



**SOC DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA  
SOS UNITA' PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO**

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Sede Operativa Tel 0323 541209 Fax 0323 541399 e-mail : upri@aslvco.it

## PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

### Programma di attività 2012

Il programma di attività per l'anno 2012 prevede l'applicazione di indicatori per la sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Gli indicatori assegnati dalla Regione sono 22 e riguardano diversi aspetti della lotta alle infezioni ospedaliere:

- ▶ dal n.1 al n.5: indicatori di risorse e struttura
- ▶ n.6: programma aziendale
- ▶ dal n.7 al n.15: indicatori di sorveglianza e controllo (monitorati per 3 anni)
- ▶ dal n.16 al n.22: indicatori di sorveglianza, controllo e formazione (monitorati annualmente).

Il programma di attività è stato elaborato prendendo in considerazione gli indicatori di sorveglianza, controllo e formazione (dal n. 7 al n. 22) assegnandoli come obiettivi alle SOC secondo i rischi differenti per ogni contesto assistenziale.

Ogni attività è stata 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.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4811 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## Infezioni del sito chirurgico negli interventi di chirurgia (cod.S1)

**Indicatore n. 8. Tasso di incidenza di infezioni del sito chirurgico /100 in interventi chirurgici su 6 mesi di sorveglianza.**

Lo studio di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico (ISC) proposto dal gruppo regionale di coordinamento delle attività di prevenzione e controllo infezioni ospedaliere, aderisce al programma nazionale promosso dal CCM (Centro Controllo Malattie) e si prefigge i seguenti obiettivi:

1. promuovere la percezione della rilevanza del problema e l'adesione a comportamenti di buona pratica clinica e assistenziale;
2. consentire il monitoraggio dei tassi di infezioni della ferita nel tempo e consentire il confronto con altri ospedali;
3. confrontare i dati rilevati in Italia con quelli rilevati in altri Paesi europei.

Nella sorveglianza regionale, i dati di incidenza delle singole Aziende contribuiscono a costituire un riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo. I dati raccolti a livello locale permetteranno di monitorare il tasso di incidenza delle infezioni della ferita chirurgica negli interventi selezionati e possono costituire informazione utile per l'eventuale revisione di processi. La sorveglianza avrà durata di sei mesi e saranno sorvegliati i pazienti sottoposti a interventi di protesi d'anca per il P.O. di Domodossola e interventi su colon-retto per il P.O. di Verbania. Il monitoraggio degli interventi verrà protratto secondo quanto previsto dal protocollo nazionale: sino a 30 giorni dall'intervento per colon-retto e fino a 12 mesi in caso di protesi: i pazienti verranno, dove possibile, contattati telefonicamente.

Il servizio UPRI, ha la funzione di coordinamento del progetto e di raccolta delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria e reclutamento dei pazienti dalle liste operatorie. Viene utilizzato il protocollo ECDC-SNICH per la raccolta dati; i dati sono raccolti e registrati dal personale UPRI su database precostituito ed elaborati a livello centrale. L'elaborazione dei dati viene eseguita a livello centrale e il report annuale viene inviato annualmente a tutte le aziende che partecipano allo studio di sorveglianza al gruppo di coordinamento selezionati in un periodo di sei mesi di sorveglianza.

La partecipazione allo studio di sorveglianza sarà assegnato come obiettivo aziendale alle SOC di Ortopedia e Chirurgia con la collaborazione dei Poliambulatori.

La partecipazione verrà valutata applicando i seguenti indicatori:

### **ADESIONE al PROTOCOLLO di SORVEGLIANZA**

**criterio:** tutti i pazienti sottoposti a intervento oggetto di sorveglianza nel periodo luglio - dicembre 2012 sia in regime di elezione che in urgenza, devono essere reclutati nello studio di sorveglianza.

La sorveglianza viene condotta per tutto il periodo di ricovero e le visite ambulatoriali post dimissione devono essere documentate.

### **Indicatore**

1. reclutamento dei pazienti: n° di schede di sorveglianza compilate/n. di interventi selezionati effettuati nel periodo x 100



**Strumenti di raccolta dati:** scheda di sorveglianza di reparto, liste operatorie, registri di sala operatoria

**Standard concettuale:** le schede di sorveglianza devono corrispondere al numero di interventi selezionati effettuati nel periodo (100%)

**Standard operativo:** le schede di sorveglianza devono corrispondere al numero di interventi selezionati effettuati nel periodo (100%).

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 90% il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto.

#### Indicatore

**2. pazienti sorvegliati ambulatorialmente:** n di pazienti reclutati nella sorveglianza con almeno una visita ambulatoriale documentata/numero di pazienti reclutati nella sorveglianza che afferiscono al Poliambulatorio X 100

**Strumento di raccolta dati:** schede di visita ambulatoriale, registro attività ambulatoriale

**Standard concettuale:** le schede di visita ambulatoriale devono corrispondere al numero di pazienti che afferiscono al Poliambulatorio per la visita post intervento (100%).

**Standard operativo:** il numero di pazienti con almeno una visita ambulatoriale non deve essere inferiore al 100% dei pazienti visitati in ambulatorio

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 90% il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto.

## Applicazione pacchetto "bundle" sugli interventi chirurgici (cod. C1)

**Indicatore n 16. Dato di prevalenza dell'applicazione del "bundle" sugli interventi chirurgici e della compliance di conformità.**

Per ogni intervento sottoposto a sorveglianza, vengono raccolti anche i dati relativi all'indicatore n.16 (BUNDLE per interventi chirurgici).

E' disponibile il dato di prevalenza della applicazione del "bundle", ovvero un insieme di raccomandazioni cliniche che, se applicate in modo simultaneo, assiduo e controllato da ogni operatore per ogni paziente, è in grado di minimizzare o azzerare determinate complicanze, garantendo il miglior outcome possibile.

Il bundle è costituito da un numero limitato di raccomandazioni, ognuna delle quali è di per sé fortemente basata su evidenza scientifica.

Per ogni intervento è documentata l'esecuzione delle seguenti procedure e i dati sono riportati sulla scheda di sorveglianza:

- tricotomia: conforme se eseguita con rasoio elettrico (CLIPPER);
- doccia pre-operatoria, conforme se eseguita la sera prima o la mattina dell'intervento con sapone o antiseptico;
- antibiotico profilassi chirurgica, conforme se rispetto del protocollo aziendale per quanto riguarda la molecola, posologia, timing, durata;
- temperatura intraoperatoria; conforme se superiore a 36°C al termine dell'intervento-prima della estubazione;
- parametri che consentono il calcolo dell'Index risk secondo NNIS (classe dell'intervento, ASA, durata dell'intervento), conforme se presenti tutti i dati richiesti.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

### **1. Indicatore conformità della tricotomia**

- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile/ numero totale di pazienti reclutati nella sorveglianza x 100
- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza e depilati con rasoio elettrico/numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile x 100

**Strumento di raccolta dati:** scheda di sorveglianza, scheda di preparazione paziente all'intervento

**Standard concettuale:** lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi e una compliance del 100% alle corrette procedure.

**Standard operativo:** lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi e una compliance di conformità nel 90%.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 80% della disponibilità del dato il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto e non verrà valutata la conformità della procedura

### **2. Indicatore conformità della doccia pre-operatoria**

- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile/ numero totale di pazienti reclutati nella sorveglianza x 100
- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con doccia conforme/ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile x 100

**Strumento di raccolta dati:** scheda di sorveglianza, scheda di preparazione paziente all'intervento.

**Standard concettuale:** lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi e una compliance del 100% alle corrette procedure.

**Standard operativo:** lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi e una compliance di conformità nel 90%.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 80% della disponibilità del dato il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto e non verrà valutata la conformità della procedura.

### **3. Indicatore conformità profilassi antibiotica**

- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile /numero totale di pazienti reclutati nella sorveglianza x 100
- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con profilassi atb conforme/numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile x 100

**Strumento di raccolta dati:** scheda di sorveglianza, foglio terapia ; cartella anestesiologicala

**Standard concettuale:** lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi e una compliance del 100% alle corrette procedure.

**Standard operativo:** lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi e una compliance di conformità nel 90%.

*[Handwritten signature]*



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 80% della disponibilità del dato il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto e non verrà valutata la conformità della procedura

**4. Indicatore conformità della temperatura intraoperatoria**

- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile/ numero totale di pazienti reclutati nella sorveglianza x 100
- ❖ numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con temperatura conforme/numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con dato disponibile x 100

**Strumento di raccolta dati:** scheda di sorveglianza, cartella anestesiologicala

**Standard concettuale:** lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi e una compliance del 100% alle corrette procedure.

**Standard operativo:** lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi e una compliance di conformità nel 90%.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 80% della disponibilità del dato il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto e non verrà valutata la conformità della procedura

**5. Indicatore completezza dei parametri che consentono il calcolo dell'Index risk secondo NNIS**

- numero di pazienti reclutati nella sorveglianza con tutti i dati disponibili/numero totale di pazienti reclutati nella sorveglianza x 100

**Strumento di raccolta dati:** scheda di sorveglianza, cartella anestesiologicala

**Standard concettuale:** lo standard concettuale prevede la disponibilità del dato "bundle" nel 100% degli interventi.

**Standard operativo:** lo standard operativo prevede la disponibilità del dato "bundle" nell'80% degli interventi.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 80% della disponibilità del dato il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto.

La partecipazione allo studio di sorveglianza sarà assegnato come obiettivo aziendale alle SGC di Ortopedia e Chirurgia, Blocco Operatorio.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **Sorveglianza batteriemie correlate a CVC e polmoniti associate a ventilazione meccanica (cod. S2)**

**Indicatore n. 7. Tasso di incidenza di batteriemie/1000 giorni CVC e incidenza VAP/1000 giorni ventilazione nelle Terapie Intensive dell'Azienda**

E' proposta una sorveglianza continua nei reparti ad alto rischio; i dati di incidenza delle singole Aziende contribuiscono a costituire un riferimento a livello regionale, nazionale ed europeo.

I dati locali possono costituire informazione per una eventuale revisione di processi assistenziali

Vengono sorvegliati i pazienti ricoverati nelle terapie intensive portatori di CVC e sottoposti a VA

Il protocollo di studio fornito dalla Regione è stato elaborato seguendo le indicazioni del protocollo GIVITI - PROSAFE - Petalo Infezioni nelle due Rianimazioni dell'Azienda.

La partecipazione allo studio di sorveglianza è stato assegnato come obiettivo aziendale alla SOC di Rianimazione.

La partecipazione verrà valutata applicando i seguenti indicatori:

**criterio:** è effettuata la sorveglianza delle batteriemie e VAP nelle Terapie Intensive.

**Strumento di raccolta dati:** scheda informatizzata del programma GIVITI - PROSAFE - Petalo - Infezioni. I dati relativi ai pazienti portatori di CVC e VA devono essere registrati nel programma specifico "Margherita".

**Indicatori:** disponibilità dei tassi incidenza rilevati

**Standard operativo:** disponibilità del tasso di incidenza in entrambe le Rianimazioni dell'ASL VCO (100%) elaborato annualmente dal centro di riferimento.

**Grado di soddisfazione:** adesione allo studio di sorveglianza.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634680033

## **Sorveglianza antibiotico-resistenze di microrganismi selezionati (cod.S3)**

**Indicatore n. 13. Produzione annuale di un report sintetico sull'antibiotico-resistenze di alcuni microrganismi isolati dal laboratorio.**

La sorveglianza continuativa delle antibiotico-resistenze fornisce informazioni utili per l'orientamento terapeutico e per la valutazione di efficacia delle misure di isolamento.

Il Laboratorio di Microbiologia produce un report annuale sulla frequenza di microrganismi sensibili di alcuni ceppi atert (*Acinetobacter*, *E. cloacae*, *E. coli*, *E. faecalis*, *E. faecium*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*), correlando l'impiego delle molecole antibiotiche all'interno delle Strutture di degenza in collaborazione con la SOC Farmacia.

Il Laboratorio di Microbiologia redige un report sugli isolati microbiologici dell'anno, mentre il servizio Farmaceutico elabora i report sui consumi ATB in Ospedale.

Il servizio UPRI ha la funzione di coordinamento.

I report verranno illustrati alle SOC interessate e caricati sul link interaziendale "Prevenzione Rischio Infettivo".

L'elaborazione del report e la partecipazione in qualità di relatore a incontri di formazione al personale delle SOC individuate è obiettivo aziendale delle SOC di Laboratorio Analisi con la collaborazione del Dipartimento Farmaceutico.

La partecipazione verrà valutata applicando i seguenti indicatori:

**Criterio:** il laboratorio e il dipartimento farmaceutico producono e illustrano i report sulle antibiotico resistenze e su consumo ATB .

**Indicatori:** numero di ceppi sensibili di una data specie batterica/numero di ceppi per specie batterica x 100

Calcolo della DDD% degli atb utilizzati nelle SOC

Partecipazione di un microbiologo e di un farmacista in qualità di relatori agli incontri

**Grado di soddisfazione:** annualmente devono essere disponibili alle Unità Operative i report microbiologici.

## **Sorveglianza Enterobatteri resistenti a carbapenemi (cod.S4)**

**Indicatore n. 12. Frequenza di Enterobatteri resistenti a carbapenemi**

E' effettuata una sorveglianza continua a partenza dai dati di laboratorio. I dati di frequenza di resistenze ai carbapenemi negli Enterobatteri contribuiscono a monitorare un fenomeno di rilevanza nazionale e internazionale e costituiscono informazione per analisi dell'andamento del fenomeno e per orientare le scelte preventive e terapeutiche.



**La sorveglianza è stata assegnata come obiettivo aziendale alla SOC di Laboratorio Analisi.**

**La partecipazione verrà valutata applicando i seguenti indicatori:**

**Criterio:** è effettuata la sorveglianza degli Enterobatteri resistenti a carbapenemi su materiale patologico.

**Strumento di raccolta dati:** report annuale, con una sintesi semestrale, riportante i seguenti dati:

- segnalazione di tutti i casi di pazienti positivi per *Klebsiella spp.* oppure *E. coli* di qualsiasi provenienza e isolati da qualsiasi materiale escluse feci e tamponi rettali a partire dal 1° luglio al 31 dicembre 2011. In caso di isolati multipli (anche se da materiali diversi), del medesimo paziente, deve essere riportato unicamente il primo isolato nel semestre considerato.
- Indicazione della specie cui appartiene l'isolato, specificando solo il ceppo di appartenenza resistente ai carbapenemi oppure positivi al test di Hodge (*K. pneumoniae*, *K. oxytoca*, *E. coli*).
- Indicazione della provenienza del campione microbiologico (emocultura, urine, pus, materiale respiratorio, ecc).
- Indicazione della SOC da cui proviene il campione.
- Indicazione se il paziente è degente oppure ambulatoriale.

**Indicatori:**

1. numero pazienti con isolamento di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi/numero pazienti con isolamento di *K. pneumoniae* o *E. coli*.
2. Presenza del report annuale.
3. Presenza delle schede di segnalazione per alert organism.

**Standard concettuale:** disponibilità del numero di isolamenti per *Klebsiella* ed *E. coli* e del numero di isolamenti con resistenza a carbapenemi.

**Standard operativo:** presenza di n. 1 report. Corrispondenza del numero pazienti con CRE sospetta o accertata/numero di schede di rilevazione Alert CRE.

**Grado di soddisfazione:** lo standard operativo deve essere raggiunto.

**Sorveglianza degli alert organism (cod.S5)**

Il sistema di monitoraggio prevede la segnalazione da parte del Laboratorio di Microbiologia all'UPRI di isolamenti di agenti microbici rilevanti epidemiologicamente e di alcuni patogeni caratterizzati da multiresistenza. Ogni segnalazione da parte del Laboratorio comporta l'attivazione di una scheda di rilevazione.

La compilazione di tale scheda avviene da parte delle ICI con la consulenza dello specialista Infettivologo per quanto riguarda valutazione/impostazione di antibiotico terapia e consente di dare specifiche e puntuali indicazioni assistenziali al personale di reparto con applicazione delle misure di isolamento e contenimento del fenomeno.

**Lo studio di sorveglianza è stato assegnato come obiettivo aziendale alle SOC di Laboratorio Analisi.**

**La partecipazione verrà valutata applicando i seguenti indicatori:**





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28867 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**criterio:** gli isolamenti di germi alert devono essere segnalati all'UPRI compilando l'apposita scheda.

**Strumento di raccolta dati:** schede di segnalazione e report mercurio

**Indicatore:** numero di alert segnalati/numero di isolamenti di germi alert x 100

**Standard concettuale:** il 75% degli isolamenti di alert devono essere segnalati.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto del 75% il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto

**criterio:** le segnalazioni di isolamenti alert devono essere seguite da visita o contatto telefonico da parte del personale UPRI.

**Strumento di raccolta dati:** schede di raccolta dati e scheda con indicazioni per misure di isolamento.

**Indicatore:** numero di contatti su alert segnalati/numero di alert segnalati x 100

**Standard concettuale:** l'80% degli isolamenti di alert devono essere registrati.

**Grado di soddisfazione:** al di sotto dell'80% il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto

### Sorveglianza Clostridium Difficile (cod. S6)

**Indicatore n. 11. Rapporto tra risultati positivi all'accertamento per tossina di *C. difficile* e numero di accertamenti effettuati dal laboratorio.**

L' Azienda ha in atto una sorveglianza delle infezioni da *C. difficile* che consente di accertare le infezioni e dispone di un dato di riferimento su cui poter confrontare le situazioni endemiche ed epidemiche.

La sorveglianza è stata assegnata come obiettivo aziendale alla SOC di Laboratorio Analisi

**criterio:** è disponibile un monitoraggio degli accertamenti richiesti da pazienti esterni e ricoverati e un dato aziendale di riferimento che descrive la situazione endemica.

**Strumento di raccolta dati:** report annuale elaborato con "Mercurio" riportante il numero totale dei pazienti con esame ricerca tossine effettuate nel periodo e il numero di pazienti con ricerca tossine positiva.

#### Indicatori:

1. Presenza del report
2. Numero di risultati positivi/numero di accertamenti richiesti separatamente su pazienti ricoverati e non ricoverati x 100.

**Standard concettuale:** presenza di report (100%). Frequenza annuale di risultati positivi all'accertamento per tossina di *C. difficile* sul totale delle richieste soddisfatte dal laboratorio.

**Standard operativo:** presenza di report (100%)

**Grado di soddisfazione:** l'assenza del report determina il non raggiungimento del grado di soddisfazione.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano-Cusio-Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormezza (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **Sorveglianza infortuni a rischio biologico percutanei e mucocutanei. (cod.S7)**

**Indicatore n. 9. Tasso di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei/100 posti letto; di incidenti percutanei e mucocutanei/100 operatori.**

Continua la partecipazione allo studio SIROH-SIOP che prevede la sorveglianza degli Operatori Sanitari che denunciano infortuni a rischio biologico da patogeni a trasmissione ematica.

La sorveglianza degli incidenti occupazionali integra la sorveglianza della applicazione delle misure di isolamento e costituisce indicatore di attenzione da parte dell'azienda alle pratiche assistenziali sicure. La sorveglianza degli incidenti occupazionali costituisce attività di collaborazione con il gruppo di lavoro regionale per il Rischio Occupazionale in Sanità. Tale sorveglianza si inserisce nel sistema regionale di sorveglianza continua SIOP e nel sistema nazionale SIROH.

La valutazione dei singoli infortuni fornisce informazioni utili relativi a comportamenti scorretti e/o a utilizzo improprio o incompleto dei DPI e consente di intervenire con azioni mirate al fine di garantire la sicurezza degli Operatori con l'implementazione di misure preventive. Tutti i dati delle singole denunce vengono raccolti e inviati al Centro di Coordinamento nazionale, al Medico Competente e al Servizio Prevenzione/Protezione. Il personale infortunato viene sottoposto a sorveglianza sanitaria per i tempi previsti dai protocolli internazionali e nazionali dal personale dell'UPRI. La sorveglianza continuativa è iniziata nel 1993.

**criterio:** è effettuata la sorveglianza degli incidenti occupazionali per patogeni a trasmissione ematica (HIV, HBV, HCV).

**Strumento di raccolta dati:** scheda di rilevazione dati fornita dal Centro di Coordinamento nazionale (Ospedale Spallanzani, Roma). I dati sono raccolti e registrati dal personale UPRI su database preconstituito ed elaborati a livello regionale e nazionale.

**Indicatore:** numero incidenti percutanei e mucocutanei denunciati/numero posti letto o numero operatori x 100.

**Standard:** Sono disponibili i tassi di incidenza di incidenti percutanei e mucocutanei negli operatori per l'anno 2011 con sistema SIOP.

L'Azienda raccoglie anche i dati relativi all'indicatore n. 18 nelle attività preventive degli incidenti occupazionali.

## **Prevenzione degli incidenti occupazionali a rischio biologico (cod.C2)**

**Indicatore n. 18. Compliance a misure preventive nel rischio biologico occupazionale.**

L'Azienda attiva interventi per incrementare il livello di prevenzione al rischio occupazionale.

A integrazione dei dati epidemiologici di sorveglianza sono attivati interventi di prevenzione delle esposizioni professionali. Esiste evidenza di attività preventive del rischio biologico in ambito occupazionale. I dati che rendono soddisfatte le misure preventive sono:



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.asivco.it - www.asivco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Criterio: registrazione su base informatica dei dati di sorveglianza con software dedicato (di competenza personale UPRI);**

**Indicatore: n. di infortuni registrati su sistema informatico /n. di infortuni denunciati x 100.**

**Criterio report annuale ai reparti sugli incidenti occupazionali evitabili**

**Indicatore: n. di report reparto redatti /n. di reparti con infortuni evitabili x 100.**

**Criterio: incremento dell'uso di presidi di sicurezza sino al 100% per vacutainer, ago cannula e ago a farfalla**

**Indicatore: misurazione del consumato annuo dei presidi di sicurezza (ago cannula, per vacutainer e ago a farfalla) rapportato al consumato anno 2011**

**Criterio: implementazione della valutazione per rischio TBC secondo le indicazioni regionali del 2011 in tutti i presidi ospedalieri**

**Indicatore: presenza del documento aggiornato di valutazione.**



## Esperienza di antibioticostewardship (cod.C3)

### Indicatore n. 14. E' messa in atto una esperienza di antibioticostewardship

L'intervento di valutazione sull'uso delle molecole antibiotiche offre informazioni utili per l'orientamento terapeutico e attua una prevenzione sullo sviluppo di resistenze.

All'interno delle politiche di contenimento delle resistenze microbiche la valutazione dell'uso degli antibiotici è un momento centrale delle strategie preventive.

L'indicatore descrive l'attuazione della strategia che si articola in:

- 1) definizione di una scheda di richiesta motivata su base locale;
- 2) definizione della lista antibiotici monitorati;
- 3) analisi di richieste motivate;
- 4) esame delle cartelle cliniche e audit con clinici affinché l'ospedale possa identificare le proprie priorità di intervento.

Nel 2011 è stato attivato il gruppo di lavoro che, definiti e concordati i criteri, valuta le prescrizioni motivate delle molecole antibiotiche e, dopo analisi, valuta la congruità prescrittiva consultando la documentazione sanitaria ed effettua audit con i clinici coinvolti. L'attività ha comportato la definizione del gruppo operativo (costituito da infettivologo/responsabile UPRI, microbiologi, farmacisti, ICI) e l'individuazione delle molecole antibiotiche da sorvegliare (richiesta motivata).

Nell'anno in corso si effettuerà una valutazione sul consumo delle molecole a richiesta motivata e sulla base dei dati che emergeranno verrà data priorità alle SOC con maggiore richiesta di molecole antibiotiche, effettuato un confronto con i dati della sorveglianza alert, la conformità alla scelta della molecola.

Sulla base di quanto emergerà sarà effettuata una valutazione delle cartelle cliniche (numero totale cartelle per reparto o percentuale significativa) dei pazienti per i quali è stata richiesta la molecola antibiotica e verrà valutata la congruità di tale prescrizione con i clinici coinvolti (audit).

L'indicatore è inserito nel piano di conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (DD798 - 27 ottobre 2011).

Verrà effettuata la valutazione dell'esperienza applicando i seguenti indicatori:

**Criterio:** è condotta una valutazione dell'impiego degli antibiotici in Ospedale.

**Indicatori:** incongruità prescrittive/prescrizioni esaminate. Numero di audit condotti all'anno per ogni SOC coinvolta

**Strumento di raccolta dati:** richiesta motivata, programma mercurio, cartelle cliniche

**Standard:** si è evidenziata, a seguito di analisi delle richieste motivate, la proporzione di incongruità prescrittive su almeno 150 prescrizioni/paziente. C'è evidenza di audit periodici.

**Grado di soddisfazione:** evidenza documentata di esperienza di antibioticostewardship.

La partecipazione all'audit è assegnato come obiettivo aziendale alle SOC in cui si effettuerà l'esperienza di antibioticostewardship.

La partecipazione agli audit verrà valutata applicando i seguenti indicatori:



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

**criterio: partecipazione attiva del personale medico ai momenti di audit**

**Indicatori: numero di audit con la partecipazione dei clinici/numero di audit condotti all'anno per ogni SOC coinvolta x 100**

**Strumento di raccolta dati: modulo di presenza audit**

**Standard: al di sotto del 100% il grado di soddisfazione sarà considerato non raggiunto.**

**Grado di soddisfazione: 100% di presenza agli audit effettuati per singola SOC.**



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## Informazione sulle ICA a tutti pazienti (cod.C4)

**Indicatore n. 15. Esiste un documento contenente alcune informazioni specifiche sulle ICA ed è reso disponibile per tutti i pazienti.**

L'Azienda assicura il coinvolgimento di pazienti e visitatori nelle strategie di prevenzione delle ICA attraverso una informazione sui rischi e sulla loro gestione. L'Azienda ha recepito le indicazioni della Linea di indirizzo 1/2007 della DGR 14-8500 (31/03/2008) riguardo alle informazioni sulle Infezioni Correlate all'Assistenza da fornire agli utenti. L'informazione dei pazienti costituisce attività di collaborazione con il gruppo di lavoro regionale per il Rischio Clinico.

L'UPRI ha previsto la stampa e la plastificazione dell'informativa, in formato A4 da appendere in ogni stanza di degenza dei due Presidi Ospedalieri e, in formato A3, da appendere nelle zone soggiorno delle degenze e attese per i Servizi diagnostico-terapeutici. Lo stesso opuscolo informativo è stato prodotto in cartaceo per la diffusione ai pazienti ricoverati nelle aree di degenza.

**Critério:** disponibilità di un documento contenente informazioni sulle ICA, da fornire ad ogni utente, al momento del ricovero.

**Standard:** nell'opuscolo informativo dell'Ospedale e/o nella Carta dei servizi e/o in un cartaceo consegnato al singolo paziente sono presenti le informazioni sulle Infezioni Correlate all'Assistenza ed esiste evidenza di informazione rivolta ai visitatori.

### **Indicatori:**

1. numero di pazienti che ricevono l'informativa/numero di pazienti ricoverati in un anno x 100.
2. presenza della informativa plastificata nelle stanze di degenza e negli atri/soggiorni/attese del pubblico.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.843020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

## Valutazione adesione protocollo d'igiene mani (cod.C5)

### Indicatore n. 10. Litri di gel idroalcolico/1000 giorni di assistenza.

L'applicazione dell'indicatore fornisce un'informazione indiretta dell'adesione degli operatori sanitari alla procedura di igienizzazione delle mani in funzione delle dimensioni di assistenza prestata.

Verrà effettuata la stima sul consumo del prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani in tutte le SOC dell'ASL VCO ove si effettua l'assistenza ai pazienti.

L'adesione al protocollo di decontaminazione mani verrà assegnato come obiettivo aziendale a tutte le SOC di degenza dei Presidi Ospedalieri.

La valutazione verrà condotta dal personale UPRI.

**Critério:** è utilizzato gel idroalcolico per l'igiene delle mani in proporzione al numero di pazienti assistiti.

**Indicatore:** numero litri gel idroalcolico/ Giorni di assistenza x 100.

**Standard:** è consumata una media di 20 ml/die di gel per paziente (20 litri/1.000 giorni) in TUTTI i reparti in cui è effettuata assistenza.

**Grado di soddisfazione:** l'obiettivo si intende raggiunto se il consumo di gel idroalcolico corrisponde a 20 ml/die per paziente in ogni reparto in cui è effettuata assistenza. In azienda verranno inoltre valutati i consumi degli altri prodotti per l'igiene delle mani anche se non si hanno degli standard regionali di quanto prodotto debba essere consumato per giornata di degenza: litri di sapone antisettico/1.000 giorni d'assistenza.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

## Applicazione delle procedure di isolamento da contatto in caso di Klebsiella Produttore di Carbapenemasi (cod. C6)

**Indicatore n. 19. Valutazione dell'applicazione delle procedure di prevenzione della trasmissione di Klebsiella Produttore di Carbapenemasi (KPC) sulla base di una check list.**

Le Aziende promuovono attività di valutazione degli interventi di applicazione delle misure di isolamento da contatto.

Sarà condotta una osservazione diretta nelle SOC in caso di pazienti cui è stato isolato un caso sospetto/accertato di CRE in materiale patologico o in tampone rettale nei casi selezionati.

La rilevazione verrà effettuata su tutti i casi di isolamento e verrà condotta dal personale UPRI.

Il rispetto del protocollo di isolamento da contatto verrà assegnato come obiettivo aziendale alle SOC di degenza dei Presidi Ospedalieri ove verrà ricoverato un paziente a cui è stato isolato un ceppo di Enterobattere resistente ai carbapenemi.

La valutazione verrà effettuata applicando i seguenti indicatori:

**criterio:** sono effettuati interventi di valutazione dell' applicazione delle misure di prevenzione in caso di isolamento di KPC

**Strumento di raccolta dati:** scheda di rilevazione costruita ad hoc.

**Indicatore:** numero di misure preventive rispettate nella procedura valutata/numero totale di misure preventive della check list X 100.

**Standard:** sono effettuate le valutazioni sul 100% degli eventi segnalati e gli esiti sono conformi all'atteso in almeno il 80% delle misure elencate in check list.

**Grado di soddisfazione:** l'indicatore deve raggiungere un valore => all' 80% degli items esaminati nel 100% delle occasioni di isolamento.

Valori inferiori determinano il non raggiungimento dell'obiettivo.

## Applicazione delle procedure di isolamento da contatto in caso di diarrea da Clostridium Difficile (cod. C7)

Prosegue l'attività di valutazione degli interventi di applicazione delle misure di isolamento da contatto specifico per pazienti che sviluppano una infezione gastroenterica da C. difficile. L'isolamento di questi pazienti è procedurato con un protocollo aziendale validato. Sarà condotta un'osservazione diretta nelle SOC in caso di pazienti con diarrea da Clostridium difficile.

Verrà utilizzata la scheda costruita ad hoc. La valutazione verrà condotta dal personale UPRI.

Il rispetto del protocollo di isolamento da contatto verrà assegnato come obiettivo aziendale alle SOC di degenza dei Presidi Ospedalieri ove verrà ricoverato un paziente affetto da diarrea da Clostridium Difficile.

La valutazione verrà effettuata applicando i seguenti indicatori:





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel: +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**criterio:** le misure di isolamento previste nella procedura aziendale devono essere adottate in caso di isolamento da contatto in caso di C. difficile

**Strumento di raccolta dati:** scheda di rilevazione costruita ad hoc.

**Indicatore:** numero di misure preventive rispettate nella procedura valutata/numero totale di misure preventive della check list X 100.

**Standard:** sono effettuate le valutazioni sull'80% degli eventi segnalati e gli esiti sono conformi all'atteso in almeno il 80% delle misure elencate in check list.

**Grado di soddisfazione:** l'indicatore deve raggiungere un valore => al' 80% degli items esaminati nell'80% delle occasioni di isolamento. Valori inferiori determinano il non raggiungimento dell'obiettivo.



## Applicazione protocollo antibiotico profilassi chirurgica (cod. C8)

### Indicatore n. 17. Dato di prevalenza della conformità nell'utilizzo della antibiotico profilassi chirurgica.

E' disponibile una stima dell'appropriatezza dell'applicazione dei protocolli di antibiotico profilassi in chirurgia e nel post-intervento.

In Azienda è presente un protocollo di antibiotico profilassi in chirurgia: lo scopo della valutazione è quello di verificare l'adesione completa alle indicazioni fornite. Verranno sottoposte a valutazione le cartelle cliniche di interventi d'elezione nelle singole specialità chirurgiche scelte di 15 interventi consecutivi (per un totale di 60 osservazioni nelle quattro specialità). La valutazione verrà condotta dal personale UPRI.

L'applicazione del protocollo aziendale viene assegnata come obiettivo aziendale alle SOC di Ortopedia e Ginecologia/Ostetricia, Urologia e Oculistica.

La valutazione verrà effettuata applicando i seguenti indicatori:

**Criterio:** gli interventi chirurgici (per i quali è prevista da protocollo l'antibiotico profilassi), sono valutati per l'appropriatezza prescrittiva della molecola, i tempi di somministrazione, della durata e della dose dell'antibiotico usato in profilassi.

**Strumento di verifica:** prescrizione profilassi presente in n. 15 interventi d'elezione consecutivi nella singola specialità scelti in modo casuale.

#### Indicatori:

1. Conformità molecola antibiotico/numero di interventi nella singola specialità visionati x 100
2. Conformità dosaggio antibiotico/numero di interventi nella singola specialità visionati x 100
3. Conformità tempo di somministrazione 1° dose antibiotico/numero di interventi nella singola specialità visionati x 100
4. Conformità durata profilassi/numero di interventi nella singola specialità visionati x 100
5. Numero di interventi in cui la gestione dei casi è stata conforme ai protocolli adottati/numero di interventi chirurgici sorvegliati per i quali è stato raccolto il dato.

**Standard concettuale:** sono disponibili i dati relativi a molecola, tempi, durata e dosaggio dell'antibiotico utilizzato per profilassi in 60 interventi e l'antibiotico profilassi è appropriata nel 100% dei casi per i quattro parametri.

**Standard operativo:** sono disponibili i dati relativi a molecola, tempi, durata e dosaggio dell'antibiotico utilizzato per profilassi in 60 interventi e l'antibiotico profilassi è appropriata nell'80% dei casi per i quattro parametri.

**Grado di soddisfazione:** ogni indicatore deve raggiungere un valore  $\geq 80\%$ ; il non raggiungimento anche solo di un indicatore determina il non raggiungimento dell'obiettivo.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano-Cusio-Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **Costruzione del protocollo per il reprocessing dei fibroscopi flessibili utilizzati in Ambulatorio di ORL e Rianimazione (cod. C9)**

La nuova acquisizione di apparecchiature a fibre ottiche utilizzate presso la Rianimazione e presso l'Ambulatorio di ORL richiede la strutturazione di procedure ad hoc al fine di garantire il corretto trattamento per il loro riutilizzo.

La costruzione del protocollo aziendale viene assegnata come obiettivo aziendale alle SOC di Rianimazione e Poliambulatorio.

Il servizio UPRI ha la funzione di supporto nella produzione del documento.

La valutazione verrà effettuata applicando i seguenti indicatori:

**Critero:** deve essere disponibile un protocollo di trattamento dei fibroscopi di nuova acquisizione presso le SOC interessate.

**Indicatore:** presenza del documento validato.

**Standard:** entro la fine del 2012 deve essere redatto e validato il documento.



## Prevenzione delle polmoniti ospedaliere sostenute da Legionella spp. (cod. C10)

**Indicatore n. 20. Sono messe in atto le misure di prevenzione per le infezioni da Legionella spp.**

In relazione alle Linee Guida fornite dalla Regione Piemonte in merito alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle polmoniti da Legionella nelle Strutture Sanitarie piemontesi pubbliche e private, anche per l'anno 2012 saranno intraprese azioni al fine di ottemperare alle raccomandazioni previste, pertanto si promuovono attività di prevenzione delle ICA da legionella spp secondo le Raccomandazioni regionali.

Prosegue la bonifica con il biossido di cloro sulla quasi totalità degli impianti sia nel PO di Domodossola che in quello di Verbania

E' stata riconfermata la convenzione con il laboratorio Arpa di Novara per la ricerca di Legionella spp nell'acqua sanitaria.

L'implementazione delle misure di prevenzione delle infezioni da Legionella spp prevede l'evidenza di interventi di:

- valutazione del rischio secondo le raccomandazioni
- manutenzione e bonifica dell'impianto
- campionamento periodico (trimestrale su mandata e ricircolo e semestrale sui punti periferici)
- sorveglianza delle infezioni sostenute da Legionella spp nei pazienti ricoverati

La valutazione verrà effettuata applicando i seguenti indicatori:

**Criterio:** sono implementate attività fondamentali per la prevenzione delle infezioni da Legionella spp.,

**Strumento di raccolta dati:** scheda valutazione rischio della struttura sanitaria

- Registro di manutenzione impianti idrici
- Schede di prelievo dell'acqua sanitaria ed esiti microbiologici dal laboratorio ARPA di Novara
- valutazione numero di accertamenti specifici (ricerca antigene e sierologia specifica)

**Indicatore:** presenza scheda compilata valutazione del rischio e evidenza trasmissione all'ARPA

- Presenza di un registro compilato con evidenza di tutte la manutenzioni effettuate
- Report microbiologici dei prelievi effettuati
- numero di ricerca antigene e sierologia specifica nell'anno

**Standard:** Sono eseguiti interventi preventivi secondo le Raccomandazioni regionali: c'è evidenza degli interventi di manutenzione e bonifica eseguiti sull'impianto; e' eseguito il piano di campionamento previsto; c'è evidenza di sorveglianza dei casi tra i pazienti (150- 250 ricerche di antigene urinario all'anno ogni 250 posti letto)



**Verifica applicazione protocolli aziendali:**

1. inserimento e gestione del catetere vescicale a permanenza (cod.C11)
2. gestione del catetere venoso centrale (cod.C12)
3. gestione paziente in ventilazione assistita (cod.C13)
4. preparazione del paziente chirurgico (cod.C14)

**INDICATORE n. 22. Sono disponibili protocolli assistenziali per le principali procedure invasive e la loro implementazione è valutata mediante check list.**

Vengono promosse attività di valutazione degli interventi di cateterismo urinario, cateterismo vascolare, preparazione del paziente chirurgico e nell'assistenza al paziente in ventilazione assistita.

La valutazione dell'applicazione dei protocolli individuati consente di evidenziare il grado di adesione/applicazione delle procedure di controllo delle infezioni ematiche, chirurgiche, respiratorie e urinarie, misurando le criticità e gli ostacoli a una implementazione di comportamenti corretti.

L'indicatore è inserito nel piano di conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (DD798 - 27 ottobre 2011).

La rilevazione verrà effettuata su almeno 1 - 2 occasioni/anno in uno o due reparti:

Il rispetto dell'applicazione dei protocolli è assegnato come obiettivo aziendale alle SOC di degenza dei Presidi Ospedalieri ove verrà effettuato l'audit, nello specifico:

1. SOC Nefrologia: protocollo gestione del catetere venoso centrale
2. SOC Neurologia e Medicina: protocollo di inserimento e gestione del catetere vescicale a permanenza
3. SOC Rianimazione: protocollo di assistenza al paziente in ventilazione assistita
4. SOC Chirurgia e Ortopedia: protocollo di preparazione del paziente chirurgico

**Criterio:** sono effettuati interventi di valutazione dell'applicazione delle misure di prevenzione su check list.

**Strumento di verifica:** check list costruita ad hoc sulla base dei protocolli aziendali.

**Indicatore:** numero di items conformi / numero totale di items della check list x 100.

**Standard:** sono effettuate le osservazioni e gli esiti sono conformi all'atteso per almeno l'80% delle situazioni esaminate in almeno il 75% delle voci previste dalla check list.

**Grado di soddisfazione:** l'indicatore deve raggiungere un valore => al 75% degli items esaminati nell'80% delle occasioni di valutazione. Valori inferiori determinano il non raggiungimento dell'obiettivo.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28867 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634860033

## **Evento accreditato ECM avente per tema la prevenzione e il controllo della TBC polmonare (cod.F1)**

**Indicatore n. 21. E' offerto annualmente un intervento di formazione accreditato ECM avente per tema la prevenzione delle infezioni da CRE o da TBC.**

Le attività di formazione possono rappresentare una occasione per informare gli operatori circa le attività svolte in Azienda in tema di sorveglianza e controllo delle ICA e devono costituire un momento di coinvolgimento di tutti gli operatori che hanno partecipato all'attuazione del programma.

Per l'anno 2012 sono previsti incontri formativi sul tema TBC, affrontando gli aspetti di prevenzione per i pazienti e i dipendenti che svolgono attività nelle aree maggiormente a rischio sulla base della classificazione della Struttura.

Gli eventi formativi vedranno coinvolti il personale di UPRI, Servizio Medico Competente, SPP, SISP e Laboratorio di Microbiologia dell'ASL.

Il SISTRPO verrà coinvolto per l'attività di segreteria organizzativa degli eventi.

La formazione verrà offerta a tutto il personale sanitario (medico, infermieristico e di supporto), operante nelle strutture classificate a rischio.

La qualità della formazione è sottoposta alla valutazione del sistema ECM.

La segreteria organizzativa dell'evento formativo è assegnato come obiettivo aziendale al SISTRPO.

Criterio. sono progettati interventi di formazione ECM mirati a informare sulle attività aziendali in tema di controllo della TBC.

Strumento di verifica: lettera di accreditamento evento ECM

Indicatore: il corso è accreditato.

Criterio. Durante ogni giornata formativa viene garantito il supporto per l'attività di segreteria

Strumento di verifica: registro presenze, questionari ECM

Indicatori

1. - registro delle presenze compilato
2. - numero di questionari ritirati/ numero di partecipanti presenti x 100

La partecipazione all'evento formativo è assegnato come obiettivo aziendale alle SOC dei Presidi Ospedalieri che verranno invitati alla formazione.

Criterio. Il personale selezionato deve partecipare agli interventi di formazione mirati a informare sulle attività aziendali in tema di controllo della TBC.

Strumento di verifica: firme di presenza all'evento formativo.

Indicatore: numero di operatori partecipanti all'evento per ogni singola SOC coinvolta/ numero di operatori invitati per ogni singola SOC

Standard: il 100% degli operatori invitati devono partecipare all'evento formativo.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Grado di soddisfazione:** devono essere presenti almeno il 90% del personale invitato per ogni singola struttura.

### **Presentazione report microbiologici e consumo antibiotici (cod.F2)**

Il report annuale redatto dal Laboratorio di Microbiologia e dalla Farmacia (Indicatore 13 attività di sorveglianza) viene illustrato in incontri formativi dedicati alle SOC interessate.

Il servizio UPRI ha la funzione di coordinamento

La partecipazione agli incontri in qualità di uditori viene assegnata come obiettivo aziendale alle SOC aziendali individuate.

La partecipazione delle SOC verrà valutata applicando il seguente indicatore:

**Criterio:** partecipazione agli incontri organizzati sui due Presidi Ospedalieri

**Strumento di verifica:** firme di presenza agli incontri illustrativi

**Indicatori:** rilevazione delle presenze degli Operatori Sanitari per ogni singola SOC

**Grado di soddisfazione:** devono essere presenti almeno due medici e due infermieri. Le strutture plurisede devono prevedere la partecipazione di due medici e due infermieri per presidio.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.asivco.it - www.asivco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **Presentazione protocollo gestione infortuni rischio biologico (cod.F3)**

Tutto il personale medico e infermieristico di DEA/PPI deve partecipare agli incontri organizzati dall'UPRI al fine di conoscere le procedure di gestione degli infortuni a rischio biologico che verranno implementate nel corso del 2013.

La partecipazione agli incontri in qualità di uditori viene assegnata come obiettivo aziendale alla SOC Medicina/Chirurgia d'urgenza.

La partecipazione delle SOC verrà valutata applicando il seguente indicatore.

**Criteria:** partecipazione agli incontri organizzati sui tre Presidi Ospedalieri.

**Strumento di verifica:** firme di presenza agli incontri illustrativi.

**Indicatori:** rilevazione delle presenze degli Operatori Sanitari per ogni singola sede.

**Grado di soddisfazione:** l'80% del personale per singola categoria e singola sede, deve partecipare agli incontri.





**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## **Organizzazione di un incontro informativo preventivo e un incontro di valutazione finale con ogni Coordinatore a cui sono assegnati obiettivi aziendali dall'UPRI (O1)**

Lo svolgimento delle attività di prevenzione ICA è possibile solo se vi è una fattiva collaborazione e partecipazione del personale sanitario delle strutture a cui è stato assegnato un obiettivo. Al fine di coinvolgere le SOC risulta fondamentale organizzare incontri informativi con il Direttore e il Coordinatore della SOC.

La presenza e il coinvolgimento del Coordinatore infermieristico è indispensabile poiché molte attività del programma richiedono l'intervento degli Infermieri e del personale di supporto.

L'organizzazione degli incontri divulgativi è di competenza del Sitrpo per il personale di assistenza e del Responsabile Medico SOS UPRI per il personale medico. L'illustrazione del programma è di competenza delle ICI e del Responsabile UPRI.

L'organizzazione degli incontri tra Coordinatori e ICI è assegnato come obiettivo aziendale al SITRPO.

**criterio:** il Coordinatore infermieristico e il Direttore della SOC a cui è stato assegnato un obiettivo devono essere informati e coinvolti nella attività di prevenzione ICA.

**Indicatore:** numero di Coordinatori incontrati/numero di Coordinatori con obiettivo assegnato;

numero di Direttori incontrati/numero di Direttori con obiettivo assegnato

**Standard:** 100% dei Coordinatori e Direttori devono essere informati.