

# Elementi per la pianificazione di un Sistema Aziendale per la prevenzione e la gestione delle ICA

---

## **Ipotesi di Sistema Aziendale per la prevenzione e la gestione delle ICA.**

---

(documento sottoposto all'attenzione del Tavolo Tecnico)

29 ottobre 2013  
(edizione riveduta in data 30 gennaio 2016)

## **BIBLIOGRAFIA**

### **NORMATIVA EUROPEA**

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Consiglio dell'Unione Europea, <i>Raccomandazione del Consiglio del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni associate all'assistenza sanitaria</i> , (2009/ C 151/01). | <b>2009</b> |
|--|-------------|

### **NORMATIVA NAZIONALE**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. Ministero della Sanità, Circolare Ministeriale, n. 52 del 20 dicembre 1985, recante in oggetto " <i>Lotta contro le infezioni ospedaliere</i> ".                           | <b>1985</b> |
| 2. Ministero della Sanità, Circolare Ministeriale, n. 8 del 30 gennaio 1988, recante in oggetto " <i>Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza</i> ".            | <b>1988</b> |
| 3. Decreto del Ministero della Sanità del 13 settembre 1988.  | <b>1988</b> |
| 4. D.Lgs.9 aprile 2008, n.81, <i>Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro</i> . | <b>2008</b> |
| 5. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, approvato in data 29 aprile 2010.   | <b>2010</b> |
| 6. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, approvato in data 18 novembre 2010.   | <b>2010</b> |

### **NORMATIVA REGIONALE**

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. Regione Piemonte, Circolare Regionale n. 9723/48 del 25 Novembre 1997, <i>Indicazioni per l'attuazione di Programmi di Sorveglianza e Controllo delle Infezioni Ospedaliere nella Regione Piemonte</i> .  | <b>1997</b> |
| 2. Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità, Direzione Regionale Sanità pubblica, circolare n. 1950, 6 Febbraio 2001 recante in oggetto: <i>Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte</i> . | <b>2001</b> |
| 3. Regione Toscana, Delibera n. 1387 del 27/12/2004, <i>Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente nelle aziende sanitarie del SSR</i> .   | <b>2004</b> |
| 4. Giunta della Regione Emilia Romagna, DGR n. 318/2013, <i>Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici</i> , marzo 2013.                                       | <b>2013</b> |

### **ATTI CONGRESSUALI**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. 1° Congresso Nazionale GISIO (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliere) <i>Infezioni correlate all'assistenza sanitaria</i> , Pozzo Faceto di Fasano (BR), 25-27 maggio 2008. Atti, a cura di Montagna M.T., D'Alessandro D., Del Vecchio R., in <i>Annali di igiene medicina preventiva e di comunità</i> , Volume 21, Suppl. 1 al n. 1, <b>gennaio-febbraio 2009</b> , Società Editrice Universo, Roma. | <b>2009</b> |
|---|-------------|

### **TESTI / PUBBLICAZIONI**

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. Delfino A., <i>Indicazioni per l'Istituzione del Comitato aziendale per la lotta contro le infezioni correlate alle prestazioni assistenziali</i> , (Identificativo Atto: All. n.1 alla Nota Prot: n.12/UPIO del 2/12/2006), U.O. "Prevenzione Infezioni Ospedaliere", A.S. n.6, Lamezia Terme, dicembre 2006.   | <b>2006</b> |
| 2. Delfino A., <i>Istituzione del Comitato aziendale per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (o C.I.C.P.A) ed adozione del relativo regolamento</i> (Identificativo Atto: All. n.1 alla Nota Prot: n.13/UPIO del 7/12/2006), U.O. "Prevenzione Infezioni Ospedaliere", A.S. n.6, Lamezia Terme, dicembre 2006. | <b>2006</b> |

- |  |             |
|--|-------------|
| 3. Marchiaro G., Farina E. C., <i>Infezioni ospedaliere</i> , Centro Scientifico Editore, 2007.  | <b>2007</b> |
| 4. Mastrilli F., <i>Il governo tecnico dell'ospedale</i> , Edizioni panorama della sanità, 2008.   | <b>2008</b> |
| 5. CCM - ASSR Regione Emilia Romagna, <i>Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. (Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio sanitarie – INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie – CCM).</i> , Centro stampa della Regione Emilia Romagna, gennaio 2010. |             |
| 6. Delfino A., <i>Indicazioni per la stesura del Piano Aziendale di Lotta contro le Infezioni Correlate all'Assistenza</i> , U.O. "Prevenzione Infezioni Ospedaliere", Direzione Medica Presidio Ospedaliero "Lamezia-Soveria Mannelli", ASP Catanzaro, dicembre 2010.   | <b>2010</b> |
| 7. IFIC, <i>Concetti base nel controllo delle infezioni</i> , Traduzione italiana a cura della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS), su autorizzazione di IFIC, <i>Basic Concepts of Infection Control</i> , International Federation of Infection Control (IFIC), 2011.   | <b>2011</b> |

### LINEE GUIDA OMS

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. WHO/CDS/CSR/EPH/2012.12, <i>Prevention of hospital-acquired infections, A practical guide</i> , 2 <sup>nd</sup> edition, 2002.   | <b>2002</b> |
| 2. OMS, <i>Prevenzione delle infezioni nosocomiali, Manuale Pratico</i> , II edizione, Edizione Italiana [della Versione inglese, pubblicata dal World Health Organization (WHO) nel 2002, con il titolo di <i>Prevention of hospital-acquired infections</i> , 2 <sup>nd</sup> edition] a cura di G. Cariti, M. Sciandra, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2004. | <b>2004</b> |
| 3. Organisation mondiale de la Santé, <i>Prévention des infections nosocomiales, Guide pratique</i> , 2 <sup>e</sup> edition, 2008 (Versione francese dell'edizione WHO/ CDS CSR/ EPH/ 2002. 12), 2008.   | <b>2008</b> |

### INDAGINI CONOSCITIVE

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. I.S.S., <i>Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani</i> , Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN, 1/4 , 2001.   | <b>2001</b> |
| 2. CCM – ASSR Regione Emilia Romagna, <i>Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e sulle attività di pulizia e sanificazione negli ospedali</i> , (PROGETTO INF-OSS, "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria"), ottobre 2008. | <b>2008</b> |

### NETWORK

- |   |             |
|---|-------------|
| 1. CCM, Network per la prevenzione e la sanità pubblica, <i>ICA : informazioni generali</i> (Ultimo aggiornamento: 31 gennaio 2008).  | <b>2008</b> |
| 2. EpiCentro, Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), <i>infezioni correlate all'assistenza</i> , (Ultimo aggiornamento: martedì 6 settembre 2011). | <b>2011</b> |

## **PREMESSE**

Negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni Novanta sono aumentati sia i pazienti ricoverati **in ospedale** in gravi condizioni (quindi ad elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia le prestazioni assistenziali erogate presso gli **ambiti di cura extra-ospedalieri** (RSA, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale).

Le ICA rappresentano una realtà, con cui devono confrontarsi sia il personale sanitario con funzioni cliniche e assistenziali, sia la Direzione Aziendale, in considerazione dell'impatto che tali patologie presentano sul paziente e sugli operatori e quindi - non da ultimo - sull'economia aziendale, specie in virtù del sistema di finanziamento per prestazioni.

Un importante aspetto del controllo delle infezioni correlate all'assistenza è la loro consistente percentuale di **PREVENIBILITÀ**, poiché - sebbene non sia possibile eliminare completamente il fenomeno - è possibile tuttavia ridurre significativamente la frequenza di tali infezioni.

Per ridurre il numero di infezioni correlate all'assistenza è necessario non solo attivare misure e strategie, volte alla rimozione o alla riduzione dei **fattori di rischio**, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica concernenti la diffusione di tali infezioni, gli isolamenti microbiologici, il consumo di antibiotici e l'osservanza delle diverse raccomandazioni comportamentali (linee guida, procedure operative, protocolli operativi).

## **ELEMENTI CHIAVE**

I pazienti sono esposti a rischi infettivi, ogni qualvolta ricevono assistenza presso le strutture sanitarie, in particolare allorché vengono sottoposti a trattamenti e/o procedure di tipo invasivo.

Comprendere l'epidemiologia delle ICA può aiutare a definire la priorità delle problematiche e ad organizzare efficaci strategie di prevenzione e controllo.

Conoscere la catena dell'infezione e in particolare le **modalità di trasmissione**, può agevolare notevolmente il compito degli operatori sanitari nel contesto delle attività di prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza.

La conoscenza della frequenza delle ICA (in rapporto alla tipologia dell'ospite, dell'agente infettivo e dell'ambito assistenziale) e la nozione della loro distribuzione nel tempo e nello spazio risultano molto utili ai fini della pianificazione delle strategie di prevenzione e della valutazione delle misure da intraprendere.

## **IMPATTO CLINICO ED ECONOMICO**

**Le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante**, sia sui pazienti ed i loro familiari, che sul personale sanitario e sulle strutture sanitarie.

Secondo un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano, oltre ad un prolungamento della durata di degenza, anche disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie ed una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 decessi attribuibili e 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa. I costi vengono stimati in approssimativamente in € 7 miliardi, includendo solo i costi diretti.

Da qui la necessità di adottare **pratiche assistenziali sicure**, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere.

## LO SCOPO

Scopo del presente documento è quello di fornire alcune ipotesi circa l'eventuale **assetto organizzativo** dell'istituendo **Sistema Aziendale** per la prevenzione e la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), unitamente ad alcune indicazioni di minima per l'elaborazione del **Piano Strategico Aziendale**.

Altro obiettivo prioritario è l'individuazione dei **compiti** e degli **ambiti di attività** dei diversi **attori del sistema aziendale**, impegnati a collaborare per la riduzione del rischio infettivo ed in particolare del rischio di ICA a carico dei pazienti e degli operatori e di tutti coloro che a vario titolo possono essere esposti ad agenti infettivi nel corso dell'episodio assistenziale, in un'ottica di miglioramento sia della qualità che della sicurezza in ambito aziendale.

## IL PROBLEMA

### 1. DEFINIZIONE di INFEZIONE CORRELATA ALL'ASSISTENZA (ICA)

Secondo il Consiglio dell'Unione Europea, le *infezioni associate all'assistenza sanitaria* sono “*affezioni o patologie correlate alla presenza di un agente infettivo o dei suoi prodotti in connessione con esposizione a strutture sanitarie o procedure sanitarie o trattamenti sanitari*”.<sup>1</sup>

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni, che possono essere acquisite sia in ambiente ospedaliero che in ambito extra-ospedaliero e che insorgono in connessione con l'**atto assistenziale** (o episodio assistenziale)<sup>2</sup>, e che possono venire diagnosticate sia nel corso dell'esecuzione dell'atto assistenziale, sia a distanza di tempo dalla conclusione dell'episodio assistenziale e che non erano né clinicamente manifeste e né in fase di incubazione all'inizio dell'episodio assistenziale.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono **infezioni acquisite nel corso dell'assistenza** e tale evento può verificarsi **in tutti gli ambiti assistenziali**, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali.

Naturalmente, fornire un elenco esaustivo degli ambiti preso i quali gli **episodi assistenziali** (trattamenti assistenziali e procedure assistenziali) possono essere erogati è evidentemente impossibile.

Perché si possa parlare di ICA occorre, che le infezioni in questione siano correlabili con certezza, in base al “**tempo di incubazione**”, al momento iniziale dell'episodio assistenziale.

---

<sup>1</sup> Consiglio dell'Unione Europea, Raccomandazione del Consiglio del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01) (in Gazzetta ufficiale dell'Unione europea del 3.7.2009, C 151/1) [\*“ infezioni associate all'assistenza sanitaria”, affezioni o patologie correlate alla presenza di un agente infettivo o dei suoi prodotti in connessione con l'esposizione a strutture o procedure sanitarie o a trattamenti sanitari”].

<sup>2</sup> Il CCM si esprime in termini di “episodio assistenziale”. Alcuni autori definiscono “episodio assistenziale” l'insieme di uno o più *eventi sanitari*, ordinati cronologicamente, occorsi - in relazione ad un particolare problema di salute o situazione sanitaria - tra l'assistito (da un lato) ed una o più organizzazioni sanitarie oppure singoli professionisti (dall'altro).

Le infezioni correlate all'assistenza sono infezioni:<sup>3</sup>

- a) acquisite **in ospedale** o in **altri ambiti assistenziali** (struttura residenziale di lungodegenza, ambulatorio, centro di dialisi, day-surgery, domicilio);
- b) correlate all'episodio assistenziale (cioè non clinicamente manifeste o in incubazione al momento dell'inizio dell'**episodio assistenziale** stesso);
- c) interessano prevalentemente i pazienti, ma possono interessare anche operatori sanitari, studenti, personale di assistenza volontario.

## **2. DEFINIZIONE di INFEZIONE CORRELATA ALL'ASSISTENZA (ICA)**

La qualifica di *infezione extra-nosocomiale* (o *infezione extra-ospedaliera*) viene di norma direttamente connessa con i luoghi di assistenza sanitaria (ambiti assistenziali), presso i quali vengono erogati, da parte di personale strutturato dell'azienda, determinati trattamenti assistenziali o procedure assistenziali a favore di pazienti/utenti.

La presenza di un *infezione extra-ospedaliera* (ovvero di un' *ICA territoriale*), tuttavia, non deve essere messa esclusivamente in relazione con i luoghi di assistenza sanitaria (ambiti assistenziali), bensì con la **tipologia** e la **titolarità/responsabilità dell'atto assistenziale**. Sono infatti da considerare infezioni extraospedaliere “ le infezioni correlate con gli *atti assistenziali* erogati da un *operatore sanitario* o in alternativa da *soggetti inseriti/inquadrati* dalla direzione aziendale in un *programma assistenziale* (o *piano assistenziale*) o in *protocolli operativi* (protocolli ambulatoriali, protocolli di cure o terapie auto-somministrate) e che possono essere identificati nel *paziente stesso* o in un suo *familiare* o in suo *contatto stretto*”.

## **3. DEFINIZIONE di INFEZIONI EXTRA-MURALI**

Nell'ambito delle infezioni extra-ospedaliere esistono *infezioni che sono correlate con atti assistenziali*, erogati al di fuori delle strutture assistenziali aziendali, e *che potremmo definire infezioni “extra-murali”*.

Alcuni esempi di *infezioni extramurali* sono quelle, che occorrono nei seguenti ambiti extra-murali:

- domicilio del paziente (abitazione) ;
- altri tipi di domicilio (carceri, convitti, istituti di cure termali, ecc ...),
- qualsivoglia luogo pubblico (es.: pubblica via, in caso di incidente stradale) o privato, nel contesto del quale può essere - regolarmente o occasionalmente o eccezionalmente – erogato/messo in atto un episodio assistenziale.

## **4. CRITERI di ELEGGIBILITÀ**

Criteri di selezione delle ICA. Comprendono criteri di inclusione ed esclusione.

I *criteri di eleggibilità* di un'Infezione Extra-Ospedaliera, sebbene debbano tener conto del luogo in cui viene erogato l'episodio di assistenza (ambito assistenziale) non possono essere basati esclusivamente sul luogo di esposizione all'agente infettivo o ai suoi prodotti.

---

<sup>3</sup> [http://www.ccm-network.it/prg\\_areal\\_Ica\\_scheda\\_info-general\\_i](http://www.ccm-network.it/prg_areal_Ica_scheda_info-general_i), CCM, Network per la prevenzione e la sanità pubblica, *ICA : informazioni generali* , (Ultimo aggiornamento: 31 gennaio 2008).

Essi devono essere fondati essenzialmente sulla *tipologia e sulle modalità di erogazione dell'atto assistenziale* inteso nell'accezione più ampia del termine (atto erogato a scopo diagnostico, atto erogato a scopo terapeutico, atto erogato a scopo di prevenzione, ivi incluso l'atto erogato a scopo di screening).

## 5. REQUISITO OBBLIGATORIO PER LA QUALIFICA DI ICA

Perché si parli di ICA, occorre che l'infezione insorga in connessione con un atto assistenziale erogato da parte di **personale strutturato dell'azienda** (operatori sanitari strutturati) o da **parte di soggetti**, a vario titolo, **inseriti/ inquadrati in programmi assistenziali emanati e coordinati dall'azienda** (persone esplicitamente, individuate, designate ed autorizzate dall'azienda, per la partecipazione attiva a programmi aziendali regolarmente approvati e deliberati).

La tipologia di gestione dell'atto assistenziale e la qualificazione della persona, che eroga l'episodio assistenziale sono di importanza fondamentale per la definizione dei criteri di eleggibilità.

CRITERI SELETTIVI IN BASE ALLA GESTIONE DELL'ATTO ASSISTENZIALE	
CRITERI di INCLUSIONE	CRITERI di ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ operatore sanitario;</li> <li>➤ persona inserita/inquadrata dalla direzione aziendale in un programma assistenziale (piano assistenziale) o protocolli operativi (protocolli ambulatoriali, protocolli di cure o terapie auto-somministrate): può trattarsi dello stesso paziente o di un familiare o di un contatto stretto del paziente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ persona non strutturata;</li> <li>➤ persona non inquadrata in alcun programma assistenziale:</li> </ul> <p>si tratta in questo caso di soggetti, che erogano <i>episodi assistenziali</i> cosiddetti <b>“auto-prescritti”</b> o anche <b>“auto-gestiti”</b>, motivo per cui eventuali infezioni ad essi correlate non possono venire incluse tra le infezioni correlate all'assistenza (ICA).</p>

## 6. ELENCO AMBITI ASSISTENZIALI EXTRA-OSPEDALIERI

È evidentemente impossibile stilare un elenco esaustivo degli *ambiti assistenziali extra-nosocomiali*, presso i quali possono essere erogati gli *episodi assistenziali* (trattamenti assistenziali e procedure assistenziali).

Ci limiteremo, pertanto, a fornire un elenco indicativo dei ambiti principali (o maggiormente rappresentativi):

- Degenze territoriali a ciclo diurno (DAY-HOSPITAL),
- Degenze territoriali a ciclo notturno (NIGHT- HOSPITAL),
- Ambulatori specialistici territoriali,
- Servizi territoriali di riabilitazione,
- Unità territoriali di cure a lungo termine,
- Servizi territoriali di assistenza psichiatrica,
- Servizi territoriali di assistenza pediatrica,
- Centri territoriali di emodialisi,
- Case di cura accreditate,
- Servizi territoriali di assistenza materno- infantile,
- Servizi o strutture di assistenza domiciliare,
- Servizi di ospedalizzazione a domicilio,
- Strutture residenziali per assistenza agli anziani,

- Laboratori territoriali,
- Servizi di screening,
- Ambulatori privati di professionisti sanitari, strutturati nell'Azienda o a vario titolo inquadrati nel Sistema o nella Rete di Assistenza Aziendale o in un programma assistenziale coordinato dall'Azienda sanitaria (medici (MMG, PLS), infermieri, odontoiatri, ostetriche, fisioterapisti, radiologi, ecc ...),
- Ambulanze ed altri veicoli di assistenza medica urgente,
- Servizi mobili di emergenza e di terapia intensiva,
- Domicilio del paziente (abitazione) o altri domicili (carceri, convitti, istituti di cure termali, ecc ...),
- Qualsiasi luogo pubblico (pubblica via, ecc.) o privato, presso cui può essere - regolarmente/ occasionalmente/ eccezionalmente - erogato messo in atto un episodio assistenziale.

## **7. SOGGETTI A RISCHIO (SOGGETTI INTERESSATI)**

Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma possono venire acquisite con minore frequenza anche dagli operatori (infezioni così dette occupazionali) e da tutti i soggetti che a vario titolo possono venire a contatto con un agente infettivo o con un suo prodotto nel corso di un atto assistenziale (o se si preferisce di un episodio assistenziale).

Quindi **visitatori, frequentatori, familiari, studenti, tirocinanti, personale di assistenza volontario, caregivers**, ecc.

## **8. FATTORI di RISCHIO**

Numerose sono le condizioni che possono aumentare il rischio di contrarre un'ICA, tra cui le principali sono da un lato l'esposizione a procedure invasive diagnostiche o terapeutiche e dall'altro la presenza di condizioni o malattie che aumentano la suscettibilità alle infezioni.

Tra le prime, ovvero tra le **condizioni di rischio correlate alle procedure assistenziali e ai trattamenti sanitari**, va sottolineato che *l'esposizione a procedure invasive* aumenta il rischio di complicanze infettive per:

- l'accesso diretto dei microrganismi ad aree del corpo normalmente sterili;
- moltiplicazione dei microrganismi per le condizioni favorevoli che si determinano (presenza di materiali plastici, di liquidi, creazione di nicchie ove i microrganismi possono crescere);
- contaminazione dei presidi stessi durante la produzione o al momento dell'uso (mani del personale).

Tra le **condizioni di rischio legate al paziente**, che aumentano la suscettibilità di quest'ultimo alle infezioni vanno citati:<sup>4</sup>

- età (neonati, anziani);
- altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale);
- malnutrizione;
- traumi, ustioni;
- alterazioni dello stato di coscienza;
- trapianti d'organo.

---

<sup>4</sup> EpiCentro, Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), *infezioni correlate all'assistenza*, (Ultimo aggiornamento: martedì 6 settembre 2011).

## **9. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE ICA**

- a) includono una grande varietà di quadri infettivi, accomunati dalla correlazione esistente con uno **specifico episodio assistenziale**;
- b) la classificazione di una infezione come **correlata all'assistenza** si basa esclusivamente sul rapporto temporale esistente tra infezione e episodio di assistenza;
- c) alcune infezioni insorgono frequentemente **dopo la dimissione dall'ospedale** (infezioni della ferita chirurgica, infezioni neonatali, mastiti materne, infezioni da impianto di corpi estranei, epatiti);
- d) includono **infezioni esogene** (trasmesse dall'esterno) ed **infezioni endogene** (flora endogena del paziente);
- e) allo stato attuale delle conoscenze includono **infezioni prevenibili** e **infezioni non prevenibili**;
- f) **non includono le semplici colonizzazioni** (presenza di microrganismi sulle superfici cutanee o mucose in assenza di segni clinici di malattia o di risposta immunologica).

## **10. FREQUENZA DELLE ICA**

Per quanto concerne i principali dati epidemiologici sulle infezioni correlate all'assistenza, la **frequenza** con cui compare una complicanza infettiva è mediamente pari a:

- ✓ 5-10 % in pazienti ricoverati **in ospedale**,
- ✓ 5 % in pazienti residenti in **strutture per anziani**,
- ✓ 1 % in pazienti assistiti a **domicilio**;

- 1) il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in **modo epidemico**;
- 2) sono sempre più frequenti le **infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici**;
- 3) per le sepsi e le polmoniti si stima una **mortalità attribuibile pari a 20-30%**.

## **11. PREVENIBILITÀ DELLE ICA**

Su 100 ICA, in **media il 20%** di esse sono prevenibili, con significative differenze a seconda del tipo di infezione e del contesto (la frazione prevenibile varia dal 10 al 70% a seconda dei diversi studi).

## **12. MODALITÀ di TRASMISSIONE**

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono :

- contatto diretto tra una persona sana ed una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline, emesse, nell'atto del tossire o starnutire, da una persona infetta ad una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici);
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc);
- via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza.

## **13. TIPOLOGIA DELLE INFEZIONI**

Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali:

- a) il tratto urinario,
- b) le ferite chirurgiche,
- c) l'apparato respiratorio,
- d) le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo ad una diminuzione di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e ad un aumento delle **batteriemie** e delle **polmoniti**.

L'aumento delle infezioni sistemiche è la conseguenza di un graduale aumento dei fattori di rischio specifici, in particolare **l'uso abbondante di antibiotici** e di **cateterismi vascolari**.

## 14. EZIOLOGIA

Teoricamente qualsiasi microrganismo può essere responsabile di infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed inoltre molte infezioni sono polimicrobiche.

Per quanto riguarda i microrganismi coinvolti, c'è da dire che essi sono mutati nel corso degli anni.

Fino all'inizio degli anni Ottanta, la maggior parte delle infezioni ospedaliere erano sostenute principalmente da batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*).

Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Stafilococcus epidermidis*)<sup>5</sup> e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.<sup>6</sup>

Quello della selezione di ceppi resistenti agli antibiotici è un problema in costante aumento.

È un problema a livello mondiale e interessa sia le **infezioni correlate all'assistenza** che le **infezioni acquisite in comunità**.

In ambito ospedaliero, soprattutto in alcuni reparti, è un problema molto serio, per la progressiva selezione di ceppi con resistenze multiple, che rendono molto difficile il trattamento delle infezioni.

## 15. LA RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

Tra i batteri gram-positivi, quelli con maggiore resistenza agli antibiotici sono *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (-oxacillina), gli pneumococchi resistenti ai beta-lattamici e multiresistenti, gli enterococchi vancomicina-resistenti.

Tra i gram-negativi, le resistenze principali sono le beta-lattamasi a spettro allargato in *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, la resistenza ad alto livello alle cefalosporine di terza generazione tra le specie di *Enterobacter* e *Citrobacter freundii*, le multiresistenze osservate in *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* e *Stenotrophomonas maltophilia*.

<sup>5</sup> CCM, Network per la prevenzione e la sanità pubblica, *ICA : informazioni generali* (Ultimo aggiornamento: 31 gennaio 2008). [Negli ultimi anni è, invece, progressivamente aumentata la frequenza di gram-positivi (in particolare stafilococco aureo, stafilococchi coagulasi-negativi ed enterococchi) e di infezioni sostenute da funghi].

<sup>6</sup> EpiCentro, cit.

Inoltre, a partire dal 1988, sono state segnalate negli Stati Uniti numerose epidemie di tubercolosi multi-resistente in ospedale fra pazienti sieropositivi.

Negli anni Novanta segnalazioni simili sono state riportate anche in Europa (Italia, Gran Bretagna, Francia, Spagna), tutte accomunate da una letalità elevatissima (72-90%), da un intervallo breve tra esposizione e sviluppo della malattia e tra diagnosi e decesso.

La tubercolosi multiresistente rappresenta un rischio consistente per gli operatori sanitari.

## **16. PREVENZIONE**

**Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili:** è, quindi, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza.

In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano **condizioni asettiche**.

Le ICA hanno un costo sia in termini di salute che economici, sia per il paziente che per la struttura.

Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere. Occorre cioè pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli (nazionale, regionale, locale), per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

## **IL SISTEMA AZIENDALE**

Il **sistema aziendale** è costituito dall'insieme dei *processi* e delle *risorse* aziendali.

Il sistema aziendale è suddiviso nelle seguenti componenti o sottosistemi:

- Sistema organizzativo (o più semplicemente Organizzazione);
- Sistema gestionale (o più semplicemente Gestione);
- Sistema documentale (o Sistema Informativo)

## **ORGANIZZAZIONE GENERALE**

### **1. DIREZIONE AZIENDALE**

La Direzione aziendale è responsabile dello sviluppo e dell'attuazione del **Piano Strategico Aziendale** di indirizzo e sostegno per i singoli servizi/strutture assistenziali aziendali, coinvolti nella lotta contro le *infezioni correlate all'assistenza* (ICA), nell'obiettivo precipuo della promozione della sicurezza nei confronti del rischio infettivo e della riduzione del rischio di trasmissione di tali infezioni.

Il piano di lotta contro le ICA è sviluppato col supporto della Direzione ed è approvato dalla stessa in modo formale.

Il Direttore Generale è direttamente responsabile della realizzazione del Piano.

Con cadenza annuale vengono formalmente stabilite le responsabilità della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti, dei Distretti, delle Singole Unità Operative e dei singoli Servizi in merito alla gestione della prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Il Direttore Generale ha compiti di coordinamento e di guida della totalità degli operatori aziendali, ma anche e soprattutto l'onere di decisioni di pianificazione e di gestione per la garanzia del conseguimento di risultati in linea con la *mission* e la *vision* aziendali ed in grado di soddisfare gli *stakeholder*,<sup>7</sup> ossia i soggetti (persone od organizzazioni) portatori di interessi nei confronti dell'azienda.

### **2. LEADERSHIP**

La lotta contro le infezioni correlate all'assistenza rientra tra le attività di ciascuna unità organizzativa aziendale.

---

<sup>7</sup> Stakeholder: insieme dei soggetti che hanno un interesse nei confronti di un'organizzazione e che con il loro comportamento possono influenzarne l'attività. L'espressione **stakeholders** viene dall'inglese e nasce dalla fusione di due termini: "**stake**" ovvero "posta" e "**holder**" ovvero "colui che regge, che porta". Il termine viene usato per intendere i **portatori di interessi**, cioè tutti coloro che, a vario titolo, sono interessati alle vicende aziendali: azionisti, finanziatori, amministratori, dipendenti, clienti, fornitori, pubblica amministrazione, opinione pubblica, ecc.

La gestione della lotta alle ICA coinvolge l'intera **leadership aziendale**, con competenze diversificate ed adeguate al ruolo e alla qualifica rivestiti nel sistema aziendale: vengono investiti, in altre parole, la Direzione Aziendale, il Direttore Sanitario dell'Azienda, i Direttori delle Direzioni Mediche di Presidio, i Direttori di Distretto, i Direttori di Dipartimento, il Risk manager aziendale, il Direttore dell'Unità Operativa di Protezione aziendale, il Responsabile dell'Unità Operativa Prevenzione Infezioni Ospedaliere e tutte le restanti figure che per le specifiche funzioni esercitate (rispettivamente nel ruolo informativo o decisionale o relazionale) sono da considerare ascrivibili alla leadership aziendale.<sup>8</sup>

Con cadenza annuale vengono formalmente stabilite i compiti e le **responsabilità** della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti, dei Distretti, delle Singole Unità Operative e dei singoli Servizi in relazione prevenzione e della gestione delle infezioni correlate all'assistenza.

La Direzione aziendale affida ai **Gruppi Operativi**, operanti nel contesto del Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA), l'incarico di pianificare gli interventi aziendali ritenuti prioritari nell'ambito della lotta contro le ICA.

### 3. MISSION

La missione aziendale consiste nel perseguire la promozione della sicurezza in ambito aziendale nei confronti del rischio infettivo, attraverso l'identificazione e la prevenzione del rischio di acquisizione e di trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza, nei confronti di tutti coloro, che - nel contesto territoriale afferente all'azienda - possono venire esposti - a vario titolo e in varia misura - al rischio di contrarre un'infezione correlata all'assistenza: pazienti, operatori sanitari ed altri operatori strutturati, visitatori, frequentatori, studenti e tirocinanti, personale di assistenza volontaria, personale convenzionato con il SSN o altri contatti del paziente o soggetti inquadrati a vario titolo in un progetto o in un programma o in un percorso di cura gestito da organizzazioni sanitarie afferenti al SSN (familiari, *care givers*, ed altri che a vario titolo prestano assistenza ad un paziente).

La Direzione aziendale affida ai Gruppi Operativi, operanti nel contesto del Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA), l'incarico di **pianificare gli interventi aziendali** ritenuti prioritari nell'ambito della lotta contro le ICA.

La gestione del rischio infettivo, attraverso la prevenzione e la sorveglianza e il controllo delle ICA, costituisce parte integrante dell'obiettivo strategico di promozione e miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori in ambito aziendale.

La missione aziendale è volta a promuovere la sicurezza della popolazione afferente al proprio ambito territoriale, **attraverso la riduzione dei fattori di rischio e dei comportamenti a rischio** ed attraverso l'erogazione di prestazioni assistenziali tecnicamente adeguate e sicure nei confronti del rischio infettivo.

### 4. VISION

La visione strategica aziendale auspica uno scenario futuro in grado di rispecchiare gli ideali, i valori e le aspirazioni aziendali, riassumibili nello slogan "Uniti si vince", fondato su una **lotta consapevole contro le ICA** da parte dell'**intera popolazione** afferente all'ambito assistenziale aziendale e in particolare mediante la **partecipazione informata** alla pianificazione e all'attuazione dei programmi da parte dei pazienti e degli operatori e di tutti coloro, che, a vario titolo, possono venire esposti al rischio di infezioni correlate all'assistenza e che in diversa misura partecipano all'elaborazione e all'applicazione dei programmi.

---

<sup>8</sup> **Ruolo informativo:** leader come centro nevralgico della rete informativa. **Ruolo decisionale:** leader come protagonista del processo decisionale per la determinazione. **Ruolo relazionale:** leader come centro della rete di rapporti interni ed esterni all'organizzazione.

La visione strategica aziendale equivale all'insieme degli **obiettivi di lungo periodo**, definiti dalla Direzione Aziendale, ed include altresì la visione generale della problematica della sicurezza della popolazione nei confronti del rischio infettivo e l'interpretazione, nel lungo periodo, del ruolo dell'azienda nel contesto sanitario e sociale, soprattutto per quel che concerne l'ambito territoriale provinciale, che è quello proprio dell'azienda, ma anche per quel che riguarda l'ambito regionale e nazionale (segnatamente nell'ottica di un'auspicata rete regionale e nazionale per la lotta alle malattie infettive).

La visione strategica consiste nell'indirizzo fornito da parte della Direzione Aziendale, per la definizione degli **ambiti prioritari** di azione e dei metodi da adottare per il conseguimento degli obiettivi.

## 5. **OBIETTIVI**

Gli obiettivi devono possedere alcuni requisiti specifici, quali la specificità, la misurabilità, la sostenibilità e la realizzabilità in un "intervallo temporale" prefissato.

### a. In merito all'intervallo temporale.

Essi comprendono:

- Obiettivi di breve periodo, da raggiungere entro un anno;
- Obiettivi di medio periodo, da raggiungere entro 2-3 anni;
- **Obiettivi di lungo periodo**, da raggiungere entro 5 anni.

### b. In merito ai requisiti.

Gli obiettivi devono possedere le seguenti caratteristiche:

- ✓ essere basati su specifici bisogni (rilevati /stimati nella popolazione e conseguenti – in via del tutto prioritaria - ad una attenta valutazione dei rischi esistenti nelle strutture aziendali) e/o sulla domanda espressa dalla popolazione o, anche, su eventuali mandati istituzionali (leggi, norme, ecc.);
- ✓ essere misurabili mediante indicatori;
- ✓ contenere l'indicazione del tempo necessario al loro conseguimento;
- ✓ essere coerenti con le risorse presenti/da acquisire;
- ✓ essere coerenti con le direttive e le normative esistenti;
- ✓ essere coerenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovra-ordinati (Direzione sanitaria dell'Azienda, Assessorato alla Sanità della Regione, Ministero della Salute).

### c. In merito al contesto

Gli obiettivi devono essere :

- ✓ espliciti;
- ✓ concordati con la Direzione Generale;
- ✓ essere comunicati ai Responsabili dei Dipartimenti /Distretti;
- ✓ essere discussi con i Responsabili dei Dipartimenti/Distretti;
- ✓ essere sottoposti a riesame<sup>9</sup> (revisione) periodicamente a scadenze prefissate e ogni qualvolta ve ne sia la necessità;
- ✓ essere portati a conoscenza di tutto il personale (diffusione capillare);
- ✓ essere comunicati all'utenza attraverso la Carta dei Servizi .

---

<sup>9</sup> Il **riesame** si può rendere necessario per: - sostanziali aggiornamenti delle conoscenze professionali (scientifiche) e/o delle procedure e/o delle tecnologie; - cambiamenti organizzativi; cambiamenti dello status e del ruolo dell'Azienda; - aggiornamenti legislativi o normativi nazionali e/o regionali in materia di lotta (ovvero prevenzione, sorveglianza e controllo) delle ICA.

d. In merito alle finalità

Gli obiettivi devono garantire:

- ✓ la qualità tecnica<sup>10</sup> e la sicurezza delle prestazioni;
- ✓ la qualità organizzativa;<sup>11</sup>
- ✓ i diritti e la soddisfazione degli utenti;
- ✓ la sicurezza e la soddisfazione degli operatori;

e. In merito alla certificabilità

Deve essere documentabile:

- ✓ l'attivo coinvolgimento dei Responsabili dei Dipartimenti/Distretti circa gli obiettivi espliciti, concordati con la Direzione Generale (corrispondenza, verbali degli incontri, documenti amministrativi);
- ✓ l'evidenza di una revisione periodica degli obiettivi (basata sui criteri forniti da un apposito rationale di revisione degli obiettivi)

f. Partecipazione dei Dipartimenti /Distretti interessati

Deve essere assicurata evidenza scritta (verbali, relazioni, dati di attività, ecc.) attestante il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti/Distretti/Servizi aziendali nella progettazione, nell'attuazione e nella verifica dei programmi di prevenzione e di gestione delle ICA, per le rispettive aree di competenza.<sup>12</sup>

## 6. PIANO STRATEGICO TRIENNALE

La responsabilità della promozione e dell'organizzazione e dell'attuazione del Piano Strategico Triennale di prevenzione e gestione delle ICA, ovvero del Piano di Sicurezza nei confronti del rischio infettivo, è in capo al Direttore Generale.

Il Piano/Programma Strategico concernente la lotta alle ICA (ovvero la *gestione del rischio infettivo*) viene pubblicato, aggiornato e approvato dal Direttore Generale.

Il Direttore Generale è responsabile della formulazione di un Documento (PIANO/PROGRAMMA STRATEGICO TRIENNALE) :

- a) relativo al controllo del rischio infettivo presente nel contesto dei diversi servizi/strutture assistenziali dell'azienda (ospedali pubblici e privati accreditati, residenze sanitarie assistenziali e case protette, assistenza domiciliare, ecc. );
- b) in cui vengano descritti tutti gli elementi propri della progettazione e, in particolare, i compiti dei singoli soggetti coinvolti ;
- c) che sia in grado di supportare la totalità dei servizi e delle strutture aziendali presenti sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale;

---

<sup>10</sup> La **qualità tecnica** si riferisce all'appropriatezza d'uso di tecnologie efficaci da parte delle figure competenti, finalizzata in sanità al miglior risultato di salute per il singolo e per la comunità.

<sup>11</sup> La **qualità organizzativa** è la sommatoria dell'insieme delle modalità di governo/regolazione/controllo del sistema, finalizzata ai medesimi obiettivi. La qualità percepita dall'utente è intesa come scarto tra osservato ed atteso nel ricevere e dall'operatore nel vissuto dell'organizzazione.

<sup>12</sup> Esempi di Servizi interessati sono: il Laboratorio di Microbiologia, le Camere operatorie, il Servizio di sterilizzazione, il Servizio di Lavanderia, il Servizio di Pulizie, il Servizio di Ristorazione (Cucina/Mense), l'Ufficio Provveditorato, il Servizio Tecnico, il Servizio Mortuario, la Farmacia. N.B.: Anche se attualmente alcuni dei servizi citati sono affidati in appalto a ditte esterne all'ASP (e alle sue strutture sanitarie) resta comunque indispensabile un loro diretto coinvolgimento.

d) che definisca gli obiettivi aziendali prioritari, coerentemente con altri obiettivi aziendali.

In particolare, tale programma/piano triennale deve:

- a) definire gli obiettivi aziendali prioritari in materia di lotta contro le ICA, in maniera coerente con altri obiettivi aziendali;
- b) sviluppare ed aggiornare, di continuo, **linee guida operative** ed altro tipo di raccomandazioni in materia di prevenzione e sorveglianza ;
- c) promuovere ed incentivare atteggiamenti e comportamenti assistenziali che siano sicuri e coerenti con le regole di buona prassi;
- d) prevedere dei sistemi di sorveglianza per settori specifici e per problematiche particolari (infezioni nelle UTI, infezioni del sito chirurgico, infezioni da germi multi-resistenti, consumo di antibiotici, consumo molecola idro-alcolica, ecc.);
- e) prevedere un sistema di verifica e valutazione degli interventi attuati e della loro efficacia;
- f) prevedere un programma di formazione iniziale (al momento dell'assunzione) e continua del personale;
- g) incrementare la disponibilità dei materiali e dei prodotti e dei dispositivi medici e dei dispositivi di protezione collettiva e individuale e facilitarne l'accesso da parte del personale;
- h) promuovere l'istituzione di Gruppi di lavoro permanenti o temporanei (GOIP /GOIT), incaricati della prevenzione e del monitoraggio di alcune particolari patologie (sepsi, infezioni da legionella, infezione da TBC, ecc ...) o la collaborazione con i gruppi di lavoro già esistenti (istituiti).

## **7. PROGRAMMA ANNUALE di PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA**

I Programmi di Controllo delle ICA, oltre che interessare gli operatori sanitari, devono anche riguardare il personale amministrativo e gli operatori addetti alla manutenzione degli impianti, all'approvvigionamento dei materiali e dei presidi medicali e alla formazione del personale.

Il Programma di Controllo delle ICA, per essere efficace, deve essere attuato integralmente e deve includere oltre alle **attività di prevenzione** e di **sorveglianza** anche le **attività di formazione** del personale e di addestramento sul campo, laddove previsto.

Il programma deve essere promosso, validato e supportato dalla Direzione Aziendale.

(Per determinate problematiche, laddove previsto, il programma dovrà beneficiare di supporto, sia a livello regionale che nazionale.)

A tale programma annuale possono prendere parte anche eventuali associazioni di malati (Tribunale per i diritti del Malato-Cittadinanza attiva) che ne fanno richiesta, eventuali organizzazioni professionali (Ordine dei Medici, ecc. ) e accademiche (Società scientifiche) .

## **8. RENDICONTAZIONE**

Viene redatta una **relazione consuntiva annuale**, concernente le attività di prevenzione e di sorveglianza e controllo delle ICA.

## **9. ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ**

L'articolazione organizzativa dei programmi viene stabilita ed espressamente indicata nel contesto dell'**Atto Aziendale**, con descrizione e specificazione dei compiti e delle responsabilità dei singoli **attori** del programma, soprattutto per quanto attiene agli aspetti gestionali del programma di lotta contro le ICA, ma anche per quanto concerne l'integrazione con la gestione del rischio clinico e del governo clinico.

La responsabilità della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) investe ciascun individuo (operatore, volontario, studente, tirocinante, familiare, *care giver*, ecc.) ed ogni struttura/servizio (ospedale pubblico, case di cura accreditate, ambulatori territoriali aziendali o di medici convenzionati con il SSN, residenze sanitarie assistenziali, case protette, assistenza domiciliare) che forniscono assistenza sanitaria (o servizi alla persona) nell'ambito di un progetto, programma o percorso gestito dall'Azienda Sanitaria.

È richiesta la collaborazione di tutti gli operatori ed in particolare degli operatori sanitari), ma anche la partecipazione informata e consapevole del paziente o del familiare/*care giver* che gli presta assistenza.

Quanto sopra nell'obiettivo prioritario di conseguire una riduzione del rischio di ICA a carico del pazienti e di ogni loro contatto, così come a carico degli operatori sanitari e dei loro contatti e di qualsiasi altro soggetto che a vario titolo può risultare esposto a tali infezioni (visitatori, studenti, tirocinanti, personale di assistenza volontaria, personale di assistenza religiosa, personale addetto alla ristorazione, personale addetto alle pulizie, operatori di ditte esterne presenti occasionalmente e qualsivoglia altro tipo di frequentatore, ecc.).

## **10. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Viene organizzata e pianificata (piano annuale di formazione/piano triennale di formazione) la formazione del personale, relativamente alla prevenzione del rischio infettivo nella struttura sanitaria.

In particolare, va attuata e documentata l'attività di formazione/aggiornamento continuo del personale di tutti i Dipartimenti/Servizi della struttura sanitaria, finalizzata allo sviluppo professionale di ciascun operatore in materia di prevenzione e gestione delle ICA, coerentemente con quanto contemplato nel piano di formazione aziendale.

Viene definito l'insieme delle funzioni, delle responsabilità e dei programmi annuali di formazione per ciascuna figura professionale delle singole strutture operative coinvolte.

Vengono formalizzate le modalità previste per favorire interventi formativi del personale di nuova acquisizione, all'atto del trasferimento o in occasione del cambiamento di mansioni, o dell'introduzione di nuove attrezzature o nuove tecnologie.

Vengono predisposti dei protocolli scritti, adeguatamente pubblicizzati e/o fatti oggetto di corsi di **formazione specifica** (da redigere, organizzare ed aggiornare almeno annualmente), concernenti le procedure da attuarsi e le misure igieniche da applicare per evitare/limitare i rischi da esposizione a materiali biologici e l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Deve essere predisposto ed essere documentabile un *piano di formazione* per gli operatori, contenente:

- l'analisi dei bisogni formativi;
- la definizione degli obiettivi di apprendimento;
- la pianificazione delle modalità di acquisizione e di valutazione.

Deve essere individuata la responsabilità del **Coordinamento del piano di formazione**, che va esercitata collegialmente quantomeno: da un medico di Direzione Sanitaria, da un medico di Distretto e da un infermiere epidemiologo addetto al controllo delle infezioni (ICI), appositamente designati.

È predisposto un **Piano Annuale** di formazione/aggiornamento del personale, riguardante il rischio infettivo nella struttura sanitaria ed inserito nel progetto di formazione dell'Azienda.

Deve essere individuato un **referente /responsabile** medico e/o infermieristico per le attività di formazione in materia di prevenzione del rischio infettivo, facente parte del CICA (un componente del Comitato)

Deve essere documentabile almeno un evento di formazione/aggiornamento interno annuo per ciascuna figura professionale, che preveda una fase di verifica.

Il **Piano di Formazione** deve contenere l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione delle modalità di acquisizione e di valutazione, coerentemente con gli obiettivi aziendali e con eventuali Linee guida, esistenti in materia di formazione degli operatori aziendali.

Oltre il 70 % del personale neoassunto, entro 1 mese dall'inizio dell'attività, **dovrebbe** essere formato circa il rischio infettivo nella struttura sanitaria.

Va nominato un **responsabile medico e/o infermieristico per il coordinamento delle attività di prevenzione** del rischio infettivo nella struttura sanitaria, facente parte del CICA.

Deve essere documentabile e verificabile almeno un'iniziativa di formazione/aggiornamento interna annua (riunioni, gruppi di studio, socializzazione delle conoscenze acquisite in altre sedi, ecc.), per ciascuna figura professionale (medici, infermieri, O.S.S., tecnici, ecc.) della durata di almeno 1 ora/ dipendente.

Deve essere previsto e documentato almeno un evento interno annuo di formazione/aggiornamento della durata di 1 ora/dipendente.

Viene prevista una verifica dell'efficacia dell'attività formativa al termine di ogni singolo evento formativo ed eventualmente a distanza di mesi (4-8-12 mesi), attraverso test, relazioni scritte, ecc.<sup>13</sup>

Dovranno essere valutate la corretta esecuzione delle principali procedure, l'individuazione degli eventi sentinella, la gestione delle epidemie, la modifica dei comportamenti, ecc.

Devono essere previsti adeguati strumenti per l'aggiornamento in materia di prevenzione del rischio infettivo (facilmente fruibili: orario e luogo).

Gli argomenti oggetto di formazione devono basarsi su problemi identificati, efficaci, condivisi. Se lo schema progettuale prevede l'individuazione del problema, del bisogno formativo, del programma di formazione, la completezza della formazione deve essere in funzione di un'adeguata risoluzione del problema identificato.

Per **obiettivo di apprendimento o educativo misurabile** si intende qualcosa che il discente deve saper fare alla fine del periodo di formazione, espresso in modo tale che osservatori/valutatori diversi possano essere d'accordo sul fatto che sia stato raggiunto; l'analisi dei bisogni formativi deve essere redatta annualmente e deve essere orientata alla gestione della prevenzione, della sorveglianza e del controllo del rischio infettivo prendendo in esame anche i bisogni dell'utenza (pazienti e parenti), i bisogni interni dell'Azienda, la sicurezza degli operatori e la gestione ottimale delle risorse.

---

<sup>13</sup> Eccellenza: viene prevista una verifica al termine di ogni iniziativa di formazione e a distanza di un anno. Minima: È viene prevista una verifica al termine di ogni evento di formazione.

# ALLEGATI

	<b>SCHEDA RILEVAZIONE ICA</b>	<b>REPERTORIO CICA N. ___/2013</b>
<b>Data compilazione</b> ___/___/___		<i>Apporre etichetta con dati anagrafici del paziente e n. pratica ricovero/prestazione</i>
<b>○ CONDIZIONI PAZIENTE (ASA):</b> Da indicare sempre al momento dell'ingresso del paziente. In caso di infezione, indicare le condizioni al momento della sua insorgenza.	<b>I</b>	Condizioni di buona salute
	<b>II</b>	Patologia sistemica senza limitazione funzionale
	<b>III</b>	Patologia che comporta limitazione funzionale
	<b>IV</b>	Grave patologia sistemica che comporta pericolo di vita
	<b>V</b>	Sopravvivenza < 24 h indipendentemente da intervento chirurgico
<b>○ FATTORI di RISCHIO:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Catetere urinario : n. giorni</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>Drenaggi : n. giorni</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>CT (alte dosi)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ventilazione Meccanica &gt; 24 ore</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Catetere Venoso Centrale: n. giorni</b> _____		
<input type="checkbox"/> breve termine	<input type="checkbox"/> lungo termine, tunnellizzato	<input type="checkbox"/> (□ giugulare, □ succlavia, □ femorale) <input type="checkbox"/> port-a-cath
<input type="checkbox"/> <b>Intervento chirurgico:</b> (individuare la classe di intervento, vedi definizione sul retro)		
<input type="checkbox"/> pulito	<input type="checkbox"/> pulito contaminato	<input type="checkbox"/> contaminato <input type="checkbox"/> sporco <input type="checkbox"/> non rilevabile
<input type="checkbox"/> <b>INFEZIONE OSPEDALIERA:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
<b>se si, specificare: DATA INSORGENZA</b> _____		
<b>○ LOCALIZZAZIONE INFEZIONE:</b>		
<input type="checkbox"/> Polmonite		
<input type="checkbox"/> Infezione ferita chirurgica	<input type="checkbox"/> Superficiale (*) <input type="checkbox"/> Profonda <input type="checkbox"/> Organo/Cavità	
<input type="checkbox"/> Infezione del catetere venoso	<input type="checkbox"/> Locale (vedi definizioni sul retro)	
	<input type="checkbox"/> Sistemica (batteriemia catetere-correlata)	
<input type="checkbox"/> Infezione vie urinarie	<input type="checkbox"/> Sintomatica <input type="checkbox"/> Asintomatica	
<input type="checkbox"/> Infezione addominale		
<input type="checkbox"/> Infezione del sangue	<input type="checkbox"/> Batteriemia confermata microbiologicamente	
	<input type="checkbox"/> Sepsi clinica ( * )	
<input type="checkbox"/> Infezione disseminata (vd. definizione sul retro)		
<input type="checkbox"/> Febbre di origine sconosciuta	<input type="checkbox"/> Nosocomiale	
<b>(F.U.O. vd. definizioni sul retro)</b>	<input type="checkbox"/> Paziente neutropenico	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____		
<b>○ GRAVITA DELL'INFEZIONE:</b>	<input type="checkbox"/> Ha determinato il decesso del paziente	
	<input type="checkbox"/> Ha richiesto ricovero in UTI	
	<input type="checkbox"/> Ha richiesto interv. chirurgico o radiologia interventistica	
	<input type="checkbox"/> Ha richiesto terapia antibiotica, per n. giorni _____ e con i seguenti farmaci: _____	
	<input type="checkbox"/> Nessuna di queste (specificare: _____)	
<b>○ GERME/I ISOLATO/I</b> _____ <b>oppure, <input type="checkbox"/> nessun germe isolato</b>		
<b>○ EVENTUALI OSSERVAZIONI:</b> _____		
Originale da tenere in cartella clinica	<i>firma e timbro del medico</i>	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO  
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA)



PROGRAMMA ATTIVITÀ ANNO 2013

SORVEGLIANZA

**1. SORVEGLIANZA "A PARTENZA DALLA MICROBIOLOGIA"**

- Segnalazione ai Servizi /UU.OO. di microrganismi *alert* (ovvero *sentinella*) in quanto espressione di ceppi resistenti alle principali classi di antibiotici;
- Trasmissione ai Servizi/UU.OO. dei *report* contenenti i principali isolamenti microbiologici.

**2. SORVEGLIANZA A PARTENZA DALLA FARMACIA**

- Calcolo del consumo di antibiotici da parte dei pazienti ricoverati/trattati. Detto calcolo viene espresso in DDD (Daily Defined Dose) per 100 giorni di degenza/trattamento.

**3. SORVEGLIANZA DELLE ESPOSIZIONI OCCUPAZIONALI AD AGENTI BIOLOGICI**

- Segnalazione da parte dei Medici Competenti di tutte le esposizioni accidentali ad agenti biologici.

**4. SORVEGLIANZA "A PARTENZA DAI SERVIZI/UNITÀ OPERATIVE"**

- Segnalazione da parte dei Referenti /Facilitatori di tutte le infezioni acquisite correlate con un atto assistenziale e acquisite nel corso o nel decorso di un episodio assistenziale.

## CONTROLLO

### 1. RILEVAZIONE INDICATORI

- Consumo molecola idroalcolica
- Tracciabilità processo di sterilizzazione
- Verifica applicazione misure di isolamento

### 2. ELABORAZIONE PROCEDURE/PROTOCOLLI

- Elaborazione e sistematica revisione ed aggiornamento delle procedure/protocolli aziendali da adattare ad un contesto unificato.

### 3. MONITORAGGIO PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI

- Valutazione periodica, mediante form predisposto, dell'applicazione delle principali raccomandazioni di categoria IA e IB di cui al compendio del CCM.

### 4. STUDIO di PREVALENZA TERAPIA ANTIBIOTICA

- Valutazione in tutti i Servizi / Unità Operative dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti, della prevalenza del ricorso ad antibiotici tramite una rilevazione puntuale, in due giornate a distanza di 4-5 mesi, di tutte le terapie eseguite in quel giorno e della relativa correlazione con scelta mirata (isolamento microbiologico) o empirica.

## FORMAZIONE

### ARGOMENTI

Lavaggio Mani

Adozione e/o implementazione della molecola idroalcolica

Nozioni di epidemiologia delle ICA :  
principali aspetti e monitoraggio degli interventi.

Infezioni del sito chirurgico.

### FIGURE PROFESSIONALI

Medici /Infermieri Professionali / OSS

Medici /Infermieri professionali  
(Referenti/Facilitatori di Unità Operative /Servizi)

Medici/ Infermieri professionali.

**SCHEDA****ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.**

<b>Livello</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<b>1° Livello</b> <b>Comitato Strategico Aziendale</b> per il controllo e la gestione delle ICA in ambito ospedaliero e territoriale	Vedi delibera CICA	<p><b>1) Stesura dei Programmi</b> Definizione annuale delle strategie di intervento per il controllo delle ICA Designazione dei Gruppi Operativi. Assegnazione delle responsabilità specifiche a ciascuno dei due ambiti assistenziali (ospedaliero e territoriale) e garanzia delle attività di coordinamento ed integrazione operativa tra Ospedale e Territorio.</p> <p><b>2) Risultati attesi</b> Report periodico sul monitoraggio delle ICA e sull'impiego degli antibiotici e della molecola idroalcolica Relazione consuntiva annuale</p> <p><b>3) Individuazione del Budget di riferimento per i Programmi</b>, da concertare con la Direzione Generale. Definizione e quantificazione della forza-lavoro, opportunamente formata (tenendo conto sia delle dimensioni che delle peculiarità dell'assistenza ospedaliera per acuti e di quella residenziale) e delle ore di lavoro necessarie per la attuazione del Programma Annuale.</p> <p><b>4) Definizione del ruolo e delle modalità di integrazione e dei rapporti con altre Unità Organizzative/Professionalità detentrici di specifiche competenze per il governo del Rischio Infettivo</b> Governo clinico. Accreditamento e qualità. Salute e sicurezza degli operatori. Sicurezza strutturale.</p> <p><b>5) Definizione del ruolo e delle modalità di integrazione e dei rapporti con i restanti Dipartimenti e Servizi</b> (edilizia, attrezzature, dispositivi medici, acquisizione servizi) Devono essere garantite competenze e consulenze per la prevenzione delle ICA nel contesto delle attività di tutti i Dipartimenti e di tutte le Unità Operative (sia sanitarie, che tecnico-amministrative di supporto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commissioni terapeutiche;</li> <li>- Commissioni dei dispositivi medici;</li> <li>- Consulenza sugli aspetti igienici relativi al ricondizionamento di attrezzature o presidi e ausili;</li> <li>- Consulenze per progettazioni o ristrutturazioni edilizie,</li> <li>- Consulenze per l'acquisizione di apparecchiature e attrezzature con forte impatto sul mantenimento delle garanzie di igiene.</li> </ul>

Livello	Composizione	Funzioni
<b>2° Livello</b> <b>Gruppi operativi ospedalieri</b> per il controllo e la gestione delle ICA	Vedi delibera Di Istituzione e funzionamento del CICA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Coordinamento delle attività ed integrazione operativa con gli altri Gruppi Operativi (Ospedaliero e Territoriale)</li> <li>2 Svolgimento dei Programmi definiti dal Comitato Strategico in funzione delle risorse/budget assegnati.</li> <li>3 Identificazione dei referenti di U.O./Struttura per le ICA</li> <li>4 Lavoro in rete con le altre unità organizzative deputate al controllo e alla gestione delle ICA</li> </ol>
<b>2° Livello</b> <b>Gruppo operativo territoriale</b> per il controllo e la gestione delle ICA	Vedi delibera Di Istituzione e funzionamento del CICA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Coordinamento delle attività e integrazione operativa con i Gruppi Operativi Ospedalieri</li> <li>2 Svolgimento dei Programmi definiti dal Comitato Strategico in funzione delle risorse/budget assegnati.</li> <li>3 Identificazione dei referenti di U.O./Struttura per le ICA</li> <li>4 Lavoro in rete con le altre unità organizzative deputate al controllo e alla gestione delle ICA</li> </ol>
<b>3° Livello</b> <b>Referenti/Facilitatori</b> di U.O./Struttura Operativa	Medici ed infermieri: - uno per ciascuna U.O./Struttura Operativa, - appositamente formati.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Affiancamento/Supporto al Gruppo Operativo di riferimento.</li> <li>2 Attuazione delle politiche di sorveglianza e controllo stabilite.</li> <li>3 Lavoro in rete con il Gruppo Operativo di riferimento e con gli altri Referenti di Gruppo.</li> </ol>