

Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antimicrobico-resistenza (AMR): risultati del piano ASL Nuoro 2024

Grazia Cattina^a, Antonella Tatti^a, Amjad Al Omary^a, Laura Saderi^a, Stefania Ardu^a, Carla Lai^a, Angela Pina Porta^a, Melania Garau^a, Federica Murru^a, Roberta Manai^a, Amanda Piras^a, Teresa Carta^a, Paola Chessa^b, Elena Piera Porcu^b, Marco Poggiu^b, Maura Fiamma^c, Annalisa Conti^d, Rosalba Cau^d, Antonina Carai^e, Gianfrancesco Sale^e, Marianna Corrias^f.

- a. SC Direzione medica di Presidio, ASL Nuoro*
- b. SC Farmacia Ospedaliera, ASL Nuoro*
- c. SC Laboratorio analisi, ASL Nuoro*
- d. SC Anestesia e Rianimazione San Francesco Nuoro, ASL Nuoro*
- e. SD Malattie Infettive, ASL Nuoro*
- f. SC Servizio delle Professioni sanitarie*

Introduzione e metodi



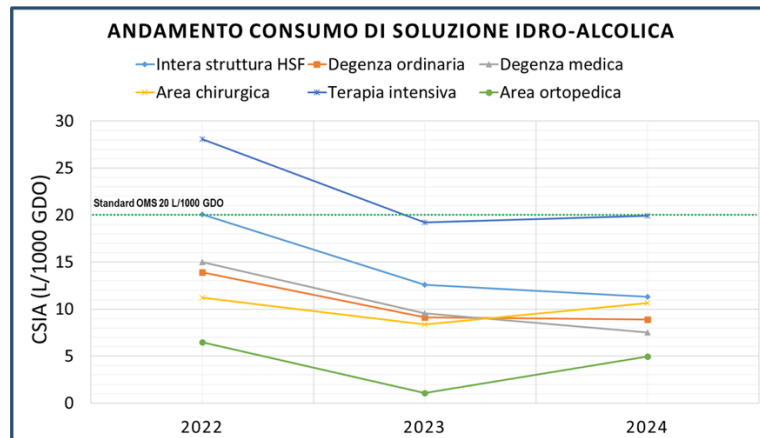
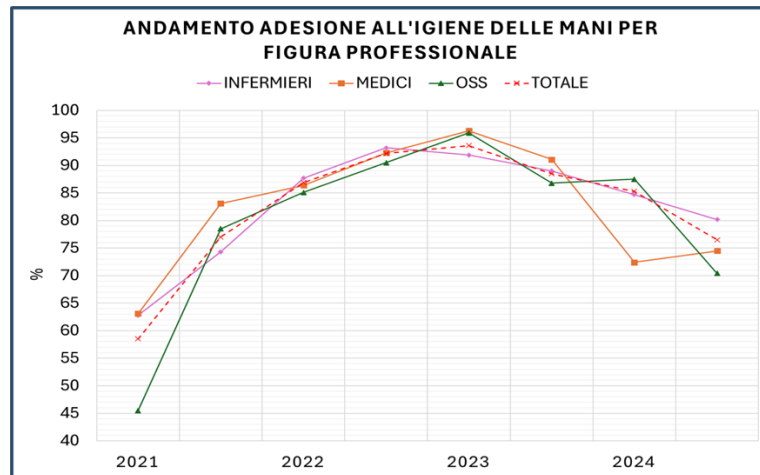
Presidio Ospedaliero “S. Francesco” (DEA di primo livello)
Presidio Ospedaliero “C. Zonchello”
Presidio Ospedaliero “ San Camillo”, Sorgono
493 posti letto di cui 412 ordinari, 20 culle, 63 DH, 18 Day Surgery
Circa 1300 operatori sanitari

Nel 2024
Ricoveri ordinari n. 11735
Accessi DH n.4937
Accessi PS n.38468
Tasso di occupazione 74%

Obiettivi AMR 2024	Azioni	Indicatori di processo	Standard	Indicatori di esito	Standard	Esiti
Sorveglianza attiva dei patogeni sentinella	a) Redazione procedura sul processo di segnalazione e di controllo dei patogeni sentinella.	Adozione procedura	Entro la data del 30.09.24			Standard di processo <i>non</i> raggiunto (adottata nel 2025)
	b) Monitoraggio diffusione patogeni sentinella	Trasmissione report alle UUOO	n.3 report annuali (cadenza quadrimestrale)			Standard di processo raggiunto
Contrasto AMR	a) Redazione procedura sul processo di prescrizione antibiotici interessati da fenomeni di antimicrobico resistenza.	Adozione procedura	Entro la data del 30.09.24	Non definito	Non definito	Standard di processo <i>non</i> raggiunto
	b) Monitoraggio consumo farmaci antimicrobici	Predisposizione e diffusione report	n. 2 report annuali	Numero richiesta motivata degli ATB/totale delle prescrizioni dovute	100%	Standard di esito e processo raggiunti
Ottimizzazione percorso sepsi definito da procedura aziendale	a) Redazione procedura sul processo di gestione del paziente con sepsi	Adozione procedura	Entro la data del 30.06.24	Non definito	Non definito	Standard di processo raggiunto

Obiettivi ICA	Azioni	Indicatori di processo	Standard	Indicatori di esito	Standard	Esiti
Corretta igiene delle mani nelle pratiche assistenziali	A) Monitorare le pratiche di igiene delle mani, le conoscenze tra gli operatori sanitari e restituire il feedback dei risultati al personale.	n. monitoraggi/anno invio report a UUOO	n.2 monitoraggi/anno invio report a 100% UUOO	% di incremento adesione alle corrette prassi	Incremento del 10% dell'adesione alle corrette prassi rispetto all'ultimo rilevamento anno 2023	Standard di processo raggiunto Standard di esito <i>non</i> raggiunto
	B) Monitorare il consumo di gel idroalcolico	Elaborazione di report che forniscono l'andamento del consumo di gel idroalcolico	n. 2 report/anno cadenza semestrale	% incremento consumi	Incremento del consumo rispetto anno 2023 con raggiungimento standard OMS	Standard di processo raggiunto
	C) Informazione-formazione sulle corrette prassi	Adesione alla giornata mondiale Igiene delle mani	Pubblicazione promemoria OMS su sito istituzionale Attivazione banchi di informazione/verifica	Non misurabile	Non misurabili	Standard di esito <i>non</i> raggiunto Obiettivo di processo raggiunto
Ridurre la diffusione degli MDR in ambito ospedaliero	Screening dei soggetti a rischio di essere infetti o colonizzati da patogeni sentinella, all'atto del ricovero in regime ordinario	n. tamponi rettali e nasali in pazienti in degenza ordinaria effettuati/n. pazienti per i quali sono indicati%	60%	n. cluster di pazienti colonizzati/infetti da patogeni sentinella	n.0 cluster di pazienti infetti o colonizzati da patogeni sentinella	Obiettivo di processo <i>non</i> misurato Obiettivo di esito raggiunto
Sorvegliare le ICA in ambito ospedaliero	a) Studio di prevalenza secondo protocollo ECDC	n. pazienti monitorati/tot. pazienti degenti nella data di studio	100%	n. ICA/tot. pazienti monitorati	< 8,95%	Standard di processo raggiunto Standard di esito raggiunto
	b) Sorveglianza infezioni del sito chirurgico	Numero di schede compilate/numero di interventi effettuati oggetto di monitoraggio	100%	n. infezioni del sito chirurgico/tot. pazienti monitorati	da definire	Standard di processo raggiunto Standard di esito da definire
	c) Sorveglianza infezioni T.I.	Inserimento in SPIN UTI	inserimento			Standard di processo raggiunto

Risultati 2024



	CAMPIONE ECDC PPS3	PPOO "SAN FRANCESCO" E "C. ZONCHELLO"
Numero pazienti	25 132	271
Prevalenza ICA	8,95%	7,38%
Ranking tre ICA più frequenti (% su totale ICA)	Infezioni del sangue (23,31%), respiratorie (20,95%), urinarie (18,22%)	Infezioni del sangue (30%), respiratorie (15%), urinarie (10%)
Prevalenza uso antibiotici	44,65%	44,28%
Ranking tre agenti più frequenti (% su totale molecole)	Piperacillina (17,84%) Ceftriaxone (13,96%) Cefazolina (8,53%)	Ceftriaxone (25,83%) Piperacillina (20,83%) Amoxicillina (16,7%)

Sviluppo piano 2025



OSPEDALE CHE VACCINA

Promozione vaccinazioni ospedaliere: meningite, epatite B, MPR, DTP, influenza e pneumococco.



ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

Programma ospedaliero per contrastare l'antimicrobico resistenza e ottimizzare l'uso degli antibiotici



GESTIONE SEPSI

Monitoraggio e audit continui sull'attuazione dei percorsi clinici definiti per pazienti con sepsi.



SORVEGLIANZA PATOGENI SENTINELLA

Monitoraggio dell'adozione delle procedure di segnalazione e controllo dei patogeni sentinella.



PRESCRIZIONE ANTIBIOTICI

Controllo delle procedure di prescrizione per antibiotici soggetti a fenomeni di resistenza.

Dati preliminari anno 2025

Adesione igiene mani

Dicembre 2024: 77%

Maggio 2025: 81%

Vaccini somministrati

dal 22/10/2024 al 27/11/2024

dal 30/11/2025 al 23/11/2025

504

644 (in corso)