



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

---

**Deliberazione del Direttore Generale N. 508 del 24/04/2024**

---

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

**Oggetto: PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO BIENNALE (2023/24) DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA).**

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 24/04/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

Atto immediatamente esecutivo

**TRASMISSIONE**

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

**UOC AFFARI GENERALI**  
**Direttore Eduardo Chianese**

**ELENCO FIRMATARI**

*Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE*

*Alfredo Matano - UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI*

*Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA*

*Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI*



**Oggetto:** PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO BIENNALE (2023/24) DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA).

**Direttore f.f. UOC ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E SANITARI**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

**Premesso**

che la Legge 8 marzo 2017 , n. 24 recante Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie stabilisce all'art. 1 comma 2 che "la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative";

che la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresenta un aspetto cruciale per la sicurezza delle cure e, pertanto, necessita la pianificazione di attività concordate e monitorate per la verifica di efficacia;

**Considerato**

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

**Visti**

- La Circolare Ministero Sanità N. 52/1985 Lotta Contro Le Infezioni Ospedaliere,
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie",
- Il MANUALE PER GLI OSSERVATORI strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani, 2017,
- Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Della Regione Campania,
- La Deliberazione Giunta Regionale n. 424 del 11/07/2023 avente ad oggetto dell'Atto: Approvazione"LINEE D'INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI DI

*Deliberazione del Direttore Generale*



ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP E PER L'IMPLEMENTAZIONE LOCALE DEI PROTOCOLLI DI TERAPIA ANTIBIOTICA" per l'attuazione delle Azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025,

- la 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)" e successivo aggiornamento con Circolare Ministeriale 001479-17/01/2020 avente ad oggetto "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –ERRATA CORRIGE.",
- le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" di cui alla Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00163 della Regione Lazio che offrono indicazioni per l'elaborazione del PAICA aziendale;

#### **Ritenuto**

di dover integrare in un unico documento la pianificazione biennale degli obiettivi aziendali per la prevenzione e il controllo delle ICA e per il contrasto all'AMR,

di poter adottare, quale riferimento nella stesura, le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)" di cui alla Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00163 della Regione Lazio;

#### **Visto**

Il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO BIENNALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (2023/24) elaborato dalla dott.ssa Giovanna Verrillo in qualità di Referente Aziendale ICA allegato alla presente;

#### **Attestata**

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

*Deliberazione del Direttore Generale*



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

---

**PROPONE**

**di ADOTTARE** il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO BIENNALE (2023/24) DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA) allegato alla presente per formarne parte integrante;

**di TRASMETTERE** copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alla Direzione Sanitaria, a tutti i Dipartimenti Assistenziali, alla UOC Risk Management, alla UOC Ingegneria Ospedaliera, alla UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA, alla UOC Appropriatelyzza Epidemiologia Clinica, Formazione Qualità e Performance, alla UOC Provveditorato, alla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione;

**di RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile.

**Il Direttore ff. U.O.C. Organizzazione e Programmazione  
dei Servizi Ospedalieri e Sanitari  
dott. Alfredo Matano**

*Deliberazione del Direttore Generale*

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



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

---

**IL DIRETTORE GENERALE**

**dott. Gaetano Gubitosa**

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

**Vista** la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore ff U.O.C. Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari dott. Alfredo Matano

**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art. 6, punto 1, lett e del regolamento aziendale) e sotto riportati

Il Direttore Sanitario	Dr.ssa Angela Anecchiarico	Favorevole
Il Direttore Amministrativo	Avv. Amalia Carrara	Favorevole

**DELIBERA**

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

**di ADOTTARE** il documento PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO - PIANO BIENNALE (2023/24) DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA) allegato alla presente per formarne parte integrante;

**di TRASMETTERE** copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, alla Direzione Sanitaria, a tutti i Dipartimenti Assistenziali, alla UOC Risk Management, alla UOC Ingegneria Ospedaliera, alla UOC Tecnologia Ospedaliera e HTA, alla UOC Appropriatelyzza Epidemiologia Clinica, Formazione Qualità e Performance, alla UOC Provveditorato, alla UOSD Servizio Prevenzione e Protezione;

**di RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile.

**Il Direttore Generale**  
**Gaetano Gubitosa**

*Deliberazione del Direttore Generale*

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



CC-ICA  
Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza  
PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO  
INFETTIVO  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE  
ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT  
DEL RISCHIO INFETTIVO  
PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE  
ALL'ASSISTENZA (2023-2024)

*SINTESI DEGLI OBIETTIVI DEL  
DOCUMENTO*

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

**Approvato dal Comitato Controllo ICA**  
Autore: Dott.ssa Giovanna Verrillo, Referente  
ICA;  
Dott. Alfredo Cioffi

## INTRODUZIONE

### 1) Ambito di applicazione

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

I posti letto assegnati all'Azienda ospedaliera di Caserta dal Piano regionale di Programmazione della Rete ospedaliera sono 613. I posti letto attivi sono n° 399, sebbene sono previste e prevedibili fluttuazioni legate a emergenze specifiche, quali ad esempio, le recrudescenze della pandemia da COVID 19.

### 2) Scadenze temporali

Il presente Piano Aziendale ha validità fino alla revisione con adozione di nuovo Piano Aziendale.

### 3) Struttura del PAICA

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

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



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

## 1) PREMESSA

### a) Contesto organizzativo.

- *Data di costituzione e composizione del CCICA*

Presso l'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta si è provveduto con atti deliberativi n. 404 del 04.05.2023, n. 276 del 07.04.2022, n.214 del 27.02.2020, n.199 del 14.03.2019, n.886 del 11.10.2018, n. 125 del 11.09.2017, n. 188 del 07.04.2016 e n. 51 del 22.01.2010 a istituire e rimodulare la composizione del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CC\_ICA), nonché la composizione del Gruppo Operativo dello stesso, già prevista dalla deliberazione n. 198 del 19.03.2010 e modifica/integrazione della rete dei facilitatori di reparto nel controllo delle ICA.

*Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA*

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

1. Definire la strategia di lotta contro le Infezioni Ospedaliere, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:  
organizzazione del sistema di sorveglianza, misure di prevenzione, potenziamento dei servizi di microbiologia, metodo e mezzi per informare il personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni;
2. Verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
3. Curare la formazione culturale e tecnica in materia del personale.

Il comitato presieduto dal Direttore Sanitario comprende un rappresentante delle aree funzionali, esperto in igiene, in malattie infettive ed in microbiologia quali figure essenziali, e un infermiere coordinatore. Il comitato si avvale della collaborazione di un gruppo operativo con specifiche mansioni attinenti al programma.

- *Indicatori di diagnostica microbiologica utilizzati*

Il laboratorio di Microbiologia esegue le seguenti attività diagnostiche ed organizzative:

- Sorveglianza Attiva:
  - diagnosi microbiologica dei pazienti colonizzati da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e individuazione del relativo meccanismo di resistenza (KPC, NDM; IMP; MBL, OXA-48) su tampone rettale;
  - diagnosi microbiologica dei pazienti colonizzati da *Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA) su tampone nasale;
  - diagnosi microbiologica di contaminazione microbica dei pazienti ricoverati come indicatore di pulizia personale su tampone ascellare;
  - Monitoraggio microbiologico ambientale delle superfici high touch.
  
- Sorveglianza Passiva:
  - Report epidemiologico microbiologico per Reparto, Dipartimento, Ospedale;
  - Report infezioni nei diversi campioni microbiologici;
  - Report Infezioni da Germ Alert;
  - Report tamponi di sorveglianza;
  - Report per *Antimicrobial stewardship*;
  - Partecipazione al Sistema di sorveglianza regionale di antibiotico-resistenza ICAAROWeb.
  
- Utilizzo di tecnologie di *Fast microbiology*:
  - MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization – Time of Flight) è un tipo di spettrometria di massa adatta all'identificazione rapida di batteri e miceti (5 – 10 min.) rispetto alle 8-12 ore delle metodologie convenzionali;
  - Light-scattering, tecnologia in grado di fornire informazioni sulla sensibilità/resistenza del patogeno responsabile dell'infezione ai principali antibiotici entro 4-6 ore, rispetto alle 16-24 ore dell'antibiogramma convenzionale;
  - Time-lapse microscopy, tecnologia innovativa che associa l'osservazione microscopica a metodiche di ibridazione in situ con cui è possibile avere l'identificazione batterica in 1-2 ore e l'antibiogramma in circa 6 ore, rispetto alle 16-24 ore delle metodologie convenzionali;
  - PCR real-time, DNA microarrays, tecnologie di biologia molecolare capaci di consentire l'identificazione, su base sindromica, dei principali patogeni batterici, virali e fungini e alcuni dei principali determinanti di antibiotico-resistenza anche direttamente da campione clinico (sangue, liquor, broncoaspirati, essudati etc.) in circa 2 ore, rispetto alle 16-24 ore delle metodologie convenzionali;
  - Percorso preferenziale alle emocolture di pazienti critici per anticipare il più possibile i risultati degli antibiogrammi e, conseguenzialmente, la tempestiva impostazione della terapia antibiotica mirata;
  - Approfondimenti diagnostici con i saggi di nuove molecole antibiotiche e test di sinergia;
  - Diagnosi virologica SARS CoV2 e diagnosi differenziale dei principali patogeni respiratori;
  - Diagnosi di Micobatteriosi, Parassiti, Virus emergenti che richiedono particolare attenzione ed isolamento.
  
- Implementazione dell'informatizzazione e della tracciabilità dei processi:
  - Tramite un applicativo web per la Reportistica epidemiologica microbiologica;



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

- Tramite un applicativo web per la Realizzazione di un antibiogramma cumulativo per i principali microrganismi isolati;
  - Tramite un applicativo web per la segnalazione e relativo isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da *Germ alert*.
- Attività di formazione:
- Collaborazione alla espletazione di Corsi formativi inerenti il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza e all'antibiotico-resistenza;
  - Collaborazione alla espletazione di audit sulla correttezza prescrittiva dei test microbiologici, interpretazione diagnostica, procedure inerenti il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza e all'antibiotico-resistenza.

- *Numero di stanze per l'isolamento dei pazienti infettivi*

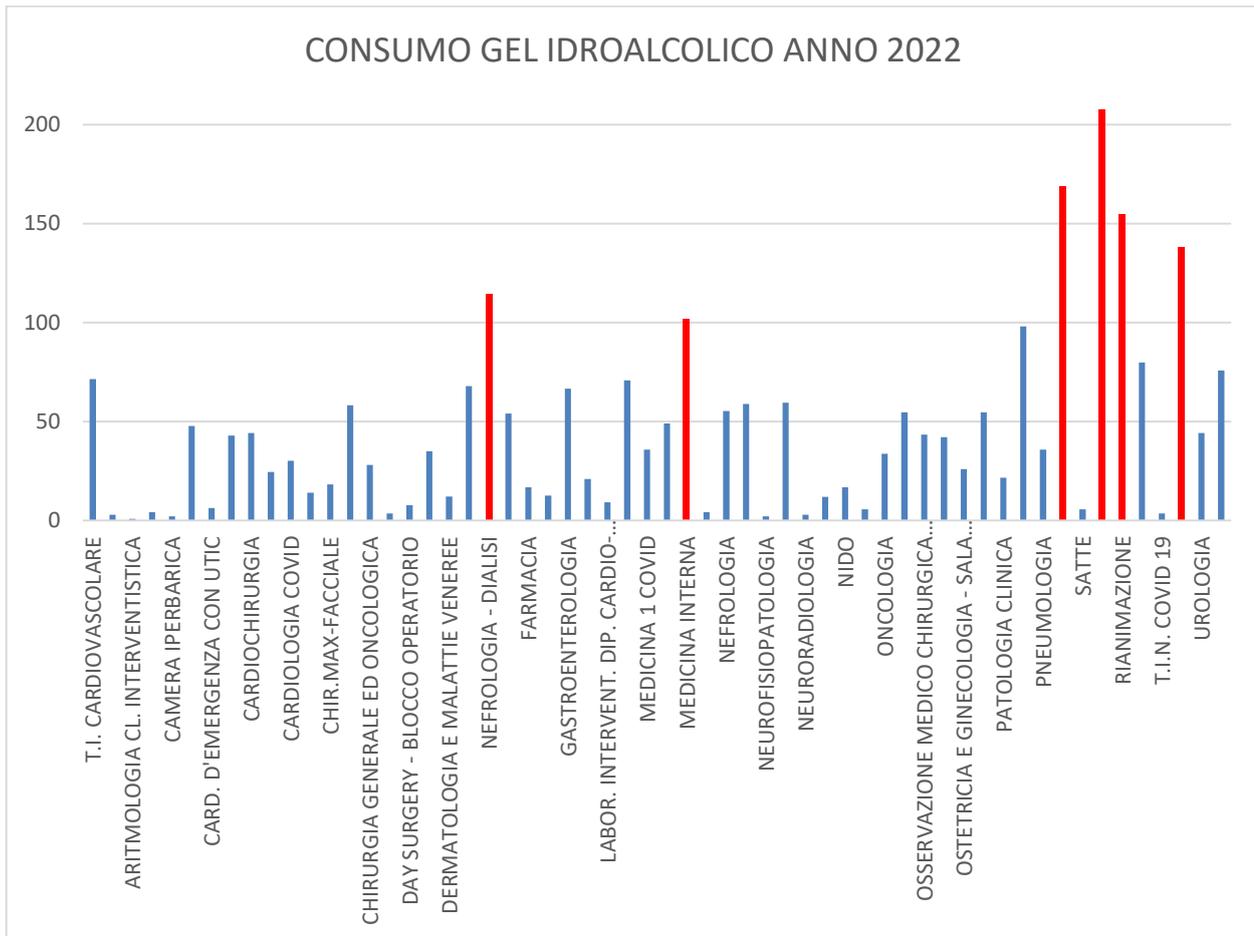
In AORN sono disponibili n. 2 stanze a pressione negativa per l'isolamento da *airborne* presso il reparto di Malattie Infettive, ed. F, P 0.

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

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

*- Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico e dati di utilizzo*

L'AORN ha sempre dato molta attenzione alla distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico e ai dati di utilizzo. Dall'indagine sul consumo per reparto del biennio 2022 - 2023, risultano le seguenti rilevazioni:





Il consumo complessivo di gel idroalcolico di tutte le UU.OO. è pari a 2611 litri per l'anno 2022 e 1852 litri per l'anno 2023, come riportato nella nota prot. n. 5982 del 27/02/2024. È, altresì, in atto una verifica della distribuzione attuale dei dispenser per la valutazione e l'eventuale distribuzione.

*- Definizione di un programma di Antimicrobial Stewardship*

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

Il Programma AMS è stato sospeso tra l'inizio del 2020 e il 31 marzo 2021 causa della emergenza pandemica da COVID-19 per la necessità di riservare risorse umane, professionali e logistiche ai reparti COVID. La ripresa del Programma, ratificata con nota prot. 0007813/i del 4 marzo 2021, ha riguardato le UU.OO. di Terapia Intensiva del Dipartimento Cardiovascolare e di Anestesia e Rianimazione e con successiva nota prot. 78 del 02/01/2024 è stato sospeso nell' U.O. di Terapia Intensiva del Dipartimento Cardiovascolare ed attivato nella UOC Geriatria da gennaio 2024.

*- Presenza di uno o più reparti di malattie infettive*



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

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

**b) Resoconto attività del PAICA precedente**

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

Sono stati organizzate 4 edizioni per i corsi di formazione con rivolti agli operatori sanitari mirati alla prevenzione delle I.C.A. con l'obiettivo dell'obbligatorietà a tutto il personale.

E' stato implementato il flusso di dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert con l'obiettivo della creazione di un cruscotto informatico per le segnalazioni alle UU.OO.

E' stato realizzato un incremento del numero dei tamponi di sorveglianza estendendo nell'anno 2023 i tamponi di ingresso a tutte le UU.OO. nell' anno 2023.

Si è provveduto alla diffusione a tutte le UU.OO. delle linee di indirizzo per l'attuazione dei programmi di Antimicrobial Stewardship e per l'implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica della Regione Campania decreto n. 424 dell'11 Luglio 2023.

Sono stati, inoltre, realizzati programmi di controllo microclimatici e microbiologici, e piani di controllo e autocontrollo della Legionella.

## 2) MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PAICA

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

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

### 3) OBIETTIVI

Il CCICA con l'elaborazione del PAICA 2023/24 fa propri i seguenti obiettivi strategici:

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

### 4) ATTIVITÀ

Per il PAICA 2023/24 vengono identificate le seguenti attività specifiche:

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

1. Organizzazione di 1 corso di formazione degli operatori mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA obbligatorio per tutto il personale;
2. Aumentare sensibilità e partecipazione dei facilitatori ICA alle iniziative in tema di rischio ICA attraverso l'organizzazione di corsi formativi per i diversi dipartimenti al fine di supportare la rete dei facilitatori delle ICA nei reparti;
3. Aggiornare la pagina internet dedicata al CC\_ICA sul sito aziendale.

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

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

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

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



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
 Rev. 01  
 Mar 2024

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

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

<b>RAZIONALE</b>	<p>Assicurare al personale sanitario:</p> <p>a) Acquisizioni Competenze Formative Tecnico Professionali:</p> <p>Conoscere e saper utilizzare i principali strumenti di <i>infection &amp; prevention control</i> (IPC) quali l'igiene delle mani, l'isolamento, la sorveglianza (in particolare per CRE), le precauzioni standard, da contatto, da droplet e da airborne e la pulizia dell'ambiente.</p> <p>b) Acquisizioni Competenze di Sistema:</p> <p>Lavorare in sinergia con la Direzione Sanitaria e con il CC-ICA per innalzare gli standard di sicurezza e limitare il rischio di trasmissione delle ICA per i pazienti e il rischio biologico per il personale aziendale</p>
<b>INDICATORE</b>	ACCREDITAMENTO CORSO
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Ufficio Formazione

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	CC-ICA	UFFICIO FORMAZIONE
<b>Progettazione</b>	R	C
<b>Accreditamento</b>	C	R



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

**ATTIVITA' 2 Aumentare sensibilità e partecipazione dei facilitatori ICA alle iniziative in tema di rischio ICA attraverso incontri trimestrali**

<b>RAZIONALE</b>	La possibilità di organizzare incontri trimestrali con i facilitatori per aiutarli nel ruolo di supporto e informazione al personale delle rispettive UU.OO.
<b>INDICATORE</b>	Incontri trimestrali
<b>STANDARD</b>	SI

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	CC-ICA	Facilitatori ICA
Invio e condivisione nuove Procedure	R	C
Organizzazione di almeno 1 incontro formativo-informativo trimestrale per dipartimento	R	C



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

**ATTIVITA' 3 Aggiornare la pagina internet dedicata al CC\_ICA sul sito aziendale**

<b>RAZIONALE</b>	Nel corso degli anni, i siti Web delle Pubbliche Amministrazioni hanno acquisito una sempre maggiore importanza, diventando – di fatto – il principale front office di ogni Ente, e lo stesso legislatore si è occupato più volte di definire caratteristiche e contenuti dei Website pubblici.
------------------	---

<b>INDICATORE</b>	AGGIORNAMENTO SITO
-------------------	--------------------

<b>STANDARD</b>	SI
-----------------	----

<b>FONTE</b>	G.O. CC_ICA
--------------	-------------

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

<b>AZIONE</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>WEBMASTER</b>
<b>Riprogettazione</b>	R	C
<b>Predisposizione nuovi contenuti</b>	R	C
<b>Aggiornamento</b>	C	R

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

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

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

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

AZIONE	CC-ICA (Microbiologia/DS)	UNITA' OPERATIVE	INDICATORE	STANDARD	DEAD- LINE
<b>Consolidamento del modello di sorveglianza attiva delle colonizzazioni/infezioni da CRE nelle UU.OO. sottoposte a sorveglianza.</b>	R	C	Consolidamento modello organizzativo	SI	31 dic-24
<b>Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE mediante controllo del corretto isolamento</b>	C	R	Indicatori pannello di controllo Deliberazione aziendale n. 676_2021	Standard pannello di controllo Deliberazione aziendale n. 676_2021	31 dic-24
<b>Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE</b>	R	R	n. batteriemie da CRE segnalate/n. batteriemie da CRE diagnosticate	100%	31 dic-24



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

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

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

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

<b>AZIONE</b>	<b>CC-ICA (Microbiologia/DS)</b>	<b>SIA</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>DEAD-LINE</b>
<b>Progettazione reportistica</b>	R	C	Consegna progetto	SI	31 dic-24
<b>Messa in produzione cruscotto</b>	C	R	Rilascio cruscotto	SI	31 dic-24
<b>Validazione e presentazione cruscotto al CC-ICA</b>	R	C	Presentazione effettuata da verbale CC-ICA	SI	31 dic-24
<b>Avvio utilizzo</b>	R	C	Audit di reparto con CC_ICA	Almeno 2 audit	31 dic-24



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

**ATTIVITA' 3. Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo**

**RAZIONALE** L'emanazione di nuove Linee Guida nazionali e internazionali sulla prevenzione e il controllo del rischio infettivo e alla necessità di presidiare il governo dei processi igienico- sanitari dell'AORN rende doveroso l'aggiornamento delle Procedure di *Infection Prevention & Control*

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

PROCEDURA	CC-ICA	Gruppo di Lavoro designati per singola procedura	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
Procedura corretta igiene delle mani	R	R	Delibera	SI	31 dic-24
Prevenzione Infezioni sito chirurgico	R	R	Delibera	SI	31 dic-24
Programma Antimicrobial Stewardship	R	R	n. audit	Almeno 2 audit	31 dic-24
Revisione Procedure con Ditte in Outsourcing	R	R	Delibera	SI	31 dic-24
Procedura per la Prevenzione da infezione da Clostridium Difficile	R	R	Delibera	SI	31 dic-24



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

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

**RAZIONALE** Nell'ambito della strategia multimodale mirata al miglioramento dell'igiene delle mani dell'OMS adottata dal Comitato di Controllo delle ICA (CC-ICA) di questa AORN, sono stati inclusi cicli di osservazione sul corretto lavaggio delle mani nel 2023 e nel 2024. Lo scopo principale del metodo proposto dall'OMS e adottato dall'AORN è produrre dati su larga scala sull'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori ed utilizzarne i risultati (quali e quantitativi) in audit di reparto.

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

<b>AZIONE</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>REPARTI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>DEAD-LINE</b>
<b>Progettazione cicli di osservazione e predisposizione relativo calendario</b>	R	C	Lettera e calendario ai reparti	Almeno 2 reparti	31 dic-24
<b>Formazione ed Effettuazione osservazioni</b>	R	C	n. osservazioni	100/reparto	31 dic-24



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
Rev. 01  
Mar 2024

**ATTIVITA' 5 Monitoraggio della distribuzione dei dispenser di soluzione idroalcolica in vista dei programmi di implementazione.**

**RAZIONALE**

La misurazione del consumo di gel idroalcolico rappresenta un buon indicatore per valutare l'adesione all'intervento nel complesso e fornisce un'indicazione generale del suo successo, oltre ad essere una base per programmi di audit. D'altro canto, la distribuzione numerica e geografica dei dispenser è necessaria per valutare l'efficacia delle corrette pratiche di isolamento.

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

<b>AZIONE</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>FACILITATORI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>STANDARD</b>	<b>DEAD-LINE</b>
<b>Report sulla distribuzione dispenser gel idroalcolico</b>	R	C	Report	1 per reparto	31 dic-24
<b>Predisposizione report di consumo</b>	R (farmacia)	C	Report	1 per reparto	31 dic-24

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

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

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

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE

AZIONE	CC-ICA (Mal.Infettive/Microbiologia/ Farmacia/DS)	UNITA' OPERATIVE	INDICATORE	STANDARD	DEAD- LINE
<b>Formalizzazione programma AMS</b>	R	C	Delibera	SI	31 dic-24
<b>Monitoraggio programma AMS</b>	R	C	Report	SI	31 dic-24



**CC-ICA**  
**Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza**  
**PROGRAMMA AZIENDALE MANAGEMENT DEL RISCHIO**  
**INFETTIVO**  
**PIANO BIENNALE INFEZIONI CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA (2023-2024)**

P.O.  
 Rev. 01  
 Mar 2024

**ATTIVITA' 2 Adozione e attuazione linee di indirizzo per l'implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica**

**RAZIONALE**

In applicazione del Decreto Dirigenziale n. 424 del 11/07/2023 è necessario fornire a tutte le figure professionali coinvolte nei percorsi prescrittivi, raccomandazioni generali ed indicazioni specifiche per l'implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica empirica in caso di: - Infezioni intra-addominali; - Infezioni delle vie urinarie; - Sepsi nel paziente non neutropenico e shock settico; - Endocarditi infettive; - Neutropenia febbrile; - Polmoniti nosocomiali; - Polmoniti comunitarie; - Meningiti ed ascessi cerebrali; - Malattia da Clostridium difficile; - Infezioni di cute e tessuti molli; - Infezioni del tessuto osseo.

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA' – MONITORAGGIO AZIONE**

AZIONE	CC-ICA (Mal Inf/Farmacia/DS)	UNITA' OPERATIVE	INDICATORE	STANDARD	DEAD-LINE
<b>Formalizzazione protocolli di terapia antibiotica empirica</b>	R	C	Delibera	SI	31 ott-24
<b>Attuazione protocolli di terapia antibiotica empirica</b>	C	R	Report	SI	31 ott-24
<b>Monitoraggio protocolli di terapia antibiotica empirica</b>	R	C	Report	SI	31 dic-24



#### **d) MODALITA' DI DIFFUSIONE**

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

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

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

#### **e) RIFERIMENTI NORMATIVI**

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