



INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PROGRAMMA DI ATTIVITA' 2017

ASL VCO n. 2 presidi ospedalieri (Verbania e Domodossola) + territorio

DATI STRUTTURALI ANNO 2016	
CARATTERISTICHE AZIENDA	
N° POSTI – LETTO ORDINARI	250
N° POSTI – LETTO DAY HOSPITAL	49
N° POSTI – LETTO TERAPIA INTENSIVA	12 + 2 neonatologia
N° TERAPIE INTENSIVE	2
N° RICOVERI ANNUI	ORDINARI: 10.575 ORDINARI: 10.575

Il programma di attività è stato elaborato secondo le indicazioni regionali che prevedono l'applicazione di indicatori riguardanti i diversi aspetti della lotta alle infezioni ospedaliere.

Gli indicatori regionali per l'anno 2017 sono n. 17.

✓ dal n.1 al n.4: indicatori di risorse e struttura

INDICATORE 1. Esistenza di una delibera istitutiva di Unità Operativa Semplice o Complessa
SOS N° protocollo SOS: n° delibera D.G. n. 429 del 12.11.2015 (Atto Aziendale) in corso di applicazione con identificazione
nuovo responsabile

Collocazione	All'interno della Direzione Sanitaria Ospedaliera
COGNOME E NOME RESPONSABILE IDENTIFICATO	Ad oggi dott. Mondino Vincenzo
CONFERIMENTO INCARICO	Nota prot. 38727/FGpu del 12.06.12
SPECIALIZZAZIONE/I	Malattie infettive
INDIRIZZO E MAIL	vincenzo.mondino@aslvc0.it
N° TELEFONO	0323 541329 (ambulatorio)/335 5957903

INDICATORE 2. Presenza della deliberazione del CIO secondo i requisiti e presenza di verbali delle riunioni (almeno tre) periodiche di programmazione e verifica con relative date.

Deliberazione n°574 del 09.11.2011.

NOTE:

INDICATORE 3. Numero di ICI in misura adeguata (1/5.000 ricoveri) con formazione specifica		Numero ore settimanali dedicate
Nominativo	Qualifica	
Mara Bignamini	ICI	36
Laura De Giorgis	ICI	36
Roberta Pesce	ICI	36

INDICATORE 4. Esiste evidenza formale (delibera o atti equivalenti) che il Direttore Generale abbia approvato il programma
Il presente programma deve essere formalizzato.

Ogni attività è contrassegnata da un codice alfanumerico:

- la lettera O indica attività di organizzazione
- la lettera S indica attività di sorveglianza
- la lettera C indica attività di controllo
- la lettera F attività di formazione.

Inoltre per ogni specifica attività vengono indicate le Strutture che saranno coinvolte nell'attuazione della stessa e le Strutture alle quali l'attività sarà declinata come obiettivo aziendale.

INDICATORE 5. Esistenza e attuazione di un programma aziendale annuale comprendente: rischi, obiettivi, attività, valutazione.
La valutazione dei rischi e il programma sono coerenti con le caratteristiche assistenziali della struttura.

VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVO IN OSPEDALE - ASL VCO

Per la stesura del programma di attività del 2017, è stata eseguita una valutazione dei potenziali rischi infettivi in ospedale al fine di poter individuare le problematiche nei differenti ambiti assistenziali che richiedono priorità di intervento.

Avendo quale obiettivo quello di proteggere i pazienti ed il personale dal rischio infettivo la metodologia utilizzata si è articolata in più fasi: 1) analisi del contesto e quindi dei problemi emergenti, delle aree a rischio, dei pazienti a rischio, ecc. avendo quale quadro di riferimento le indicazioni regionali su sorveglianza e controllo del rischio infettivo 2) evidenziazione del grado di rischio effettivo tenuto conto degli interventi già messi in atto 3) evidenziazione delle priorità di intervento sulla base del criterio frequenza/gravità, 4) individuazione delle azioni di miglioramento e modalità di attuazione.

Va segnalato che al fine di ampliare le fonti di conoscenza del fenomeno rischio infettivo in azienda si è valutata la possibilità di utilizzare le fonti SDO ma da una attenta analisi a campione dei tracciati SDO riferiti a DRG con complicanze ad esempio nell'area chirurgica non si è rilevata quasi mai la segnalazione di una patologia infettiva sulla quale poi fare degli approfondimenti. Peraltro il dato SDO si riferisce non al momento ma al trimestre precedente.

Si è quindi ritenuto opportuno piuttosto individuare nel corso dell'anno 2017 all'interno di ogni SC un referente per il rischio infettivo possibilmente corrispondente al referente per la qualità e rischio clinico e quindi già formato sull'analisi dell'organizzazione e identificazione dei rischi al quale fornire una integrazione formativa sull'aspetto del rischio infettivo e che possa svolgere un ruolo proattivo nell'identificazione delle situazioni a rischio. Dall'attuazione della prima fase ne è scaturita l'individuazione di alcuni ambiti di valutazione come di seguito elencati.

Gli ambiti di valutazione presi in considerazione sono:

- i quattro principali siti di infezione (sito chirurgico, vie urinarie, basse vie respiratorie e sistemiche correlate a dispositivi intravascolari),
- le Strutture ad alto rischio quali Blocco Operatorio e Rianimazione,
- attività fondamentali per la gestione del rischio infettivo.

INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Come da indicatore regionale, nella nostra ASL è attiva una sorveglianza degli interventi su colon-sigma-retto e prostata.

Dai dati relativi alla sorveglianza delle protesi d'anca degli anni 2013/2014, è emerso che l'incidenza locale delle IFC è superiore alla media regionale.

Inoltre poiché molti interventi hanno una degenza post intervento breve o vengono effettuati in regime di Day Surgery, esiste il rischio di non rilevare le eventuali infezioni della ferita chirurgica post dimissione.

Infine la pubblicazione delle linee guida internazionali (OMS 2016, ecc), determina la necessità di valutare se le nostre procedure nelle fasi pre, intra e post intervento richiedano un aggiornamento.

La problematica rappresenta una alta priorità di intervento, pertanto sarà affrontata nel programmazione delle attività di prevenzione e controllo delle ICA.

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

Le IVU sono il primo sito di ICA e il rischio maggiore è rappresentato dalla presenza di un catetere vescicale (CV).

Le osservazioni effettuate nel 2016 sulla gestione dei CV nelle degenze di Medicina e Chirurgia dell'ASL (Codice C14 Implementazione di indicatori di applicazione della procedura aziendale – anno 2010) hanno fatto rilevare alcune non conformità alla applicazione della procedura aziendale: l'indicazione al cateterismo, assenza della prescrizione medica in cartella clinica e la non valutazione quotidiana sulla possibilità di rimuovere il CV. Il protocollo attualmente non richiede modifiche in quanto non ci sono nuovi dati di letteratura. La problematica rappresenta una area di rischio che richiede interventi migliorativi.

INFEZIONI SISTEMICHE

Le batteriemie a sorgenza ospedaliera, sono spesso correlate all'utilizzo di dispositivi intravascolari, prevalentemente di tipo centrale.

Nella nostra ASL sono oggetto di sorveglianza i pazienti oncologici portatori di PICC, i pazienti emodializzati portatori di CVC a permanenza con un trend conforme ai dati di riferimento.

In Rianimazione prosegue la sorveglianza regionale nei pazienti portatori di CVC (Progetto Prosafe – Petalo Infezioni).

Nelle altre degenze non sono condotte sorveglianze.

Per la diagnosi di batteriemia CVC correlata è fondamentale conoscere e valutare il timing di positivizzazione delle emocolture eseguite da sede periferica e da CVC. Attualmente il Laboratorio non fornisce in automatico tale dato e non sempre il medico di reparto lo richiede, questo spesso comporta la rimozione del CVC senza una reale necessità.

Rispetto al dato di letteratura atteso inoltre, è stato segnalato da parte del Laboratorio di microbiologia un alto tasso di emocolture positive per microrganismi che potrebbero essere dei contaminanti legati alla scorretta esecuzione del prelievo, tale positività può risultare di difficile interpretazione.

Le osservazioni effettuate nel 2016 sulla gestione dei CVC/MIDLINe nelle degenze ospedaliere (C20 – Indicatore Regionale 18), hanno fatto emergere alcune non conformità alla applicazione delle procedure aziendali: la parte documentale di inserimento e gestione spesso è carente e a volte addirittura assente, non sempre le medicazioni sono conformi, inoltre si è evidenziato l'utilizzo di sedi considerate più a rischio di infezione (giugulari e femorali).

Le batteriemie CVC correlate anche se si verificano raramente, hanno un grosso rischio per il paziente e richiedono una alta priorità di intervento, pertanto sarà affrontata nel programmazione delle attività di prevenzione e controllo delle ICA.

INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Le polmoniti dei pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita (VAM) sono un problema rilevante in sanità in termine di gravità e frequenza. Dal 2013 è in corso un progetto aziendale per il contenimento delle VAP che comprende anche l'applicazione del bundle (pacchetto di misure preventive per le polmoniti da ventilazione meccanica). Per la conclusione del progetto rimane da effettuare la verifica dell'applicazione.

Altro rischio presente in Azienda è la saltuaria presenza di Legionella spp. nella rete idrica dei Presidi Ospedalieri.

Per la diagnosi delle polmoniti nosocomiali sostenute da questo germe, viene richiesto ai clinici di effettuare la ricerca dell'antigene urinario specifico quando un paziente sviluppa una polmonite in ospedale e di compilare la scheda di segnalazione all'UPRI. Negli ultimi anni non si sono riscontrate polmoniti ospedaliere da Legionella spp. Per quanto riguarda la valutazione globale del rischio, si rimanda al capitolo dedicato.

L'applicazione della precauzione standard l'”etichetta tosse”, introdotta da diversi anni, attraverso allestimento di punti informativi con la disponibilità di gel mani e mascherine chirurgiche nelle sale di attesa ha la finalità di ridurre la diffusione di germi patogeni respiratori in ospedale (entrate degenze) e servizi territoriali.

Si decide di proseguire con le attività anche per il 2017.

BLOCCO OPERATORIO

L'ambiente di sala operatoria è considerato per eccellenza, un ambiente ad alto rischio biologico sia per il paziente che per gli operatori; oltre agli aspetti strettamente strutturale e di manutenzione, rivestono un ruolo importante gli aspetti organizzativo e comportamentale degli operatori per il mantenimento delle condizioni di salubrità, sicurezza e igiene dell'ambiente di sala.

Nell'analisi del rischio risultano fondamentali valutare i parametri critici dell'aria-ambiente e interventi e controlli per garantirne la conformità e la gestione delle UTA, i comportamenti in sala operatoria, la pulizia e disinfezione ambientale, i principi di contenimento della contaminazione, accessi e uscita di personale e materiali. Qualsiasi modifica strutturale od organizzativa richiede l'aggiornamento puntuale delle procedure pertanto le attività in corso proseguono.

TERAPIA INTENSIVA

Presso il Presidio Ospedaliero di Verbania nel corso del 2017 sarà completata la costruzione del reparto di Terapia Intensiva pertanto sarà necessaria la redazione di procedure inerenti i percorsi pazienti/visitatori, materiali pulito-sporco.

GESTIONE DEGLI EVENTI INFETTIVI - MULTIDRUG

Nella nostra ASL è attiva dal 2006 una sorveglianza sui microrganismi MDRO a partenza dal laboratorio, con il coinvolgimento del personale UPRl al fine di fornire un supporto per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti. Dal 2015 il personale UPRl eroga una consulenza tramite cartella informatizzata.

Per quanto riguarda i casi di Clostridium Difficile e CPE il personale UPRl utilizza una check – list ad hoc per la rilevazione dell'applicazione delle procedure di isolamento. Negli ultimi anni la compliance dei diversi reparti ha raggiunto o superato lo standard richiesto (una conformità = o > 80% degli item previsti).

La procedura sugli isolamenti è del 2005, con successive integrazioni sulla gestione del paziente con CD /CPE e TBC.

Nei 2016 è sono state organizzate due giornate di formazione accreditate, che hanno formato solo una piccola parte del personale sanitario. Tali interventi sono risultati efficaci per il contenimento del fenomeno, pertanto si ritiene di mantenerli anche per l'anno 2017.

CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE RESISTENZE MICROBICHE

Il controllo della diffusione delle resistenze microbiche in azienda ha lo scopo di monitorare in modo sistematico la popolazione microbica presente per poter definire le strategie di politica antibiotica mirata in termine di profilassi e di terapia. I dati vengono inseriti sulla piattaforma regionale GEMINI (indicatore 10 – resistenza ai Carbapenemi isolati da materiale patologico; indicatore 11 – antibioticoresistenza di microrganismi selezionati; indicatore 12 sorveglianza nazionale delle sepsi da CPE); si partecipa inoltre alla sorveglianza regionale delle MIB (malattie batteriche invasive e meningiti batteriche). Da alcuni anni è in atto anche la sorveglianza dei pazienti portatori di CPE attraverso l'esecuzione del tampone rettale all'ingresso per alcune tipologie di pazienti.

Annualmente viene prodotto un report microbiologico sulle resistenze microbiche e consumo di antibiotici a livello aziendale che viene illustrato ai Clinici e Coordinatori (ospedale e Territorio) con un evento di formazione accreditato.

Vista l'importanza della tematica, l'attività prosegue.

La valutazione dei dati di letteratura e il confronto con altre realtà piemontesi ha portato alla ridefinizione degli esami microbiologici di screening dei pazienti ricoverati presso le Rianimazioni.

La procedura elaborata sarà resa operativa nel corso dell'anno.

ANTIBIOTICO STEWARDSHIP

La comparsa, la diffusione e la selezioni di batteri antibioticoresistenti, è una minaccia per i pazienti ricoverati in ospedale in quanto le infezioni causate da tali microrganismi determinano un aumento di morbilità e mortalità dei pazienti così come un aumento dei giorni di degenza.

I principali obiettivi di una ATB-stewardship possono essere essere definiti in sintesi il raggiungimento di risultati clinici ottimali, ovvero un miglioramento dell'outcome clinico una diminuzione delle antibiotico resistenze e una riduzione dell'uso non appropriato di farmaci e una riduzione di eventi avversi.

Oltre alle attività di sorveglianza fondamentali per misurare il trend delle Ica e all'attività di controllo sui pazienti colonizzati/infetti, in azienda sono stati adottati protocolli per antibioticoprofilassi in chirurgia di elezione, l'adozione della richiesta motivata di alcune molecole antibiotiche e il tutoraggio da parte del medico di Malattie Infettive presso la Chirurgia Generale.

Nel 2012 è stato costituito un primo gruppo di lavoro, il gruppo di lavoro è stato rivisto nel 2015 (il Gruppo di lavoro è da rivedere), è stata attivata inizialmente l'antibiotico-stewardship presso le SOC di Medicina e Nefrologia dell'Azienda in quanto rappresentative di maggior richiesta di molecole controllate. Le richieste motivate di queste SOC sono state valutate per verificare l'appropriatezza di compilazione e prescrizione e in seguito si è proceduto alla valutazione delle cartelle cliniche dei primi sei mesi dell'anno, tale modalità di verifica ha presentato delle criticità pertanto occorre ridefinire le strategie di intervento. Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un manuale di indirizzo che aiuti i clinici nella prescrizione di antibiotici per terapia empirica pertanto verrà strutturata una procedura per l'approccio antibiotico terapeutico in patologie selezionate.

Alla luce della importanza della problematica e considerando le raccomandazioni regionali si continuerà a lavorare su questo argomento.

IGIENE MANI OPERATORI SANITARI

L'igiene delle mani rappresenta la prima misura di prevenzione delle ICA.

Nella nostra ASL è in corso un progetto per l'implementazione dell'igiene mani dalla fine del 2015, che coinvolge quattro reparti di degenza dell'ASL, elaborato secondo la strategia OMS. Nel progetto è stato realizzato un corso di addestramento per n. 12 operatori sanitari (medici, infermieri e OSS) delle degenze coinvolte, per far acquisire le competenze necessarie all'osservazione diretta sulle azioni di igiene delle mani effettuate dai colleghi. Il tasso di adesione rilevato è stato superiore all'atteso, con un consumo di gel idroalcolico decisamente inferiore allo standard richiesto (20 ml / die per paziente). Il riscontro di questa discrepanza ci induce a pensare che il tasso di adesione all'igiene delle mani rilevato, non corrisponda alla realtà. Tale pensiero è supportato dalle segnalazioni degli osservatori che hanno riferito difficoltà durante le osservazioni.

Per assicurare la formazione sull'igiene delle mani a tutti gli operatori delle degenze coinvolte, è stato organizzato un corso FAD creato dal personale infermieristico dell'UPRI.

Per l'anno 2017 si prevede il proseguimento dell'attività.

VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA

La presenza della Legionella spp negli impianti idrici dei PP.OO, anche se saltuaria, rappresenta un rischio che deve essere valutato e controllato, tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche, la tipologia di pazienti assistiti, le prestazioni sanitarie erogate e i precedenti epidemiologici. Il gruppo di lavoro multidisciplinare presente in azienda, agisce per il contenimento del rischio nel rispetto delle nuove linee guida ministeriali del 2015. Proseguono le attività di controllo.

INCIDENTI OCCUPAZIONALI CON ESPOSIZIONE A LIQUIDI BIOLOGICI

Continua la sorveglianza degli incidenti occupazionali a rischio biologico e la partecipazione al SIROH – SIOP. Gradualmente si stanno introducendo i dispositivi medici di sicurezza (aghi e taglienti) con l'adeguata informazione/formazione degli utilizzatori. Prosegue la vigilanza da parte dell'UPRI sull'applicazione della procedura aziendale "gestione infortuni a rischio biologico"; tale attività ha rilevato una non adeguata complianza su alcuni punti della procedura da parte delle figure coinvolte.

Per l'anno 2017 proseguono le attività di monitoraggio e miglioramento dell'adesione alla procedura.

ATTIVITÀ DI PULIZIA/DISINFEZIONE/STERILIZZAZIONE, ANTISEPSI

La contaminazione ambientale in ambito ospedaliero è strettamente correlata al grado di contaminazione delle mani degli operatori. L'ambiente è oramai dimostrato come possa assumere il ruolo di veicolo di infezione e diventare serbatoio di microrganismi epidemiologicamente importanti (MDRo, Clostrium Difficile). L'organizzazione aziendale prevede il conferimento del servizio di pulizia quotidiana e periodica di locali e arredi ad una ditta esterna. Non sono assegnate a tale ditta: la pulizia di attrezzature sanitarie, d'ufficio, unità di degenza del paziente e contaminazioni ambientali accidentali, che devono essere effettuate dal personale dipendente ASL. Inoltre in caso di isolamento per colonizzazioni o infezioni, la frequenza delle pulizie ambientali deve essere potenziata, anche questa attività è a carico del personale ASL. E' opportuno che venga garantita una sanificazione ambientale ottimale in relazione alle aree di rischio, al fine di contenere le infezioni/colonizzazioni. Tale attività di controllo verrà realizzata nell'anno 2017.

La disinfezione di DM riutilizzabili rappresenta in sanità un 'attività con notevoli criticità; essendo prevalentemente manuale molteplici fattori operatori dipendenti possono influire in maniera negativa (errata scelta del prodotto, diluizione scorretta, tempi di contatto inadeguati, ecc.). Non meno importante risulta l'aspetto legato alla sicurezza sul lavoro di chi utilizza questi prodotti. Nell'ultimo anno sono inoltre state introdotte nuove molecole nel prontuario farmaceutico che rendono necessario l'adeguamento delle procedure.

Alla luce delle modifiche relative alle norme UNI/EN sulla sterilizzazione dei DM riutilizzabili risulta necessario revisionare le procedure per l'esecuzione delle prove di funzionalità delle autoclavi a vapore saturo.

ENDOSCOPIA

Le procedure endoscopiche vengono sempre più frequentemente utilizzate per ragioni diagnostiche, terapeutiche o entrambe. Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi articoli scientifici, editoriali di esperti che testimoniano il ruolo cruciale del reprocessing degli strumenti endoscopici.

Alla luce dell'inserimento di nuovi strumenti endoscopici in Azienda e di nuove apparecchiature per il loro reprocessing, nonché la pubblicazione delle norme UNI-EN (2015), sul trattamento del materiale endoscopico, risulta necessaria una rivalutazione complessiva delle criticità relative all'organizzazione e alle risorse presenti.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. DEL COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

RISCHIO INFETTIVO IN CASO DI RISTRUTTURAZIONE

La presenza di numerosi cantieri nei presidi ospedalieri per la messa a norma o per la ristrutturazione di nuove aree, comporta un potenziale rischio infettivo che richiede una azione di controllo per tutelare i pazienti ricoverati.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. DEL COMPOSTO DA N. 35 PAGINE
DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA AZIENDALE

Il programma è strutturato nel seguente modo:

SEZIONE 1: attività derivanti dalla analisi del rischio infettivo in ospedale, eseguita per poter individuare le problematiche nei differenti ambiti assistenziali che richiedono priorità di intervento.

SEZIONE 2: sono riportati gli indicatori regionali.

Le attività specifiche sono riportate nelle tabelle di seguito.

La realizzazione delle attività è prevista per il biennio 2017/2018

Per l'anno 2017 si ritiene inoltre prioritario focalizzarsi sull'assetto riorganizzativo della attività di prevenzione del rischio infettivo, in conformità allo standard regionale n.1 (anno 2001), "SONO DEFINITE LE RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE, DEI DIPARTIMENTI E SERVIZIO NELLA GESTIONE DEI PROBLEMI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NELLE STRUTTURE SANITARIE".

Si ritiene necessario individuare formalmente un referente medico e uno infermieristico per ogni struttura, al fine di creare una rete collaborativa con il servizio UPR.

Le figure individuate riceveranno una formazione specifica in materia di prevenzione e controllo delle ICA.

SEZIONE 1: PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFETZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Come da indicatore regionale in Azienda è attiva una sorveglianza degli interventi su colon-sigma-retto e prostata.

Dai dati relativi alla sorveglianza delle protesi di anca effettuata negli anni 2013/2014, è emerso che l'incidenza locale delle IFC risulta essere superiore alla media regionale.

Ancora, poiché molti interventi hanno una degenera post intervento breve o vengono effettuati in regime di Day Surgery, esiste il rischio di non rilevare le eventuali infezioni della ferita chirurgica che si manifestano dopo la dimissione.

Infine, la pubblicazione delle linee guida internazionali (OMS 2016, ecc), determina la necessità di valutare se le procedure presenti in Azienda nelle fasi pre, intra e post intervento richiedano un aggiornamento.

La problematica rappresenta una alta priorità di intervento, pertanto sarà affrontata nel programmazione delle attività di prevenzione e controllo delle ICA.

CRITICITÀ	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Incidenza locale delle IFC su protesi di anca superiore alla media regionale. Codice C27	Identificare i fattori influenti nelle fasi pre, intra e post intervento chirurgico e porre eventuali correttivi.	<p>NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE</p> <p>Report delle attività svolte.</p>
Mancanza di dati relativi alle infezioni della ferita chirurgica a insorgenza dopo la dimissione in tutte le specialità chirurgiche. Codice S1 bis	Sensibilizzare gli specialisti chirurghi a notificare le eventuali infezioni riscontrate in regime ambulatoriale.	<p>NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE</p> <p>Numero di chirurghi coinvolti nella azione di sensibilizzazione/numero di chirurghi assegnati.</p>
Non conoscenza della appropriatezza delle procedure operative aziendali in riferimento alle linee guida dell'OMS. Codice C28	Rilevare le discordanze delle indicazioni presenti nelle L.G. 2016 con quelle applicate in Azienda.	<p>NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE</p> <p>Report delle non conformità delle nostre procedure vs LG OMS.</p>

Proseguono infine le attività di sorveglianza delle IFC negli interventi su colon, sigma, retto, prostata (Indicatore regionale n.7 Codice S1) e la rilevazione della compliance di conformità del bundle chirurgico (Indicatore regionale n.15, codice C1), così come previsto nella sezione 2 del presente programma.

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE CORRELATE ALL'USO DI CATETERI VESICALI A PERMANENZA

Le IVU sono il primo sito di ICA e il rischio maggiore è rappresentato dalla presenza di un catetere vescicale (CV).

Le osservazioni effettuate nel 2016 sulla gestione dei CV nelle degenze di Medicina e Chirurgia dell'ASL (Codice C14 Implementazione di Indicatori di applicazione della procedura aziendale – anno 2010), hanno fatto rilevare alcune non conformità alla applicazione della procedura aziendale: l'indicazione al cateterismo, l'assenza della prescrizione medica in cartella clinica e la non valutazione quotidiana sulla possibilità di rimuovere il CV.

Il protocollo attualmente non richiede modifiche in quanto non ci sono nuovi dati di letteratura.

La problematica rappresenta una area di rischio che richiede interventi migliorativi.

CRITICITÀ	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Non completa conformità alle indicazioni della POA nelle SOC Medicina e Chirurgia. Codice C14	Corretta applicazione della POA relativamente alla gestione dei CV	NUOVA ATTIVITA' <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input checked="" type="checkbox"/>

INFEZIONI SISTEMICHE

Le batteriemie a insorgenza ospedaliera, sono spesso correlate all'utilizzo di dispositivi intravascolari, prevalentemente di tipo centrale. Nelle nostre degenze (escluse Oncologia, Rianimazione ed Emodialisi) non sono condotte sorveglianze.

Per la diagnosi di batteriemia CVC-correlata è fondamentale conoscere e valutare il timing di positivizzazione delle emoculture eseguite da sede periferica e da CVC; attualmente, il Laboratorio non fornisce in automatico tale dato e non sempre il medico di reparto lo richiede, ciò comporta spesso, la rimozione di un CVC senza che vi sia la reale necessità.

Rispetto al dato di letteratura atteso inoltre, è stato segnalato da parte del Laboratorio di Microbiologia, un alto tasso di emoculture positive per microrganismi che potrebbero essere dei contaminanti; contaminanti legati alla scorretta esecuzione del prelievo: tale positività può risultare di difficile interpretazione.

Inoltre le osservazioni a campione effettuate nel 2016 sulla gestione dei Dispositivi Intravascolari nelle degenze ospedaliere (C20 – Indicatore Regionale 18), hanno fatto emergere alcune non conformità alla applicazione delle procedure aziendali: la parte documentale di inserimento e gestione spesso è carente e, a volte, addirittura assente, non sempre le medicazioni sono conformi, inoltre si è evidenziato l'utilizzo di sedi considerate più a rischio di infezione (giugulari e femorali).

Le batteriemie CVC correlate anche se si verificano raramente, hanno un grosso rischio per il paziente e richiedono una alta priorità di intervento, pertanto sarà affrontata nel programming delle attività di prevenzione e controllo delle ICA.

CRITICITÀ'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Le emoculture non sempre vengono eseguite correttamente: come metodo di prelievo (alta contaminazione) e come numero di set prelevati (emocultura orfane). Codice C30	Rendere appropriato in tutti suoi aspetti funzionali, tecnici e organizzativi il percorso diagnostico della emocultura.	NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/> Riduzione della percentuale di contaminazioni per ogni reparto e diminuzione del numero di emoculture "orfane".
Non conformità nella gestione delle medicazione dei Dispositivi Intravascolari di tipo centrale e periferici (Midline). Assenza di una scheda informatizzata per la tracciabilità della gestione del Dispositivo Intravascolare Codice C20	Monitorare la adesione alla procedura di medicazione e correzione delle non conformità sul campo. Attivare la scheda informatizzata per la registrazione	NUOVA ATTIVITÀ <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input checked="" type="checkbox"/> Report delle rilevazioni svolte. Presenza della scheda e sua completa compilazione

Proseguono le sorveglianze dei pazienti oncologici portatori di PICC (codice S9) e dei pazienti emodializzati portatori di CVC a permanenza (codice S8a); anche se non si sono più rilevate criticità in questi pazienti e il trend risulta essere conforme ai dati di riferimento, la attività di sorveglianza

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. DEL COMPOSTO DA N. 35 PAGINE
prosegue al fine di tenere monitorato il fenomeno. È prevista anche la revisione delle procedure aziendali di gestione Midline e periferici corti e Port-a Cath.

INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Le polmoniti dei pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita (VAM) sono un problema rilevante in sanità in termine di gravità e frequenza.

Dal 2013, in Azienda, è in corso un progetto per il contenimento delle VAP che comprende anche l'applicazione del bundle (pacchetto di misure preventive per le polmoniti da ventilazione meccanica). Per la conclusione del progetto rimane da effettuare la verifica della applicazione.

Altro rischio presente in Azienda è la saltuaria presenza di Legionella spp. nella rete idrica dei Presidi Ospedalieri.

Per la diagnosi delle polmoniti nosocomiali sostenute da questo germe, viene richiesto ai clinici di effettuare la ricerca dell'antigene urinario specifico quando un paziente sviluppa una polmonite in ospedale e di compilare la scheda di segnalazione all'UPRI.

Negli ultimi anni non si sono riscontrate polmoniti ospedaliere da Legionella spp.

Per quanto riguarda la valutazione globale del rischio, si rimanda al capitolo dedicato.

La applicazione della precauzione standard "etichetta tosse", introdotta da diversi anni, attraverso allestimento di punti informativi con la disponibilità di gel mani e mascherine chirurgiche nelle sale di attesa, ha la finalità di ridurre la diffusione di germi patogeni respiratori in ospedale (entrate degenze) e servizi territoriali.

Si decide di proseguire con le attività anche per il 2017.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Bundle VAP	Misurare la applicazione del bundle VAP.	% di adesione al bundle VAP.
Codice C8		

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.**DEL****COMPOSTO DA N. 35 PAGINE****BLOCCO OPERATORIO**

L'ambiente di sala operatoria è considerato per eccellenza, un ambiente ad alto rischio biologico sia per il paziente che per gli operatori; oltre agli aspetti strettamente strutturali e di manutenzione, rivestono un ruolo importante gli aspetti organizzativo e comportamentale degli operatori per il mantenimento delle condizioni di salubrità, sicurezza e igiene dell'ambiente di sala.

Nell'analisi del rischio, risulta fondamentale valutare i parametri dell'aria-ambiente e gli interventi e controlli per garantirne la conformità, la gestione delle UTA, i comportamenti in sala operatoria, la pulizia e disinfezione ambientale, i principi di contenimento della contaminazione, gli accessi e l'uscita di personale e materiali per e dal blocco operatorio.

Qualsiasi modifica strutturale od organizzativa richiede l'aggiornamento puntuale delle procedure pertanto le attività in corso proseguono.

PROSECUZIONE DI ATTIVITÀ	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Accessi e comportamenti in S.O. Codice C18	Diffusione della procedura aziendale. Misurazione della compliance della POA 25-UPRI 16 <i>"procedura per gli accessi e i percorsi interni nei blocchi operatori dell'ASL VCO".</i>	Evidenza di diffusione. % di adesione al protocollo.
Pulizie e disinfezione ambientale Codice C21	Diffusione della procedura aziendale. Misurazione della compliance del protocollo <i>"Ricondizionamento della sala operatoria tra un intervento e il successivo: istruzioni operative per l'utilizzo del Vileda Sweep System nei blocchi operatori ASL VCO"</i>	Evidenza di diffusione. % di adesione al protocollo.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

TERAPIA INTENSIVA

Presso il Presidio Ospedaliero di Verbania nel corso del 2017 sarà completata la costruzione del nuovo reparto di Terapia Intensiva, pertanto sarà necessaria la redazione di procedure inerenti ai percorsi pazienti/visitatori, materiali pulito –sporco.

CRITERI	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
La modifica strutturale e di conseguenza organizzativa, richiede l'aggiornamento di procedure operative.	Costruzione e diffusione della POA relativamente agli accessi e percorsi interni pazienti/visitatori, materiali pulito e sporco.	NUOVA ATTIVITA' <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/>
Codice 29		Presenza della procedura. Evidenza di diffusione.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL **COMPOSTO DA N. 35 PAGINE**

GESTIONE DEGLI EVENTI INFETTIVI - MULTIDRUG

Nella nostra ASL è attiva dal 2006 una sorveglianza a partenza dal Laboratorio sui microrganismi MDRO, sorveglianza che coinvolge il personale UPRI, il quale garantisce il supporto alle SOC per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti. Dal 2015 il personale UPRI eroga una consulenza tramite cartella informatizzata.

Per quanto riguarda i casi di *Clostridium Difficile* e CPE, il personale UPRI utilizza una check – list ad hoc per la rilevazione della applicazione delle procedure di isolamento. Negli ultimi anni la compliance dei diversi reparti ha raggiunto o superato lo standard richiesto (una conformità = o > 80% degli item previsti).

La procedura sugli isolamenti è del 2005, con successive integrazioni sulla gestione del paziente con CD /CPE e TBC.

Nel 2016 sono state organizzate due giornate di formazione accreditate sugli isolamenti, che hanno formato solo una piccola parte del personale sanitario.

Tali interventi sono risultati efficaci per il contenimento del fenomeno, pertanto si ritiene di mantenerli anche per l'anno 2017

PROSECUZIONE DI ATTIVITÀ	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Applicazione procedure di isolamento da contatto in caso di <i>Clostridium Difficile</i> e CPE	Monitorare la compliance della applicazione delle misure di isolamento	Verifica della conformità allo standard definito (=> 80%)
"Isolamenti in ambito ospedaliero". Durata: 7 ore	Fornire agli operatori le conoscenze fondamentali sulle problematiche infettive e sui comportamenti da adottare nella gestione dei pazienti con infezioni /colonizzazioni trasmissibili.	Valutazione della partecipazione degli operatori individuati.

Prosegue la sorveglianza di microrganismi alert (indicatore regionale n.9, codice S5), così come previsto nel presente programma alla sezione 2.

**ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. COMPOSTO DA N. 35 PAGINE
DEL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE RESISTENZE MICROBICHE**

Il controllo della diffusione delle resistenze microbiche in Azienda ha lo scopo di monitorare in modo sistematico la popolazione microbica presente, al fine di poter definire le strategie di politica antibiotica in termine di profilassi e di terapia.

Da alcuni anni è in atto anche la sorveglianza dei pazienti portatori di CPE attraverso l'esecuzione, all'ingresso, di un tampone rettale per alcune tipologie di pazienti.

Infine, annualmente viene prodotto un report microbiologico sulle resistenze microbiche e sul consumo di antibiotici a livello aziendale, report che viene illustrato ai Clinici e Coordinatori (Ospedale e Territorio) con un evento di formazione accreditato.

Vista l'importanza della tematica, queste attività proseguono.

La valutazione dei dati di letteratura e il confronto con altre realtà piemontesi, ha portato a ridefinire gli esami microbiologici di screening da eseguire ai pazienti ricoverati presso le Rianimazioni; la procedura elaborata, sarà resa operativa nel corso dell'anno.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Screening microbiologico dei pazienti ricoverati in Rianimazione. Codice S11	Diffusione della procedura aziendale <i>"Indicazioni per la sorveglianza microbiologica dei pazienti ricoverati in Rianimazione"</i>	Evidenza di diffusione della procedura aziendale.
Report microbiologici e consumo ATB Codice F1	Diffusione agli operatori sanitari del report sugli isolati microbiologici e sul consumo di ATB	Evidenza di diffusione dei report.

Prosegue l'attività di inserimento dei dati sulla piattaforma regionale GEMINI (Indicatore regionale n.10 codice S3/S4 e indicatore regionale n.11 codice S10) così come previsto nel presente programma alla sezione 2.

Si partecipa inoltre alla sorveglianza regionale delle MIB (malattie batteriche invasive e meningiti batteriche) (codice S6.)

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.**DEL****COMPOSTO DA N. 35 PAGINE****ANTIBIOTICO STEWARDSHIP**

La comparsa, la diffusione e la selezione di batteri antibioticoresistenti, è una minaccia per i pazienti ricoverati in ospedale in quanto le infezioni causate da tali microrganismi determinano un aumento di morbilità e mortalità così come un aumento dei giorni di degenza.

I principali obiettivi di una ATB-stewardship possono essere definiti in sintesi:

- raggiungimento di risultati clinici ottimali, ovvero un miglioramento dell'outcome clinico,
- diminuzione delle antibiotico resistenze,
- riduzione dell'uso non appropriato di farmaci
- riduzione di eventi avversi.

Oltre alle attività di sorveglianza, fondamentali per misurare il trend delle ICA e all'attività di controllo sui pazienti colonizzati/infetti, in Azienda sono stati adottati protocolli per l'antibioticoprofilassi nella chirurgia di elezione, l'adozione della richiesta motivata di alcune molecole antibiotiche alla Farmacia e il tutoraggio da parte del medico di Malattie Infettive presso la Chirurgia Generale.

Nel 2012 è stato costituito un primo gruppo di lavoro, modificato nel 2015, a oggi da aggiornare.

Negli anni precedenti, è stata iniziata una antibiotico-stewardship presso le SOC di Medicina e Nefrologia dell'Azienda, (la scelta è stata dettata dal fatto che le SOC risultavano essere quelle che effettuavano maggiormente le richieste di molecole controllate). Le richieste motivate di queste SOC sono state valutate per verificare l'appropriatezza di compilazione e prescrizione e in seguito si è proceduto alla valutazione delle cartelle cliniche dei primi sei mesi dell'anno. Tale modalità ha presentato delle criticità, pertanto occorre ridefinire le strategie di intervento.

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un manuale di indirizzo che aiuti i clinici nella prescrizione di antibiotici per terapia empirica.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Attivazione di una esperienza di atb stewardship Codice C3	Definire e applicare una strategia di intervento efficace, secondo le indicazioni regionali.	Report delle attività svolte.

Nella sezione 2, riferita agli indicatori Regionali, vengono riportate la modalità per l'implementazione dell'attività di antibiotico-stewardship (Indicatore regionale n.12, codice C3.)

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

IGIENE MANI OPERATORI SANITARI

L'igiene delle mani rappresenta la prima misura di prevenzione delle ICA.

Nella nostra Azienda è in corso un progetto per l'implementazione dell'igiene mani dalla fine del 2015, che coinvolge quattro reparti di degenza dell'ASL, elaborato secondo la strategia OMS.

Nel progetto è stato realizzato un corso di addestramento per n. 12 operatori sanitari (medici, infermieri e OSS) delle degenze coinvolte per far acquisire le competenze necessarie alla osservazione diretta sulle azioni di igiene delle mani effettuate dai colleghi.

Il tasso di adesione rilevato è stato superiore all'atteso, con un consumo di gel idroalcolico decisamente inferiore allo standard richiesto (20 ml /die per paziente). Il riscontro di questa discrepanza induce a pensare che il tasso di adesione all'igiene delle mani rilevato, non corrisponda alla realtà. Tale riflessione è supportata dalle segnalazioni degli osservatori che hanno riferito difficoltà durante le osservazioni. Per assicurare la formazione sull'igiene delle mani a tutti gli operatori delle degenze coinvolte, è stato organizzato un corso FAD creato dal personale infermieristico dell'UPRI. Inoltre sono state attuate misure di miglioramento (applicazione poster nelle degenze coinvolte e distributori di gel in ogni stanza di degenza e sale mediche).

Per l'anno 2017 si prevede il proseguimento dell'attività.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Osservazione diretta sull'igiene delle mani nelle degenze coinvolte nel progetto di miglioramento Codice C12	Monitorare la compliance di igiene mani dopo le modifiche strutturali e comportamentali apportate nelle strutture coinvolte.	% di adesione dell'igiene delle mani e confronto con la percentuale di consumo gel idroalcolico
Formazione in FAD sull'igiene mani Codice F10	Estendere la formazione in FAD agli operatori sanitari di altre strutture aziendali e ai nuovi assunti delle strutture già coinvolte.	Evidenza di partecipazione ai corsi FAD

Continua il monitoraggio del consumo di gel idroalcolico, (Indicatore regionale n. 13 codice C5), così come previsto nella sezione 2 del presente programma.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

VALUTAZIONE RISCHIO LEGIONELLA

La presenza della Legionella spp negli impianti idrici dei PP.OO, anche se saltuaria, rappresenta un rischio che deve essere valutato e controllato, tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche, la tipologia di pazienti assistiti, le prestazioni sanitarie erogate e i precedenti epidemiologici.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare presente in Azienda agisce per il contenimento del rischio nel rispetto delle nuove linee guida ministeriali del 2015.

Proseguono le attività di controllo.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Aggiornamento del gruppo di lavoro Codice C10	Integrare nel gruppo operativo componenti del COQ.	Presenza di determina aggiornata
Valutazione annuale del rischio legionella nei P.O. di Domodossola e Verbania Codice C10	Identificare una strategia di controllo per la riduzione del rischio.	Evidenza delle attività svolte

INCIDENTI OCCUPAZIONALI CON ESPOSIZIONE A LIQUIDI BIOLOGICI

Continua la sorveglianza degli incidenti occupazionali a rischio biologico e la partecipazione al SIROH – SIOP.

Gradualmente si stanno introducendo i dispositivi medici di sicurezza (aghi e taglienti) con l'adeguata informazione/formazione degli utilizzatori. Prosegue la vigilanza da parte dell'UPRI sull'applicazione della procedura aziendale "gestione infortuni a rischio biologico", tale attività ha rilevato una non adeguata compliance su alcuni punti della procedura da parte delle figure coinvolte.

Per l'anno 2017 proseguono le attività di monitoraggio e miglioramento dell'adesione alla procedura.

CRITICITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Aggiornamento della procedura per la gestione degli infortuni a rischio biologico per patogeni a trasmissione ematica . Codice C24	Revisione della procedura alla luce delle modifiche organizzative/ informatiche	<p>NUOVA ATTIVITA' <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/></p> <p>Esistenza della procedura aggiornata</p>
Non corretta compliance della procedura aziendale da parte degli operatori sanitari esposti e operatori di MCU. Codice C11	<p>Diffusione della procedura</p> <p>Miglioramento della compliance</p>	<p>NUOVA ATTIVITA' <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Evidenza della diffusione</p> <p>Riduzione delle non conformità rispetto agli anni precedenti</p>

Prosegue l'attività di sorveglianza degli infortuni occupazionali da potenziali patogeni ematici (Indicatore regionale n. 8, codice S7), così come descritto nella sezione 2 del presente programma.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

ATTIVITÀ DI PULIZIA/DISINFEZIONE/STERILIZZAZIONE E ANTISEPSI

La contaminazione ambientale in ambito ospedaliero è strettamente correlata al grado di contaminazione delle mani degli operatori. È oramai dimostrato come l'ambiente possa assumere il ruolo di veicolo di infezione e diventare serbatoio di microrganismi epidemiologicamente importanti (MDRo, Clostridium Difficile). L'organizzazione aziendale prevede il conferimento del servizio di pulizia quotidiana e periodica di locali e arredi a una ditta esterna. Non sono assegnate a tale ditta: la pulizia di attrezzature sanitarie, di ufficio, unità degente e contaminazioni ambientali accidentali, le quali devono essere effettuate dal personale dipendente ASL. Inoltre in caso di isolamento per colonizzazioni o infezioni, la frequenza delle pulizie ambientali deve essere potenziata anche questa attività è a carico del personale ASL. E' opportuno che venga garantita una sanificazione ambientale ottimale in relazione alle aree di rischio al fine di contenere le infezioni/colonizzazioni. Tale attività di controllo verrà realizzata nell'anno 2017.

La disinfezione di DM riutilizzabili rappresenta in sanità una attività con notevoli criticità; essendo questa prevalentemente manuale, molteplici fattori operatore -dipendente, possono influire in maniera negativa (errata scelta del prodotto, diluizione scorretta, tempi di contatto inadeguati,ecc.), non meno importante risulta l'aspetto legato alla sicurezza sul lavoro di chi utilizza questi prodotti. Nell'ultimo anno sono state inoltre introdotte nuove molecole nel prontuario farmaceutico che rendono necessario l'adeguamento delle procedure.

Alla luce delle modifiche relative alle norme UNI/EN sulla sterilizzazione dei DM riutilizzabili risulta necessario revisionare le procedure per l'esecuzione delle prove di funzionalità delle autoclavi a vapore saturo.

CRITICITÀ	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
In alcune realtà operative, la dotazione di materiale per l'esecuzione di igiene ambientale è insufficiente od obsoleto, inoltre si è rilevata una scarsa conoscenza delle corrette procedure di pulizia e soprattutto disinfezione ambientale da parte del personale dipendente.	Acquisire le risorse e definire le modalità corrette di igiene ambientale.	NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/> Presenza delle risorse adeguate e delle procedure scritte.
Codice C16 Inserimento di nuove molecole disinfettanti e antisettiche.	Aggiornamento della procedura alla luce della nuova fornitura di molecole disinfettanti/antisettiche	NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/> Esistenza della procedura aggiornata
Codice C25 Modifica norma tecnica UNI-EN sulle attività di sterilizzazione a vapore	Revisione della procedura in linea con le norme UNI/EN	NUOVA ATTIVITÀ <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/> Esistenza della procedura aggiornata

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

Codice C15

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Evento formativo residenziale avente per tema il corretto utilizzo delle molecole disinfettanti e antisettiche al fine della sicurezza del lavoratore e del paziente nelle attività assistenziali, diagnostiche, terapeutiche	Fornire agli operatori le conoscenze fondamentali sull'impiego delle molecole antisettiche/disinfettanti	Evidenza di partecipazione ai corsi

Codice F9

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.

DEL

COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

ENDOSCOPIA

Le procedure endoscopiche vengono sempre più frequentemente utilizzate per ragioni diagnostiche, terapeutiche o entrambe.

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi articoli scientifici, editoriali di esperti che testimoniano il ruolo cruciale del reprocessing degli strumenti endoscopici.

A seguito dell'inserimento di nuovi strumenti endoscopici in Azienda e in previsione di nuove apparecchiature per il loro reprocessing, nonché la pubblicazione delle norme UNI-EN (2015), sul trattamento del materiale endoscopico, risulta necessaria una rivalutazione complessiva delle criticità relative all'organizzazione e alle risorse presenti.

PROSECUZIONE DI ATTIVITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
Aggiornamento delle procedure di reprocessing	Revisione delle procedure alla luce delle modifiche organizzative e delle risorse	Esistenza delle procedure aggiornate
Codice C13bis		

CONTENIMENTO DEL RISCHIO INFETTIVO IN CORSO DI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE

La presenza di numerosi cantieri nei presidi ospedalieri per la messa a norma o per la ristrutturazione di nuove aree, comporta un potenziale rischio infettivo che richiede una azione di controllo per tutelare i pazienti ricoverati.

CRITICITA'	OBIETTIVO	VALUTAZIONE
L'esecuzione di lavori edili in ambito ospedaliero richiede delle misure preventive atte a evitare infezioni da funghi o muffe veicolate dalle polveri dei materiali edili.	Redigere e diffondere una procedura che definisca i comportamenti da adottare da parte delle persone coinvolte nel corso di ristrutturazioni e nuove costruzioni.	NUOVA ATTIVITA' <input checked="" type="checkbox"/> PROSECUZIONE <input type="checkbox"/> Esistenza della procedura

Codice C26

SEZIONE 2: INDICATORI REGIONALI

INDICATORE 6. Tasso di incidenza di batteriemie/1000 giorni CVC e incidenza VAP/1000 giorni di ventilazione nelle Terapie Intensive dell'Azienda con relativa mortalità

Codice S2

L'ASL VCO partecipa al progetto GIVITI PROSAFE-petalo Infezioni presso le Rianimazione di Verbania e Domodossola.

INDICATORE 7. Tasso d'incidenza di ISC/100 interventi chirurgici su 6 mesi di sorveglianza

Codice S1

Continua la sorveglianza ISC su interventi di colon-retto presso il PO di Verbania.

Prosegue la sorveglianza degli interventi di prostata presso il P.O. di Domodossola.

INDICATORE 8. Tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei /100 posti-letto; incidenti percutanei e mucocutanei /100 operatori

Codice S7

Prosegue l'attività di sorveglianza con il progetto SIOP.

Tutti gli incidenti che verranno segnalati nell'anno 2017 saranno analizzati al fine di individuare le criticità relative a comportamenti scorretti o a situazioni organizzative che hanno concorso al verificarsi dell'evento accidentale.

INDICATORE 9. Evidenza di sorveglianza di Microrganismi alert

Codice S5

Per ciascuno di essi verrà indicato il numero di segnalazioni dell'anno 2017 e rapportato a 1000 giorni di degenza

INDICATORE 10. Produzione annuale di un report sintetico sulle antibiotico resistenze di alcuni microrganismi isolati da laboratorio. Frequenza di enterobatteri resistenti a carbapenemi.

Codice S3/S4

E' effettuata una sorveglianza continuativa delle antibioticoresistenze.

I dati di antibioticoresistenza offrono informazioni utili per l'orientamento terapeutico e per la valutazione di efficacia delle misure di isolamento.

I dati saranno caricati su piattaforma WEB.

INDICATORE 11. Evidenza di partecipazione al sistema di sorveglianza nazionale delle sepsi da Klebsiella e E. coli

Codice S10

Le infezioni invasive sostenute da CPE vengono inseriti su piattaforma web "Sistema Gemini" dal personale UPRI

INDICATORE 12. E' messa in atto una esperienza di antibiotico-stewardship

Codice C3

Come da indicazioni del Gruppo di Coordinamento regionale, si prevede di monitorare l'uso delle molecole antibiotiche e antifungine nelle aree mediche attraverso la revisione della documentazione clinica e con audit.

INDICATORE 13. Litri di gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza

Codice C5

Prosegue il monitoraggio del consumo di gel nelle SOC dell'ASL.

Viene effettuata la rivalutazione annuale del Framework.

INDICATORE 14. Esiste un documento contenente alcune informazioni sulle ICA ed è reso disponibile per tutti i pazienti

Codice C4

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. DEL COMPOSTO DA N. 35 PAGINE

Pubblicazione sul sito internet dell'informativa. Consegnà al momento del ricovero, unitamente al consenso per la privacy.

INDICATORE 15. Dato di prevalenza dell'applicazione del "bundle" sugli interventi chirurgici sottoposti a sorveglianza

Codice C1

Attività complementare alla attività di sorveglianza delle ISC (Codice S1).

INDICATORE 16. Prevalenza delle Infекции Correlate all'Assistenza in strutture sanitarie extra ospedaliere

Codice S 8

Come da indicazioni fornite dalla Regione .

INDICATORE 17. Formazione ECM sulle attività di sorveglianza e controllo delle Infекции Correlate all'Assistenza

F11

Verrà organizzato un corso ECM sulle attività di controllo/sorveglianza.

Viene di seguito riportato il riepilogo delle attività sopra descritte con l'identificazione del codice alfanumerico.

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N. DEL ... COMPOSTO DA N. 35 PAGINE
ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA

S1	Sorveglianza infezioni sito chirurgico su colon sigma e retto e prostata. (Indicatore regionale n.7)
S1bis	Segnalazione infezioni rilevate ambulatorialmente.
S2	Sorveglianza batteriemie correlate a CVC e sorveglianza polmoniti associate a VM in UTI. (Indicatore regionale n.6)
S3	Sorveglianza antibiotico-resistenze di microrganismi selezionati (Indicatore regionale n.10)
S4	Sorveglianza Enterobatteri resistenti a carbapenemi. (Indicatore regionale n.10)
S5	Sorveglianza degli alert organism + Clostridium difficile (Indicatore regionale n.9)
S6	Sorveglianza regionale delle meningiti batteriche e malattie invasive da meningococco, pneumococco, emofilo.
S7	Sorveglianza infortuni a rischio biologico percutanei e mucocutanei. (Indicatore regionale n.8)
S8	Studio di prevalenza nelle RSA
S8a/b	Sorveglianza infezioni CVC correlate in Emodialisi./Sorveglianza infezioni catetere peritoneale.
S9	Sorveglianza infezioni catetere correlate PICC.
S10	Sorveglianza nazionale delle sepsi da Klebsiella ed E. coli. (Indicatore regionale n.11)
S11	Sorveglianza microbiologica dei pazienti ricoverati in Rianimazione.
S12	Studio di prevalenza ICA in Ospedale

ALLEGATO A) ALLA DELIBERAZIONE N.**DEL****ATTIVITA' DI CONTROLLO****COMPOSTO DAI N. 35 PAGINE**

C1	Applicazione del pacchetto "bundle" sugli interventi chirurgici. (Indicatore regionale n.15)	Correlato a S1 sorveglianza ferita chirurgica.
C3	Esperienza di Antibioticostewardship. (Indicatore regionale n.12).	
C4	Informazione sulle ICA a tutti i pazienti. (Indicatore regionale n.14)	
C5	Adesione protocollo di igiene mani e sperimentazione del framework. Consumo gel/gg. degenza. (Indicatore regionale n.13)	
C7	Applicazione delle procedure di isolamento da contatto in caso di Clostridium Difficile e di CPE.	
C8	Bundles VAP: implementazione e verifica di applicazione	
C10	Attività di contenimento della contaminazione ambientale e delle polmoniti da Legionella.	
C11	Applicazione procedura gestione infortuni a rischio biologico.	
C12	Attività di implementazione igiene delle mani.	
C13bis	Revisione o redazione delle POA di pulizia, disinfezione delle strumentazioni endoscopiche a uso ambulatoriale	
C14	Verifica della applicazione della procedura aziendale gestione CV	
C15	Revisione di POA per l'esecuzione delle prove di funzionalità autoclavi a vapore	
C16	Ridefinizione delle procedure per il personale dipendente per lo svolgimento delle attività di pulizia sanificazione ambientale .	
C18	Implementazione POA accesso e comportamenti Blocco Operatorio di Verbania/Domodossola.	
C19	Revisione procedure aziendali di gestione Midline e Port-a cath	
C20	Verifica della applicazione della procedura aziendale gestione Dispositivi Intravascolari e tracciabilità	
C21	Procedura operativa sulle pulizie ambientali in sala operatoria e sua diffusione.	
C24	Revisione procedura POA infortuni a rischio biologico patogeni ematici	
C25	Revisione POA corretto uso molecole disinfettanti	
C26	redazione POA contenimento del rischio infettivo in corso di interventi di ristrutturazione	
C27	intervento migliorativo per incidenza elevata di IFC negli interventi di protesi d'anca	
C28	adeguamento alle LG OMS "prevenzione infezioni sito chirurgico"	
C29	Redazione POA accessi e percorsi in Terapia Intensiva di Verbania	
C30	Intervento migliorativo per ridurre le contaminazione delle emocolture	
C31	Redazione POA di indirizzo per l'approccio antibiotico terapeutico in patologie selezionate.	

ATTIVITA' DI FORMAZIONE

F2	Partecipazione presentazione report microbiologici e consumo ATB
F8	Corso di formazione: "Isolamenti in ambito ospedaliero".
F9	Corso di formazione: "L'utilizzo corretto delle molecole disinfeettanti e antisettiche ai fini della sicurezza del lavoratore e del paziente nelle attività assistenziali, diagnostiche , terapeutiche".
F10	Corso di formazione in FAD: "Igiene delle mani"
F11	Corso di formazione residenziale avente per tema le attività di sorveglianza e controllo delle ICA