



Azienda Sanitaria Locale AL

Sede legale: Via Venezia 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Delibera 653 del 01/08/2025

OGGETTO: PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2025 PER L'ASL AL.

DIRETTORE GENERALE – Dott. Francesco Marchitelli

Nomina con D.G.R. n. 17-647 del 23.12.2024

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario

Dott. Aristide Tortora

Favorevole

Direttore Amministrativo

Dott. Stefano Bergagna

Favorevole

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;
Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;
Vista la D.G.R. n. 17-647 del 23.12.2024 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;
Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL", come aggiornata con deliberazione n. 11 del 17.01.2025;
Vista la D.G.R. n. 11-8161 del 12.02.2024, ad oggetto: "Atti Aziendali delle AA.SS.RR. – ASL AL di Alessandria – Atto n. 664 del 04.08.2022, modificato con atto n. 655 del 01.08.2023 «Adozione dell'Atto Aziendale dell'ASL AL» recepimento regionale parziale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 all. A, par. 5.1";
Vista la deliberazione del Direttore Generale n. 359 del 18.04.2024 ad oggetto "D.G.R. n. 11-8161 del 12.02.2024. Conclusione procedimento di verifica Atto Aziendale ASL AL – Recepimento prescrizioni regionali";

Presa visione della proposta del Direttore S.C. Governo Clinico, Qualità e Ricerca di seguito riportata:

"Vista la nota della Regione Piemonte prot. n. 16037 del 28.05.2024 "INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA (ICA)- TRASMISSIONE DEGLI INDICATORI PER LA REDAZIONE DEI PROGRAMMI AZIENDALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER L'ANNO 2025" inviata dalla regione in data 09/07/2025 e registrata con prot. ASL AL n. 0074537 di pari data;

Preso atto che è stato predisposto, sulla base degli indicatori regionali, il Programma di attività per l'anno 2025 per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.) che, come previsto dall'indicatore n. 3, deve essere deliberato formalmente dal Direttore Generale entro il primo semestre dell'anno;

Dato atto che il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (C.I.C.A.) nell'incontro del 27 maggio 2025 ha condiviso gli elementi di analisi e le proposte di attività relative al rischio infettivo e ha approvato la bozza di programma di attività per l'anno 2025, come da verbale conservato agli atti;

Ritenuto di approvare il Programma di attività per l'A.S.L. AL anno 2025, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale e successivamente provvedere all'invio alla Regione Piemonte";

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i.

DELIBERA

1. di approvare, per quanto in premessa specificato, il "Programma di attività per l'anno 2025 per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.)" allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;

3. di disporre la trasmissione del Programma di attività 2025 di cui sopra alla Regione Piemonte;
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 L.R. n. 10/1995 stante la comprovata urgenza di inoltrare il provvedimento in oggetto alla Regione Piemonte.

Atto sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITÀ TECNICA E CONTABILE

S.C. PROPONENTE: S.S.A. GOVERNO CLINICO - QUALITA` - ACCREDITAMENTO

Proposta 1946/25

Responsabile del procedimento: Viscardi Flavio

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

**Il Direttore
Pacileo Guglielmo**

PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2025 PER L'ASL AL PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

1. ANALISI DEI PROBLEMI E IDENTIFICAZIONE DELLE PRIORITÀ

Il programma proposto per il 2025 è stato elaborato dalla S.S. Rischio Clinico e Infettivo, afferente alla S.C. Governo Clinico, Qualità e Ricerca, e condiviso con i componenti del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) dando seguito all'attività degli anni precedenti e tenendo conto delle criticità emerse rispetto all'applicazione delle misure di prevenzione delle ICA durante l'anno 2024. Criticità rilevate e misurate tramite progetti di sorveglianza e studi di incidenza e prevalenza.

Non essendo ancora pervenuti gli indicatori regionali per la *"Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA) e dell'Antibioticoresistenza (AMR)"* per l'anno 2025 al momento della stesura di questo programma e della condivisione con i componenti CICA nell'ambito del primo incontro annuale, sono stati presi in considerazione gli indicatori riportati sul *"Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025"*, gli indicatori del *"Piano Regionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) – anno 2025"* e gli indicatori regionali per la *"Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA) e dell'Antibioticoresistenza (AMR)"* dell'anno 2024, riservando di integrare l'attività del Rischio Infettivo con eventuali ulteriori richieste che dovessero pervenire dalla Regione Piemonte.

Al fine dell'individuazione delle principali criticità relative alla prevenzione delle ICA presso l'ASL AL sono stati scelti alcuni indicatori a partire dai dati delle sorveglianze svolte nell'anno 2024. Per ciascun indicatore è stato individuato uno standard riferito ai dati di letteratura o a quanto richiesto dal *"Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)"*.

L'analisi degli indicatori ha permesso di individuare le principali criticità (vedi sub-allegato 1) e di indirizzare la scelta degli interventi per la prevenzione delle ICA per l'anno 2025.

Le principali criticità emerse nell'anno 2024 riguardano:

- la mancata adesione alla sorveglianza delle principali Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) da parte delle Terapie Intensive dei PP.OO. di Casale M.to e Acqui T.
- tassi di batteriemie catetere-correlate non in linea con gli standard presso la terapia intensiva del P.O. di Novi L. e Tortona
- tassi di infezioni del sito chirurgico per interventi su protesi d'anca presso il P.O. di Casale non in linea con l'atteso (dati regionali di sorveglianza) ma poco significativi in considerazione della gravità di infezioni rilevate (infezioni superficiali). Si prevede una rivalutazione nei prossimi anni. Tassi di infezioni del sito chirurgico per interventi su colon presso i PP.OO. di Acqui e Novi non in linea con l'atteso (dati regionali di sorveglianza) ma poco significativi visti la ridotta numerosità campionaria.
- tassi di CRE su isolati invasivi non in linea con i dati nazionali
- tassi di isolamento di Clostridium difficile non in linea con l'atteso (trend in diminuzione rispetto all'anno precedente) nei PP.OO. di Novi L. Acqui T. e Tortona
- scarsa adesione alle raccomandazioni di profilassi antibiotica peri-operatoria presso le SS.CC. Ortopedia dei PP.OO di Casale M.to, Novi L. e Tortona e presso la S.C. Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Casale M.to
- trend del consumo di gel alcolico in diminuzione rispetto all'anno precedente e molto al di sotto dello standard OMS (20 lt/1000 gg degenza)
- elevati consumi delle seguenti molecole antibiotiche: Linezolid e Meropenem presso la S.C. Medicina del P.O. di Acqui; Piperacillina-Tazobactam presso la S.C. Chirurgia del P.O. di Tortona; Linezolid e carbapenemi presso la S.C. Medicina del P.O. di Novi L.

- rimane alta l'attenzione per i casi di infezione da scabbia vista la situazione epidemiologica della provincia di Alessandria
- percentuali di non adesione alla procedura di gestione delle emocolture non ancora in linea con i dati di letteratura in alcuni presidi anche se trend in miglioramento

La stesura di questo programma ha seguito lo schema ormai consolidato degli indicatori regionali per la sorveglianza e il controllo delle ICA che riguardano principalmente i seguenti ambiti:

- risorse, struttura e programma
- sorveglianza, controllo e formazione

La Regione Piemonte valuta particolarmente pregnante l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nelle Terapie Intensive, la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e la sorveglianza dei microrganismi resistenti agli antibiotici.

Nell'anno 2025 si intende inoltre continuare l'attività di implementazione del "*Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR)*" e del "*Piano regionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza*".

Si prospetta pertanto per l'anno 2025 di dare priorità:

- 1. alla revisione delle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico**
- 2. alla revisione della procedura di gestione di casi sospetti/accertati di infestazioni da scabbia**
- 3. alla stesura di una procedura aggiornata e condivisa tra tutte le Rianimazioni dell'ASL AL sulla prevenzione delle VAP**
- 4. alla sorveglianza attiva delle colonizzazioni da microrganismi multiresistenti (CRE e MRSA) sia presso le Terapie Intensive che presso i centri dialisi**
- 5. alla revisione della procedura di reprocessing degli endoscopi in base alle indicazioni regionali**
- 6. alla partecipazione ai lavori della Commissione interaziendale ASO e ASL AL per la valutazione e controllo dell'uso responsabile degli antibiotici (*Antimicrobial Stewardship Team*) e alla formazione su questo tema rivolta ai Pediatri di Libera Scelta, agli Odontoiatri territoriali e agli operatori delle specialità chirurgiche ospedalieri**
- 7. alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**
- 8. alla verifica dell'adesione delle raccomandazioni di antibiotico-profilassi**
- 9. alla verifica delle prescrizioni di terapia antibiotica nei reparti con elevati consumi**
- 10. alla sorveglianza delle ICA in tutte le Rianimazioni che si rendono disponibili ad aderire al protocollo di studio Giviti**
- 11. al contenimento della diffusione di microrganismi multiresistenti all'interno dei presidi ospedalieri (verifica delle misure di isolamento messe in atto e formazione degli operatori) e con il proseguo della collaborazione della rete territoriale che comprende i CAVS presenti nell'ASL AL**
- 12. all'autovalutazione dei Coordinatori sulla compliance di adesione alla procedura aziendale "Prontuario degli antisettici e disinfettanti"**
- 13. alla formazione degli operatori sanitari sulle infezioni correlate all'assistenza (secondo quanto previsto dal PNRR)**
- 14. alla sorveglianza dell'appropriatezza di esecuzione delle emocolture**
- 15. alla formazione degli operatori sulla gestione degli accessi venosi al fine della prevenzione delle batteriemie catetere-correlate**

2. ORGANIZZAZIONE

Per l'attività di sorveglianza e controllo del Rischio Clinico e Infettivo è individuata una Struttura Semplice all'interno della SC Governo Clinico, Qualità e Ricerca in staff alla Direzione Aziendale (Delibera n. 359 del 18/04/2024 ad oggetto "D.G.R. n. 11-8161 del 12.02.2024: conclusione procedimento di verifica Atto Aziendale ASLAL – Recepimento prescrizioni regionali", e delibera attuativa n. 802 del 1.10.2024. I componenti del Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) Aziendale (Delibera n. 431 del 05.06.2025) sono stati individuati nelle figure dei Direttori di Dipartimento, della DSPO e dei Direttori dei Distretti al fine di favorire l'integrazione ospedale – territorio.

All'interno del CICA è stato anche individuato e deliberato (Delibera n. 431 del 05.06.2025) un Nucleo Strategico ristretto per l'attuazione pratica delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) composto da:

- Responsabile funzione Rischio Infettivo
- Direttori DSPO (Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero)
- Medico Infettivologo in convenzione
- Responsabile SS Microbiologia
- Responsabile SSA SPP (Servizio Prevenzione e Protezione)

Per l'anno 2025 è in corso il rinnovo della convenzione tra l'AOU di Alessandria e l'ASL AL per "Attività di consulenza da parte di specialisti afferenti alla S.C. Malattie Infettive". Tale convenzione, già attivata negli anni precedenti, si era resa necessaria a seguito della chiusura del Reparto di Malattie Infettive dell'ASL AL e prevede una collaborazione e un supporto da parte dei Medici Infettivologi nei seguenti ambiti:

- attività di Antimicrobial Stewardship comprensiva di supporto dell'interpretazione dei dati delle sorveglianze microbiologiche e delle indagini di incidenza/prevalenza delle ICA, docenze in corsi di formazione
- consulenza infettivologica per i PP.OO. ASL AL sia attraverso contatto telefonico che bed-side
- consulenza infettivologica per gli operatori sanitari in caso di incidente a rischio biologico.

I medici infettivologi dell'AOU inoltre partecipano attivamente ai lavori del CICA e fanno parte del Nucleo Strategico al fine, oltre del necessario supporto specialistico per le attività di Rischio Infettivo, di una migliore integrazione delle due Aziende presenti in ambito provinciale.

A partire dall'anno 2019 è stato istituito un gruppo interaziendale ASL AL e ASO (ora AOU) per la valutazione e controllo dell'uso responsabile degli antibiotici denominato "*Antimicrobial Stewardship Team*" al fine di contrastare a livello provinciale, con una forte valenza di integrazione tra ospedali e territorio, la diffusione delle antibiotico-resistenze. Per l'anno 2025 si intende implementare l'attività del gruppo interaziendale volta alla valutazione del corretto e prudente utilizzo degli antibiotici sia in ambito ospedaliero che territoriale, alle misure di prevenzione e controllo della diffusione delle antibiotico-resistenze e alla formazione sul tema.

Gli operatori del Rischio Infettivo sono inoltre inseriti nel Gruppo di lavoro PP10 "*Misure per il contrasto dell'antibiotico-resistenza*" del Piano di Prevenzione Locale (delibera n. 1240 del 24/12/2024).

Il Rischio Clinico e Infettivo collabora inoltre con la S.C. Di.P.Sa. e la S.S.A. Servizio Prevenzione e Protezione considerata la rilevanza delle interazioni fra prevenzione e gestione del

rischio infettivo da un lato, gestione dell'organizzazione ospedaliera e territoriale e protezione della salute dei lavoratori dall'altro.

3. PROGRAMMA RISCHIO INFETTIVO

Il programma comprende tre principali ambiti di attività: sorveglianza, formazione e controllo (vedi sub-allegato 2)

3.1 Sorveglianza

Verranno di seguito elencati gli studi di incidenza e le sorveglianze attive, la maggioranza delle quali riguarda le resistenze batteriche.

Il dettaglio degli studi e delle sorveglianze, compresi metodologia e responsabilità, è esplicitato nella relativa scheda

- **Sorveglianza 1: studio di incidenza delle infezioni correlate a CVC e a ventilazione assistita nelle Terapie Intensive dell'Azienda**
- **Sorveglianza 2: studio di incidenza infezioni sito chirurgico**
- **Sorveglianza 3: sorveglianza di laboratorio sulle antibiotico-resistenze in tutti gli ospedali dell'ASL AL**
- **Sorveglianza 4: sorveglianza annuale sulle antibiotico-resistenze e sul numero di Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi**
- **Sorveglianza 5: partecipazione alla Sorveglianza Nazionale Sepsis da Klebsiella ed E. coli produttori di carbapenemasi**
- **Sorveglianza 6: consumo di gel idroalcolico, partecipazione alla Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero (CSIA)**
- **Sorveglianza 7: prevalenza dell'applicazione del Bundle sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità**
- **Sorveglianza 8: attività di antimicrobial-stewardship.**

3.2 Formazione

Verranno di seguito illustrati i progetti formativi per l'anno 2025

- **Formazione 1: corso FAD aziendale sull'igiene delle mani**
- **Formazione 2: Corso FAD sulle misure di prevenzione, protezione ed isolamento per le malattie trasmissibili rivolto ad operatori ASL AL**
- **Formazione 3: corso aziendale sulla gestione degli accessi venosi e prevenzione delle batteriemie catetere-correlate**
- **Formazione 4: Corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero – moduli B e C**
- **Formazione 5: incontri tra i Pediatri di Libera Scelta e gli Odontoiatri territoriali con il Team di Antimicrobial Stewardship su corretto utilizzo degli antibiotici e la prevenzione delle principali infezioni comunitarie**

3.3 Controllo

Verranno di seguito elencati i principali programmi di controllo; il dettaglio di tale attività è esplicitato nella relativa scheda allegata

- **Controllo 1: *mantenere vivo il coinvolgimento degli operatori nell'autovalutazione dell'applicazione delle linee guida e procedure in uso: Prontuario antisettici e disinfettanti***
- **Controllo 2: *monitorare l'adesione alle procedure di isolamento dei pazienti affetti da malattie trasmissibili o colonizzati/infetti da microrganismi alert***
- **Controllo 3: *monitorare la qualità delle pulizie nelle aree a medio ed alto rischio al fine del contenimento della trasmissione di MDRO e altre malattie trasmissibili***
- **Controllo 4: *verificare la rispondenza delle norme UNI EN alle procedure aziendali del processo di sterilizzazione "in house", "in outsourcing" e "in insourcing". Verificare la tracciabilità dello strumentario impiegato nell'intervento chirurgico.***
- **Controllo 5: *sorveglianza della legionellosi tramite aggiornamento annuale DVR e controlli microbiologici sulla rete idrica***
- **Controllo 6: *verifica della qualità preanalitica dell'emocoltura***
- **Controllo 7: *verifica compliance igiene mani***

Si intende proseguire l'attività di controllo sulla qualità del processo di sterilizzazione in quanto perdurano in azienda differenti realtà (insourcing, outsourcing e inhouse) che richiedono costantemente da parte delle ISRI un controllo di qualità sui processi, una verifica dei documenti di trasporto e consegna del materiale, una verifica degli andamenti di spesa dell'appalto, la gestione delle segnalazioni di non conformità e la stesura di relazioni sul servizio in out e insourcing.

In base a criticità rilevate negli anni passati, alle richieste della Regione Piemonte e all'organizzazione interna sono inoltre state individuate **ulteriori attività**:

1. Viene mantenuta la ***collaborazione del Rischio Clinico e Infettivo con la S.C. Farmacia Ospedaliera e la S.C. Economato Provveditorato Logistica Patrimoniale in qualità di componenti dei nuclei tecnici*** per la stesura di capitolati di gara e per le valutazioni di aggiudicazione degli stessi in merito a lavanolo, pulizia e sanificazione ambientale, derattizzazione e disinfestazione, campionamenti ambientali legionella, materiale per sterilizzazione, disinfezione, contenitori per raccolta aghi e taglienti, TNT, vari dispositivi medici e DPI.
2. Viene mantenuta l'attività di verifica e di collaborazione ai DEC degli appalti di Igiene e Sanificazione ambientale, Disinfestazione, Lavanolo, Noleggio e Sterilizzazione dello strumentario chirurgico
3. ***Aggiornamento del sito aziendale relativamente al piano di attività del Rischio Infettivo, alla sorveglianza e al controllo delle infezioni ospedaliere***, e altre informazioni che potrebbero essere utili ai fini dell'informazione oltre che del personale anche di pazienti, visitatori, parenti e care giver.
4. ***Giornata Mondiale del Lavaggio delle Mani – 5 maggio 2025***: promozione di questa giornata attraverso i social-media e la pubblicazione sul sito aziendale di informazioni utili agli operatori e ai cittadini sulla prevenzione delle malattie trasmissibili attraverso l'igiene delle mani.

SUB-ALLEGATO 1: ANALISI RISCHIO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - ANNO 2025

ANALISI RISCHIO: legenda

≤ standard : Rischio ASSENTE (mantenimento attività in corso)

> standard: Rischio PRESENTE (implementazione misure di prevenzione)

ICA		DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024		STANDARD	ANALISI RISCHIO	NOTE
VAP sorveglianza secondo protocollo INTERNO	P.O. ACQUI	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita		ripresa dell'attività di sorveglianza	PRESENTE	Il rischio è determinato dal non avere eseguito sorveglianza delle ICA presso le Terapie Intensive di questi presidi
	P.O. CASALE	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita			PRESENTE	

VAP sorveglianza secondo protocollo PRO-SAFE	P.O. NOVI	4,6	8,9	5	11		Tasso VAP/1000 gg VAM: 11,3 Italia da studio Pro-safe anno 2023	ASSENTE
	P.O. TORTONA	27,6	16,9	11,2	5			ASSENTE

Batteriemie CVC correlate	P.O. ACQUI	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita		ripresa dell'attività di sorveglianza	PRESENTE	Il rischio è determinato dal non avere eseguito sorveglianza delle ICA presso le Terapie Intensive di questi presidi
	P.O. CASALE	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita	Sorveglianza non eseguita			PRESENTE	

Batteriemie CVC correlate secondo protocollo PRO-SAFE	P.O. NOVI	4,3	6,3	3,8	9,1		Tasso Batt. CVC corr./1000 gg CVC: 1,9 Italia da studio Pro-safe 2023	PRESENTE
	P.O. TORTONA	18	6,9	5,7	5			PRESENTE

ICA		DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024		STANDARD	ANALISI RISCHIO
ISC	P.O. CASALE	Protesi anca: tasso ISC 1,83	Interventi su colon: tasso ISC Totale 7,6	Interventi su colon: tasso ISC Totale 5,7 Interventi su retto: tasso ISC totale 0,0	Protesi anca: tasso ISC 2,40		Tasso ISC interventi su anca: 1,49 da studio regionale SNICH 2022	PRESENTE
	P.O. TORTONA	non eseguita	non eseguita	Protesi anca: tasso ISC 2,6%	non eseguita		Tasso ISC interventi su anca: 1,49 da studio regionale SNICH 2022	
	P.O. NOVI	Protesi anca: tasso ISC 0	Ernia: tasso ISC 2,2%	non eseguita	Interventi su colon: tasso ISC totale 10%		Tasso ISC interventi colon: 6,47% da studio regionale SNICH 2022	PRESENTE
	P.O. ACQUI	Protesi anca: tasso ISC 2,43	Protesi Anca: tasso ISC 2,6 %	Protesi anca: tasso ISC 0.0%	Interventi su colon: tasso ISC totale 7,7%		Tasso ISC interventi colon: 6,47% da studio regionale SNICH 2022	ASSENTE

ISOLAMENTI MICROBIOLOGIA

Isolamenti alert totali	n. totale microrganismi MDR/1000 gg degenza RO (esclusi CD)					STANDARD	ANALISI RISCHIO
	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	trend in diminuzione rispetto anno precedente		
	P.O. ACQUI	3,8	3,05	5,21	4,06	< 5,21	ASSENTE
P.O. CASALE	7,8	7,96	4,57	3,34	< 4,57	ASSENTE	
P.O. NOVI	5,2	6,43	4,87	5,7	< 4,87	PRESENTE	
P.O. OVADA	2,9	2,78	1,67	1,87	< 1,67	PRESENTE	
P.O. TORTONA	3,5	5,5	4,65	3,29	< 4,65	ASSENTE	

CRE - colonizzazioni in Rianimazione	CRE isolate > 7 gg ricovero/ n° pz screening (esclusi pz positivi all'ingresso)					STANDARD	ANALISI RISCHIO
	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	trend in diminuzione rispetto anno precedente		
	P.O. ACQUI	0	2,13	9,3	8,8	< 9,3	ASSENTE
P.O. CASALE	5,1	8,65	3,45	6,1	< 3,4	PRESENTE	
P.O. NOVI	0,3	4,56	4,38	2,6	< 4,3	ASSENTE	
P.O. TORTONA	1,7	9,76	4,69	5,9	< 4,6	PRESENTE	

Clostridium difficile	C.D./1000gg degenza RO					STANDARD	ANALISI RISCHIO
	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	trend in diminuzione rispetto anno precedente		
	P.O. ACQUI	0,61	0,24	0,66	0,58	< 0,6	ASSENTE
P.O. CASALE	0,99	0,78	0,71	0,68	< 0,7	ASSENTE	
P.O. NOVI	0,38	0,99	0,61	0,74	< 0,6	PRESENTE	
P.O. OVADA	0,88	1,15	0,88	0,75	< 0,8	ASSENTE	
P.O. TORTONA	0,15	0,71	0,82	0,38	< 0,8	ASSENTE	

CRE su isolati invasivi PP.OO. ASLAL	CRE /Klebsielle p. e E. coli isolate su sangue e liquor					STANDARD	ANALISI RISCHIO
	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	dato di resistenza 2023 Nazionale		
	Klebsielle	8,71%	39,00%	36,80%	45,10%	26,50%	PRESENTE
E. coli	0,00%	0,00%	0	0,80%	0,40%	PRESENTE	

MRSA su isolati invasivi	MRSA /Staphilococchi au. Isolati su sangue e liquor					STANDARD	ANALISI RISCHIO
	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	dato di resistenza 2023 Nazionale		
	PP.OO. ASL AL	33,89%	32,70%	23,30%	31,80%	26,60%	PRESENTE

CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO	DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	STANDARD	ANALISI RISCHIO
	64 lt/1000 gg degenza	13,2 li/1000 gg degenza	13,4 lt/1000 gg degenza	12,1 lt/1000 gg degenza		20 lt/1000 gg degenza

VERIFICA ANTIBIOTICO-PROFILASSI		% CONFORMITA'				STANDARD	ANALISI RISCHIO
verifica AP secondo Bundle protocollo SNCh2		DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024		
PO Casale: interventi protesi anca (2021 e 2024) e int. su colon (2022 e 2023)	Timing ATB profilassi	100%	100%	83%	82%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	99%	69%	76%	100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi	100%	97%	95%	94%		ASSENTE
PO Tortona: interventi protesi anca (2023)	Timing ATB profilassi	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	76%	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi			91%			
	Durata ATB profilassi			96%			
PO Novi: interventi protesi anca (2021-2022) e int. su colon (2024)	Timing ATB profilassi	100%	98%	non eseguita sorveglianza	93%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	100%	96%		100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi	85%	98%		93%		PRESENTE
PO Acqui: interventi protesi anca (2021-2022-2023) e int. su colon (2024)	Timing ATB profilassi	100%	100%	97%	100%	95%	ASSENTE
	Molecola ATB profilassi	93%	100%	97%	94%		PRESENTE
	Durata ATB profilassi	49%	94%	97%	100%		ASSENTE

verifica AP tramite protocollo interno		DATI 2021	DATI 2022	DATI 2023	DATI 2024	STANDARD	ANALISI RISCHIO
PO Casale: Chirurgia	Timing ATB profilassi	95%	100%	92%	non eseguita sorveglianza		
	Molecola ATB profilassi	65%	69%	74%			
	Durata ATB profilassi	100%	97%	93%			
PO Casale: Ortopedia	Timing ATB profilassi	93%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	93%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	100%			85%		PRESENTE
	Durata ATB profilassi	100%			100%		ASSENTE
PO Casale: Urologia	Timing ATB profilassi	87%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi	40%					
	Durata ATB profilassi	73%					
PO Casale: Ost/Gin	Timing ATB profilassi	93%	100%	non eseguita sorveglianza	93%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	13%	93%		93%		PRESENTE
	Durata ATB profilassi	87%	100%		100%		ASSENTE
PO Casale: Cardiologia	Timing ATB profilassi	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	67%		PRESENTE
	Molecola ATB profilassi				100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi				100%		ASSENTE
PO Novi: Chirurgia	Timing ATB profilassi	100%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi	94%					
	Durata ATB profilassi	100%					
PO Novi: Ortopedia	Timing ATB profilassi	100%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	93%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	100%			93%		PRESENTE
	Durata ATB profilassi	80%			100%		ASSENTE
PO Novi: Urologia	Timing ATB profilassi	73%	100%	88%	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi	47%	80%	83%			
	Durata ATB profilassi	67%	50%	72%			
PO Novi: Ost/Gin	Timing ATB profilassi	100%	100%	non eseguita sorveglianza	67%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	44%	100%		100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi	100%	90%		100%		ASSENTE
PO Novi: Cardiologia	Timing ATB profilassi	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	100%		ASSENTE
	Molecola ATB profilassi				100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi				100%		ASSENTE
PO Tortona: Chirurgia	Timing ATB profilassi	100%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi	80%					
	Durata ATB profilassi	70%					
PO Tortona: Ortopedia	Timing ATB profilassi	100%	100%	non eseguita sorveglianza	75%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	100%	100%		93%		PRESENTE
	Durata ATB profilassi	60%	70%		100%		ASSENTE
PO Acqui: Chirurgia	Timing ATB profilassi	94%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	95%	
	Molecola ATB profilassi	96%					
	Durata ATB profilassi	100%					
PO Acqui: Ortopedia	Timing ATB profilassi	100%	non eseguita sorveglianza	non eseguita sorveglianza	92%	95%	PRESENTE
	Molecola ATB profilassi	83%			100%		ASSENTE
	Durata ATB profilassi	96%			100%		ASSENTE

VERIFICA CONSUMI MOLECOLE ANTIBIOTICHE Nell'anno 2021 è ripresa l'attività della Commissione Interaziendale di Antimicrobial Stewardship e tra le iniziative intraprese vi è stata la raccolta ed analisi dei dati di consumo degli antibiotici espressi in DDD/100gg degenza per tutti i reparti dell'ASL AL al fine di individuare eventuali criticità (consumi superiori alla media di altre specialità simili) e indirizzare gli interventi di verifica delle prescrizioni antibiotiche e successivi audit con i clinici.

MOLECOLE ATB CON CONSUMI ELEVATI NELL'ANNO 2021		STANDARD	ANALISI RISCHIO
P.O. Acqui: Medicina	Ceftriaxone	consumi molecole ATB in linea con le altre specialità simili dell'ASL AL	PRESENTE
P.O. Casale: Chirurgia	Piperacillina/tazobactam e Tigeciclina		PRESENTE
P.O. Novi: Rianimazione	Piperacillina/tazobactam e Meropenem		PRESENTE
P.O. Tortona: Rianimazione	Piperacillina/tazobactam e Meropenem		PRESENTE

MOLECOLE ATB CON CONSUMI ELEVATI NELL'ANNO 2022		STANDARD	ANALISI RISCHIO
P.O. Tortona: Rianimazione	Carbapenemici	consumi molecole ATB in linea con le altre specialità simili dell'ASL AL	PRESENTE
P.O. Novi: Medicina e Chirurgia	Chinolonici		PRESENTE
P.O. Tortona: Chirurgia	Chinolonici		PRESENTE
P.O. Acqui: Medicina	Chinolonici		PRESENTE

MOLECOLE ATB CON CONSUMI ELEVATI NELL'ANNO 2023		STANDARD	ANALISI RISCHIO
P.O. Acqui: Medicina	Linezolid e Meropenem	consumi molecole ATB in linea con le altre specialità simili dell'ASL	PRESENTE
PO Tortona: Chirurgia	Piperacillina-Tazobactam		PRESENTE
PO Novi: Medicina	Levofloxacin		PRESENTE

MOLECOLE ATB CON CONSUMI ELEVATI NELL'ANNO 2024		STANDARD	ANALISI RISCHIO
P.O. Acqui: Medicina	Linezolid e carbapenemi	consumi molecole ATB in linea con le altre specialità simili dell'ASL	PRESENTE
PO Tortona: Chirurgia	Piperacillina-Tazobactam		PRESENTE
PO Novi: Medicina	Linezolid e carbapenemi		PRESENTE

VERIFICA APPROPRIATEZZA ESECUZIONE EMOCOLTURE Dal 4° trimestre dell'anno 2022 è stata condotta un'analisi dei campioni per emocolture inviati presso il laboratorio di Microbiologia dell'ASL AL utilizzando indicatori di appropriatezza indicati dalla Regione Piemonte

	Emocolture singolo set 4° trim 2022	Emocolture singolo set 4° trim 2023	Emocolture singolo set 4° trim 2024	STANDARD	ANALISI RISCHIO
P.O. Acqui	47%	15%	9%	effettuazione di un singolo set di emocolture per paziente < 5%	PRESENTE
P.O. Casale	26%	6%	5%		ASSENTE
P.O. Novi	57%	38%	14%		PRESENTE
P.O. Ovada	30%	14%	0%		ASSENTE
P.O. Tortona	35%	7%	7%		PRESENTE

	campioni contaminati 4° trim 2022	campioni contaminati 4° trim 2023	campioni contaminati 4° trim 2024	STANDARD	ANALISI RISCHIO
ASL AL	4%	1,48%	0,85%	contaminazione dei campioni <3%	ASSENTE

SORVEGLIANZE

SORVEGLIANZA 1:

Studio di incidenza ICA nelle TERAPIE INTENSIVE dell'Azienda

OBIETTIVO: aderire al sistema di sorveglianza GiVITI che permette di valutare il dato di incidenza delle batteriemie correlate a CVC e delle Polmoniti Associate a Ventilatore (VAP) nei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive dell'Azienda.

REPARTI SEDE DELL'INDAGINE:

Le SC e SS sedi dell'indagine sono le Terapie Intensive dei PP.OO. di Novi e Tortona mentre le Terapie Intensive dei PP.OO. di Acqui e Casale partecipano allo studio GIVITI solo per quanto riguarda la raccolta dei dati "core".

REFERENTI:

E' stato individuato un referente dello studio per ogni Struttura.

POPOLAZIONE (CRITERI DI INCLUSIONE):

Sono inclusi tutti i pazienti ricoverati presso le Terapie Intensive dei PP.OO: di Novi L. e Tortona.

DURATA DELLA SORVEGLIANZA:

La sorveglianza è annuale; lo studio prevede la revisione delle cartelle cliniche dei pazienti inclusi e l'immissione dei dati sul software Pro-Safe.

I risultati della sorveglianza verranno discussi all'interno delle SC e SS di Terapia Intensiva in riunioni con il personale medico ed infermieristico.

RESPONSABILITÀ:

Medici Rianimatori: raccolta e inserimento dati nel software

SS Rischio Clinico e Infettivo: collaborazione nell'analisi del dato e nell'organizzazione degli incontri

SORVEGLIANZA 2: Studio di incidenza delle infezioni sito chirurgico

OBIETTIVI:

- Aderire al sistema nazionale di sorveglianza delle ISC (progetto SNICH_2)
- Conoscere il tasso di incidenza delle complicanze infettive negli interventi di chirurgia individuati presso la nostra Azienda sulla base della banca dati SNICH_2 al fine di un confronto dei dati aziendali con quelli Regionali
- Sorvegliare alcune pratiche relative alle modalità di preparazione del paziente ed applicazione delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie atte a seguire e monitorare nel tempo l'efficacia di programmi preventivi che si potranno attivare per migliorare il processo assistenziale
- Avere una banca dati sulla realtà locale da fornire alla Commissione Regionale e agli stakeholder aziendali

METODOLOGIA:

Il disegno di studio è quello realizzato dal progetto SNICH_2 così come la metodologia, gli strumenti di raccolta dati ed elaborazione (piattaforma Red-Cap).

Il follow-up post dimissione sarà effettuato tramite telefonata al paziente da parte dell'ISRI dopo 30 o 90 gg dall'intervento (come previsto per gli interventi con inserimento di protesi) utilizzando la scheda standard di intervista predisposta. Verranno inoltre consultate le banche dati interne all'azienda quali il programma MedsOffice per la valutazione delle visite di controllo e i programmi informatizzati per il controllo di eventuali esami microbiologici a cui i pazienti sono stati sottoposti.

TEMPI:

Le sorveglianze verranno attivate e condotte secondo la calendarizzazione indicata nel paragrafo seguente

POPOLAZIONE OGGETTO DI STUDIO:

Verranno sorvegliati tutti i pazienti sottoposti agli interventi sotto indicati come segue:

Interventi su colon:

- Secondo e terzo trimestre 2025 P.O. di Casale M..

Interventi di protesi d'anca:

- Secondo e terzo trimestre 2025 P.O. di Tortona.

RESPONSABILITA'

SS.CC. Chirurgia e Ortopedia: compilazione cartella clinica, attuazione profilassi, compilazione registro operatorio, compilazione referti ambulatoriali

SS Rischio Clinico e Infettivo: rilevazione dati, follow up a 30 o 90 gg (per protesi), registrazione dati su supporto informatico

SC Anestesia e Rianimazione: compilazione scheda anestesologica con ASA, rilevazione della temperatura intraoperatoria, somministrazione e registrazione di eventuale dose intraoperatoria di antibiotici per profilassi chirurgica

SORVEGLIANZA 3:

Sorveglianza di LABORATORIO in tutti gli ospedali dell'ASL AL

In tutti i PP.OO. dell'ASL si attua la sorveglianza passiva per i seguenti ALERT-ORGANISM:

- *legionella pneumophila*
- *micobatterio tubercolare*
- *clostridium difficile*
- MRSA
- *Staphilococco pneumoniae resistente ai macrolidi*
- *Streptococchi del gruppo A resistenti ai macrolidi*
- *Streptococchi del gruppo B resistenti alle penicilline*
- VRE
- EBSL
- *Pseudomonas aeruginosa MDR o produttore di Carbapenemasi*
- *Acinetobacter MDR o produttore di Carbapenemasi*
- *Aspergillus spp.*
- *Enterobatteri produttori di carbapenemasi*
- *Neisseria gonorrhoeae resistenti ai fluorochinoloni*
- *Salmonella typhi e non tifoidea resistent ai fluorochinoloni*
- *Shigella resistente ai fluorochinoloni*
- *Haemophilus influenzae resistente alla ampicillina*
- *Candida auris*

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E':

continuo ed effettivo

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E' IN GRADO DI FORNIRE:

- caratteristiche isolamento per sito e per SC
- descrizione di eventi epidemici
- segnalazione di microrganismi sentinella
- n. positività/1000 gg di degenza
- frequenza di MRSA e CRE da isolati invasivi
- tipologia di colonizzazione/infezione (comunitaria o nosocomiale)

METODOLOGIA:

Microbiologia: raccolta ed elaborazione dati con invio di reportistica annuale, in collaborazione con la SS Rischio Clinico e Infettivo;

Il laboratorio segnala via mail al Rischio Infettivo la singola positività riscontrata al fine di verificare l'applicazione delle misure di isolamento, le prescrizioni terapeutiche effettuate e gli interventi di controllo e profilassi specifici.

I dati sono registrati a cura della SS Rischio Clinico e Infettivo su supporto informatico al fine di una individuazione precoce di eventuali cluster

RESPONSABILITA':

SS Microbiologia clinica: raccolta, trasmissione dati, elaborazione report annuale

SS Rischio Clinico e Infettivo: analisi dei dati e registrazione su supporto informatico, interventi mirati sulla base delle criticità evidenziate.

Responsabili SC.: applicazione delle indicazioni di gestione dei campioni per esami colturali dalla richiesta all'invio al laboratorio, applicazione delle misure di isolamento

SORVEGLIANZA 4:**Sorveglianza sulle antibiotico resistenze di alcuni microrganismi su isolati invasivi, sorveglianza CRE****OBIETTIVI:**

- Conoscere i dati di antibiotico resistenza di alcuni microrganismi isolati da sangue e liquor
- Conoscere i dati relativi al numero di enterobatteri resistenti ai carbapenemi su tutti i materiali dei pazienti ricoverati
- Fornire dati per la sorveglianza regionale e nazionale per l'analisi degli andamenti delle resistenze antibiotiche

METODOLOGIA:

La registrazione del dato è stata avviata nell'anno 2017 e sono stati raccolti retroattivamente i dati degli anni 2015 e 2016. Anche per l'anno 2025 si prosegue la sorveglianza secondo le indicazioni e la metodologia indicate dalla Regione Piemonte.

Il dato viene raccolto dai laboratori di Microbiologia e fornito al Rischio Clinico e Infettivo che provvede all'inoltro secondo le modalità previste.

TEMPI:

Continuativa.

POPOLAZIONE OGGETTO DI STUDIO:

Tutti i pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario

RESPONSABILITA'

SS Microbiologia Clinica: raccolta, trasmissione dati

SS Rischio Clinico e Infettivo: analisi dei dati e registrazione su supporto informatico

SORVEGLIANZA 5:

Partecipazione alla sorveglianza Nazionale Sepsis da Klebsiella ed E. Coli produttori di carbapenemasi (ISS)

OBIETTIVO: monitoraggio degli accertamenti del laboratorio per Klebsiella e Escherichia coli produttori di carbapenemasi isolati da emocolture per pazienti ricoverati e inserimento dati su piattaforma web dell'ISS

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E':

- continuo ed effettivo

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E' IN GRADO DI FORNIRE:

- Isolamento per Klebsiella Pn. e E. coli produttori di carbapenemasi da emocolture
- descrizione di eventi epidemici
- segnalazione di eventi sentinella
- n. positività/totale campionamenti
- tipologia di infezione (comunitaria o nosocomiale)

METODOLOGIA:

SS Microbiologia Clinica: la Microbiologia segnala la positività via mail alla SS Rischio Clinico e Infettivo al fine della notifica ed inserimento dati su piattaforma informatizzata, di verificare l'applicazione delle misure di isolamento, le prescrizioni terapeutiche effettuate e gli interventi di controllo.

RESPONSABILITA'

SS Microbiologia Clinica: segnalazione immediata della positività

SS Rischio Clinico e Infettivo: raccolta dati paziente secondo scheda di notifica e caricamento su supporto informatico (piattaforma ISS); verifica dell'applicazione delle misure d'isolamento; sorveglianza mirata alle batteriemie da CRE.

Responsabili SC: compilazione scheda di notifica entro le 48 ore come previsto dalla Circolare Ministeriale n. 1479 del 17/01/2020 (aggiornamento della precedente Circolare del 26 febbraio 2013); attuazione delle indicazioni di isolamento previste dalla procedura aziendale

STANDARD:

raccolta ed inserimento dati su piattaforma web dell'ISS di tutti gli isolamenti di Klebsiella ed E.Coli con resistenza ai carbapenemi isolati da sangue

SORVEGLIANZA 6:**Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero (CSIA) e promozione dell'igiene delle mani****PREMESSA:**

Nel corso del 2024 è stata ribadita l'importanza di una corretta igiene mani a tutto il personale sanitario durante tutti i corsi di formazione del Rischio Clinico e Infettivo ed è stato riproposto a tutti gli operatori un corso di formazione FAD sul tema della trasmissione dei microrganismi in ambito assistenziale e all'importanza dell'igiene mani (corso già iniziato nell'anno 2017 e rivisto ed aggiornato nell'anno 2023). Inoltre sono state condotti n. 21 audit, con il coinvolgimento di 180 operatori, a seguito delle osservazioni dei 5 momenti di igiene mani dell'OMS presso tutte le Medicine e le Terapie Intensive dell'ASL AL.

Nell'anno 2021 inoltre, al fine di incentivare e rendere più agevole la possibilità dell'igiene mani agli operatori e alle persone che a diverso titolo entrano nella camera, sono stati posizionati i flaconi di alcolgel nelle camere di degenza dei Reparti e Servizi, e sono stati affissi reminder e cartellonistica dedicata.

Nell'anno 2019 si era rilevato un primo incremento di utilizzo rispetto all'anno precedente anche se sotto lo standard previsto dall'OMS (20ml/gg di degenza). Nel corso del 2020, in correlazione con il periodo pandemico, si è assistito ad un notevole incremento di consumo di prodotti idroalcolici. Tuttavia già nell'anno 2021 il consumo di gel idroalcolico si è leggermente ridotto con trend in discesa confermato anche negli anni 2022, 2023 e 2024.

OBIETTIVO: mantenere la compliance di utilizzo del gel idroalcolico in linea con gli standard OMS.

METODOLOGIA:

partecipazione alla sorveglianza nazionale sul consumo di soluzioni idroalcoliche con feed-back agli operatori dei dati raccolti, osservazione adesione all'igiene della mani nei reparti con consumi di gel inferiori allo standard dell'OMS (vedi controllo 7)

RESPONSABILITA'

Farmacia: raccolta dati sul consumo delle soluzioni idroalcoliche

SS Rischio Clinico e Infettivo: analisi dati sul consumo delle soluzioni idroalcoliche, predisposizione feed-back per gli operatori

STANDARD

Mantenimento del consumo di gel idroalcolico entro lo standard previsto dall'OMS (20ml/gg di degenza).

SORVEGLIANZA 7:

Prevalenza dell'applicazione del Bundle sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità

OBIETTIVI:

- Verificare l'applicazione delle raccomandazioni aziendali per la prevenzione delle infezioni del Sito Chirurgico
- Fornire dati per la sorveglianza Regionale

METODOLOGIA:

- Utilizzo scheda per la raccolta dati in linea con quanto indicato degli indicatori Regionali
- Raccolta dati contestualmente alla sorveglianza SSI
- Inserimento dati su supporto informatico ed invio in Regione
- Elaborazione e analisi del dato

TEMPI:

Sono previsti i periodi di sorveglianza secondo la calendarizzazione indicata nel paragrafo "Sorveglianza 2: studio di incidenza delle infezioni del sito chirurgico"

POPOLAZIONE OGGETTO DI STUDIO:

- Tutti i pazienti sottoposti agli interventi oggetto di sorveglianza SSI nel corso del 2025 presso i PP.OO. di Casale e Tortona.

RESPONSABILITA'

SS.CC Chirurgiche: corretta adozione delle misure previste nella procedura aziendale relativamente a profilassi antibiotica, doccia preoperatoria, tricotomia

SC Anestesia e Rianimazione: compilazione scheda anestesologica con ASA, mantenimento (>36°C) e rilevazione T° corporea secondo procedura aziendale

SS Rischio Clinico e Infettivo: rilevazione, inserimento ed analisi dei dati

SORVEGLIANZA 8: Implementazione di un'attività di antimicrobial – stewardship

OBIETTIVI:

- Miglioramento delle conoscenze sui trattamenti antimicrobici ed antimicotici nelle strutture sanitarie e in medicina generale della provincia di Alessandria tramite interventi di:
 - verifica consumo antibiotici espressi in DDD/100 gg degenza e confronto con i consumi degli anni precedenti
 - individuazione delle criticità
 - verifica a campione delle prescrizioni di antimicrobici e antimicotici tramite analisi delle cartelle cliniche
 - inserimento dei dati di verifica delle cartelle cliniche su supporto informatico ed analisi dei dati
 - effettuazione di audit clinici con i reparti interessati

- Miglioramento dell'adesione alle raccomandazioni di profilassi chirurgica peri-operatoria tramite interventi di:
 - Verifica a campione dell'adesione di profilassi chirurgica peri-operatoria tramite analisi delle cartelle cliniche
 - inserimento dei dati di verifica delle cartelle cliniche su supporto informatico ed analisi dei dati
 - effettuazione di audit clinici con i reparti interessati

METODOLOGIA:

- Mantenimento nell'ambito dei CIO aziendali di un gruppo interaziendale stabile dedicato alla promozione dell'uso appropriato degli antibiotici (antimicrobial stewardship team)
- Revisione delle raccomandazioni di profilassi chirurgica
- Realizzazione di attività di aggiornamento e formative coerenti e adeguate alle differenti professionalità coinvolte.
- Valutazione dell'efficacia dell'intervento complessivo e degli interventi nelle specifiche aree di azione tramite rilevazioni pre e post intervento (si veda descrizione degli obiettivi).

OGGETTO DELLO STUDIO:

- Tutti i pazienti ricoverati presso l'AOU di Alessandria e presidi dell'ASL AL
- Attività specifica per l'ASL AL :
 - verifica delle prescrizione di Linezolid e Carbapenemi c/o Medicina Acqui T.
 - verifica delle prescrizione di Piperacillina-Tazobactam c/o Chirurgia di Tortona
 - verifica delle prescrizione di Linezolid e Carbapenemi c/o Medicina Novi L.
 - verifica dell'adesione di profilassi chirurgica peri-operatoria presso le specialità di Chirurgia di tutti i PP.OO, ORL c/o PP.OO. Acqui, Casale e Tortona e Urologia c/o il P.O. di Novi Ligure

RESPONSABILITA'

Componenti della commissione interaziendale per la Valutazione e Controllo dell'uso responsabile degli Antibiotici: "Antimicrobial Stewardship Team"

FORMAZIONE

FORMAZIONE 1: Corso FAD sull'igiene delle mani

OBIETTIVI:

- Far conoscere le modalità di trasmissione dei microrganismi in ambito assistenziale
- Far acquisire la corretta procedura di igiene delle mani (tempi e modalità)
- Far acquisire le conoscenze per implementare la procedura di igiene mani e aumentare l'utilizzo dell'alcool-gel

TEMPI:

da gennaio 2025

DESTINATARI

Tutti gli operatori sanitari.

A partire dal 2024 il corso è stato reso obbligatorio per tutti gli operatori "nuovi assunti" del Comparto che effettuano attività sanitaria a contatto con pazienti grazie ad una collaborazione con la SC DiPSa

FORMAZIONE 2: Corso FAD sulle misure di prevenzione, protezione ed isolamento per le malattie trasmissibili rivolto ad operatori ASL AL

OBIETTIVI:

- Far conoscere le modalità di trasmissione dei microrganismi in ambito assistenziale
- Far acquisire la corretta procedura di igiene delle mani (tempi e modalità)
- Far conoscere le principali raccomandazioni per la prevenzione delle ICA e per l'isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi multiresistenti
- Far conoscere le corrette modalità di utilizzo dei DPI

TEMPI:

dal secondo semestre del 2025

DESTINATARI

Medici, infermieri, ostetriche, tecnici e OSS dell'ASL AL.

A partire dal 2024 il corso viene reso obbligatorio per tutti gli operatori del Comparto "nuovi assunti" che effettuano attività sanitaria a contatto con pazienti grazie ad una collaborazione con la SC DiPSa

FORMAZIONE 3: Corso residenziale ECM sulla corretta gestione degli accessi venosi e delle linee infusive rivolto agli operatori ASL AL

OBIETTIVI:

- Far conoscere le corrette modalità di gestione degli accessi venosi e delle linee infusive
- Far conoscere le principali complicanze correlate agli accessi venosi e la loro prevenzione
- Far conoscere le principali raccomandazioni per le prevenzione delle batteriemie catetere-correlate

TEMPI:

da gennaio a novembre 2025

DESTINATARI

Medici e infermieri dell'ASL AL

FORMAZIONE 4: Corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero – moduli B e C

OBIETTIVI:

- Migliorare la consapevolezza negli ambiti di intervento della politica aziendale sulla gestione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- Far conoscere le principali indicazioni contenute nelle procedure aziendali al fine di favorire la compliance operativa

TEMPI:

da gennaio a dicembre 2025

DESTINATARI

Infermieri, ostetriche, tecnici, fisioterapisti dell'ASL AL

FORMAZIONE 5: Incontri formativi dei Pediatri di Libera Scelta e degli Odontoiatri Territoriali con l'Antimicrobial Stewardship Team

OBIETTIVI:

- Migliorare la conoscenza della terapia empirica antibiotica per le principali infezioni comunitarie
- Migliorare la conoscenza sull'interpretazione degli antibiogrammi al fine di indirizzare correttamente la terapia antibiotica
- Far conoscere i dati di consumo territoriale di molecole antibiotiche

TEMPI:

da gennaio a dicembre 2025; previsti n. 2 incontri

DESTINATARI

Pediatri di Libera Scelta e Odontoiatri Territoriali dell'ASL AL

CONTROLLO

CONTROLLO 1:

Mantenere vivo il coinvolgimento degli operatori nell'autovalutazione dell'applicazione delle linee guida e procedure in uso.

Continua l'applicazione della procedura di autovalutazione dei Coordinatori Infermieristici relativa all'applicazione delle principali misure di prevenzione delle ICA.

La procedura oggetto di verifica dell'autovalutazione è:

- Prontuario degli antisettici e dei disinfettanti (Protocollo Operativo Aziendale)

Tale scelta è conseguente alla emissione della revisione del documento emessa a Dicembre 2024; i contenuti del documento erano già stati inseriti, tra gli altri, nella trattazione degli argomenti previsti per il corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (Moduli B e C) avviato nel corso del 2024 e ancora in fase di erogazione.

I dati raccolti rappresenteranno anche uno strumento di valutazione delle ricadute formative del corso.

AZIONI PREVISTE

- valutazione interna relativa alla compliance di adesione alle indicazioni contenute nel Documento Aziendale "Prontuario degli antisettici e dei disinfettanti"
- verifica annuale da parte del Rischio Infettivo delle autovalutazioni e analisi dei dati
- Audit clinico in reparti con criticità maggiori

PIANO DI VALUTAZIONE

Compilazione check list, segnalazione delle non conformità al Rischio Infettivo in caso di impossibilità di soluzione della/e criticità evidenziata/e.

RESPONSABILITA'

Responsabile Infermieristico SC/SS: verifica applicazione procedura di autovalutazione

SS Rischio Clinico e Infettivo: predisposizione check list di verifica, raccolta check list e analisi dati, formazione

CONTROLLO 2:

Monitorare l'adesione alle procedure di isolamento dei pazienti affetti da malattie trasmissibili o colonizzati/infetti da microrganismi *alert*.

Il sistema attivo di sorveglianza dei microrganismi *alert* che coinvolge la Microbiologia e la SS Rischio Clinico e Infettivo, permette alle ISRI di conoscere in tempo reale gli isolamenti di microrganismi multiresistenti o di altri patogeni per i quali è prevista l'attivazione di misure di isolamento del paziente.

L'ISRI contatta telefonicamente il reparto individuando, in collaborazione con i clinici e gli infermieri, la soluzione migliore per l'attuazione delle misure di isolamento (ubicazione del pz, scelta delle precauzioni, ecc...). Successivamente, a campione, verifica la corretta applicazione delle misure di isolamento e del corretto utilizzo dei DPI da parte degli operatori tramite compilazione di apposita check-list controfirmata dal Coordinatore Infermieristico.

Questa procedura ha lo scopo di migliorare l'adesione alle raccomandazioni aziendali sull'isolamento riducendo la possibilità di trasmissione ospedaliera dei microrganismi patogeni a protezione sia dei pazienti che degli operatori.

AZIONI PREVISTE

- valutazione a campione dell'applicazione delle misure di isolamento
- compilazione check-list di verifica
- analisi della compliance di adesione
- Audit clinico in reparto con criticità maggiori

PIANO DI VALUTAZIONE

Compilazione check list, segnalazione delle eventuali non conformità ai Coordinatori Infermieristici e ai Direttori S.C.

RESPONSABILITA'

SS Rischio Clinico e Infettivo: verifiche, formazione

Responsabile Medico e Infermieristico SC/SS: applicazione procedura di isolamento, partecipazione ad audit

CONTROLLO 3:

Monitorare la qualità delle pulizie nelle aree a medio ed alto rischio al fine del contenimento della trasmissione di MDRO a altre malattie trasmissibili

AZIONI PREVISTE

- Compilazione schede controllo da parte dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici
- Compilazione schede di controllo applicazione capitolato pulizie da parte del Rischio Clinico e Infettivo in presenza del referente impresa pulizie e dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici dei reparti

PIANO DI VALUTAZIONE

Le schede di controllo sono compilate mensilmente dai Coordinatori Infermieristici e Tecnici delle SC/SS; le schede di controllo relative all'applicazione capitolato sono compilate dagli ISRI, sulla base delle verifiche nelle SC/SS a chiamata e a campione sulla base delle criticità e contingenze.

Le criticità rilevate sono segnalate alla SC Economato-Logistica-Approvvigionamenti per le rispettive competenze in accordo a quanto previsto nel Capitolato.

RESPONSABILITA'

Coordinatori Infermieristici e Tecnici: controllo attività impresa pulizie, compilazione schede
SS Rischio Clinico e Infettivo: controllo a campione

CONTROLLO 4:

- Verificare la rispondenza alle norme UNI EN e alle procedure aziendali del processo di sterilizzazione "in house", "in outsourcing" e "in insourcing"
- Verificare la tracciabilità dello strumentario impiegato nell'intervento chirurgico

AZIONI PREVISTE

- Verifica diretta in house e compilazione check-list annuale
- Verifica diretta in insourcing annuale e compilazione check-list annuale
- Verifica diretta in outsourcing annuale e compilazione check-list annuale
- Gestione giornaliera delle non conformità in outsourcing e in insourcing

PIANO DI VALUTAZIONE

Verifiche sul campo da parte delle ISRI

Compilazione report annuale

RESPONSABILITÀ'

SS Rischio Clinico e Infettivo: Verifiche annuali, segnalazioni non conformità, interventi correttivi in collaborazione con Direzione Sanitaria P.O., SC Tecnologie Biomediche e ELAP

Coordinatore Infermieristico Centrale di Sterilizzazione e punti di sterilizzazione periferici: implementazione della procedura.

CONTROLLO 5:**Sorveglianza della legionellosi tramite aggiornamento DVR e controlli microbiologici sulla rete idrica****AZIONI PREVISTE**

- Revisione e aggiornamento del DVR aziendale sulla base delle Linee Guida del Ministero della Salute 2015 e del Rapporto ISTISAN 22/32 *“Linee guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell’acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e in talune navi ai sensi della Direttive (UE) 2020/2184”*
- Controllo batteriologico del sistema idrico
- Attivazione di interventi mirati alla risoluzione di eventuali positività del controllo batteriologico
- In collaborazione con il SC Tecnico e SPP valutazione annuale del rischio struttura

PIANO DI VALUTAZIONE

- Revisione DVR aziendale entro Dicembre 2024
- Controllo batteriologico periodico, in accordo a quanto previsto dalle Linee Guida Ministeriali 2015, del sistema idrico della rete ospedaliera e dell’acqua di alimentazione dei riuniti odontoiatrici dei Distretti ASLAL e dell’eventuale necessità di bonifica
- Controllo temperatura dell’acqua ai rubinetti di erogazione e ai bollitori in concomitanza del controllo batteriologico
- Segnalazione non conformità (temperatura, pulizia filtri, ecc...) a SC Tecnico e alla Direzione Sanitaria Ospedaliera.
- Riunioni per la discussione delle eventuali criticità con Direzione Sanitaria Ospedaliera, SC Tecnico e SPP – Medico competente

TEMPI

- Continuativa

RESPONSABILITA’

SS Rischio Clinico e Infettivo / Direzione Sanitaria PP.OO.: calendarizzazione controllo batteriologico, segnalazioni non conformità, interventi correttivi in collaborazione con il SC Tecnico; applicazione protocollo gestione rete idrica e impianti di condizionamento,

Servizio Prevenzione e Protezione / Servizio Tecnico: analisi annuale del rischio, aggiornamento DVR aziendale

CONTROLLO 6:
Verifica della qualità pre-analitica dell'emocoltura

AZIONI PREVISTE

- Analisi preliminare dei dati di non conformità dei campioni inviati presso Microbiologia per emocoltura (campioni singoli e campioni contaminati) e feed-back ai reparti
- Raccolta e analisi dei dati di non conformità al fine della valutazione della ricaduta degli interventi attuati e feed-back trimestrale ai reparti con confronto del trend rispetto ai periodi precedenti

PIANO DI VALUTAZIONE

- Raccolta e analisi dei dati di conformità trimestrale

TEMPI

- Continuativa per l'anno 2025

RESPONSABILITA'

SS Microbiologia: reportistica trimestrale relativa alle conformità/non conformità dei campioni

SS Rischio Clinico e Infettivo: elaborazione dati, predisposizione di feed-back ai reparti

CONTROLLO 7:
Verifica compliance igiene mani

AZIONI PREVISTE

- affissione di nuovi reminder e cartellonistica dedicata
- accreditamento corso FAD dedicato all'igiene della mani e pubblicizzazione dell'evento attraverso info a tutti i dipendenti via web
- inserimento delle raccomandazioni di igiene delle mani all'interno di corsi FAD dedicati ad altri argomenti
- interventi mirati di sensibilizzazione in occasione della giornata internazionale dell'igiene mani (5 maggio)

PIANO DI VALUTAZIONE

- Osservazioni della compliance nei reparti che non hanno raggiunto un consumo di gel idroalcolico di almeno 12 lt/1000 gg degenza (media aziendale anno 2024)

TEMPI

- Continuativa per l'anno 2025

RESPONSABILITA'

SS Rischio Clinico e Infettivo: osservazione, elaborazione dati, predisposizione di feed-back ai reparti ed organizzazione incontri/audit presso i reparti con bassa compliance