in base ai risultati della sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza”*;

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria influenzando la qualità delle cure erogate e la sicurezza dei pazienti. Possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluso gli ospedali per acuti, il *day-hospital/day-surgery*, le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali territoriali. Sono infezioni che non erano manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione in struttura, che insorgono durante la degenza almeno 48 ore dopo il ricovero oppure a seguito della dimissione.

Le ICA includono infezioni trasmesse dall'esterno (**esogene**), da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente, e infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo (**endogene**).

Le cause sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunosoppressione) o gravi patologie concomitanti
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Queste infezioni rappresentano un importante problema di salute pubblica, hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- Circa 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza
- Circa 37.000 decessi attribuibili

- Oltre 100.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa.

I costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Non tutte le ICA sono prevenibili ma si stima attualmente che possa esserlo oltre la metà. L'ultimo studio nazionale di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti, condotto nel novembre 2022 utilizzando il protocollo versione 6.0 dell'ECDC, ha incluso 325 ospedali (135 nel 2016-2017), in 19 Regioni/Province Autonome, raccogliendo dati su 60.404 pazienti con età media pari a 61,6 anni e la maggior parte (60,3%) portatore di almeno un dispositivo invasivo il giorno dello studio.

Dai dati dello studio, considerando tutte le ICA incluse le infezioni da SARS-CoV-2 (di nuova introduzione rispetto alle edizioni precedenti della sorveglianza) emerge che la media della prevalenza di pazienti con ICA nei singoli ospedali è stata 8,80% (intervallo di confidenza [CI] al 95,00%: 8,78%- 8,82%), mentre la prevalenza media, calcolata sul totale dei pazienti inclusi, era del 10,20%.

Secondo i dati della sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3), le tipologie di ICA riscontrate con maggior frequenza sono state:

- infezioni del basso tratto respiratorio (19,18%),
- infezioni del sangue (18,83%),
- infezioni delle vie urinarie (17,09%),
- COVID-19 (16,23%),
- infezioni del sito chirurgico (10,53%)

Nei pazienti non COVID-19, i microrganismi più frequentemente isolati sono stati: *Escherichia coli* (11,7%), *Klebsiella pneumoniae* (11,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (8,2%). La prevalenza media di pazienti con almeno un trattamento antibiotico calcolata sul totale degli ospedali era del 41,7% in tutti i pazienti inclusi.

Le persone a maggior rischio di contrarre una ICA sono gli assistiti; tuttavia sono esposti anche il personale e i visitatori.

Come le altre infezioni, a seconda del microrganismo, le ICA si possono trasmettere per contatto diretto, da persona a persona (soprattutto tramite le mani) o per via aerea (goccioline emesse durante la fonazione, gli starnuti o i colpi di tosse) o per via indiretta, mediante oggetti contaminati (come strumenti diagnostici o assistenziali, oggetti comuni).

La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

Tra le misure chiave ricordiamo il **lavaggio corretto delle mani** (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, la sterilizzazione dei presidi, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate (quando possibile con adeguato anticipo per consentire una buona risposta immunitaria), la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivi delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti. Allo scopo di assicurare un'operatività continua e uniforme sul territorio nazionale in materia di infezioni ospedaliere, in Italia sono state pubblicate 2 circolari del Ministero della sanità:

- la circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere nella quale viene raccomandato l'avvio di un programma di controllo delle infezioni in ciascun presidio ospedaliero, che includa la costituzione di un Comitato multidisciplinare, l'istituzione di un

gruppo operativo, il dotarsi di personale infermieristico dedicato. Viene affidato alle Regioni il compito di coordinare le attività e di rinforzare i programmi di formazione professionale

- la circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere: la sorveglianza in cui vengono definiti i criteri standardizzati per la definizione e la diagnosi dei diversi siti di infezione ospedaliera e i metodi di sorveglianza. Raccomanda di utilizzare, oltre ai dati del laboratorio, anche sistemi di sorveglianza “attiva”.

Nel tempo sono stati emanati dal Ministero della Salute vari documenti specifici sul controllo delle ICA (quali le Raccomandazioni sul controllo della diffusione nosocomiale dello *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA)) o relativi alla prevenzione di alcune malattie infettive, che possono avere un impatto significativo anche in ambito assistenziale, come morbillo, rosolia, HIV, TBC e malattie trasmesse da vettori.

Anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e nel Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 è riportata l’importanza della prevenzione e del controllo delle malattie infettive e dell’antibiotico-resistenza. Le strategie raccomandate, in sintesi, sono:

- migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE)
- svolgere una sorveglianza epidemiologica finalizzata, non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi di infezione per la valutazione dell’impatto degli interventi di prevenzione
- monitorare il consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero
- operare interventi di prevenzione individuati in base alla loro efficacia di campo e offrirli in modo tempestivo e omogeneo alla popolazione
- rendere le sorveglianze esistenti (come Sistemi SNICH, SITIN, SPIN-UTI, Studi di prevalenza nazionali e sorveglianze delle ICA) stabili e in grado di fornire dati omogenei, rappresentativi, tempestivi e adeguati
- individuare un referente regionale per la sorveglianza delle ICA
- implementare il sistema nazionale di sorveglianza delle ICA
- istituire un sistema di segnalazione rapida di *alert organisms* e *cluster* epidemici
- promuovere ed aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari
- trasmettere annualmente i dati all’ECDC e predisporre un rapporto epidemiologico nazionale annuale, che includa l’individuazione delle azioni di miglioramento necessarie
- organizzare protocolli operativi per le emergenze infettive, con lo sviluppo sia di azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi), sia di interventi di preparazione alle emergenze
- svolgere attività di comunicazione alla popolazione e formazione agli operatori sanitari, anche per mantenere la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie
- svolgere il coordinamento e l’integrazione funzionale tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali nell’attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell’impatto delle azioni poste in essere.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Struttura Ospedaliera si articola su due Presidi, da cui è composta l’Azienda; i due Presidi afferiscono rispettivamente a due strutture complesse di Direzione Medica: - UOC Direzione Medica del Presidio Gaspare Rodolico - UOC Direzione Medica del Presidio San Marco. Nell’allegato n.1 dell’Atto Aziendale è descritta l’articolazione aziendale dei dipartimenti e delle strutture complesse e semplici dipartimentale. Afferisce all’ Azienda l’ U.O. Complessa di Igiene Ospedaliera e il suo funzionamento è disciplinato da apposito Regolamento aziendale

Per quanto concerne la sorveglianza e la gestione delle Infezioni Correlate all’Assistenza, le attività precipue sono coordinate dalla Direzione Sanitaria con il supporto del CC-ICA (Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza giusta delibera del 28.11.2023 n°2524) e realizzate da i due Gruppi Operativi esistenti, uno per ciascun Presidio. Inoltre, il CC-ICA è costituito anche dal responsabile del gruppo di lavoro “antimicrobial stewardship” allo scopo di

promuovere l'uso responsabile ed appropriato degli antibiotici. Al CC-ICA sono assegnate dalla Direzione Aziendale tutte le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi prefissati. Per le attività diagnostiche, ed in modo particolare per gli esami colturali, l'Azienda si avvale della Sezione Microbiologica del Laboratorio di analisi cliniche "Patologia Clinica" per il Presidio G. Rodolico e "Patologia Clinica II" per il Presidio San Marco. Le unità operative dispongono di una stanza di degenza da destinare all'isolamento per limitare la circolazione di microrganismi a trasmissione per via aerea.

Sul sito Aziendale alla voce Qualità e Rischio Clinico così come alla voce Contenuti Prevenzione e controllo del Rischio infettivo sono riportate le procedure riguardanti la gestione di patologie infettive in ambiente ospedaliero oltreché procedure e istruzioni operative riguardanti le corrette modalità di esecuzione di pratiche assistenziali correlate alle infezioni ospedaliere.

Il presente Piano, ai sensi di quanto indicato dalla DGRC N. 1715/2007, dalla DGRC N. 2311/2008, dal PNCAR 2022-2025, dal PRP 2020-2025, riporta le attività da effettuare per garantire il monitoraggio e la prevenzione delle ICA. Ha validità fino al 31.12.2027 e, comunque, fino alla revisione con adozione del nuovo PAICA.

Il programma di contrasto all'antibiotico resistenza è descritto all'interno del Pi-S-2 Programma triennale di Antibiotic Stewardship 2024-2026, presente sul sito Aziendale alla voce Qualità e Rischio Clinico.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e comunque entro tre anni dalla data di emissione, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione del presente regolamento, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all'indirizzo: **qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it**, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione dello stesso.

INDICE

	PREMESSA	3
	INDICE	7
1.	SCOPO	9
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE	9
3.	RIFERIMENTI	9
4.	TERMINI E DEFINIZIONI.....	9
5.	PIANO DELLE ATTIVITÀ	11
5.1	Responsabilità	24
5.2	Indicatori	24

1. SCOPO

La presente sezione del piano aziendale per la gestione del rischio definisce gli obiettivi e le strategie aziendali al fine di garantire la prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Il programma di contrasto all’antibiotico resistenza non fa parte del presente piano in quanto è descritto all’interno del Pi-S-2 “Programma triennale di Antibiotic Stewardship 2024-2026”.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente piano delle attività si applica in tutti i setting assistenziali. dell’A.O.U. Policlinico “G. Rodolico – San Marco” di Catania.

3. RIFERIMENTI

D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l’esercizio delle attività sanitarie e per l’accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”.

Circolare n. 8/1988 del Ministero della Sanità – “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”

Circolare n. 52/1985 del Ministero della Sanità- “Lotta contro le infezioni ospedaliere”

Piano di contrasto dell’antibiotico resistenza (PNCAR) Ministero della Salute 2017-2020

Piano di contrasto dell’antibiotico resistenza (PNCAR) Ministero della Salute 2022-2024

Piano di nazionale della prevenzione (PNP) Recepimento intesa stato regioni 2020-2025

Decreto 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’ assistenza ospedaliera”

Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. “Legge Gelli”) “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

Manuale per gli osservatori strategia multimodale dell’OMS mirata al miglioramento dell’igiene delle mani, 2017

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)”

Antimicrobial stewardship and Infection prevention – Leveraging the Synergy: a position paper update.

SNICH2

Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) – Report riassuntivo

DECRETO 7 marzo 2022 - Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)

4. TERMINI E DEFINIZIONI

AR Antibiotico Resistenza.

Antimicrobial stewardship (AMS) L’insieme di interventi che mirano a promuovere e guidare l’uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la via di somministrazione e la durata della somministrazione.

CIO	Comitato infezioni ospedaliere.
Commitment	Capacità di impegnarsi nel raggiungimento degli obiettivi di progetto attraverso l'assunzione delle responsabilità che ne conseguono. La gestione del Commitment si articola nei seguenti passaggi: fissare le aspettative, gestire le aspettative, verificare che il delivery rispetti le aspettative.
ICA	Infezioni correlate all'assistenza, infezioni dovute a batteri, funghi, virus e altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale (ospedali, ambulatori di chirurgia, centri di dialisi, lungodegenze, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali) e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima della erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né presumibilmente in incubazione.
Infection control (IC)	Prevenzione e il controllo delle infezioni. È un approccio pratico, basato sull'evidenza, il cui scopo è prevenire che pazienti e operatori sanitari vengano colpiti da infezioni evitabili.
GO CIO	Gruppo Operativo Comitato Infezioni Ospedaliere
MDRO	Microrganismi multifarmaco-resistenti (Multi-Drug Resistant Organisms).
MORBOSITA'	Frequenza di malattia.
MORTALITÀ	Frequenza dei decessi.
MRSA	Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus.
MSSA	Methicilin –sensible staphilococcus aureus.
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità.
GISIO	Gruppo Italiano di Studio Igiene Ospedaliera
UU.OO.	Unità Operative

5. PIANO DELLE ATTIVITÀ

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra citati i componenti del Comitato delle infezioni correlate all'Assistenza definiscono le attività da svolgere per il triennio 2025-2027, di seguito elencate.

OBIETTIVO: 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 CRE e delle malattie infettive	
ATTIVITA': Tempestiva segnalazione dei Germi Alert e monitoraggio delle resistenze agli antibiotici nelle singole U.U.O.O, basato sui dati di laboratorio	
RAZIONALE	Con tale flusso informativo, alimentato dai Laboratori di Microbiologia, l'isolamento del Germe Alert viene tempestivamente segnalato al Reparto e alla Direzione Medica di Presidio per l'attuazione rapida delle strategie di isolamento.
Monitoraggio	È di fondamentale e strategica importanza monitorare la circolazione dei patogeni. L'attività di gestione e aggiornamento del data base informatico dedicato agli Alert, a cura dei laboratori dei due Presidi, ha lo scopo di fornire un quadro sintetico della situazione epidemiologica locale, a cadenza trimestrale, contenente informazioni relative alla tipologia e distribuzione degli Alert nelle UU.OO. dell'Azienda, alle resistenze e sensibilità agli antibiotici, alla cronologia degli isolamenti, con l'obiettivo di rendere disponibile uno strumento flessibile per la comprensione tempestiva delle variazioni nella distribuzione e tipologia dei microrganismi e per la pianificazione di interventi di prevenzione e terapeutici mirati.
Responsabilità	Laboratorio Analisi dei Presidi G. Rodolico e San Marco

ATTIVITA': Controllo per la "Gestione dei casi di pazienti con colonizzazione/infezione da "Alert Organisms"	
RAZIONALE	In analogia all'approccio ormai consolidato negli anni, sulla scorta delle segnalazioni di isolamento di Alert Organism nei reparti, pervenute da parte del Laboratorio di Microbiologia, operatori sanitari afferenti al G.O. del CIO effettuano nel corso dell'anno le verifiche di corretta applicazione della procedura.
Attività e monitoraggio	Gli operatori inviano note informative, effettuano indagini telefoniche o sopralluoghi nel corso dei quali, avvalendosi di schede ad hoc appositamente predisposte, registrano le misure di controllo e prevenzione adottate presso le UU.OO. verificandone l'aderenza rispetto alla procedura di riferimento, PGS-DVE-7-0 "Gestione dei casi di pazienti con colonizzazione/infezione da "Alert Organisms", e supportandone l'adozione.
Responsabilità	Laboratorio Microbiologia UU.OO. Gruppo Operativo CIO

ATTIVITA': Svolgere controlli interni per la verifica di pratiche assistenziali secondo procedure o bundle per la prevenzione delle infezioni	
RAZIONALE	I documenti di seguito indicati costituiscono uno strumento di autogestione e verifica della qualità delle procedure svolte da parte degli operatori sanitari. Prevedono una serie di campi, fra i quali figurano quelli dedicati alla motivazione della procedura, oltre a quelli riguardanti gli aspetti tecnici di competenza dell'operatore. • <i>Gestione ferita chirurgica "Scheda Gestione della Ferita chirurgica", R-S-19 ed.1 rev.00 del 7 ottobre 2019</i> • <i>Inserzione catetere vescicale "Scheda registrazione inserzione catetere vescicale", M_R-S-21_1 ed. 00 rev. 00 del 29 giugno 2020</i> • <i>Gestione accessi venosi "Scheda gestione accessi venosi"</i> • <i>Sanificazione unità posto letto delle aree a medio rischio "Scheda registrazione sanificazione unità posto letto" M_PGS-37_14 -</i> • <i>Sanificazione unità posto letto del paziente - apparecchiature e arredi delle UU.OO. area critica e semicritica M_PGS-37_3 9 ottobre 2023</i>
Monitoraggio	Al fine di appurare la regolare presenza in cartella e la corretta compilazione delle suddette schede, vengono eseguiti periodici controlli sulle cartelle cliniche
Responsabilità	Gruppo Operativo CIO Gruppi di lavoro

ATTIVITA': Verifica "Modalità di esecuzione della sterilizzazione a vapore saturo". PGS-DSA-7-02	
RAZIONALE	La verifica del livello di adesione alla procedura PGS-DSA-7-02, presente sul sito aziendale "Modalità di esecuzione della sterilizzazione a vapore saturo" ha lo scopo di: ✓ tenere sotto controllo il governo delle varie fasi del processo di sterilizzazione con autoclave a vapore saturo e assicurare la corretta gestione del supporto documentale; ✓ raccogliere evidenze sull' avvenuto regolare ciclo dell'autoclave e sull'intero processo di tracciabilità e rintracciabilità; ✓ valutare il livello di soddisfacimento dei requisiti e il raggiungimento degli standard contemplati dalla procedura; ✓ monitorare l'andamento nel tempo del livello di adesione.
Monitoraggio	Vengono condotti con l'utilizzo di apposite check-list e con intervista al personale addetto alla sterilizzazione. Le verifiche vengono condotte con cadenza trimestrale presso le UU.OO. in entrambi i presidi, dotate di autoclavi a vapore saturo, in particolare presso il Complesso Centrale di Sterilizzazione, il Complesso Operatorio Centralizzato e presso le S.O. del Day Surgery del P.O. San Marco e presso la Centrale di Sterilizzazione e il punto di Sterilizzazione allocato presso il blocco operatorio dell' Ed. 8 del P.O. G. Rodolico Gli esiti vengono trasmessi ai Direttori / Coordinatori Infermieristici delle UUOO interessate, con l'indicazione delle eventuali azioni di miglioramento da intraprendere
Responsabilità	Gruppo operativo CIO

ATTIVITA': Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)- PNCAR e circolare del Ministero della salute prot. 1479 del 17.01.2020

RAZIONALE	La sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), istituita con circolare del Ministero della Salute del 17.01.2020 e successivi aggiornamenti (nota DASOE 17300 del 15.05.2024) raccoglie e analizza le segnalazioni dei casi di batteriemie da K. pneumoniae ed E. coli resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi da tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di monitorare la diffusione e l'evoluzione di queste infezioni e sviluppare strategie di contenimento adeguate.
Monitoraggio	Secondo le indicazioni della direttiva Regionale DASOE/8/21392 del 29.04.2021 e successivi aggiornamenti nota DASOE 17300 del 15.05.2024, presso i PP.OO. dell'Azienda, vengono puntualmente inseriti in piattaforma CRE i dati richiesti dai laboratori e dalle Direzioni mediche nell'apposita piattaforma.
Responsabilità	Laboratori Analisi e Direzioni Mediche dei Presidi G. Rodolico e San Marco

ATTIVITA': Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni sottoposte a notifica obbligatoria

RAZIONALE	Segnalare al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) competente per area, qualunque caso di malattia infettiva e diffusiva confermata o sospetta
Attività e Monitoraggio	I medici ospedalieri, previa informativa all'interessato, compilano le schede di segnalazione delle malattie infettive accertate o sospette e le inoltrano alla Direzione Medica di Presidio che le notifica all'Azienda Sanitaria Provinciale. La Direzione Medica di Presidio riceve altresì la segnalazione di malattia infettiva dal laboratorio e ne verifica la ricezione e la corretta compilazione delle relative schede da parte delle UU.OO. sollecitandone l'invio qualora la scheda non sia ancora pervenuta
Responsabilità	Laboratorio Analisi Dirigenti medici delle UU.OO. Direzione Medica di Presidio

ATTIVITA': "Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva" - SPIN-UTI	
RAZIONALE	Il progetto, mira a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso una sorveglianza patient-based e un confronto dei tassi di infezione tra le diverse UTI, promuovendo il benchmarking e la prevenzione delle ICA. Ogni anno proseguono le attività nell'ambito del Progetto SPIN-UTI del Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera (GISIO) della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP). In particolare,
Attività e Monitoraggio	Vengono analizzati i dati delle tre UTI dell'Azienda: l'U.O.C di Rianimazione e Terapia Intensiva del PO "San Marco" e le due UTI "Anestesia e Rianimazione" e "Anestesia e Rianimazione CAST" del PO "G. Rodolico", e prodotto un report annuale che contiene i valori degli indicatori relativi alle infezioni stratificati per singole UTI partecipanti, identificati mediante codice anonimo confidenziale noto solo ai referenti aziendali per il progetto e al coordinamento centrale. Viene riportata la distribuzione in percentili di tali indicatori per fornire alle singole UTI i valori di benchmark per un confronto avanzato dei tassi di infezione.
Responsabilità	Responsabile del Programma Infradipartimentale "Epidemiologia Ospedaliera e Ricerca Traslazionale: Sorveglianza Epidemiologica, Valutazione e Controllo dei Rischi" DMP UTI

ATTIVITA': Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione e controllo negli ospedali	
RAZIONALE	SNICH2 è un sistema di monitoraggio delle infezioni che possono insorgere dopo interventi chirurgici. La relazione di sorveglianza SNICH mira a raccogliere, analizzare e interpretare i dati relativi alle infezioni del sito chirurgico, fornendo informazioni utili per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre l'incidenza di queste complicanze.
Monitoraggio	A conclusione della rilevazione dati per l'anno precedente della Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH2) sarà cura del Gruppo GISIO predisporre il database centralizzato con i dati regionali. Inoltre, i dati della sorveglianza verranno analizzati per la realizzazione di un report regionale che includerà i dati dell'Azienda. In particolare, il report conterrà i valori degli indicatori relativi alle infezioni stratificati per singole Unità Operative partecipanti, identificati mediante codice anonimo confidenziale noto solo ai referenti aziendali per il progetto e al coordinamento centrale. Verrà riportata la distribuzione in percentili di tali indicatori per fornire alle singole strutture i valori di benchmark per un confronto avanzato dei tassi di infezione. Infine, verranno inclusi gli indicatori di prevenzione e controllo, se indicati.
Responsabilità	Responsabile del Programma Infradipartimentale "Epidemiologia Ospedaliera e Ricerca Traslazionale: Sorveglianza Epidemiologica, Valutazione e Controllo dei Rischi" DMP UU.OO. di area chirurgica coinvolte

ATTIVITA': Sorveglianza nazionale del Consumo di Soluzione IdroAlcolica (CSIA) per l'igiene delle mani	
RAZIONALE	L'obiettivo della sorveglianza è quello di monitorare nel tempo, il consumo di soluzione idroalcolica in ambito ospedaliero.
Monitoraggio	Caricamento annuale dati aziendali sulla piattaforma CSIA ISS Elaborazione dati Produzione report dati anno precedente
Responsabilità	Fonte dati: UO Farmacia e Ufficio SDO Produzione Report: Gruppo GISIO

ATTIVITA': Sorveglianza integrata - basata sul paziente e sul laboratorio: diffusione protocolli in Azienda e caratterizzazione epidemiologica dei microrganismi associati ad ICA, alla colonizzazione e al carriage. Pattern di acquisizione; tipizzazione molecolare; indagini su episodi epidemici e/o contaminazioni ambientali (superfici, aria, acqua) di interesse epidemiologico	
RAZIONALE	Attività di sorveglianza dei microrganismi alert associati ad episodi di ICA. L'approccio di sorveglianza patient-based viene integrato con quello laboratory-based per l'identificazione molecolare e la tipizzazione epidemiologica di alert organism, tra i quali <i>Klebsiella pneumoniae</i> e <i>Acinetobacter baumannii</i> , in particolare nelle UTI, adulti e neonatali, secondo le indicazioni della Direzione medica del PO San Marco. Utilizzando il suddetto approccio integrato di sorveglianza basata sul paziente e sorveglianza basata sui dati di laboratorio, verrà effettuata la caratterizzazione epidemiologica e molecolare, anche mediante analisi della clonalità, dei microrganismi responsabili di eventuali episodi epidemici e/o contaminazioni ambientali (superfici, aria, acqua) di particolare interesse epidemiologico.
Monitoraggio	Monitoraggio statistico epidemiologico
Responsabilità	Produzione Report: Gruppo GISIO

ATTIVITA': Indicatori per valutare l'impatto delle indicazioni sullo screening per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e Acinetobacter baumannii e i livelli di compliance a tali indicatori	
RAZIONALE	Le attività previste dal progetto "Valutazione dell'impatto dello screening con tamponi di sorveglianza per la prevenzione e il controllo del carriage, della colonizzazione e dell'infezione in Terapia Intensiva" sono state approvate dal Comitato etico locale Catania 1 il 17.06.2024 (prot n. 37/2024-PAR del Registro dei pareri del CEL) e finanziato 3 nell'ambito del Progetto PNRR INF-ACT, Research Node 4 EPI-MOD, Work package 4.8 "Translating and integrating innovative data into information for action".
Monitoraggio	In particolare, è obiettivo per il 2025 raccogliere i dati relativi allo screening e al suo impatto, avvalendosi dei dati della sorveglianza SPIN-UTI per le UTI per adulti e di quelli del protocollo di sorveglianza delle ICA nelle UTIN predisposto ad hoc sulla base del protocollo NEOIPC vs1.2 presso le UOC del PO San Marco.
Responsabilità	Produzione Report Responsabile del Programma Infradipartimentale "Epidemiologia Ospedaliera e Ricerca Traslazionale: Sorveglianza Epidemiologica, Valutazione e Controllo dei Rischi"

ATTIVITA': Sorveglianza attiva delle infezioni ospedaliere in neonati di basso peso alla nascita	
RAZIONALE	Studio di sorveglianza riguardante le infezioni correlate all'assistenza presso la U.O. Terapia Intensiva Neonatale del P.O. G. Rodolico, I dati raccolti dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva Neonatale del Presidio G. Rodolico con peso inferiore a 1500 grammi, rispondenti alle caratteristiche concordate, riguardano: parametri clinici, ematochimici, analisi colturali ed esiti, trattamento profilattico con terapia antibiotica ed antifungina ricevuto.
FONTE	UTIN PO G.RODOLICO
Attività e monitoraggio	Sorveglianza prospettica
Responsabilità	Fonte dati: UTIN G. Rodolico Report: Responsabile del Programma Infradipartimentale "Epidemiologia Ospedaliera e Ricerca Traslazionale: Sorveglianza Epidemiologica, Valutazione e Controllo dei Rischi"

ATTIVITA': Monitoraggio sanificazione ambientale	
RAZIONALE	Le verifiche delle condizioni igieniche degli ambienti, finalizzate al controllo della pulizia, vengono effettuate in sinergia con il Servizio Infermieristico ed in contraddittorio con la Ditta appaltatrice del Servizio di pulizia. Tale verifiche vertono a valutare il raggiungimento degli standard qualitativi attesi, supportate, dall'utilizzo di strumenti quali Bioluminometro e scala di Bacharach.
Monitoraggio	Cadenza trimestrale
Responsabilità	DMP Servizio Infermieristico

ATTIVITA': Monitoraggio microbiologico ambientale	
Razionale	I monitoraggi vengono condotti in sincrono mediante le seguenti determinazioni: carica microbica ambientale; carica microbica delle superfici; numero ricambi aria/h; parametri microclimatici; conta particellare; Nel caso di scostamenti dai parametri di riferimento, le Direzioni Mediche hanno provveduto ad impartire le opportune prescrizioni igienico comportamentali anche sulla base delle indicazioni fornite dall'UOC di Igiene Ospedaliera.
Attività di monitoraggio	Sulla base di una programmazione annuale con periodicità differenziata per le aree ad alto, medio e basso rischio, formalmente predisposta, ad inizio anno, dall' UOC Igiene Ospedaliera e approvata dalle Direzioni Mediche di Presidio, proseguono presso i PP.OO. dell'Azienda, sono state condotte le attività di: ➤ Monitoraggio parametri ambientali aria. ➤ Monitoraggio microbiologico e particellare aria. ➤ Monitoraggio microbiologico superfici.
Responsabilità	Igiene Ospedaliera DMP

ATTIVITA': Controllo dei parametri chimici e microbiologici dell'acqua potabile per la prevenzione della legionellosi nei PP.OO. dell'azienda	
RAZIONALE	Monitoraggio periodico degli impianti di distribuzione e della qualità dell'acqua erogata nelle Unità Operative, effettuata in attuazione alle "Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi", di cui al Decreto Assessoriale del 05.08.2015 (GURS n. 35 del 28.08.2015), con esecuzione di prelievi di campioni di acqua per il controllo della potabilità e ricerca della Legionella pneumophila da parte del Servizio di Igiene Ospedaliera, con il contributo del Settore Tecnico dell'Azienda. Negli ambienti ove è stata riscontrata la presenza del batterio sono state predisposte le opportune indicazioni.
Monitoraggio	Adesione al controllo sulla base della programmazione formalmente predisposta annualmente per gli ambienti secondo area di rischio
Responsabilità	DMP Igiene ospedaliera

ATTIVITÀ: Piano audit per la verifica del livello di adesione all'igiene delle mani PGS-DVB-7-01 ed. 1 rev. 00 del 30 maggio 2012	
RAZIONALE	Il livello di adesione alla procedura viene monitorato presso i PP.OO. dell'Azienda, mediante osservazione diretta delle modalità di igienizzazione delle mani utilizzate dagli operatori sanitari, finalizzate alla rilevazione dell'"adesione all'igiene delle mani". Le osservazioni vengono effettuate da operatori formati, sulla base di una pianificazione annuale, che per l'anno in corso ha riguardato numero sei unità operative del Presidio San Marco e sette unità operative del presidio G. Rodolico. Nel corso delle osservazioni vengono valutato anche il corretto utilizzo dei guanti. Rilevazione finalizzata al progetto "Choosing wisely-Igiene ospedaliera"
Attività e monitoraggio	Osservazione annuale di almeno 6 unità operative per Presidio, Invio report ai Direttori ed ai Coordinatori infermieristici delle UU.OO. interessate, accompagnati da una relazione che ne riassume i contenuti e prescrive le indicazioni.
Responsabilità	Gruppo Operativo CIO DMP

OBIETTIVO: Migliorare l'appropriatezza prescrittiva nell'utilizzo degli antibiotici in terapia e profilassi	
ATTIVITA': Sviluppo e implementazione di programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)	
RAZIONALE	Sviluppo e implementazione di programmi di buon uso degli antibiotici attraverso un Programma Triennale di Antibiotic Stewardship 2024-2026
AZIONE	Si rimanda al Programma Antibiotic Stewardship 2024-2026 giusta delibera - delibera n° 1529 del 27.06.24 Programma triennale di Antibiotic Stewardship 2024-2026
Responsabilità	Team Antimicrobial Stewardship

OBIETTIVO: 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': Elaborazione e aggiornamento di protocolli operativi e procedure aziendali inerenti la prevenzione e il controllo del rischio infettivo	
RAZIONALE	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
Attività e produzione	Revisione o redazione di almeno 2 procedure / anno
Monitoraggio	Annuale, nella relazione finale CIO
Responsabilità	CIO

ATTIVITÀ: campagna informativa sull' igiene delle mani	
Razionale	L'iniziativa ha lo scopo di perseguire gli obiettivi della Giornata, vale a dire "rafforzare e responsabilizzare gli attori del settore sanitario, utenti e caregiver per potenziare le azioni volte a migliorare l'igiene delle mani e la prevenzione e il controllo delle infezioni" e "promuovere la collaborazione della popolazione e delle organizzazioni verso l'obiettivo comune di ridurre al minimo il rischio di infezioni e di resistenza antimicrobica nell'assistenza sanitaria". A supportare gli utenti, i caregiver, gli operatori nelle operazioni di igienizzazione delle mani, viene utilizzato l'hand scanner attraverso il quale è possibile anche la successiva valutazione della qualità della frizione alcolica delle mani con il rilascio di feedback dei risultati ottenuti. All'interno dei due presidi ospedalieri ogni anno vengono affissi poster illustrativi nelle aree a più elevato transito di persone per ricordare l'importanza di questo semplice gesto per prevenire le infezioni correlate alle pratiche assistenziali, concetto più volte ribadito durante gli Audit che vengono effettuati presso i reparti. In occasione del 5 maggio, inoltre, presso la Main Street del PO San Marco, viene posto uno stand per celebrare la "Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani" promossa dall'OMS, con personale di supporto presente per rispondere alle domande poste dagli operatori e dagli utenti. Inoltre, attraverso tutti i display dei punti ristoro dislocati anche in prossimità delle sale d'attesa degli ambulatori che, ripetutamente trasmettono filmati sull'importanza dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni ospedaliere come da campagna promossa dall'OMS.
Attività e monitoraggio	Organizzazione annuale evento Giornata Mondiale Igiene delle Mani Campagna informativa permanente Igiene delle Mani
Responsabilità	Gruppo operativo CIO DMP

ATTIVITA': Informativa a tutti gli utenti e visitatori sulla prevenzione delle ICA	
RAZIONALE	Fornire le indicazioni sulle PRECAUZIONI ADOTTABILI DA PARTE DELL'UTENZA attraverso informazione ai visitatori e utenti e pubblicazione sul sito aziendale di brochure informativa
Attività e monitoraggio	Redazione procedura e brochure informativa
Responsabilità	DMP UOS comunicazione istituzionale e umanizzazione

ATTIVITA': Formazione	
RAZIONALE	Pianificazione ed erogazione della formazione
Attività	Almeno 1 evento formativo ECM sulle pratiche assistenziali/anno
Responsabilità	CIO UO Formazione e aggiornamento

ALTRE ATTIVITA'	
Attività: Ambulatorio vaccinale protetto e partecipazione alla World AMR Awareness Week – WAAW	
RAZIONALE	Dopo la stipula dell'Accordo di Collaborazione scientifico-assistenziale tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, il Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "G.F. Ingrassia" e l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Rodolico – San Marco" di Catania, a partire dal 14 novembre 2024, sono state avviate le attività dell'Ambulatorio Vaccinale Protetto presso i locali del Presidio Ospedaliero "San Marco", dedicato alla popolazione o da vaccinare in "ambiente protetto" in quanto ultra vulnerabili e a maggior rischio allergologico o considerati "fragili" per patologia o determinate condizioni di salute.
Attività	Apertura ambulatorio vaccinale 2 volte al mese
Responsabilità	ASP Responsabile del Programma Infradipartimentale "Epidemiologia Ospedaliera e Ricerca Traslazionale: Sorveglianza Epidemiologica, Valutazione e Controllo dei Rischi"

Controlli: Piano audit per la verifica del livello di adesione alle procedure inerenti la prevenzione e il controllo del rischio infettivo	
Razionale	Svolgere audit interni per la verifica di pratiche assistenziali secondo procedure o bundle per la prevenzione delle infezioni
Monitoraggio	Verifica del livello di adesione all'igiene delle mani e corretto uso dei guanti Verifica corretta esecuzione della sterilizzazione a vapore saturo Verifica adozione Regolamento "Gestione della Ferita chirurgica" Verifica adozione "Scheda registrazione inserzione catetere vescicale" Verifica adozione "Scheda registrazione gestione accesso venoso centrale" Verifica "Scheda registrazione sanificazione unità posto letto Area a medio rischio Verifica "Scheda registrazione sanificazione unità posto letto del paziente - apparecchiature e arredi delle UU.OO. Area critica e semicritica" Il monitoraggio verrà svolto secondo il calendario annuale
Responsabilità	Gruppo operativo CIO Gruppi di lavoro

Attività: Monitoraggio statistico-epidemiologico degli infortuni a rischio biologico	
Razionale	Raccogliere le segnalazioni di infortuni a rischio biologico occorsi al personale afferente ai PPOO Aziendali in un data-base per la gestione dei dati. Tale strumento consente la raccolta descrittiva dell'evento occorso e la possibilità di attuare un costante monitoraggio sia a scopi statistici ed epidemiologici che al fine di ottemperare a disposizioni legislative in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di poter adottare ogni eventuale e necessaria misura di prevenzione e controllo per fronteggiare situazioni e/o condizioni operative a rischio per i dipendenti.
Responsabilità	DMP

5.1

Responsabilità

5.2

La realizzazione del PAICA richiede le seguenti attività:

- Presidente CIO: colui che supporta, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio clinico correlato alle ICA, promuovendo, suggerendo e condividendo con il CC-ICA le misure correttive e di monitoraggio necessarie alla prevenzione delle ICA;
- CC-ICA: compiti e funzioni sono indicati nella delibera istitutiva;
- Gruppo Operativo CC-ICA (GO): compiti e funzioni sono indicati nella delibera istitutiva;
- Direzione strategica aziendale: è responsabile della gestione del rischio infettivo in quanto garante della sicurezza del paziente; condivide, adotta e delibera le misure suggerite dal CC-ICA;
- Facilitatore (o delegato alla sicurezza): è un operatore tecnico o sanitario che opera nella struttura operativa, che ha il compito di promuovere i processi di miglioramento collegati alla sicurezza del paziente e del rischio infettivo, nonché di facilitare la divulgazione delle buone pratiche;
- Operatore sanitario/Utente: qualsiasi operatore sanitario che opera nella struttura. L'utente partecipa al dibattito clinico e all'identificazione delle azioni di miglioramento e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

ATTIVITA'	Presidente CIO	Direttore Sanitario	Componenti CIO	Responsabili Gruppo Operativo
Redazione PAICA e proposta di Deliberazione	R	C	R	C
Adozione PAICA con deliberazione	R	R	R	R
Validazione PAICA	R	R	C	C
Monitoraggio PAICA	R	C	C	C

CC-ICA =Comitato infezioni correlate all' assistenza

DMP =Direzione Medica di Presidio

R= Responsabile

C=coinvolto

5.3

Indicatori

Le modalità di monitoraggio delle attività previste dal PAICA sono indicate nelle sezioni relative alle singole attività.

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data