

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

RAPPORTO ANNUALE PREVENZIONE

Anno 2025



Introduzione

Il Dipartimento Funzionale di Prevenzione

Con provvedimento del Direttore Generale n.125 del 29/03/2022 l'ASST Ovest Milanese ha istituito, in conformità a quanto previsto dall'art. 36 della LR N. 22/2021, il Dipartimento Funzionale di Prevenzione, in coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS Città Metropolitana di Milano.

Il Dipartimento collabora con i Distretti e con tutti i Dipartimenti che prevedono attività di prevenzione in area Ospedaliera e Territoriale nelle seguenti aree:

- Servizi di prevenzione a livello ospedaliero (UU.OO. con riferimento all'attività di screening oncologico per la prevenzione del tumore al seno e colon retto, screening neonatale e screening HCV) e territoriale (Consultori e UU.OO. ospedaliere con riferimento allo screening oncologico per prevenzione del tumore cervice uterina e SERT per HVC) e vaccinazioni (centri vaccinali).
- Sorveglianza malattie infettive a livello ospedaliero con riferimento all'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e contrasto all'antibiotico resistenza (referente aziendale ICA e UU.OO. Malattie Infettive) e a livello territoriale con la sorveglianza infezioni sessualmente trasmesse (Centri IST).
- Presa in carico delle patologie croniche a livello ospedaliero con riferimento alle UU.OO. interessate alle patologie lavoro correlate e a livello territoriale con i Servizi di area Salute Mentale, Dipendenze e Servizi per la famiglia.



Contesto

In ambito di prevenzione, la ASST Ovest Milanese adotta gli strumenti indicati da Regione Lombardia per la promozione di stili di vita sani, programmando, attuando e monitorando nei Distretti azioni specifiche nell'ambito dei servizi sociosanitari, correlandole alla promozione e all'offerta di opportunità a supporto del cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute.

Provvede a dare ampia informazione alla popolazione attraverso il sito aziendale, canali social, diffusione ai Comuni e Piani di Zona, diffusione agli *stakeholder* coinvolti in relazione alle specifiche progettualità.

I Distretti e le Case di Comunità rappresentano uno spazio privilegiato per interventi di prevenzione e promozione della salute nei diversi territori, in cui si programmano interventi di educazione sanitaria ed eventi informativi per tutta la popolazione, percorsi dedicati alle persone con patologie (vaccinazioni, *screening*, fruibilità di programmi e proposte di prevenzione/promozione della salute: offerta di Gruppi di Cammino, AFA/EFA, disponibilità di *Counseling* motivazionale per il cambiamento di stili di vita ecc.).

Per lo sviluppo di queste attività la ASST Ovest Milanese ha implementato azioni formative rivolte al proprio personale.

La ASST Ovest Milanese è componente del Laboratorio Permanente per l'invecchiamento attivo di ATS Milano, ha costituito al suo interno il Laboratorio Locale di Promozione dell'Attività Fisica e il Movimento (Del. 521 del 11/10/2024), al fine della programmazione ed attuazione degli interventi nei Comuni dei territori dei Distretti. La ASST Ovest Milanese è coinvolta nelle azioni della prevenzione previste dal **PIL di ATS Città Metropolitana di Milano e dal Piano Regionale Prevenzione 2021-2025** di Regione Lombardia, con azioni specifiche in diverse aree tra cui:

- **Promozione dell'attività fisica e movimento** (partecipazione come partner alla progettualità "AVVISO PUBBLICO PER LA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE INDETTA CON DELIBERAZIONE 664 DEL 01/08/2024 E DELIBERAZIONE 720 DEL 22/08/2024 PER LA SELEZIONE DI SOGGETTI PARTNER PER LA COPROGETTAZIONE E LA REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI AZIONE TERRITORIALE CHE IDENTIFICHI DISPOSITIVI ED INTERVENTI PER FAVORIRE E PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO" Progetto "OLTRE L'ETA'- Comunità in rete per un invecchiamento attivo nell'Ovest Milanese", avviato nell'ottobre 2024, proseguito nel 2025 e tutt'ora in corso)
- **Network Giovani:** interventi a favore dei minori (attraverso il Progetto ON BOARD, in collaborazione con il Privato Sociale Accreditato e i Piani di Zona)
- **Piano di contrasto e prevenzione alla violenza di genere** (in collaborazione con la RETE NETWORK TICINO-OLONA). Prosegue il "**PROGETTO CON-TATTO in PS 2.0**" con l'obiettivo generale di migliorare gli interventi di accompagnamento, orientamento e presa in carico per le vittime di violenza in modo da ottimizzare i passaggi tra i diversi professionisti, attivando un **progetto** personalizzato di presa in carico. L'obiettivo del progetto si focalizza in modo particolare sulla creazione di percorsi facilitati tra i diversi attori della rete in grado di migliorare la possibilità alle potenziali vittime di

violenza (le persone che hanno ricevuto una valutazione bassa o media di rischio di violenza in Pronto Soccorso) di ricevere un supporto in ambienti meno caratterizzanti, come i Consultori Familiari.

L'obiettivo di presa in carico precoce è stato avviato nel corso del mese di dicembre del 2025 con la collaborazione della Direzione Socio Sanitaria e Filorosa Auser e si ipotizza una sua prima fase realizzativa per l'anno scolastico 2026/27; prevede la formazione di persone ritenute di riferimento (insegnanti, allenatori, etc) per la fascia della popolazione pre e adolescente nel riconoscimento di alcuni prodromi di violenza.

Sempre nel dicembre 2025 sono cominciati i lavori per l'obiettivo di sensibilizzazione della popolazione del territorio attraverso la costruzione di opere d'arte da inserire nei contesti sanitari (ospedali) e sociali (teatri, etc). Le opere d'arte vengono commissionate a Centri Diurni per Disabili e per la Salute Mentale. Per il 2027 si prevede di investire le scuole del territorio nella costruzione delle opere d'arte.

Nel mese di luglio 2025 si è aperto il tavolo di lavoro con Filo Rosa Auser e Telefono Donna per integrare con i programmi adottati in Regione Lombardia (Life Skill, Educapari, etc...) con i loro interventi nelle scuole. È previsto un primo step realizzativo con Filo Rosa Auser nel 2026 e concludere i lavori con Telefono Donna per il 2027.

- **Attività di screening** come da indicazioni e cronoprogramma regionale (di seguito descritta)
- **1.000 giorni:** Tra le diverse attività che impegnano attualmente i Consultori Familiari (CF) aziendali, particolare attenzione e impegno viene riservato al **PERCORSO NASCITA**, attività rivolta alla donna e alla coppia attraverso l'erogazione di prestazioni individuali e di gruppo, durante la gravidanza e nel post nascita, con la finalità di promuovere benessere all'interno della coppia, salvaguardare la salute della diade mamma-neonato, sostenere la genitorialità. La gravidanza fisiologica (BRO) è attiva in tutti i CF e vede coinvolte in modo particolare le Ostetriche, non manca del necessario supporto delle cure addizionali previste, sia di natura sanitaria (Ginecologhe consultoriali e altri eventuali specialisti ospedalieri), sia di natura psico-sociali a sostegno del ciclo di vita attraversato e delle eventuali criticità connesse allo stesso. Sono presenti, in forma stabile, i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) in collaborazione con i Punti Nascita (PN) aziendali. Il puerperio/post nascita è caratterizzato soprattutto da attività di gruppo che, oltre a porsi come occasione di continuità assistenziale anche in rapporto ai PN aziendali, mirano ad attuare buona parte delle azioni previste dal programma i primi 1000 giorni di vita. Il programma dei primi 1000 giorni di vita si compone dei seguenti progetti specifici:
Nati per Leggere e **Nati per la Musica** (in collaborazione con le biblioteche locali), **Spazio genitori/bambino per l'allattamento** (quest'ultimo alimentato anche dalla chiamata attiva da parte dei CF rivolta alle mamme dimesse dai PN), incontri sulla Alimentazione Complementare (collaborazione con ATS), **Portare i Piccoli in fascia**, incontri sulla disostruzione pediatrica (collaborazione con i PN), prosecuzione dell'attività di **Home Visiting** con particolare attenzione alle famiglie fragili, collaborazione con ATS per lo screening della Depressione post-partum.

Si indicano a titolo indicativo alcuni dati macroscopici relativi al 2025, di attività connesse alle aree d'intervento: gravidanza e preparazione alla nascita = prestazioni erogate N. 5.821, sostegno alla genitorialità = prestazioni erogate N. 692, puerperio/post-nascita = prestazioni erogate N. 3.432, totale prestazioni erogate dall'insieme delle sedi consultoriali = N. 9.945.

ASST Ovest Milanese

Gravidanza e preparazione alla nascita: 69 corsi di accompagnamento alla nascita con 1445 donne coinvolte. Sono stati svolti complessivamente 986 gruppi nel post nascita che hanno coinvolto 7111 genitori. Sono state raggiunte telefonicamente 1735 famiglie delle 2059 dimesse dai punti nascita a cui è stato offerto un supporto all'allattamento e 400 (dimesse dai PN e non) sono state prese in carico presso il CF per una consulenza breve o per criticità nell'allattamento.

Piano Emergenza Caldo

Nel 2025 i Distretti hanno attivato diversi interventi condivisi nelle Assemblee dei Sindaci di Distretto e negli Organismi Consultivi Distrettuali e tutt'ora in corso, di cui si riporta di seguito una sintesi.

Interventi in raccordo con il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri ASST Ovest Milanese.

- Presa in carico dell'assistito cronico fragile da parte degli Infermieri di famiglia e Comunità (IFeC), su segnalazione degli operatori del PS o proattivamente previa consultazione del portale dedicato (PS3).
- Reclutamento da parte dell'equipe di Unità Continuità Assistenziale (UCA) costituita da medico e infermiere, di persone fragili/critiche over 65 anni che necessitano di un breve periodo di monitoraggio domiciliare, anche in relazione al rischio di disidratazione, in raccordo con il Pronto Soccorso dimettente.

Intercettare le situazioni di fragilità del territorio.

- E' stato predisposto un volantino da consegnare a MMG/PLS, operatori e volontari significativi che informino la popolazione con i contatti (PUA delle Case di Comunità) da attivare in caso di bisogno.
- Le COT attive nei 4 Distretti coordinano la presa in carico della persona in condizione di fragilità/ cronicità e svolgono attività di raccordo/integrazione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.
- Al PUA delle Case di Comunità gli IFeC intercettano le situazioni di fragilità portate dall'utenza e in occasione degli accessi al domicilio forniscono indicazioni in merito alla prevenzione/gestione dell'Emergenza Caldo agli assistiti e/o loro familiari/care giver.

Sensibilizzazione della rete della Medicina Generale.

Si è proposto ai Referenti AFT di individuare tramite i MMG, gli assistiti anziani con patologie croniche, a rischio di complicanze da Emergenza Caldo, da segnalare alla COT per l'attivazione di interventi domiciliari da parte di IFeC o equipe UCA.

Attivazione della rete sociale e del volontariato.

Durante gli incontri dell'Organismo Consultivo Distrettuale si è chiesta la collaborazione delle associazioni di volontariato presenti nel territorio, al fine di attivare nei mesi estivi, progettualità a favore di persone over 65 anni (nel Distretto Legnanese è stato attivato il Progetto "Estate gentile" con AUSER).

Favorire la definizione di progetti individuali di cure domiciliari.

Gli operatori dell'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) dei 4 Distretti di ASST hanno svolto interventi di educazione sanitaria, in merito all'Emergenza Caldo, agli assistiti e loro familiari/caregiver durante le visite domiciliari per valutazioni ai fini dell'attivazione delle cure domiciliari.



Prevenzione delle complicanze da Emergenza Caldo nella popolazione più vulnerabile.

I Distretti hanno attivato progettualità individuali per persone vulnerabili over 65 anni. Tali progettualità contemplavano interventi di prevenzione/educazione sanitaria da parte degli IFeC/UCA agli assistiti e loro caregiver/familiari, anche relativi alla prevenzione della disidratazione, in raccordo con i MMG.

Piano Pandemico

Come previsto da Regione Lombardia sono state aggiornate le azioni nel portale SASHA ed inserito specifiche disposizioni di prevenzione dell'infezione da SARSCoV-2, nella procedura denominata "PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE IN TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI. INDICAZIONI ALLE PRECAUZIONI PER LE DIVERSE PATOLOGIE INFETTIVE E INDICAZIONI PER L'ISOLAMENTO" – PAP 16 rev.4 del 13/02/2023. La procedura è presente nel sistema di qualità aziendale (Q-Web), aggiornata e conosciuta dagli operatori e facilmente consultabile per la corretta applicazione.

Inoltre, in osservanza della DGR n. 1827 del 31/01/2024 che dispone "omissis..ogni ASST è tenuta ad attivare esercitazioni / simulazioni in tema di piano pandemico facendo riferimento al proprio piano e alla propria organizzazione", i Distretti hanno organizzato nel 2025, come già attuato nel 2024, un'esercitazione pratica inquadrata nel contesto del Piano Pandemico regionale, nello specifico dell'azione_CHK_031 "Organizzazione del sistema delle cure primarie, con riferimento alla presa in carico precoce a domicilio dei pazienti asintomatici e paucisintomatici" ed è stata rappresentata dalla simulazione di presa in carico di un campione di utenti Covid positivi asintomatici e paucisintomatici di età over 65 anni, da parte delle Unità di Continuità Assistenziale, in raccordo con le Centrali Operative Territoriali (COT) ed i Medici di Medicina Generale (MMG). Il luogo dell'esercitazione era rappresentato dal domicilio degli utenti nel territorio dei 4 Distretti di ASST Ovest Milanese. E' stato attivato inoltre un percorso integrato ospedale-territorio per alcuni assistiti che dal Pronto Soccorso sono stati dimessi e presi in carico dai servizi territoriali.

Si riporta di seguito la rendicontazione dell'attività svolta nel 2025 per i seguenti ambiti:

- ✓ **Igiene Alimenti e Nutrizione**
- ✓ **Screening**
- ✓ **Vaccinazioni**
- ✓ **Sorveglianza Malattie Infettive**
- ✓ **Promozione della Salute e stili di vita sani**
- ✓ **Rete Diffusa Dipendenze**
- ✓ **Laboratorio di Prevenzione /UOML**
- ✓ **Medicina legale**
- ✓ **Igiene mani**
- ✓ **Antimicrobico resistenza**
- ✓ **ICA**
- ✓ **Progetti innovativi**



Igiene Alimenti e Nutrizione



Screening nutrizionale soggetti ricoverati

E' stata predisposta la procedura aziendale denominata "SCREENING NUTRIZIONALE E GESTIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE PROCEDURA AZIENDALE".

Il documento risponde alla richiesta regionale di estendere lo screening nutrizionale a tutti i pazienti ricoverati al fine di evidenziare condizioni di malnutrizione ed attivare l'opportuna terapia. Il documento, richiamando le delibere di Regione Lombardia del 29/01/2024 N° XII/1812 prevede "Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare" e del 03/09/2025, N° 12029 "Approvazione degli "Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione" l'istruzione definisce la modalità di attivazione sistematica dello screening per la valutazione dello stato nutrizionale della persona in cura (adulto/bambino) allo scopo di:

- garantire il supporto nutrizionale tempestivo e appropriato a soggetti fragili
- definire un adeguato percorso di presa in carico, in base al livello di rischio rilevato, per la prevenzione degli effetti da malnutrizione.

Gli strumenti per la determinazione del rischio sono:

- MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) per i pazienti adulti
- STRONG Kids (Screening Tool for Risk On Nutritional status and Growth) per i pazienti in età pediatrica (1-17 anni).

L'Applicativo C4C, prevede l'obbligo della rilevazione di peso e altezza da inserire nella cartella clinica e permette il calcolo automatico dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e dello score MUST e STRONG Kids.

A seguito della rilevazione nutrizionale e sulla base dello score di rischio di malnutrizione, può essere attivata la consulenza dietistica o dietologica mediante cui viene erogata l'indicazione a trattamenti specifici di supporto nutrizionale.



Screening



Screening oncologici LEA (colon mammella cervice)

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello.

Target e test di offerta dei programmi di screening

Screening	Popolazione	Test di primo livello	Cadenza
Mammella	Donne di 45-49 anni	Mammografia bilaterale	Ogni anno
	Donne di 50-74 anni	Mammografia bilaterale	Ogni 2 anni
Colon-retto	Donne e uomini di 50-74 anni	Ricerca del sangue occulto nelle feci	Ogni 2 anni
Cervice (collo dell'utero)*	Donne di 25-29 anni	Pap test in fase liquida	Ogni 3 anni
	Donne di 30-64 anni	HPV DNA test	Ogni 5 anni
Prostata	Uomini nati dal 1970 al 1974	Prelievo ematico PSA	
HCV	Soggetti nati tra il 1969 e il 1989	Prelievo ematico	

*Alle donne nate a partire dal 1 gennaio 1997, vaccinate contro HPV entro i 15 anni è offerto un percorso di screening dedicato, con un HPV DNA test ogni 5 anni a partire dai 30 fino ai 64 anni.

Andamento Attività di Screening 2025

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello.



Screening carcinoma Mammella

Il test di screening è la mammografia che deve essere eseguita con mammografo digitale diretto. La consegna delle immagini è su richiesta della donna e non è soggetta a pagamento. Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale.

➤ Indicatori

Mammografia: rilasciato **entro 5 giorni** dalla prestazione

in caso di positività: comunicazione per vie brevi ai pazienti entro 3 giorni.

Estensione > 95%

Fascia di **età** interessata 45-74 anni

Tempi di rispetto per l'**approfondimento**: approfondimento con ecografia/altro approfondimento - **entro 28gg dal test** di primo livello positivo

- Target Volumi Primo Livello CONTRATTO SANITARIO ATS: **24.000**
- Target Volumi Secondo Livello CONTRATTO SANITARIO ATS: **2.000**

Monitoraggio ATS (al 30/06/2025) – I semestre				
Indicatore	2025	2024	Media ATS	Std.
Negativi a 21gg	99,9%	99,9%	88,7%	90,0%
Approfondimenti a 28gg	98,5%	95,9%	90,2%	90,0%
Chiusura II livello entro 15gg	89,4%	91,8%	93,1%	90,0%

Andamento Volumi 2025			
Voce	Target	Erogate	%
Volumi I livello	24.000	24.410	100%
Volumi II livello	2.000	2.095	100%

Si riporta di seguito il target dei volumi relativi agli screening di primo e di secondo livello del carcinoma della mammella.



ASST Ovest Milanese

Target Volumi **Primo** livello CONTRATTO SANITARIO ATS: **24000**Target Volumi **Secondo** livello CONTRATTO SANITARIO ATS: **3000**

MONITORAGGIO ATS 2025				
INDICATORE	2025	2024	MEDIA ATS	STD.
Negativi a 21 gg	99,90%	99,99%	89,10%	90%
Approfondimenti a 28 gg	97,50%	95,90%	83,70%	90%
Chiusura 2 livello entro 15 gg	84%	91,80%	89,00%	90%

ANDAMENTO VOLUMI				
VOCE	TARGET	EROGATE	%	
Volumi 1 livello	24000	24955	103,98%	
Volumi 2 livello	3000	2018	67,27%	

STABILIMENTO	LEGNANO	CUGGIONO	MAGENTA	ABBIATEGRASSO	TOTALE
Inviti medi giornalieri	52	53	40	45	190
presenze medie giornaliere	33	28	28	28	117
% No show	36,54%	47,17%	30,00%	37,78%	38,42%

Screening Primo livello

Dati di attività screening dei tumori del collo dell'utero ATS Milano I semestre 2025 – ASST Ovest Milanese.

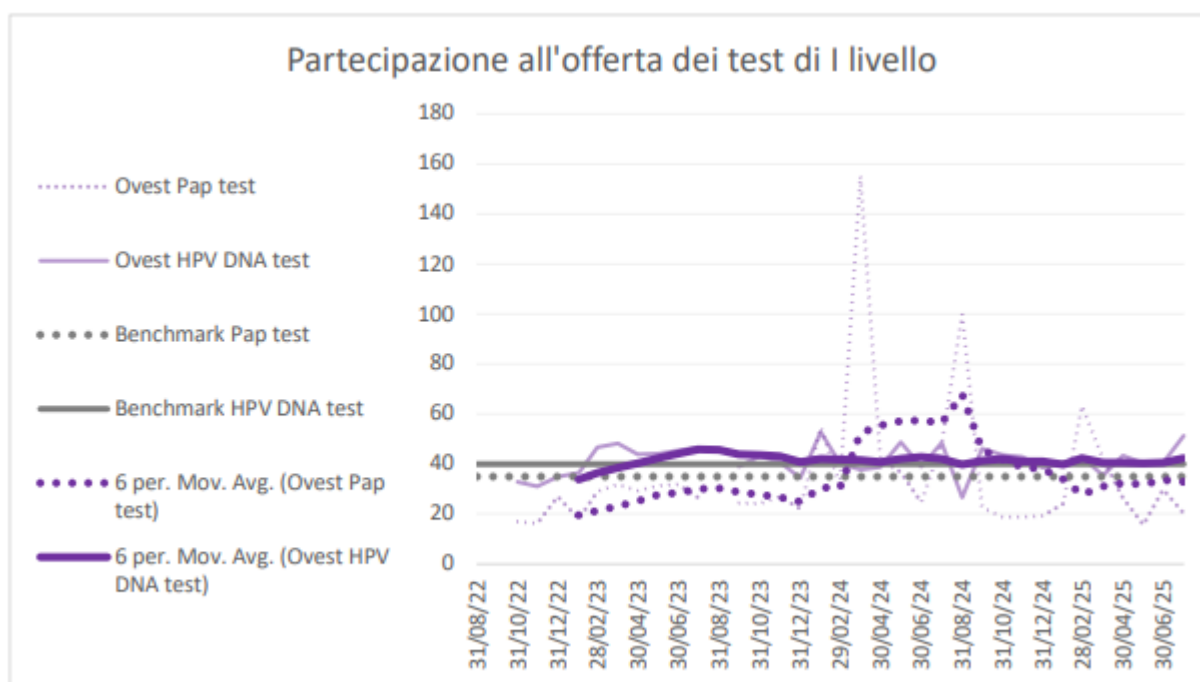
I dati sono calcolati sull'attività del periodo gennaio-giugno 2025. Sono riportati in tabella i dati estratti il 22/08/2025. Le assistite che nel frattempo hanno spostato l'appuntamento non risultano nel computo. I dati risultano dalla somma degli inviti massivi del centro screening di ATS (effettuati in linea con gli obiettivi del piano di estensione di ATS Milano, sulle coorti di nascita 1991-1996 e 1997-2000 non vaccinate per PAP test primario e HPV primario e 1961-1975 per HPV DNA test primario) e delle prenotazioni su accesso spontaneo.

Punto di erogazione I livello	Pap test primario		HPV DNA test primario	
	N inviti	N adesioni (%)	N inviti	N adesioni (%)
CF Abbiategrasso	56	11 (19,6%)	1790	673 (37,6%)
CF Arluno	68	16 (23,5%)	2130	827 (38,8%)
CF Busto Garolfo	89	37 (41,6%)	2023	805 (39,8%)
CF Castano Primo	83	18 (21,7%)	2259	824 (36,5%)
CF Cuggiono	28	7 (15%)	1124	428 (38,1%)
CF Legnano	143	29 (20,3%)	938	450 (43,1%)
CF Magenta	44	10 (22,7%)	1133	431 (44,8%)
CF Parabiago	45	15 (33,3%)	1169	496 (42,4%)
P.O. Cuggiono	26	12 (46,2%)	1628	634 (38,9%)
Totale ASST	582	155 (26,6%)	14194	5622 (39,6%)



Il numero di adesioni all'offerta di HPV DNA test primario rappresenta, col primo semestre 2025, un aumento di copertura grezza del 4,1% rispetto alla fascia target. Gli inviti per PAP test primario aumenteranno nell'ultimo quadrimestre dell'anno, con l'aggiunta della coorte di nascita 1997 in richiamo dopo il primo round di inviti nel 2022. Si segnala che le zone associate ai seguenti centri risultano sistematicamente poco coperte dalle disponibilità offerte dall'agenda: Legnano e Parabiago. In particolare, il CF di Legnano si è dimostrato fin dal 2022 sistematicamente inadempiente rispetto ai bisogni del proprio territorio e si trova severamente al disotto rispetto agli obiettivi di estensione e copertura, con ampie difficoltà ad offrire posti anche su richiesta presso i centri limitrofi, date le particolari condizioni logistiche.

I trend temporali di adesione mensili hanno mostrato un aumento nel tempo e si mostrano stabili appena al disopra del 40% di adesione per l'HPV DNA test primario. I trend mensili di adesione al PAP test primario mostrano maggiori oscillazioni, attorno al 30% circa, per via delle variabilità periodiche del mix tra inviti massivi e adesione spontanea/sposta appuntamenti, visti i volumi generalmente bassi di questa attività.



Esiti dei test di primo livello.

I dati sono riferiti all'attività di laboratorio del I semestre 2025 (conclusione analisi entro il 22/08/2025).

Percorso Pap test primario					
Referral II livello (20,1%)		Controllo a 3 anni		Ripetizione test	Totale
ASC-H e LSIL+	ASC-US/HPV+	ASC-US/HPV-	Pap negativo	Pap inadeguato	-
21	10	24	93	6	154

Percorso HPV DNA test primario						
Referral II livello (4,7%)			Controllo -1 a	Ripetizione	Controllo - 5 a	Totale
HPV+/ASC-H e LSIL+	HPV+/ASC-US	HPV+/Pap inadeg	HPV+/Pap normale	HPV inadeguato	HPV negativo	
197	64	15	216	68	5282	5842



Focus **campioni inadeguati***: considerando il periodo complessivo 01/09/2022-30/06/2025, la percentuale di test di primo livello si attestava su valori pari a:

- 0,59% PAP test inadeguati su campioni di PAP test primario (media ATS 1,05%, soglia di attenzione GISCI >5%)
- 0,95% HPV DNA test inadeguati su campioni di HPV DNA test primario (media ATS 1,37%, soglia di attenzione GISCI >1%).

*Il gestionale di screening non può distinguere le tipologie di non conformità, in particolare non distingue l'inadeguato tecnico attribuibile alle modalità di prelievo, dall'inadeguato a posteriori per ragioni legate alla identificazione del campione (es 'invalidazione' per mancata apposizione etichetta sul vial, o per apposizione stessa etichetta su 2 campioni con impossibilità di identificazione certa). Analisi specifiche sulle tipologie di inadeguato tecnico competono all'HUB-SOCCU.

Screening Secondo livello

I dati sono riferiti all'attività del periodo gennaio-giugno 2025 (chiusura cartelle entro il 22/08/2025).

Conclusioni dei secondi livelli effettuati

Esito del II livello	Legnano	Magenta
Inadeguato – ripetizione II livello	11	1
Inadeguato – ripetizione I livello	0	0
Follow up II livello – 6 mesi	1	0
Cotest + colposcopia a 6 mesi	7	29
Follow up II livello – 12 mesi	1	1
Cotest + colposcopia a 12 mesi	34	41
Negativo – richiamo I livello 12 mesi	23	103
Negativo – richiamo I livello 6 mesi	4	16
Negativo – round successivo	0	6
Sospetto – III livello	6	3
Sospetto - rifiuta	0	1
Totale	87	201

Per quanto concerne l'istologia peggiore risultante dai secondi livelli effettuati (n=288): presso il presidio Legnano sono state identificate 7 lesioni CIN2+ (6 CIN2, 1 CIN3), presso il presidio Magenta sono state identificate 8 lesioni CIN2+ (3 CIN2 e 5 CIN3) e un carcinoma squamoso microinvasivo.

Focus tempi di erogazione secondi livelli: l'80,9% dei secondi livelli eseguiti nel 2022 è stato eseguito entro 45 giorni dalla data di analisi del prelievo di I livello.

Nei 2023, la percentuale dei II livelli erogata entro 45 giorni è scesa al 23%.

Nel 2024, la percentuale dei II livelli erogata entro 45 giorni è scesa al 6%, mentre quella dei II livelli erogata entro 60 giorni si attestava al 17%.

Nel 2025, le percentuali di erogazione delle colposcopie di secondo livello entro 45 e 60 giorni dall'analisi si attestano rispettivamente al 24% e al 43% (soglia di attenzione GISCI 80% a 45-60 giorni).



Si riporta di seguito tabella con sintesi dei dati di attività anno 2025.

centri	adesioni Pap	Inviti Pap	Adesione% Pap	Adesioni HPV	Inviti HPV	Adesione% HPV
Consultorio Familiare ABBIATEGRASSO CV - ASST Ovest Mi	31	109	28,44036697	943	2203	42,80526555
Consultorio Familiare Arluno - ASST Ovest Milanese	55	212	25,94339623	1147	2725	42,09174312
Consultorio Familiare Busto Garolfo - ASST Ovest Milanese	74	239	30,9623431	1129	2560	44,1015625
Consultorio Familiare CASTANO PRIMO - ASST Ovest Milanese	62	230	26,95652174	1122	2939	38,17625043
Consultorio Familiare Cuggiono - ASST Ovest Milanese	54	168	32,14285714	697	1679	41,51280524
Consultorio Familiare LEGNANO - ASST Ovest Milanese	121	489	24,74437628	987	1880	52,5
Consultorio Familiare MAGENTA - ASST Ovest Milanese	39	147	26,53061224	778	1781	43,68332398
Consultorio Familiare PARABIAGO - ASST Ovest Milanese	58	251	23,10756972	892	1864	47,85407725
Ospedale di Cuggiono - CUGGIONO 1CV - ASST Ovest Mila	70	190	36,84210526	931	2531	36,78387989
Tot	564	2035	27,71498771	8626	20162	42,78345402
n cotest effettuati nel 2025	228					
n inviti cotest	271					
adesione% cotest	84,1328413					

Screening carcinoma cervice uterina



Per quanto attiene alle attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, l'Erogatore si impegna a garantire l'esecuzione del prelievo alla popolazione individuata ed invitata dall'ATS sulla scorta di specifiche agende condivise e di condividere con ATS il percorso per il conferimento del campione al laboratorio di riferimento della Rete Regionale. Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a garantire la colposcopia di approfondimento qualora il centro disponga di appropriato setting per diagnosi di secondo livello, oppure a stipulare convenzione o accordo con centro di riferimento, in modo da garantire il rispetto delle tempistiche stabilite dagli indicatori regionale.

➤ Indicatori

Estensione > 95%

Fascia di **età** interessata 25-29 anni e 46-64 anni

Tempi di rispetto per l'**approfondimento**: approfondimento con colposcopia

Target Volumi Primo Livello CONTRATTO SANITARIO ATS: 10.000

Target Volumi Secondo Livello CONTRATTO SANITARIO ATS: 650



Monitoraggio ATS (al 30/06/2025) – I semestre		
Indicatore	2025	2024
Entro 3 gg lavorativi dalla richiesta del centro screening con referto positivo per tumore	100,00%	100,00%
Entro 5 gg lavorativi dalla richiesta del centro screening per le diagnosi indicate nel contratto (SIL alto grado, ASC-H)	100,00%	100,00%
Entro 20 gg lavorativi dalla richiesta del centro screening per altre diagnosi indicate nel contratto (SIL Basso grado, AGUS, AGC, HPV..)	21,70%	19,30%
Chiusura del II livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 30 gg dalla esecuzione della colposcopia	100,00%	100,00%

Andamento Volumi			
Voce	Target	Erogate	%
Volumi I livello	10.000	18.961	100,00%
Volumi II livello	650	644	99,07%



Screening carcinoma Colon Retto

Il Centro Screening di riferimento contatta telefonicamente i soggetti che risultano positivi alla ricerca del sangue occulto fecale (SOF), proponendo un appuntamento presso la endoscopia digestiva di riferimento per l'avvio dell'approfondimento, fatti salvi diversi specifici accordi.

L'esame di approfondimento diagnostico è la colonscopia che deve essere eseguita con endoscopi ad alta definizione.

A ciascun soggetto viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio, l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale.

➤ Indicatori

Screening di I livello: pubblicazione FSE entro 5 giorni dalla data di esito
in caso di positività: comunicazione per vie brevi ai pazienti entro 3 giorni

Estensione > 95%

Fascia di **età** interessata 50-74 anni

Tempi di rispetto per l'**approfondimento**: approfondimento con colonscopia - **entro 30/60gg dal test** di primo livello positivo



Target Volumi Secondo Livello CONTRATTO SANITARIO ATS: 1.550

Monitoraggio ATS (al 30/06/2025) – I semestre				
Indicatore	2025	2024	Media ATS	Std.
Colon a 3ogg	39,3%	13,50%	43,70%	90,00%
Colon a 6ogg	79,4%	48,70%	85,80%	90,00%
% Chiusura cartelle entro 15gg	73,8%	70,50%		

Andamento Volumi 2024			
Voce	Target	Erogate	%
Volumi II livello	1.550	1.799	100,00%

La SC di Gastroenterologia della ASST Ovest Milanese rientra negli standard qualitativi per il secondo livello diagnostico nello screening per il cancro del colon-retto. La colonscopia viene eseguita con endoscopi di ultima generazione ad alta definizione (HD) per il riconoscimento e la caratterizzazione endoscopica delle lesioni ed il trattamento appropriato delle lesioni resecabili endoscopicamente (polipectomia tradizionale, mucosectomia/dissezione endoscopica sottomucosa).

Nel 2025 sono stati eseguite n. 1551 colonscopie di screening in tutti i 4 Presidi (Abbiategrosso n. 265, Cuggiono n. 340, Legnano n. 463, Magenta n. 483).

In accordo con l'ATS sono stati mantenuti i colloqui con i soggetti risultati positivi al SOF (1° livello) e contestualmente è stato fissato l'appuntamento per la colonscopia (2° livello). Nel 2025 è migliorato il tempo medio di attesa entro i 30 giorni tra il risultato del SOF e la data della colonscopia, pari al 41.8 % verso il 40 % dell'anno precedente.

La scelta di mantenere i colloqui ha sempre consentito una maggiore adesione della popolazione alla colonscopia.

Nel 2025 nella nostra ASST la percentuale di adesione all'esame fissato dopo colloquio è stata del 94.8% e la percentuale di adesione al SOF nella popolazione dell'area di riferimento, storicamente intorno al 40%, è stata pari al 42.6 %.

Nel 2025 sono stati confermati gli obiettivi di performance della colonscopia con intubazione del cieco > 90 % (media 92.1%) ed è stato rispettato il tempo medio di inserimento elettronico nel portale dell'ATS delle colonscopie eseguite, entro 30 giorni in attesa di istologia quando eseguita.

Per il 2026 è previsto il numero di esami di screening come da obiettivi con circa 500 colonscopie già eseguite nei primi 4 mesi su tutti e 4 i Presidi e rispetto dei tempi di attesa programmando la colonscopia entro 30 giorni dal test di primo livello positivo.



Screening oncologici di nuova attivazione (tumore alla prostata)

Lo screening è iniziato nel mese di novembre 2024 ed è proseguito nel 2025, di seguito l'ultimo aggiornamento ricevuto da Regione datato 17 novembre 2025.

REPORT SCREENING PROSTATA

17 novembre 2025

I seguenti dati sono aggiornati alla mattina del 17 novembre 2025:

STEP	n° questionari	MILANO 321	INSUBRIA 322	MONTAGNA 323	BRIANZA 324	BERGAMO 325	BRESCIA 326	VAL PADANA 327	PAVIA 328	TOTALE AZIONI	TOTALE STEP
Questionari	che rientrano nella campagna	6775	2555	450	2262	1293	1829	1226	655	17045	22180
	che NON rientrano nella campagna	2326	744	143	791	230	425	295	181	5135	
Family History	FH positiva	726	280	43	277	150	237	125	58	1896	17045
	FH negativa	5387	2034	373	1778	1023	1440	1009	540	13584	
	FH non nota	662	241	34	207	120	152	92	57	1565	
STEP	n° pazienti										
Test PSA	test del PSA effettuato	1539	795	200	933	572	755	403	238	5435	9479
	in attesa di test PSA	1899	588	72	461	226	375	268	155	4044	
	test del PSA non effettuato con questionario compilato > 30 gg*	3337	1172	178	868	495	699	555	262	7566	
Esito FH e valori PSA**	FH negativa e PSA < 1: richiamo a 5 aa	815	473	122	526	320	426	217	130	3029	4563
	FH negativa e PSA >= 1 e <= 3: richiamo a 2 aa	463	207	44	239	177	204	127	73	1534	
	FH negativa e PSA > 3: visita urologica	50	24	7	26	11	15	10	10	153	
	FH positiva - qualunque valore PSA: visita urologica	211	91	27	142	64	110	49	25	719	
Visita Urologica	in attesa di visita urologica	29	27	4	44	10	16	7	9	146	872
	in attesa di registrazione esito	31	3	1	5	5	45	1	5	96	
	esito negativo, richiamo a 1 aa	147	56	20	89	42	50	39	8	451	
	esito: follow-up PSA	7	6	4	0	6	4	1	10	38	
	esito positivo, invito RM	29	17	4	8	9	5	10	2	84	
	refuso della presa in carico	18	5	0	19	3	5	1	1	52	
	esclusi dal percorso	0	1	1	3	0	0	0	0	5	
Risonanza	in attesa di RM	7	6	2	3	2	1	2	0	23	84
	in attesa di registrazione esito	11	0	1	0	1	2	1	0	16	
	esito: richiamo ad 1 aa	8	9	0	5	5	1	6	2	36	
	esito: approfondimento biopsico	3	2	1	0	1	1	1	0	9	
Biopsia	in attesa di Biopsia	2	1	1	0	1	1	1	0	7	9
	in attesa di referto istopatologico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	biopsia negativa	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	biopsia positiva	0	1	0	0	0	0	0	0	1	

*Si specifica che questi record non risultano più visibili nel portale ATS.

**A partire dalla riga Esito FH e valori PSA, ai fini dell'analisi degli esiti, i valori di FH non nota sono considerati come negativa.

Evidenziati in giallo i dati da attenzionare: la mancata registrazione da parte degli enti erogatori sul gestionale screening di valori del PSA, visite urologiche e risonanza magnetica porta all'interruzione del percorso di screening del paziente.

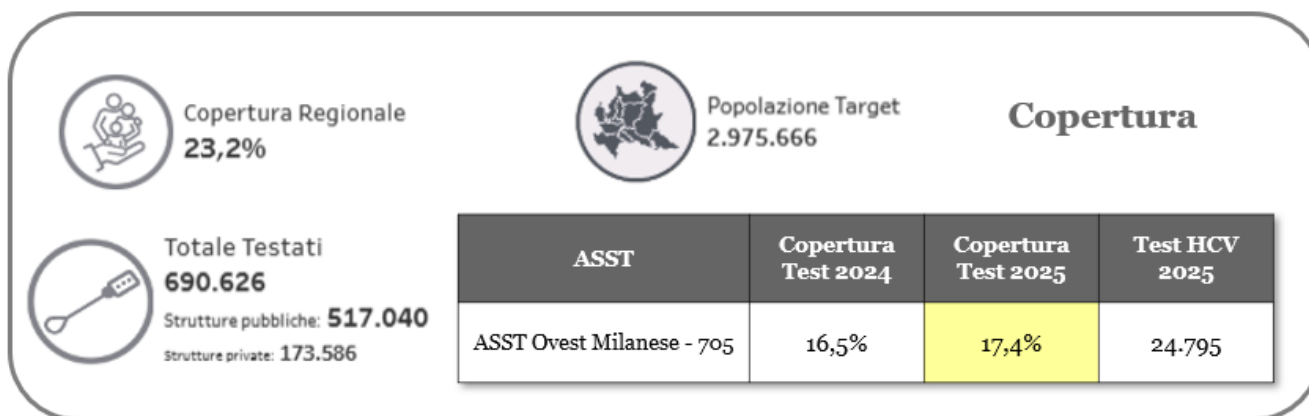
* Evidenziati in giallo i dati da attenzionare.



Screening HCV

Prosecuzione attività con invito attivo delle coorti 1969-1989 in quanto è stato prorogato lo screening HCV nel 2024, che procede come da ultime indicazioni regionali (decreto 10080/2023). Le ASST e gli IRCCS continuano con l'offerta opportunistica ai pazienti a medio rischio, le ASST proseguono con l'offerta a pazienti di SERD e carceri, le ATS (SC MPC) continuano con l'offerta attiva tramite lettera anche con utilizzo dei fondi assegnati all'attività di test (decreto 10080/2023) e al contempo verificano la sistematica offerta opportunistica da parte degli erogatori coinvolti.

TARGET	ATS/ASST
DESCRIZIONE	Copertura HCV test: Monitorare l'efficacia delle iniziative di screening per l'HCV, identificando eventuali lacune nella copertura e guidando gli sforzi per aumentare la partecipazione e diagnosticare precocemente l'HCV riducendo il carico della malattia.
NUMERATORE	Numero totale di residenti sottoposti allo screening per l'HCV
DENOMINATORE	Popolazione totale dei residenti
STANDARD	L'obiettivo è da considerarsi raggiunto se la <u>copertura raggiunta supera del 5% il risultato del 2024</u>



La copertura dello screening nel territorio della nostra ASST nel 2024 è stata del 15.5%, mentre nel 2025 i valori percentuali sono incrementati al 17,2% (dati estratti dal portale regionale), seppur non sia stato raggiunto l'aumento di 5 punti percentuali come da target atteso. Tra le criticità relative al mancato raggiungimento del target atteso, si annovera la scarsa partecipazione e coinvolgimento dei MAP/PLS e la cessazione dell'invito pro-attivo con lettera ad personam ai nati negli anni 1969-1989 da parte di ATS.

Per quanto riguarda la compilazione >90% degli esiti di secondo livello (HCV-RNA) e di presa in carico per i positivi al test anticorpale, la compilazione degli esiti di secondo livello e di presa in carico per i positivi al test anticorpale si è verificata al 100%.



Vaccinazioni



Vaccinazioni Adulti (18-110 anni): n. 28.524

Vaccinazioni Infanzia (0-17 anni): n. 74.227

Campagna vaccinale 2025: Antiinfluenzali n. 61.703 – Anti Covid19 n. 820

Vaccinazioni Fragili Intraospedalieri: n. 88 (reparti: ginecologie, malattie infettive, reumatologia, chirurgia e oncologia)

Progetti per Vaccinazioni fragili intraospedalieri: sono stati attivati con le seguenti Unità Operative dei Presidi Ospedalieri aziendali: ginecologie, malattie infettive, reumatologia, chirurgia e oncologia del Nuovo Ospedale Legnano. Sono state vaccinate n. 88 persone.

Vaccinazioni su popolazioni HTR

I Distretti hanno attivato progettualità che hanno coinvolto gli utenti delle case di accoglienza e refettori ove presenti, con vaccinazioni previo consenso, svolte nel corso della campagna 2025-2026 da parte dell'equipe di Unità di Continuità Assistenziale (UCA). Nel 2025 sono state vaccinate complessivamente nel Distretto Magentino n.11 persone per un totale di n. 11 vaccinazioni anti influenzali.

Vaccinazioni HIV

Nel corso del 2025 presso l'ASST Ovest Milanese – S.C. Malattie Infettive – è stata implementata l'offerta vaccinale diretta alle persone con HIV (PWH). Il totale degli assistiti PWH per la nostra ASST si assesta a 922 versus 865 nel 2024. In particolare, tra le vaccinazioni censite dalla U.O. Prevenzione di Regione Lombardia, si sono maggiormente implementate le seguenti coperture:

Pneumococco 1° dose: 56.4%

HPV 3° dose: 8.0%

HPV 2° dose: 9.4%

HPV 1° dose: 10.6%

Haemophilus influenzae 1° dose: 45.3%



Herpes zoster 2° dose: 15.5%

Herpes zoster 1° dose: 21.1%

Tutte le vaccinazioni monitorate dalla U.O. Prevenzione di Regione Lombardia hanno registrato un incremento nelle percentuali di copertura nel 2025 rispetto al 2024 ed in particolare:

Pneumococco 1° dose: +5.8%

HPV 3° dose: +1.5%

HPV 2° dose: +1.3%

HPV 1° dose: +2.1%

Haemophilus influenzae 1° dose: +6.3%

Herpes zoster 2° dose: +11.8%

Herpes zoster 1° dose: +15.7%

Sorveglianza Malattie Infettive



Focolai intraospedalieri di malattie soggette a obbligo di notifica gestiti

Nel 2025 non vi sono stati focolai gestiti in ASST Ovest Milanese.

Sorveglianze ICA attive nei diversi presidi (SNICH2.0)

Per quanto riguarda la sorveglianza SNICH2.0, sono stati monitorati i seguenti interventi: chirurgia del colon-retto e colecistectomia (n. 30), protesi dell'anca e protesi del ginocchio (n. 30), laminectomia (n. 30), taglio cesareo (n. 30) e bypass coronarico (n. 30). Il coinvolgimento è stato aziendale, sia su Magenta, Legnano, che Cuggiono.

Nell'ambito dei programmi di sorveglianza attiva nei diversi presidi, da settembre a dicembre 2025, l'ASST Ovest Milanese è risultata impegnata in modalità proattiva nel consolidamento del target di follow-up per le procedure chirurgiche a maggior impatto:

- **Chirurgia del colon-retto e colecistectomia**
- **Protesi d'anca e protesi di ginocchio**
- **Laminectomia**
- **Taglio cesareo**
- **Bypass coronarico**



Il protocollo ha previsto il monitoraggio clinico e il follow-up a 30 giorni (esteso a 90 giorni per le procedure protesiche).

- Chirurgia Generale di Magenta: 3 infezioni di cui 1 superficiale e 2 profonde
- Chirurgia Generale di Cuggiono: 1 infezione
- Chirurgia Generale di Legnano: 1 infezione
- Ortopedia Magenta: 0
- Ortopedia Legnano: 0
- CCH: 7 infezioni di cui 3 profonde e 4 superficiali

Sorveglianza SNICH 2.0: Risultati Infezioni Chirurgiche 2025

Efficacia del monitoraggio proattivo delle infezioni post-operatorie e risultati clinici nei presidi dell'ASST Ovest Milanese (Settembre - Dicembre 2025)

Metodologia e Ambito della Sorveglianza



Incidenza Infezioni per Reparto





Promozione della Salute e stili di vita sani



“La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.” Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

I Distretti e le Case di Comunità rappresentano uno spazio privilegiato per interventi di prevenzione e promozione della salute nei diversi territori, in cui è possibile programmare sia interventi di educazione sanitaria ed eventi informativi per tutta la popolazione, sia percorsi dedicati alle persone con patologie (vaccinazioni, screening, fruibilità di programmi e proposte di prevenzione/promozione della salute: offerta di Gruppi di Cammino, AFA/EFA, disponibilità di Counseling motivazionale per il cambiamento di stili di vita ecc.). Si tratta di interventi trasversali mirati alla promozione della salute sul territorio ed alla presa in carico di persone con comportamenti a rischio per la salute, attraverso percorsi dedicati che richiedono un cambiamento ed il miglioramento degli stili di vita.

WHP aziendale

Per l'anno 2025 sono stati pianificati e rendicontati sul portale regionale le seguenti strutture:

- Ospedale di Legnano
- Ospedale di Magenta
- Ospedale di Abbiategrasso
- Ospedale di Cuggiono
- Distretto Legnanese
- Distretto Castanese

Sono state attivate le seguenti buone pratiche:

Buona pratica 1.1: Mensa aziendale
- Capitolato orientato a un'offerta salutare (presenza di pane con ridotto contenuto di sale; utilizzo esclusivo di sale iodato; presenza di pane integrale)
- Formare il personale della mensa e i lavoratori su “Porzioni corrette” e/o “Codice Colore”
Buona pratica 1.2: Distributori automatici di alimenti
- Distributori automatici di alimenti con capitolato orientato a un'offerta salutare
Buona pratica 1.3: Area di Refezione
- Disponibilità di frutta e/o verdura fresca di stagione almeno a cadenza settimanale



- Presenza di distributori di acqua gratuita, area con forno a microonde/frigorifero
Buona pratica 1.4: Attività del Medico Competente
- Sensibilizzazione su "stili di vita" salutari ai lavoratori visitati
- Attività di minimal advice e/o counselling ai lavoratori in sovrappeso/obesi
Buona pratica 1.5: Attività informazione-comunicazione
- Attività di informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche (corso di formazione in aula) Per l'area attività fisica sono state inserite le seguenti buone pratiche:
Buona pratica 2.1: Iniziativa "Scale per la salute"
- Attività di incentivazione all'uso delle scale in sostituzione dell'ascensore
- Pause attive
Buona pratica 2.2: Promozione della mobilità attiva nel percorso casa-lavoro
- Presenza di parcheggio/rastrelliere coperti
Buona pratica 2.3: Attività del medico competente
- Sensibilizzazione su "stili di vita" salutari ai lavoratori visitati
- Attività di minimal advice e/o counselling ai lavoratori sedentari
Buona pratica 2.4: Attività di informazione-comunicazione
- Attività di informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche (corso di formazione in aula) Per l'area tabagismo sono state inserite le seguenti buone pratiche:
Buona pratica 3.1: Attività del medico competente
- Formazione del medico competente su minimal advice e/o al counselling motivazionale breve (corso ECM o riconosciuto dall'ATS territorialmente competente)
- Sensibilizzazione su "stili di vita" salutari ai lavoratori visitati
- Attività di minimal advice e/o counselling ai lavoratori fumatori
Buona pratica 3.2: Area alcool, droghe, gioco d'azzardo
- Formazione generale
- Formazione per i preposti sui comportamenti additivi
Buona pratica 3.3: Policy di azienda libera dal fumo
- Definizione della policy attraverso un adeguato percorso di condivisione e preparazione con le principali figure aziendali (Dirigenza, organizzazioni sindacali, ecc.)
- Nuovo regolamento e policy aziendale
- Iniziative di pubblicizzazione e promozione a tutti i lavoratori - Monitoraggio dell'attuazione della policy
Buona pratica 3.4: Attività di informazione - comunicazione
- Attività di informazione-comunicazione a supporto di una o più pratiche Inoltre, sono state inserite altre buone pratiche:
Buona pratica 4.1: Conciliazione vita-lavoro
- Adesione a reti territoriali, progetti, offerte di conciliazione vita-lavoro



Buona pratica 4.2: Riduzione spreco alimentare
- Promozione di offerte per la riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze
Buona pratica 4.3: Stress lavoro-correlato e benessere organizzativo
- Attuazione di interventi validati in tema distress lavoro correlato e benessere organizzativo
Buona pratica 4.4: Adesione a comportamenti preventivi
- Attivazione di offerte per la promozione dell'adesione a programmi di screening oncologico
- Attivazione di offerte per la promozione dell'adesione alle campagne vaccinali

Rete Scuole che Promuovono Salute (SPS)

Nel 2025 il Programma **Educapari** ha coinvolto: nel Legnanese, 1 Istituto Statale di Istruzione Superiore (ISIS) e 1 Centro di Formazione Professionale (CFP); nel Castanese 1 Istituto di Istruzione Superiore (IIS); nel Magentino 1 IIS e 1 CFP; nell'Abbiatense 1 IIS, 1 Istituto Professionale Statale (IPS) e 1 CFP.

Il programma ha formato più di 150 studenti che a loro volta hanno coinvolto nella loro attività di Promozione della Salute più di 5.000 studenti e si è concluso con un evento a Milano presso l'Arco della Pace nel quale è stato possibile un confronto con altri studenti formati e con il programma Food Game dedicato ai corretti stili alimentari. I contenuti della formazione riguardano diversi temi di salute: benessere mentale, comportamenti a rischio dipendenze, affettività e sessualità.

In relazione a Bullismo e Cyberbullismo nel 2025 è stato avviato il progetto del bando Extra Team che ha stanziato dei fondi a supporto dell'attività del Team Emergenza B&C. Ai componenti del Team si è aggiunto ad ottobre il consulente psicologo con il quale si sono avviati i lavori previsti dal bando che si realizzeranno nel corso di tutto il 2026.

Prosegue la collaborazione e l'integrazione con i TEAS (**Team d'Emergenza d'Ambito**) con la partecipazione degli Uffici Scolastici che per il 2025 ha previsto una fase di sperimentazione sulle segnalazioni delle scuole. Il **Team emergenza Bullismo e Cyberbullismo** nel 2025 si è incontrato 8 volte per organizzare il lavoro sul territorio e predisporre l'avvio delle attività previste nel programma del Bando Extra Team.

In relazione alla Violenza di Genere oltre all'attività inclusa in Educapari, interviene a Rete Network anche con risorse proprie. Si è avviata anche una collaborazione con Filo Rosa per la formazione nelle scuole all'interno del progetto ConTatto.2.0.

Prosegue l'attività di partenariato legata alla prevenzione del Disagio Giovanile, con il Progetto On Board di cui capofila è la Coop. Albatros e il progetto GAP (Gioco d'Azzardo Patologico), che oltre ai giovani, si rivolge ai giocatori patologici, loro famigliari e svolge azioni di prevenzione sul tema.

Sulla Rete Scuole che Promuovono Salute per il 2025 non ci sono stati coinvolgimenti diretti di ASST Ovest Milanese, ma si sono rimesse le basi per proseguire nel 2026 la collaborazione, che comunque è sempre attiva nei programmi svolti nelle scuole e in tutta l'attività scolastica di prevenzione.



Counselling Medici di Medicina Generale (MMG) – Pediatri di Libera Scelta (PLS) formati

Nel corso del 2025 sono state realizzate due edizioni del Corso di *Counseling Motivazionale Breve per il cambiamento degli Stili di vita* a cui hanno partecipato una quarantina di operatori tra cui solo 3 MMG/PLS.

Il coinvolgimento dei MMG e PLS risulta sempre piuttosto difficoltoso nonostante si cerchi di adattare il corso il più possibile alle esigenze orarie e di servizio degli stessi.

Nel 2025 si è utilizzata una modalità Blended che ha previsto una parte di formazione on line(4h) e una parte in presenza (4h) che ha riscosso successo ed ha esaurito i posti previsti. I contenuti, oltre che sugli aspetti teorici, si sono concentrati sull'acquisizione della tecnica del colloquio motivazionale breve utile per stimolare e promuovere il cambiamento nell'utenza e per migliorare la loro salute.

Laboratori Promozione attività fisica e movimento

Nel 2024 è stato costituito il Laboratorio Locale per la Promozione dell'Attività Fisica e il Movimento (delibera n.521 del 11/10/2024) che nel 2025 ha proseguito gli incontri e i lavori di promozione del movimento sul territorio. E' proseguita la collaborazione con ATS per la promozione, l'avvio e il consolidamento di gruppi Cammino sul territorio. E' proseguita l'attività di collaborazione con il progetto per l'Invecchiamento Attivo Oltre l'Età con l'individuazione di un consulente laureato magistrale in Scienze motorie e con la progettazione dei gruppi di Attività Fisica Adattata che prenderanno il via nel 2026.

Prosegue anche nel 2025 l'attività di mappatura nel territorio dei 4 Distretti delle attività motorie esistenti; nel 2025, e la collaborazione con gli Uffici di Piano per la puntuale verifica della tipologia di iniziative presenti nei singoli Comuni al fine di promuovere l'attivazione di ulteriori specifiche iniziative tra cui il Pedibus.

Si attendono ancora gli esiti dei lavori del Tavolo Regionale, che si sta occupando di definire i criteri e il glossario necessario alla definizione dell'Attività Fisica Adattata e delle Palestre della Salute.

Il Laboratorio Locale per la Promozione dell'Attività Fisica e il Movimento si è incontrato 4 volte nel corso del 2025, coinvolgendo in una fase iniziale la componente interna ad ASST Ovest Milanese, per poi man mano coinvolgere gli Enti Locali e le associazioni che collaborano nella realizzazione degli obiettivi del Laboratorio stesso.

Rete diffusa dipendenze





Obiettivo specifico: DGR n. XI/5830 del 29/12/2021 DGR n. XI/5832 del 29/12/2021

Attività di screening HCV nei Servizi per le Dipendenze

Dettaglio obiettivo: Adesione programma di screening HCV nei servizi per le dipendenze in continuità con annualità precedenti (dal 2022): Offerta ed erogazione dello screening per eliminazione del virus dell'Epatite C. Mantenimento aggiornamento piattaforma RL di secondo livello dello screening HCV ai fini di una corretta rendicontazione e monitoraggio delle attività svolte.

Indicatori: Rispetto dei target definiti da Regione Lombardia Rendicontazione Programma di screening HCV - Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 specifico per l'attività di screening nei Servizi per le Dipendenze (SerD)

Gli obiettivi strategici prevedevano l'aumento dell'accesso alle cure per HCV per i pazienti afferenti ai SERD attraverso un'azione fast tracking del testing, counselling, diagnosi, eleggibilità e invio al trattamento al fine di contribuire all'eliminazione dell'HCV e favorendo così la riduzione della circolazione di HCV nella popolazione a rischio, riducendo nuove infezioni e reinfezioni. La popolazione target è stata individuata in tutti i soggetti afferenti ai SerD che non sono stati sottoposti a test per HCV nei 12 mesi precedenti o che avevano comportamenti a rischio (PWID).

Organizzazione: analogamente agli anni precedenti si prevedeva attività di screening per la popolazione afferente ai SerD che era posta in capo all' ASST che garantiva il raggiungimento degli obiettivi regionali. I test di screening proposti sono stati HCV Ab e in caso di positività HCV-RNA test, al fine di escludere i pazienti che avevano già eradicato l'infezione. I test sono stati erogati da operatori SerD formati sulle modalità organizzative e finalità del programma di screening. In caso di esito positivo del test di screening HCV-RNA era prevista validazione della diagnosi tramite HCV-RNA su prelievo ematico. Il percorso diagnostico di completamento per la valutazione dell'eleggibilità al trattamento era previsto presso il SerD sede di esecuzione del test oppure tramite invio a Centri di riferimento locali (es UO Malattie Infettive Legnano).

A partire dall'inizio del 2022 DG Welfare ha realizzato periodiche riunioni in cui sono state illustrate caratteristiche e modalità dello screening HCV, momenti di confronto con i referenti screening HCV individuati dalle ASST per i SerD per la presentazione delle attività del programma di screening al fine di individuare i SerD aderenti.

Altri momenti di incontro predisposti da ASST Ovest milanese hanno permesso di definire e gestire gli aspetti organizzativi del programma, il percorso di screening per gli utenti SerD e la presa in carico e la formazione degli operatori coinvolti.

Mentre nel 2022 erano state utilizzate metodiche di screening quali HCV-Ab, HCV-RNA su prelievo venoso e test rapidi su sangue capillare per HCV Ab, dal 2023 è stata introdotta e riproposta negli anni seguenti anche la ricerca di HCV Ab tramite test rapido salivare. A fine anno, come richiesto, sono stati inviati a RL i dati aggregati e anonimi della popolazione SERD oggetto dello screening con i dati relativi ai test di screening offerti, ai risultati ottenuti, agli invii effettuati ai centri prescrittori per la terapia di eradicazione HCV, al numero

di soggetti che avevano raggiunto SVR a partire dall'inizio del programma di screening. I dati raggiunti hanno confermato l'ampliamento dell'offerta di screening ai pazienti SERD, facilitata dalla disponibilità di test rapidi su sangue capillare e test salivari che hanno permesso di raggiungere un numero crescente di pazienti.

PIANO GAP 2025

Nel 2025 si è realizzata la sesta annualità del Progetto GAP che ha consolidato e implementato azioni preventive e terapeutiche in favore dei giocatori e dei loro familiari. Prosegue la collaborazione con il privato sociale accreditato per la progettualità GAP nelle azioni del PIANO REGIONALE GAP. Nello specifico partecipazione al Tavolo relativo all'AZIONE 5 con ATS Città Metropolitana - Uffici di Piano- ASST Ovest Milanese- Privato sociale, coinvolgimento attivo nelle diverse attività di formazione in qualità di esperti (operatori di prossimità, assistenti sociali di base, educatori dei CAG, ecc.) in continuità con quanto già svolto nelle annualità precedenti, partecipazioni ad eventi di sensibilizzazione/informazione.

Sportelli GAP FUORI GIOCO in continuità con gli anni precedenti

n. 1 sportello Ospedale Legnano

n. 2 sportelli CdC di Castano Primo (successivamente spostato a Cuggiono) e Abbiategrasso

Gli sportelli "FUORI GIOCO" sono attivi con due aperture settimanali con operatori specializzati dalle ore 9.00 alle 12.00 e ad oggi si è riscontrato un buon numero di contatti fra potenziali pazienti, famigliari, operatori sanitari e individui del territorio che hanno richiesto informazioni sul servizio, sulla presa in carico, sulle modalità dimostrando interesse per l'iniziativa e più in generale per l'argomento.

A completamento dell'iniziativa si è scelto di attivare una helpline, con un numero dedicato e una chat WhatsApp per chiedere informazioni, che è attiva quando il personale non è allo sportello per coprire orari differenti e intercettare più pazienti.

La progettazione grafica (nome, slogan, colori, immagini, gadget) è uniforme per tutti gli sportelli. Sono stati esposti i roll up informativi sul SerD e sulla presa in carico e sul disturbo da gioco d'azzardo; inoltre è stato diffuso materiale divulgativo (volantini, poster) oltre che nei tre sportelli anche a: MMG, servizi ASST territoriali e ospedalieri, Servizi del Territorio (Comuni, Aziende Sociali, Cooperative ecc.) al fine di favorire l'accesso al servizio.

Sono stati predisposti e distribuiti gadget creati ad hoc, con i riferimenti del SerD e della helpline dedicata. Si è notato che l'offrire un gadget o un volantino favorisca la curiosità, le domande sul Servizio e le riflessioni sul disturbo da gioco d'azzardo, rinforzando l'aggancio dell'utenza allo sportello e l'accesso successivo al servizio. La presenza di un operatore ha permesso di intercettare bisogni di altro tipo relativi al territorio: formazione del personale docente, di ragazzi di età compresa fra i 12-16anni

Il materiale informativo rimane a disposizione anche nel tempo di chiusura dello sportello e più persone hanno riferito di essere tornati negli orari di apertura dopo aver ritirato il materiale a disposizione o aver notato la cartellonistica presente.



Il personale coinvolto nel progetto è composto da 4 psicologi e 1 educatore (tramite cooperativa sociale). Al bisogno si attiva il personale in organico ai SERT per garantire la continuità dell'apertura dello sportello.

Lo sportello di Legnano ha funzionato in continuità dal 2023, mentre i due sportelli delle Case di comunità hanno iniziato la loro attività nel secondo semestre 2024 per l'allestimento e il reperimento delle risorse di personale dedicato con un flusso crescente di utenza man mano che le attività delle Case di Comunità venivano implementate.

Sintetica descrizione dei soggetti che hanno chiesto una consulenza

Nel 2025 i contatti allo **sportello ospedale di Legnano** sono stati **140**: 60 donne e 80 uomini. L'età media è di 66 anni (anche se la prevalenza è di persone con più di 75 anni). Sono perlopiù pensionati.

La maggior parte si avvicina per curiosità e chiede informazioni generali sul gioco d'azzardo e sul Servizio, sono in percentuale più le donne che fanno una richiesta di consulenza in riferimento a situazioni di gioco d'azzardo personali o in famiglia (nipote, figlio, zia).

La provenienza è Legnano e le zone limitrofe, sono rare le persone provenienti dal territorio fuori dalla nostra ASST.

Si sono fermati per informazioni sul servizio anche operatori (agenti della polizia municipale, insegnanti) e volontari di altre associazioni ai quali oltre ad una prima azione di sensibilizzazione è stato fornito del materiale divulgativo.

Dei **110** soggetti che si sono presentati agli **sportelli delle Case di Comunità** n. 45 erano donne e n. 65 erano uomini. L'età è compresa tra i 30 e gli 82 anni, perlopiù pensionati e il restante lavoratori. La provenienza è dei comuni limitrofi e del comune sede dello sportello.

La maggior parte si avvicina per curiosità e chiede informazioni generali sul gioco d'azzardo e sul Servizio, non chiedendo un aiuto per sé ma per qualche familiare.

Alcune richieste riguardano extracomunitari uomini.

Pur essendo l'accesso allo sportello in anonimato alcune persone si sono poi presentate al servizio per un problema di GAP dichiarando di essere passate anche dallo sportello.

Nuove forme di dipendenza tecnologica

Per intercettare precocemente i pazienti e far conoscere le opportunità di trattamento è stato predisposto nei tre sportelli esistenti una comunicazione fatta ad hoc (con allestimento di specifici materiali) in cui gli operatori già formati e dedicati alle attività di sportello nelle precedenti annualità, hanno descritto il nuovo ambito d'intervento dell'ambulatorio per le dipendenze tecnologiche Disconnect c/o CDC Magenta e nei servizi per le dipendenze (Ser.D. e NOA).

Ad oggi il numero delle richieste non è stato levato ma in aumento negli ultimi mesi del 2025.



Presa in carico di pazienti con dipendenze comportamentali tecnologiche

Il gruppo di lavoro per le dipendenze tecnologiche formatosi nel 2024, ha continuato la propria attività nel corso del 2025. Il gruppo è formato da operatori dei 4 servizi per le dipendenze e ha caratteristiche di multidisciplinarietà (medici, psicologici, educatori professionali). Sono state svolte riunioni a cadenza mensile del gruppo di lavoro che hanno portato nel secondo semestre del 2025 all'apertura di un Ambulatorio per le Dipendenze tecnologiche – **DISCONNECT** – presso la Casa di Comunità di Magenta. L'ambulatorio è aperto tre pomeriggi a settimana.

È stato inoltre istituito un numero di cellulare dedicato a cui i pazienti e i familiari possano rivolgersi per le prime informazioni e richieste, con giornate e fasce orarie dedicate; inoltre è stata creata una mail dedicata per ricevere le richieste dei pazienti e dei loro familiari. La presa in carico del paziente, successiva alla prima fase di analisi della domanda e del bisogno clinico, potrà avvenire nei 4 servizi per le Dipendenze collocati nei rispetti ambiti territoriali. In questo primo periodo di avvio del progetto si è osservato che dopo i colloqui iniziali, i pazienti hanno accettato di proseguire e sono stati proposti dei colloqui di valutazione con l'utilizzo di test validati per un inquadramento diagnostico e di personalità e con questionari specifici sulle addiction. Ad oggi hanno chiesto una consulenza o una presa in carico sia adulti che giovani (accompagnati dai genitori). Il primo contatto avviene chiamando sia nei Ser.D., sia contattando direttamente l'ambulatorio. Gli operatori dei Servizi per le Dipendenze, a seguito della specifica formazione acquisita, hanno posto maggiore attenzione nella presa in carico dei pazienti, per l'individuazione di sintomatologia suggestiva di un possibile quadro di dipendenza tecnologica.

Dopo aver presentato Disconnect sono iniziati anche gli invii interni dai servizi di DSMD della nostra azienda sanitaria. Nel corso dell'anno i componenti del gruppo di lavoro e altri operatori dei Servizi hanno partecipato a Formazioni sulla tematica sia come FAD che in presenza, alla strutturazione di un modello di valutazione per i pazienti (con scelta dei test da utilizzare e predisposizione di una scheda d'invio da parte dei servizi DSMD all'ambulatorio), alla partecipazione alle equipe dei singoli servizi per la presentazione del nuovo ambulatorio alle diverse articolazioni del DSMD, alla creazione di un volantino per divulgare la presenza dell'ambulatorio e alla presa in carico dei primi pazienti e/o dei loro familiari. Nel corso del percorso formativo gli operatori hanno ritenuto utile avviare confronti con servizi analoghi regionali e extraregionali.

Negli sportelli GAP presenti al Nuovo Ospedale Legnano e nelle Case di Comunità di Cuggiono e Abbiategrasso, è stato pubblicizzato l'ambulatorio Disconnect e sono state raccolte le prime richieste degli utenti interessati. E' previsto il proseguimento delle attività dell'ambulatorio anche per l'anno corrente. Nel prossimo autunno sarà proposto un convegno che ha obiettivi sia formativi per gli operatori del nostro dipartimento e della nostra azienda, che divulgativi rispetto al lavoro dell'ambulatorio, coinvolgendo le realtà del territorio (servizi sociali comunali, scuole, privato sociale coinvolto in progetti con target giovanile).

Si riportano di seguito i materiali più significativi delle attività sopradescritte.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

DIS
CONNECT

AMBULATORIO
PER LE DIPENDENZE
TECNOLOGICHE

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Ovest Milanese
Struttura Completa
Dipendenze



DIS CONNECT



COS'È LA DIPENDENZA TECNOLOGICA?

È un uso eccessivo o incontrollato di dispositivi digitali come:
Smartphone - Social network - Videogiochi - Internet in generale
Spesso può interferire con la vita quotidiana, lo studio, il lavoro e le relazioni sociali



SEGNALI DI ALLARME

Ansia o irritazione quando si è senza telefono - Perdita di sonno per restare online - Difficoltà a concentrarsi - Trascurare amici, famiglia o impegni reali - Bisogno costante di "controllare" messaggi, notifiche o like



EFFETTI SULLA SALUTE

- Psicologici: isolamento, depressione, stress, ansia
- Fisici: mal di testa, problemi alla vista, disturbi del sonno
- Sociali: difficoltà nelle relazioni, senso di solitudine



RICORDA:

**SE TI SENTI IN DIFFICOLTÀ,
chiedere aiuto è il primo passo**

AMBULATORIO PER LE DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Per ragazzi e ragazze a partire dai 14 anni
e genitori



340-8820923

Martedì - Venerdì
dalle ore 15:00 alle 16:00



disconnect@asst-ovestmi.it



Casa di Comunità Magenta
via Donatore di Sangue, 50
20013 Magenta (MI)





Laboratorio di Prevenzione /UOML



Analisi chimiche e microbiologiche

Nell'ambito *laboratorio di prevenzione/UOML*

le analisi microbiologiche eseguite per i piani HACCP delle cucine dirette, nel 2025 hanno riguardato:

- n. 8 analisi su matrici alimentari
- n. 4 analisi con tamponi su superfici di materiali/oggetti a contatto con gli alimenti
- n. 4 analisi tra acqua di rete e acqua microfiltrata

effettuate ad Abbiategrasso e Cuggiono)

Medicina legale



Tempi di attesa delle prestazioni

Si riportano i seguenti dati relativi al 2025:

- COLLEGIALI: ≤ 30 gg
- CERTIFICAZIONI: ≤ 30 gg
- INVALIDITA' CIVILE:
 - ORDINARIE: ≤ 42 gg
 - URGENTI: ≤ 15 gg



- COMMISSIONE MEDICA LOCALE:
 - PATOLOGIE = 45 gg
 - PSICHIATRICHE = 45 gg
 - MOTORIZZAZIONE = 45 gg
 - ART. 186/187= 54 gg

Igiene delle mani



IGIENE DELLE MANI E RELATIVA FORMAZIONE

Durante il corso del 2025 si porta a compimento il percorso intrapreso nell'anno 2024 e collocato all'interno del programma PNRR Missione 6 SALUTE. L'ASST Ovest Milanese ha sviluppato formazione specifica di addestramento per la procedura di igiene delle mani. Con riferimento temporale novembre 2024 - 30 giugno 2025 il target percentuale raggiunto di utenti addestrati è pari all'80%. Questi i numeri assoluti: operatori sanitari individuati da REGIS da addestrare= n.° 2100; operatori sanitari addestrati al 30/06/2025= n.° 1684. A chiusura dell'anno solare il raggiungimento è risultato pari al 100%.

A maggio 2025 per celebrare la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani l'ASST Ovest Milanese si è impegnata sul versante della promozione della salute, organizzando una giornata di addestramento che ha coinvolto l'utenza esterna sulla pratica di igiene delle mani.

Data la centralità della tematica di igiene delle mani nel contrasto alle infezioni correlate all'assistenza e alla diffusione di microrganismi multiresistenti, la pratica di igiene delle mani viene declinata quale finalità prioritaria nel raggiungimento di standard ottimali di sicurezza e qualità delle cure. Pertanto, parallelamente alla promozione di questa buona pratica in tutti i contesti sanitari e sociosanitari, si dà avvio al monitoraggio della sua adeguatezza nei diversi setting di cura e di assistenza. Seppure il monitoraggio indiretto mediante la sorveglianza CSIA sia fondamentale, il miglior metodo per valutare l'adesione alla pratica di igiene delle mani degli operatori sanitari è il monitoraggio diretto, che di fatto ne rappresenta il gold standard. Il monitoraggio diretto si effettua attraverso l'osservazione dell'igiene delle mani da parte di osservatori formati secondo il protocollo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A partire dall'anno 2025 si dà avvio all'attivazione del monitoraggio della pratica di igiene delle mani mediante l'osservazione diretta.



Il monitoraggio dell'igiene delle mani nell'ASST Ovest Milanese è stato svolto per il presidio ospedaliero di Legnano sulla base delle indicazioni regionali. A seguito delle due edizioni 2025 del corso "per il Monitoraggio dell'Adesione all'Igiene delle Mani attraverso l'Osservazione Diretta secondo le Linee Guida dell'OMS", condizione necessaria per la standardizzazione della metodologia di rilevazione di un pool di osservatori selezionati da parte del DAPSS, sono state espletate le osservazioni dirette, compilando la Scheda Osservazioni OMS messa a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità.

Le attività nel trimestre ottobre-dicembre 2025 hanno previsto:

- l'osservazione di 34 opportunità al mese
- tre mesi consecutivi di attività
- l'osservazione di 4 diversi reparti di degenza ordinaria (PO Legnano: Malattie Infettive, MEDICINA A, Chirurgia Generale, Pediatria) e 2 di terapia intensiva (PO Legnano: Rianimazione, UTIC)
- un minimo di cento osservazioni totali per reparto
- periodo di riferimento: 1° ottobre – 31 dicembre 2025
- la raccolta dati 2025 si è conclusa il 31/12/2025
- metodologia di raccolta del dato: Osservazione Diretta (Standard OMS).

Introduzione e Metodologia

Il progetto di monitoraggio si è avvalso della tecnica dell'osservazione diretta, considerata il "gold standard" internazionale per la valutazione della compliance. Al fine di garantire l'affidabilità e la comparabilità dei risultati, è stata effettuata una formazione propedeutica specifica degli osservatori. Tale intervento ha permesso di standardizzare le modalità di raccolta del dato, minimizzando i bias interpretativi e focalizzando l'attenzione sui cinque momenti fondamentali definiti dall'OMS.

Analisi Globale per Aree e Categorie Professionali

L'analisi aggregata per macroaree (Medica, Intensiva, Chirurgica, Altro) evidenzia una compliance media generale significativamente inferiore allo standard OMS dell'80%.

- L'analisi si è focalizzata sulle figure più rappresentate e numericamente più significative: Infermieri, Medici e OSS.
- Medici: Mostrano picchi di eccellenza in Pediatria, ma calano drasticamente in Chirurgia Generale.
- Infermieri: Presentano un'adesione critica e incostante.
- OSS: La categoria più in difficoltà, con un'adesione molto bassa in quasi tutti i setting, tranne in Chirurgia Generale, dove superano medici e infermieri.
- Performance per Categoria: Gli Infermieri mostrano un'adesione media del 44,4%, seguiti dai Medici al 42,0%. La categoria degli OSS registra la performance più critica con un valore medio del 27,1%.
- Aree Cliniche: L'Area Medica presenta una forte discrepanza tra medici e infermieri.
- L'Area Intensiva (Rianimazione e UTIC) mostra valori di adesione da potenziare.



Analisi per i "5 Momenti" dell'Igiene delle Mani

L'osservazione ha rilevato una grave distorsione nell'applicazione dei cinque Momenti OMS:

Focus sulla Protezione Personale: Gli operatori sono maggiormente incentrati sui momenti "dopo" (dopo contatto con paziente, ambiente o liquidi), percepiti come protezione per sé stessi, piuttosto che sui momenti "prima" (1 e 2), essenziali per la sicurezza del paziente.

La scomposizione del dato secondo i momenti OMS rivela una chiara mis-identificazione delle priorità assistenziali:

- Protezione del Paziente (Momenti 1 e 2): L'adesione prima del contatto con il paziente (~30%) e prima di manovre asettiche (~33%) è drasticamente inferiore rispetto ai momenti post-contatto.
- Auto-protezione (Momenti 3 e 4): La compliance aumenta sensibilmente dopo il contatto con liquidi biologici (52,7%) e dopo il contatto con il paziente (50,3%), confermando un comportamento degli operatori più orientato alla sicurezza propria che a quella dell'assistito.

Osservazioni su Comportamenti Critici e Modalità

Il Manuale OMS indica la frizione idroalcolica come prima scelta per l'igiene di routine per efficacia, rapidità (20-30 sec) e tollerabilità.

- Evidenza: I dati dell'ASST mostrano un uso prevalente della soluzione idroalcolica rispetto al lavaggio con acqua e sapone.
- Criticità: Si nota la mancanza di un mantenimento costante della pratica; lo stesso operatore spesso omette l'azione tra compiti successivi nella stessa sequenza di assistenza, non riconoscendo che ogni contatto è una potenziale fonte di contaminazione.

Dalle osservazioni dirette e dai dati analitici emergono problematiche legate ai comportamenti tenuti dagli operatori:

- Uso inappropriato dei guanti: Si rileva una tendenza sistematica a sostituire l'igiene delle mani con l'uso dei guanti. Nei momenti di "protezione del paziente" (Momenti 1 e 2), il 62% delle omissioni di igiene è accompagnato dall'uso di guanti, utilizzati erroneamente come barriera sostitutiva. In molti casi di mancata adesione (voce "Nessuna"), l'operatore indossava i guanti, ignorando che questi non sostituiscono mai l'igiene delle mani e richiedono la loro rimozione per eseguire l'azione corretta.
- Barriere alla compliance: Sebbene non quantificati in tabella, le osservazioni dirette confermano la persistenza di comportamenti ostativi come l'uso di smartphone in zona assistenziale e la presenza di smalti o gioielli, che rendono inefficace l'azione di antisepsi.
- Preferenza di Modalità: Si osserva una netta preferenza per la frizione idroalcolica (247 azioni) rispetto al lavaggio con acqua e sapone (84 azioni). Sebbene la frizione sia la modalità raccomandata, la sua applicazione non è costante e spesso viene interrotta o saltata dallo stesso operatore durante la stessa sequenza assistenziale.



Grafici di Monitoraggio

Di seguito vengono riportati gli istogrammi rappresentativi delle diverse aree e unità operative, con evidenza del divario rispetto allo standard OMS dell'80%.

Grafico 1: Confronto della compliance tra Medici, Infermieri e OSS nelle quattro macroaree

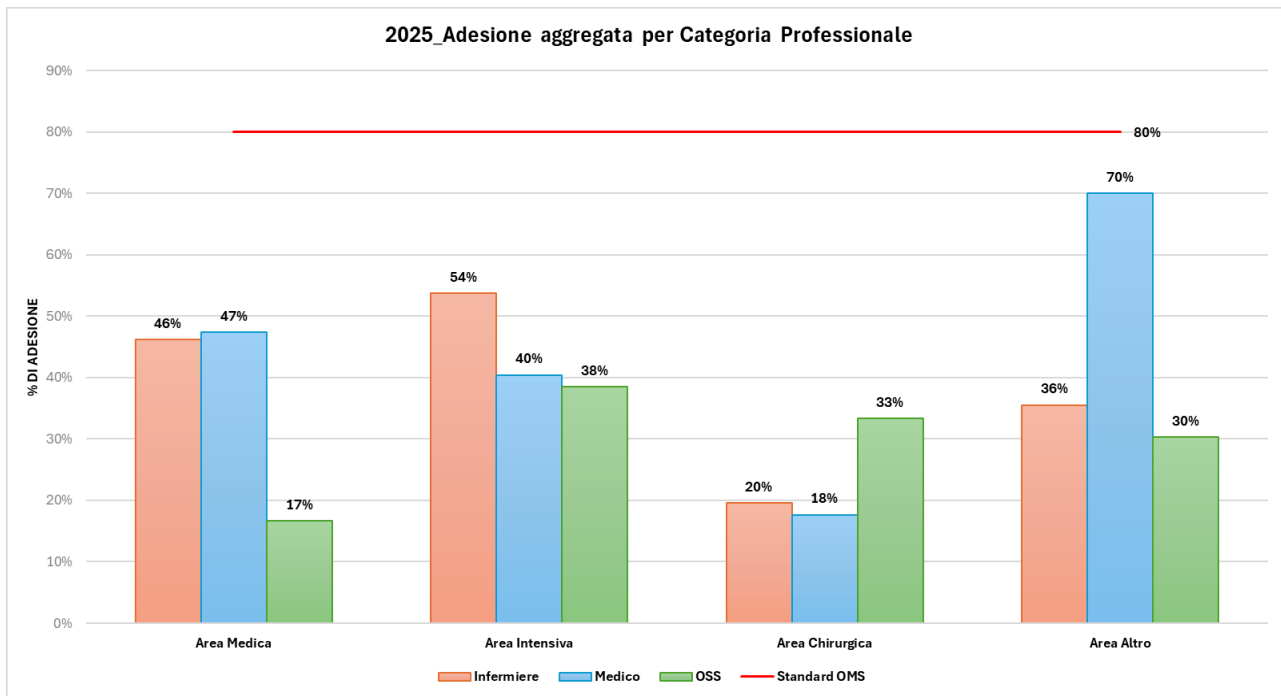
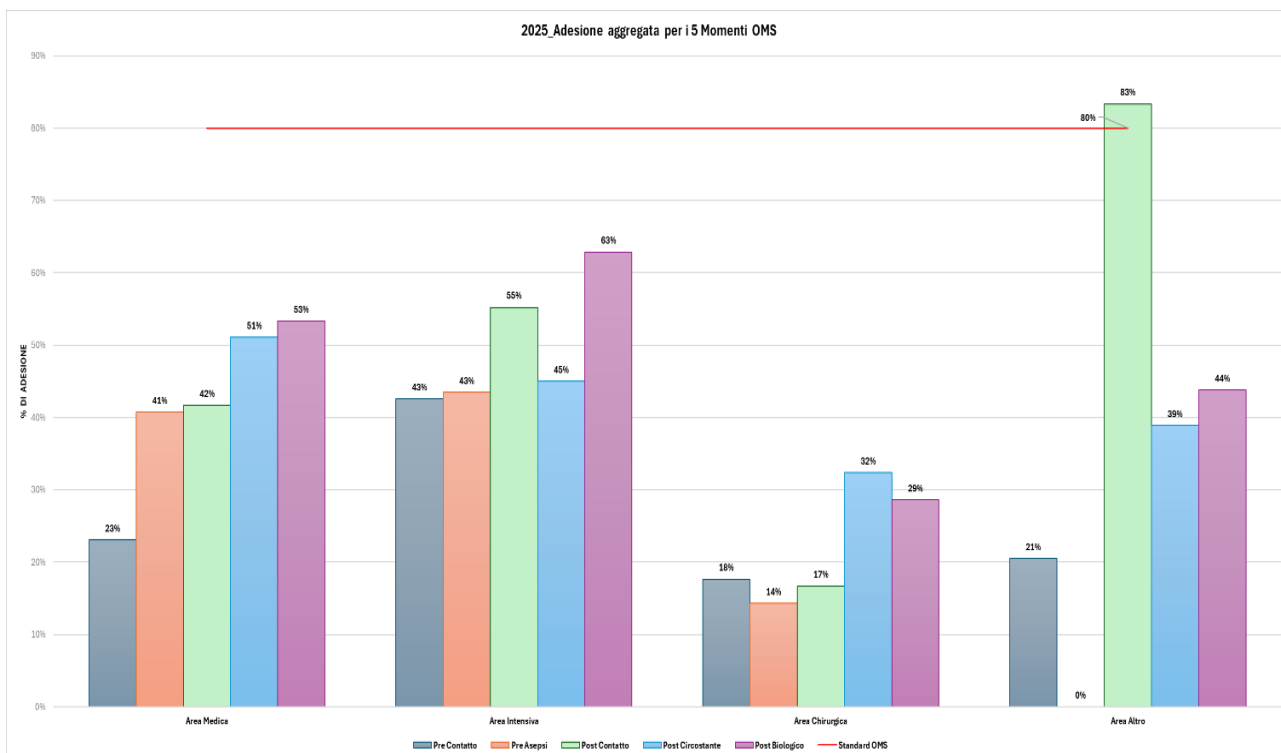


Grafico 2: Dettaglio della compliance per ciascuno dei 5 momenti OMS nelle diverse aree assistenziali





Conclusioni

Il monitoraggio ha evidenziato che l'igiene delle mani è ancora percepita come un "compito aggiuntivo" e non come fase essenziale del processo assistenziale.

È necessario:

- Incentivare l'uso del prodotto alcolico al punto di assistenza per eliminare gli spostamenti e collocarlo su ogni punto di assistenza.
- Eseguire feedback diretti basati sulle indicazioni per orientare la formazione specifica dei gruppi target.
- Sensibilizzare sull'inutilità dell'azione eseguita senza indicazione specifica, poiché priva di impatto sulla prevenzione.

I dati raccolti indicano la necessità di implementare interventi formativi "sul campo", mirati soprattutto a correggere la falsa percezione di sicurezza fornita dall'uso dei guanti e a sensibilizzare sulla protezione del paziente nei Momenti 1 e 2. La standardizzazione della raccolta dati operata dagli osservatori formati costituirà la base per i futuri audit clinici mirati al miglioramento continuo della sicurezza delle cure nell'ASST Ovest Milanese.

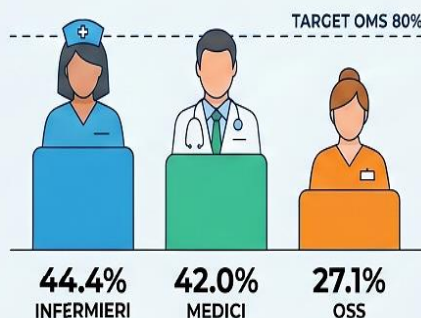
Igiene delle Mani 2025: Dalla Formazione alla Pratica Reale



**100%
DI OPERATORI
ADDESTRATI**

Target PNRR raggiunto entro la fine del 2025 per 2100 operatori sanitari.

**COMPLIANCE SOTTO
LO STANDARD OMS**



**AUTOPROTEZIONE VS
SICUREZZA PAZIENTE**

ALTA ADESIONE
(DOPO IL CONTATTO)



50%+

CRITICA ADESIONE
(PRIMA DEL CONTATTO)



~30%



**IL FALSO MITO
DEI GUANTI**

Nel 62% delle omissioni, i guanti sono usati erroneamente come sostituti dell'igiene.

**SOLUZIONE:
FRIZIONE AL
PUNTO DI CURA**

Incentivare l'uso di soluzione idroalcolica direttamente su ogni punto di assistenza.





Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica

La corretta igiene delle mani rappresenta nei diversi ambiti di cura (ospedale, ambulatorio, strutture residenziali per anziani, assistenza domiciliare) la misura più efficace per ridurre il rischio di trasferire microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno inoltre dimostrato che, quando l'adesione alla corretta igiene delle mani è elevata, si riduce il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

Il consumo di gel idroalcolico è un indicatore importante per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed è un indicatore sull'adesione all'igiene delle mani che viene utilizzato anche da Regione Lombardia, nell'ambito delle strutture di degenza. L'OMS raccomanda un uso maggiore o uguale a 20 litri per 1000 giornate di degenza a paziente e un'adesione all'igiene delle mani maggiore del 75% in ogni ambito di cura.

A livello territoriale questo indicatore deve essere tenuto presente quindi anche nell'ambito delle RSA o in tutte le degenze dell'Area psichiatrica o negli Ospedali di Comunità o negli Hospice, (pur con una certa difficoltà a verificare le gg di degenza per diversa tipologia di rendicontazione).

Ciò non di meno, per tutte le altre strutture semiresidenziali o ambulatoriali, il consumo in litri di gel idroalcolico può essere utilizzato come benchmarking per valutare l'utilizzo, tra le stesse attività nei diversi punti aziendali e per verificarne l'andamento nel tempo.

Per questo motivo, in collaborazione con il Controllo di gestione, vengono estrapolati dal 2023, i dati di consumo del gel idroalcolico.

Nelle tabelle di seguito riportate si pongono a confronto i diversi consumi del 2025.



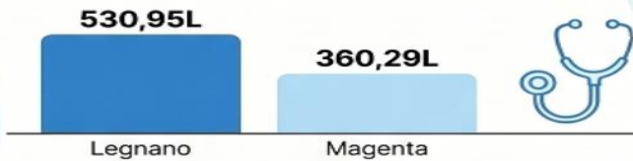
Report Consumo Soluzione Idroalcolica 2025: Legnano e Magenta



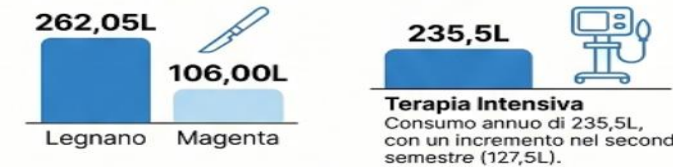
Ripartizione Degenza vs Altre Aree



Area Medica: Primato nei Consumi



Chirurgia e Terapia Intensiva

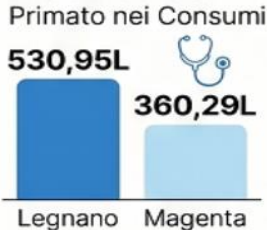


	Totale Semestre 1 (L)	Totale Semestre 2 (L)	Totale Annuo 2025 (L)
Legnano	989,00	1.040,00	2.029,00
Magenta	527,50	510,50	1.038,00

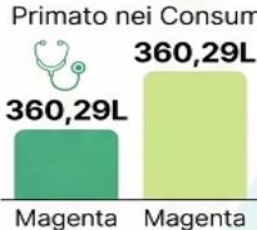
Ripartizione Degenza vs Altre Aree



Area Medica: Primato nei Consumi



Area Medica: Primato nei Consumi



Area Chirurgica



Terapia Intensiva





Antimicrobico resistenza



Analisi realizzate

Sorveglianze microbiologiche passive e attive previste nei vari presidi con reparti coinvolti e numeri gestiti.

Relazione Tecnica Epidemiologica: Correlazione tra Pressione Antibiotica e Profili di Resistenza (Anno 2025)

Analisi del Contesto e Metodologia Operativa

La sicurezza del paziente e l'efficacia dei percorsi clinico-assistenziali all'interno dell'ASST Ovest Milanese dipendono dalla capacità di attuare una sorveglianza integrata tra i dati di consumo farmaceutico (SC Servizio Farmaceutico) e le evidenze microbiologiche (SC Microbiologia). L'obiettivo primario di questa relazione è mappare la pressione selettiva esercitata dalle prescrizioni antibiotiche e monitorare l'evoluzione dei profili di sensibilità per prevenire l'insorgenza di outbreak da microrganismi multi-resistenti (MDR).

La metodologia di raccolta dati si è concentrata sulle aree a maggiore complessità clinica: Chirurgia, Medicina, Terapia Intensiva, Ostetricia-Ginecologia, Pediatria ed Emergenza-Urgenza. È fondamentale precisare che l'area "Medicina" comprende sub-unità ad alta intensità e complessità come l'Ematologia e l'Oncologia, che influenzano significativamente il case-mix aziendale. I consumi sono espressi in **DDD (Defined Daily Dose) per 100 giornate di degenza**, mentre i dati eziologici derivano da emocolture, urinocolture e sorveglianze respiratorie, analizzati tramite le variazioni delle **MIC (Minima Concentrazione Inibente)**.

La normalizzazione dei dati in DDD/100 giornate di degenza è lo strumento essenziale per un confronto equo. Essa permette di comparare l'attività ad "alta intensità e basso volume" delle Terapie Intensive (es. 1.510 gg a Legnano) con quella ad "alto volume" della Medicina (103.141 gg), identificando i driver reali della resistenza che altrimenti rimarrebbero occultati dai soli dati di volume assoluto.

Panoramica Aziendale sulle Resistenze Antimicrobiche (Dati 2025)

Nel corso del 2025 sono stati identificati 800 ceppi di *Staphylococcus aureus*, di cui 167 sono risultati resistenti alla meticillina (MRSA, pari al 20,8%). Nell'ambito delle attività di sorveglianza attiva, sono stati eseguiti 979 tamponi di screening per MRSA, con 26 riscontri positivi (2,6%).

Per quanto riguarda i batteri appartenenti all'ordine delle Enterobacterales, su 3372 ceppi isolati, 642 sono risultati produttori di ESBL (19,3%). Tra questi, 50 isolati sono emersi come produttori di carbapenemasi (CPE,



1,48%), con la seguente distribuzione dei meccanismi di resistenza: 16 KPC (0,47%), 23 NDM (0,68%), 8 OXA-48 (0,23%) e 3 VIM (0,09%).

I tamponi richiesti per lo screening di sorveglianza CPE sono stati 2374, di cui 70 positivi (2,94%), nello specifico: 42 KPC (1,76%), 16 NDM (0,67%), 6 OXA-48 (0,25%) e 6 VIM (0,25%).

Sul fronte degli enterococchi, si registrano i seguenti dati relativi alla resistenza alla vancomicina (VRE): per *Enterococcus faecalis*, su 1045 isolati si contano 20 ceppi VRE (1,9%); per *Enterococcus faecium*, su 666 isolati si evidenziano ben 132 ceppi VRE (19,8%). I tamponi di screening per VRE sono stati complessivamente 1579, con 296 positività (18,7%).

Infine, per i gram-negativi non fermentanti, sono stati identificati 32 isolati di *Acinetobacter* spp., staccando una quota di multiresistenza (MDR) pari al 37,5%. Per *Pseudomonas aeruginosa*, su 763 ceppi isolati si segnalano 9 produttori di VIM (1,17%) e 61 isolati che presentano una probabile mutazione della porina OprD (7,9%).

Panoramica Aziendale dei Consumi di Antimicrobici

L'analisi dei consumi totali evidenzia una leggera prevalenza nel polo di **Legnano-Cuggiono (83 DDD/100 gg)** rispetto a **Magenta-Abbiategrasso (78 DDD/100 gg)**. Tuttavia, l'analisi granulare rivela discrepanze critiche nell'utilizzo di specifiche classi molecolari.

In ambito chirurgico, Legnano-Cuggiono mostra un ricorso significativamente più elevato alla **Daptomicina** (3,4 vs 1 DDD/100 gg) e ai **Carbapenemi** (3,3 vs 1,7 DDD/100 gg). Al contrario, Magenta-Abbiategrasso si distingue per un uso maggiore di **Metronidazolo** (4 vs 2,5 DDD/100 gg). Un dato di particolare rilievo per la stewardship riguarda gli **Antimicotici**: Legnano registra consumi superiori sia in Chirurgia (2,9 vs 1,7) che in Medicina (4 vs 2), indicando una pressione antifungina che merita un monitoraggio dedicato.

Tali differenze riflettono variazioni nelle abitudini prescrittive locali piuttosto che mere necessità cliniche. Risulta prioritario avviare un audit specifico sull'uso di **Linezolid** a Legnano (1,8 vs 0,8 in Chirurgia) per standardizzare i protocolli e prevenire l'erosione dell'efficacia di questa molecola critica.

Focus Clinico: Penicilline, Cefalosporine e Impatto sulle Resistenze

Le Penicilline e le Cefalosporine costituiscono la base dei protocolli empirici, ma il loro uso intensivo è il principale motore della pressione selettiva ambientale.

Piperacillina/Tazobactam e Terapie Intensive

L'utilizzo di Piperacillina/Tazobactam è massivo nelle Terapie Intensive, specialmente a Magenta (81 DDD/100 gg, oltre il doppio rispetto alle 35 di Legnano). Sebbene a Legnano i consumi siano inferiori, si osserva un segnale d'allarme su *P. aeruginosa* nel secondo semestre:

- Aumento dei ceppi resistenti dal 12,5% al 24,2%.
- Shift verso l'alto delle MIC: per il breakpoint 8 mg/L, la frequenza è passata dal 39% al 50%; per i ceppi con MIC >64, si è passati dal 13% al 16%.



- **Nota di cautela scientifica:** Sebbene il trend sia allarmante, una correlazione formale tra l'incremento del consumo semestrale e l'aumento delle resistenze richiederà l'analisi dei dati longitudinali attraverso il 2026.

Cefalosporine: Fallimento della Stewardship e Analisi della Profilassi

Il **Ceftriaxone** rimane il driver principale in area medica (circa 90% del consumo della classe). Tuttavia, il dato critico riguarda il **Cefepime** nelle Terapie Intensive: Legnano registra un consumo di **333 DDD/100 gg**, contro le sole 7 DDD di Magenta. Questo valore rappresenta un potenziale breakdown dei programmi di stewardship, correlato a un aumento delle MIC di *P. aeruginosa* verso il profilo di resistenza (MIC 8 passata dal 10% al 23%).

Un ulteriore driver di pressione ingiustificata è emerso dall'analisi della **Cefazolina**: il 35% del consumo avviene nei reparti chirurgici (vs 65% nel blocco operatorio). Questo suggerisce che la profilassi perioperatoria venga sistematicamente estesa oltre le 24 ore raccomandate.

L'uso outlier di cefalosporine di IV generazione preannuncia un imminente fallimento dei protocolli empirici per i Gram-negativi. L'estensione della profilassi con Cefazolina aumenta inutilmente la pressione selettiva senza benefici clinici documentati.

Valutazione della Politica di 'Carba-Sparing' e Analisi di *K. pneumoniae*

L'ASST ha implementato strategie divergenti per i Carbapenemi. La Terapia Intensiva di Magenta è il maggior utilizzatore (63 DDD/100 gg, pari al 12% del consumo antibiotico di reparto), mentre Legnano ha adottato una politica di **'carba-sparing'**, azzerandone l'uso.

I dati microbiologici convalidano il successo della strategia di Legnano:

- **KPI di Sensibilità:** In *K. pneumoniae*, i ceppi sensibili alle cefalosporine sono aumentati dal 72% all'86%.
- **Fattore abilitante:** Il successo del carba-sparing a Legnano è stato supportato dall'uso strategico della **Fosfomicina** (19 DDD/100 gg vs 7 a Magenta) come alternativa terapeutica.
- **Criticità a Magenta:** Si registra un aumento della sensibilità ridotta (I) al Meropenem e della resistenza all'Ertapenem.

La politica di carba-sparing è efficace e sostenibile. Il deterioramento della sensibilità a Magenta dimostra che l'uso intensivo di Carbapenemi sta erodendo le opzioni terapeutiche contro le Klebsielle MDR, rendendo obbligatoria l'estensione del modello Legnano anche al presidio di Magenta.

Gestione degli Antibiotici 'Reserve' e Nuove Resistenze

Il monitoraggio AIFA 2025 permette una tracciabilità precisa delle molecole Reserve. È fondamentale distinguere tra uso clinico e gestione delle scorte:



Molecola	Presidio	Area	Consumo (DDD/100 gg)	Nota Clinica
Cefiderocol	LEG-CUG	Intensiva	0,8	Uso terapeutico attivo
Ceftolozano/Tazobactam	LEG-CUG	Intensiva	0,1	Uso terapeutico mirato
Ceftazidima/Avibactam	MAG-ABB	Intensiva	2,1	Scorte + Trattamento di 2 pazienti
Meropenem/Vaborbactam	MAG-ABB	Intensiva	4,2	Prevalentemente scorte di reparto

Mentre a Legnano l'uso di molecole come Cefiderocol (0,8) e Ceftazidima/Avibactam (3,6) risponde a necessità terapeutiche attive, a Magenta i valori elevati di Ceftolozano/Tazobactam (2,1) e Meropenem/Vaborbactam (4,2) sono legati allo stoccaggio. È necessario evitare che la disponibilità immediata delle scorte favorisca un uso empirico inappropriato di queste risorse vitali.

Audit sulle Procedure di Prelievo Microbiologico e Qualità del Dato

L'analisi eziologica evidenzia una criticità sistemica: l'isolamento massiccio di microrganismi del microbiota cutaneo nelle emocolture. Oltre a *S. epidermidis*, si rileva una presenza significativa di *S. hominis* (12% a Legnano) e *S. schleiferi* (33% nei cateteri a Magenta).

Questi isolati sono indicatori diretti di contaminazione durante il prelievo o di una gestione inadeguata dei presidi intravascolari.

L'alto tasso di "falsi positivi" da coagulasi-negativi (CoNS) è il driver principale del consumo anomalo di **Daptomicina** e **Vancomicina** osservato nei report. Tale dinamica non solo aumenta i costi e il rischio di tossicità per il paziente, ma distorce i report epidemiologici, rendendo meno visibili i patogeni reali.

Conclusioni e Raccomandazioni Strategiche per la Direzione Sanitaria

L'analisi del 2025 conferma che la pressione antibiotica sta alterando i profili di resistenza aziendali, con segnali critici nelle Terapie Intensive e nella gestione della profilassi chirurgica.

Si dispongono le seguenti **azioni correttive obbligatorie**:

- **Obbligo di ri-addestramento del personale:** Implementazione di sessioni obbligatorie sulle tecniche di emocoltura e disinfezione pre-prelievo per abbattere il tasso di contaminazione da CoNS.
- **Audit sulla Cefazolina:** Revisione immediata delle cartelle cliniche in area chirurgica per garantire che la profilassi non superi le 24 ore.
- **Programmi di Stewardship ICU:** Intervento mirato per la riduzione drastica del Cefepime a Legnano e l'implementazione del 'carba-sparing' a Magenta, utilizzando la Fosfomicina come bridge terapeutico.
- **Monitoraggio MIC:** Alert semestrale automatico per i clinici in caso di shift delle MIC per *P. aeruginosa* e *K. pneumoniae*, prima del raggiungimento del breakpoint di resistenza conclamata.

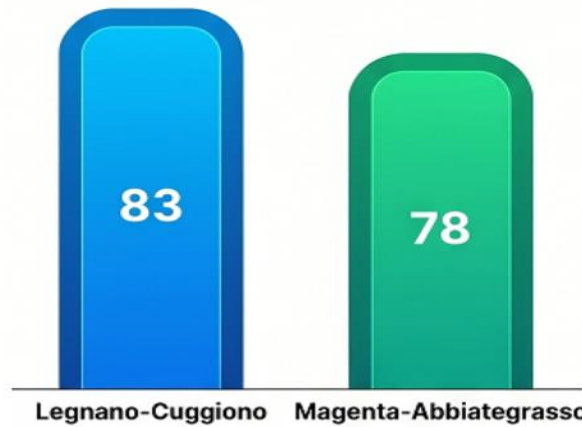
L'inerzia di fronte a questi dati comporterebbe l'endemizzazione di ceppi MDR nell'ASST Ovest Milanese entro il 2026, con un aumento insostenibile della mortalità ospedaliera e dei costi correlati alle complicanze infettive.



Report Antimicrobici 2025: Consumi e Resistenze Batteriche

Panoramica Consumi ed Eziologia

Consumo Totale: **83 vs 78 DDD/100 gg**



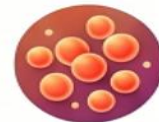
Il polo Legnano-Cuggiono presenta consumi leggermente superiori rispetto a Magenta-Abbiategrosso.

E. coli e *S. epidermidis* Predominanti



E. coli

E. coli guida le infezioni urinarie.



S. epidermidis

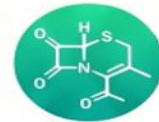
S. epidermidis comune nelle emocolture (possibile contaminazione).

Driver Principali: Penicilline e Cefalosporine



Penicilline

Sono le classi più utilizzate in tutte le aree, con il Ceftriaxone protagonista.



Cefalosporine

Confronto dei Consumi Medi per Area Terapeutica tra i due Poli Ospedalieri



Focus Terapie Intensive e Molecole "Reserve"

Strategie Opposte sui Carbapenemi



Terapia Intensiva come Outlier di Consumo



Dovuta alla complessità clinica e minor numero di giornate degenza.

Monitoraggio Antibiotici "Reserve"



Focus su molecole innovative (Cefiderocol, Ceftazidima/Avibactam) soggette a registro AIFA per casi complessi.



ICA


**INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA**
Analisi realizzate

Sulla base dei dati di sorveglianza microbiologica contenuti nel registro sentinella viene fornito il rendiconto delle principali classi di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e delle relative colonizzazioni epidemiologiche riscontrate nel primo semestre 2025 per il Presidio Ospedaliero di Legnano.

Tabella Riepilogativa ICA e Impatto MDRO — Primo Semestre 2025 — PO di Legnano-Cuggiono

Tutte le percentuali sono calcolate sul denominatore unico di **254** casi clinici.

Classe ICA / Sottogruppo Patogeni	Numero Assoluto (N)	Percentuale (%) su Totale ICA (254)
UTI Totali (Infezioni delle Vie Urinarie)	106	41,73%
— di cui UTI da germi sensibili	58	22,83%
— di cui UTI da ceppi multi-resistenti (VRE/MRSA)	48	18,90%
BSI Totali (Infezioni Ematiche / Batteriemie)	56	22,05%
— di cui BSI da germi sensibili / Candida	47	18,50%
— di cui BSI da ceppi multi-resistenti (MRSA)	9	3,54%
VAP Totali (Polmoniti da Ventilazione)	42	16,54%
— di cui VAP da germi sensibili	37	14,57%
— di cui VAP da ceppi multi-resistenti (MDRO)	5	1,97%
SSI Totali (Infezioni del Sito Chirurgico)	38	14,96%
— di cui SSI da germi sensibili	27	10,63%
— di cui SSI da ceppi multi-resistenti (MRSA/VRE)	11	4,33%
CDI (Infezioni da <i>Clostridium difficile</i>)	12	4,72%
Altre segnalazioni (NIV, Gastroenteriti, etc.)	10	3,94%
TOTALE COMPLESSIVO ICA	254	100,00%
DI CUI: CATEGORIA MDRO TOTALE	63	24,80%
— Sottogruppo: Casi clinici VRE	43	16,93%
— Sottogruppo: Casi clinici MRSA	19	7,48%
— Sottogruppo: Casi clinici KPC/CPE	1	0,39%



Dalla valutazione della distribuzione emerge come le **Infezioni delle Vie Urinarie (UTI)** rappresentino la classe predominante, costituendo oltre il 41% del totale delle ICA. Questo dato indica una pressione rilevante sui percorsi assistenziali di degenza ordinaria, suggerendo la necessità di un'analisi approfondita delle pratiche correlate. L'elevato volume di infezioni identificato impone una transizione verso l'analisi qualitativa dei percorsi assistenziali per comprendere le dinamiche di trasmissione sottostanti.

Correlazione tra Pratiche Assistenziali e Classi di Infezione

L'insorgenza di una complicanza infettiva è spesso direttamente proporzionale all'invasività delle manovre cliniche e all'aderenza ai protocolli operativi. L'analisi epidemiologica per categoria permette di trasformare il dato numerico in un indicatore di aderenza alle linee guida procedurali.

- **Infezioni Urinarie (UTI):** La prevalenza di queste infezioni (41,73%) è strettamente associata all'inserzione e alla gestione del cateterismo vescicale. I patogeni chiave isolati, tra cui *E. coli* ESBL, *K. pneumoniae* (sia ceppi ESBL che KPC) e *VRE* (*E. faecium* ed *E. faecalis*), evidenziano una criticità nella gestione di questi dispositivi.
- **Infezioni Respiratorie (VAP):** Tipiche delle aree intensive, sono associate alla ventilazione meccanica. Il rigore diagnostico è confermato dall'isolamento di microrganismi sentinella — quali *S. maltophilia*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii* e *S. marcescens* — tramite broncoaspirati (protetti e non) o lavaggi broncoalveolari (BAL).
- **Batteriemie (BSI):** Sebbene rappresentino il 22,05% dei casi, le infezioni ematiche sono riconducibili nella stragrande maggioranza dei casi a **malpractice gestionale e inserzionale** dei dispositivi intravascolari. La presenza di *S. aureus* (MSSA/MRSA) e specie di *Candida* (*C. parapsilosis*, *C. albicans*, *C. glabrata*) in pazienti immunodepressi riflette la necessità di revisionare le tecniche di manipolazione dei device.
- **Infezioni del Sito Chirurgico (SSI):** Documentate in reparti ad alta complessità come Chirurgia Generale, Cardiochirurgia, Neurochirurgia e Ortopedia. L'impatto dei ceppi MRSA ed Enterobatteriacee ESBL (*P. mirabilis*, *M. morgani*) sottolinea l'importanza critica del monitoraggio post-operatorio.

Scomponendo il dato epidemiologico, appare chiaro che la prevenzione debba passare attraverso un controllo rigoroso delle manovre invasive. Questo quadro introduce l'analisi specifica dei patogeni multi-resistenti che aggravano pesantemente il quadro clinico sopra descritto.

Focus Epidemiologico: L'Impatto dei Patogeni Multi-Resistenti (MDRO)

La resistenza antimicrobica rappresenta una delle minacce più insidiose all'interno del presidio di Legnano, configurandosi come una priorità assoluta per l'Infection Control. I dati mostrano che **1 infezione su 4 (24,80%)** è sostenuta da un microrganismo multi-resistente (MDRO).

Analisi dei Target Specifici

- **Impatto VRE:** Gli enterococchi resistenti alla vancomicina rappresentano la minaccia principale, costituendo oltre i due terzi delle ICA da MDRO (16,93% del totale delle infezioni). Tale prevalenza è un

indicatore di possibile contaminazione ambientale o di fallimento nelle procedure di igiene delle mani e gestione dei circuiti urinari.

- **Controllo MRSA:** Rappresentando il 7,48% del totale delle infezioni, lo *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina pesa per **quasi un terzo (30,16%)** all'interno della sola categoria MDRO. Questo dato conferma l'importanza critica della decolonizzazione pre-operatoria e delle precauzioni barriera per le linee venose centrali.
- **Vigilanza KPC/CPE:** Sebbene sia stato registrato un solo caso clinico (0,39%), la rilevazione di portatori di carbapenemasi (KPC e **New Delhi Metallo-beta-lactamase - NDM**) tramite screening proattivo impone una politica di "zero tolleranza" e un isolamento tempestivo dei portatori sani per prevenirne la diffusione epidemica.

L'evidenza di una forte prevalenza di MDRO, supportata dagli screening proattivi (tamponi rettali e nasali), impone un'azione di governance clinica strutturata e non puramente reattiva.

Strategia di Intervento e Pianificazione di Audit Clinici

Per mitigare i rischi evidenziati, è necessario passare dalla sorveglianza passiva all'azione correttiva attraverso lo strumento dell'audit clinico. Sulla base delle evidenze del semestre, si propongono le seguenti azioni prioritarie:

- **Audit sulla gestione dei circuiti chiusi delle urine:** Data l'incidenza del 16,93% di VRE e la predominanza delle UTI (41,73%), è imperativo verificare la corretta manipolazione dei cateteri per ridurre la persistenza ambientale del patogeno.
- **Verifica del rispetto dell'igiene delle mani:** Intervento trasversale volto a garantire l'aderenza alla procedura durante la manipolazione di ogni dispositivo, identificata come falla potenziale data l'alta prevalenza di MDRO.
- **Revisione dei protocolli di preparazione pre-operatoria e gestione device vascolari:** Data l'incidenza significativa di MRSA (30,16% degli MDRO) e il legame tra BSI e malpractice, si rende necessario un audit per validare la decolonizzazione e le precauzioni barriera durante l'inserzione dei CVC.

Ogni proposta è giustificata direttamente dai dati specifici rilevati nel semestre, con l'obiettivo di abbattere i tassi di infezione attraverso la standardizzazione rigorosa delle cure.

Conclusioni

L'analisi del primo semestre 2025 evidenzia due vulnerabilità sistemiche principali presso il Presidio di Legnano: l'elevata prevalenza di **Infezioni delle Vie Urinarie correlate a VRE** e le criticità nella **gestione dei dispositivi invasivi** (vascolari e respiratori). La constatazione che il 24,80% delle infezioni totali sia riconducibile a patogeni multi-resistenti rappresenta un segnale d'allarme per la sicurezza del paziente.

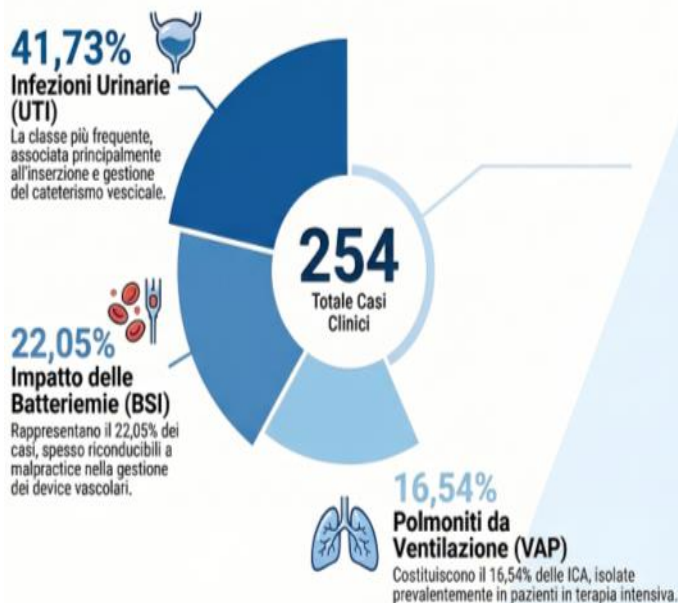


Sorveglianza ICA 2025: Analisi Epidemiologica Ospedale di Legnano

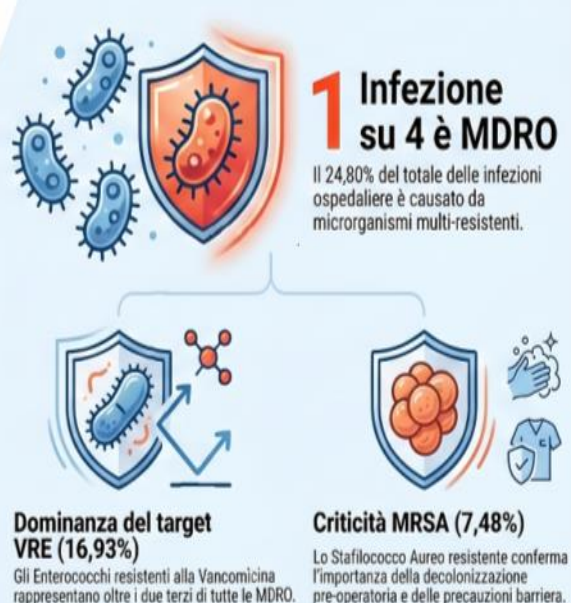
Primo Semestre 2025: Prevalenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e Impatto dei Microrganismi Multi-Resistenti (MDRO)

Il report sintetizza i dati di sorveglianza microbiologica del primo semestre 2025 per il Presidio Ospedaliero di Legnano. Su un totale di 254 casi clinici, l'analisi evidenzia le principali classi di infezione e il ruolo predominante di patogeni resistenti come VRE e MRSA.

PANORAMICA E DISTRIBUZIONE DELLE INFEZIONI (ICA)



L'IMPATTO DEI PATOGENI MULTI-RESISTENTI (MDRO)



Analisi di incidenza delle ICA del PO Magenta-Abbiategrasso, anno di riferimento 2025.

I valori percentuali indicano l'incidenza del tipo di infezione ogni 1000 Giornate di Degenza Ordinaria (GDO).

CATEGORIE ICA	Anno 2025	Infezioni/1000 GDO
BSI	54	
di cui MDRO	14	0,57%
VAP	5	
di cui MDRO	1	0,05%
SSI	20	
di cui MDRO	8	0,21%
UTI	57	
di cui MDRO	18	0,60%
CDI	21	0,22%
MDRO altre sedi	1	0,01%
TOTALE	158	1,67%

Legenda: BSI=blood stream infection; CDI=Clostridium difficile infection; VAP=ventilator associated pneumonia; SSI=surgical site infection; UTI=urinary tract infection; MDRO=multi drug resistant organism.



Sorveglianza ICA attiva nel PO Magenta-Abbiategrasso (Snich2)

Nel corso del 2025 è stato implementato lo studio Snich2 sul PO Magenta-Abbiategrasso. Come da indicazioni aziendali sono stati incluse nello studio le seguenti specialità chirurgiche con i relativi interventi:

- Ortopedia: n. 15 interventi di protesi di anca e ginocchio
- Chirurgia Generale: n. 10 interventi su colon e retto.

Su 25 interventi sorvegliati, è stata riscontrata 1 infezione superficiale del sito chirurgico post intervento su colon.

Progetti innovativi

Distretti

Nel 2025 i Distretti hanno avviato diverse progettualità, tra cui sei progetti correlati alle disposizioni della DGR XII/4891 del 01/08/2025 Allegato B "Sviluppo delle attività domiciliari rivolte a persone fragili over 65 da parte delle ASST". Si riporta di seguito una sintesi di obiettivi e target di riferimento per ciascun progetto.

1. Integrazione Ospedale-Territorio: La presa in carico domiciliare di pazienti critici dimessi dal Pronto Soccorso.

Obiettivi

Presa in carico territoriale di anziani critici dimessi dal DEA dell'Ospedale di Magenta dell'ASST Ovest Milanese, con interventi tempestivi e personalizzati al domicilio effettuati dall'equipe mobile distrettuale Unità di Continuità Assistenziale (UCA), prevista dal DM 77 e costituita da medico e infermiere.

Riduzione di rientri e nuovi accessi al Pronto Soccorso. Si tratta di un modello di presa in carico che consente di fornire, da parte dell'equipe UCA, interventi tempestivi e personalizzati direttamente al domicilio degli assistiti, cercando di ridurre al minimo eventuali rientri e nuovi accessi del paziente fragile al PS.

Target

I destinatari sono persone di età > 65 anni con le seguenti caratteristiche:

- fragilità e/o cronicità (riacutizzazioni e/o prevenzione di ricoveri inappropriati in ospedale);
- affette da multi-morbilità dimissibili ma che necessitano ancora di un breve periodo di sorveglianza sanitaria a domicilio;
- che necessitano di assistenza (somministrazione farmaci e/o gestione di presidi) e/o di interventi educativi e addestramento, estesi anche ai caregiver.

2. Diagnostica Domiciliare

Obiettivi

Esecuzione di prestazioni di diagnostica a domicilio per pazienti non trasportabili, in particolare:

- Elettrocardiogramma
- RX
- Esame del fondo oculare

Favorire la diagnosi precoce di aritmie, ischemia miocardica o altre patologie di pertinenza cardiologica, nonché di degenerazioni maculari nei pazienti diabetici.



Ridurre accessi impropri in pronto soccorso e ricoveri evitabili dovuti a ritardi nell'esecuzione delle prestazioni legati alla difficoltà o all'impossibilità di trasporto del paziente.

Target

Possono avvalersi delle attività di diagnostica domiciliare persone disabili, anziani, non autosufficienti e/o non deambulanti/allettati che non possono essere trasportati in ambiente ambulatoriale o che necessitano del trasporto con grave disagio, degenti al proprio domicilio e/o in strutture residenziali assistite con patologie altamente invalidanti e privi di autonomia personale per cui è necessario il trasporto, tenendo anche conto delle ricadute sul contesto familiare. Rientrano tra i destinatari, di conseguenza, anche i pazienti inseriti nei programmi di assistenza domiciliare integrata (ADI), Cure Palliative Domiciliari (CP-DOM), RSA aperta, PSD.

3. Identificazione proattiva dei bisogni sociosanitari negli Utenti Over 65 di Ausili e Presidi

Obiettivi

Valutare l' idoneità e la corretta utilizzazione degli ausili e presidi forniti agli utenti over 65. Fornire educazione sanitaria per un uso appropriato dei presidi e ausili con rilevazione del grado di compromissione funzionale al fine di promuovere la gestione autonoma della persona. Rilevare i bisogni sociosanitari degli assistiti nel contesto abitativo, integrando gli interventi con i servizi territoriali. Personalizzare la fornitura di materiale di assorbimento sulla base dei bisogni clinici e ambientali. Prevenire il rischio di cadute e lesioni da pressione mediante la rilevazione del grado di rischio con la somministrazione di strumenti validati (Scala Conley e Scala Braden), rilevare il rischio di disidratazione e di problematiche correlate allo stato nutrizionale (Scala MUST) e rilevazione dell'aderenza terapeutica (Scala Morisky)

Target

Utenti over 65 a domicilio che necessitano di:

- presidi di assorbimento per incontinenza urinaria;
- ausili protesici per la deambulazione (carrozine, deambulatori, tripodi, bastoni,...);
- ossigenoterapia.

4. Telemonitoraggio di patologie infettive respiratorie

Obiettivi

Durante i picchi stagionali di influenza, una presa in carico territoriale strutturata abbinata a programmi di telemonitoraggio domiciliare potrebbe consentire di: • intercettare precocemente i pazienti sintomatici o fragili a rischio di complicanze • garantire continuità e prossimità delle cure, • evitare accessi impropri al Pronto Soccorso, • ridurre il sovraccarico delle strutture ospedaliere e ottimizzare l'organizzazione del lavoro degli MMG.

Target

I pazienti eleggibili sono quelli a maggior rischio di complicanze influenzali: Pazienti di età superiore ai 65 anni con difficoltà a raggiungere i presidi ambulatoriali sia per condizioni cliniche pre-esistenti, sia per peggioramento clinico dovuto al fatto infettivo acuto. Pazienti con patologie croniche Sintomi moderati/lievi che non richiedono una ospedalizzazione ma un monitoraggio costante per intercettare eventuali complicanze



Assenza di chiari criteri di ospedalizzazione immediata: il telemonitoraggio si rivolge a pazienti che non necessitano di ricovero in acuto ma che potrebbero trarre beneficio da un'osservazione costante per evitare eventuali complicanze. Accesso alla connettività: il paziente o il caregiver devono avere accesso a una connessione internet stabile per la trasmissione dei dati. Capacità di utilizzo dei dispositivi: il paziente o il caregiver devono essere in grado di utilizzare correttamente i dispositivi e seguire le istruzioni fornite. Presenza di un caregiver affidabile per pazienti non in grado di eseguire il monitoraggio e comunicare con il personale sanitario.

5. Telemonitoraggio di livello 1 a gestione territoriale

Obiettivi

Gli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere con il Telemonitoraggio sono i seguenti: • Monitorare e/o potenziare l'aderenza terapeutica di un assistito; • Adeguare la terapia alle condizioni cliniche dell'assistito; • Effettuare educazione terapeutica per potenziare l'empowerment ed il self care dell'assistito. • Intercettare precocemente situazioni di instabilità clinica.

Target

Le macrocategorie di pazienti che possono avvalersi di un percorso di Telemonitoraggio possono essere, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le seguenti:

- Pazienti over 65 cronici o fragili;
- Pazienti affetti da più patologie croniche che necessitano un monitoraggio dello stato di salute al domicilio ma che non sono di elevata criticità clinica né instabilità;
- Pazienti con attivo un percorso di PSD con l'IFeC;
- Pazienti dimessi da un Telemonitoraggio di Livello 1 a gestione specialistica/ospedaliera che necessitano di un ulteriore periodo di monitoraggio delle condizioni generali.

Un assistito, per essere eleggibile all'applicazione del telemonitoraggio deve avere un'alfabetizzazione digitale sufficiente alla gestione dei device o presenza di caregiver idoneo. In una prima fase, si propone l'attivazione del telemonitoraggio per:

- pazienti che necessitano di una valutazione di cambio terapeutico (es pz. affetti da ipertensione arteriosa);
- assistiti affetti da BPCO, ipertensione arteriosa, diabete.

6. Teleriabilitazione

Obiettivi

Introduzione di un servizio di teleriabilitazione, con i seguenti benefici potenziali:

- Deospedalizzazione e migliore continuità di cura.
- Maggior numero di pazienti raggiunti con diminuzione delle liste di attesa.
- Possibilità di personalizzare la frequenza e l'intensità delle terapie in base alle necessità e alle preferenze del paziente. • Ottimizzazione delle risorse (maggior numero di trattamenti, distanze annullate, trattamento simultaneo di due pazienti...).
- Misurazione oggettiva e quantitativa dell'efficacia del trattamento.
- Stimolazione motoria e cognitiva.



- Pazienti più motivati e coinvolti.
- Utilizzo anche in modalità asincrona di esercizi clinicamente validati.

Target

Possono avvalersi delle attività di teleriabilitazione i pazienti over 65 per i quali è previsto un piano riabilitativo ambulatoriale e il cui trasporto presso gli ambulatori presenta criticità (difficoltà nell'organizzare il trasporto, indisponibilità di accompagnatori etc.). È necessaria una connettività internet a domicilio ed una familiarità (eventualmente con il supporto di un caregiver) all'utilizzo degli strumenti digitali.

La tipologia di teleriabilitazione prevista e le relative patologie originarie sono:

- Neurologica (post-ictus, Parkinson, SM)
- Ortopedica (protesi anca/ginocchio, fratture)
- Respiratoria (BPCO, post-COVID)
- Cardiologica (post-scompenso, post-IMA).

Personale dedicato

Alla stesura del Rapporto Attività di Prevenzione anno 2025 hanno collaborato i seguenti Servizi aziendali:

- Dipartimento Funzionale di Prevenzione
- IFO Gestore Processi di Sorveglianza Epidemiologica e Controllo Infezioni DAPSS
- SC Controllo di Gestione
- SC Gastroenterologia
- SS Coordinamento Attività Consultoriale
- SC Vaccinazioni e Sorveglianza Malattie Infettive
- SC Distretto Legnanese
- SC Distretto Abbiatense
- SC Distretto Magentino
- SC Distretto Castanese
- SC Dipendenze
- SC Medicina Legale
- SC Laboratorio di Microbiologia
- SC Nutrizione Clinica
- Servizio Prevenzione e Protezione