



**RACCOMANDAZIONI CIVICHE
SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

“Progetto Prevenzione infezioni ospedaliere”

Realizzato dal
Tribunale per i Diritti del Malato
Cittadinanzattiva

In collaborazione con esperti di:

ACOI - Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

AICO - Associazione Infermieri di Camera Operatoria

ANIPIO - Associazione Nazionale Infermieri per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere

ANMDO - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

EUNETIPS - European Network to promote Infection Prevention for Patient Safety

SIMPIOS - Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie



Con il sostegno non condizionato di:





INDICE

1) Cosa sono le infezioni correlate all'assistenza (ICA)	4
2) Normativa di riferimento – principali disposizioni	10
3) Breve illustrazione del progetto “Prevenzione delle infezioni ospedaliere“	13
4) Perché una Raccomandazione Civica sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	17
5) Finalità della raccomandazione civica	18
6) Soggetti interessati alle raccomandazioni	19
7) Le raccomandazioni	21
8) Ringraziamenti	32



1. COSA SONO LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Con il termine “infezioni ospedaliere”, si intende quelle contratte in ospedale e comprende tutte le infezioni che non sono manifeste, né in incubazione, al momento del ricovero, ma insorgono durante, o dopo l'ospedalizzazione, e da questa sono determinate. Le infezioni acquisite in ospedale, comprendono anche quelle che il personale ospedaliero può contrarre nell'assistenza ai malati. 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 '90 sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra ospedalieri (Residenze sanitarie assistite per anziani; Assistenze domiciliari; Assistenze ambulatoriali). Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria (ICA).

Le infezioni correlate all'assistenza sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria, e sono state dichiarate dall'OMS un problema rilevante per la salute pubblica; hanno infatti un forte impatto sulla salute dei cittadini, oltre che un considerevole costo economico.

Uno studio del Ministero della Salute, del 2007, evidenzia che in Italia ogni anno si verificano dalle 450 alle 700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale, e che queste attengono soprattutto ad infezioni sistemiche, infezioni dell'apparato urinario, dell'apparato gastro-enterico, dell'apparato respiratorio, del sito chirurgico, della cute. Si stima inoltre, che di tali infezioni circa il 30%, sia potenzialmente prevenibile (135 - 210 mila), e che sia direttamente causa di decessi nell'1% dei casi (vi sarebbero quindi, circa 1350 - 2100 decessi prevenibili in un anno).

La frequenza con cui compare una complicanza infettiva correlata all'assistenza si attesta mediamente attorno al 5 - 10% dei pazienti ricoverati in ospedale, al 5% di quelli residenti



in strutture per anziani, ed al 1% dei pazienti assistiti a domicilio¹. La possibilità di insorgenza di una infezione correlata all'assistenza, durante un ricovero è strettamente legata allo stato immunitario del paziente, al tipo di procedure effettuate, ai giorni di ricovero, ma può dipendere anche dalle modalità di assistenza, dai comportamenti dei vari operatori sanitari, dalla tipologia di procedure diagnostiche-terapeutiche-assistenziali e dalla messa in pratica di sistemi di prevenzione e controllo.

Queste ultime, se ben attuate, possono ridurre di molto il rischio di insorgenza. Anche la collaborazione di pazienti e familiari è un elemento decisivo nel prevenire l'insorgenza delle ICA.

E' però importante sapere che non tutte le ICA possono essere prevenute e che esiste comunque un rischio infettivo.

Contrarre una infezione correlata all'assistenza comporta un peggioramento della salute del paziente, sofferenza e dolore, rischio di vita, con costi sociali per la perdita di giornate lavorative e spesso con aggravii che ricadono sui familiari per l'assistenza. Inoltre, va considerato anche il costo aggiuntivo per il prolungamento della degenza, degli esami diagnostici e delle terapie aggiuntive. Sono aggravii di spesa per il Servizio sanitario Nazionale, che solo relativamente al prolungamento della degenza si possono stimare tra i 500-2000 euro al giorno.

I reparti più a rischio, sono quelli relativi alle Terapie Intensive, ai Trapianti, alle oncologie, quelli per gli emodializzati e per i pazienti emato-oncologici, dove sono ricoverate persone che spesso presentano un sistema immunitario depresso. Hanno la loro rilevanza, come prevalenza di aree a rischio, anche le sale operatorie, i reparti di cardiocirurgia, patologia neonatale, neurochirurgia, chirurgia generale e di urgenza, medicina interna geriatrica, pneumologia, ortopedia e traumatologia.

Numerosi fattori possono aumentare il rischio di contrarre una infezione correlata all'assistenza, tra i quali i principali sono l'esposizione a procedure invasive diagnostiche o

¹ Dati del 2008 del Ministero della salute - Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm).



terapeutiche, e la presenza di condizioni o malattie che aumentano la suscettibilità alle infezioni.

Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono:

- 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.

Principali modalità di trasmissione delle Ica:

- Contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani.
- Contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire, da una persona infetta a 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.

Tipologia delle infezioni

Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, 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 a un calo 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.

Per quanto riguarda i microrganismi coinvolti, variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi, come *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* e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.**

Inoltre, a partire dal 1988 sono state segnalate negli Stati Uniti numerose epidemie di tubercolosi multiresistente 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.

Si è evidenziato inoltre che l'Italia sia uno dei Paesi europei con la proporzione più elevata di infezioni sistemiche sostenute da *Staphylococcus Aureus* meticillina-resistente (Mrsa) su tutte le infezioni sistemiche da *Staphylococcus Aureus*. Questo microrganismo ha origine prevalentemente ospedaliera e la frequenza di infezioni sistemiche da Mrsa viene utilizzata da diversi Paesi come indicatore di trasmissione di infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

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 di quelle 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.

Fonte: Epicentro http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/infezioni.asp#su#su

D'altro canto esistono conoscenze consolidate su pratiche "sicure" nell'assistenza al paziente, in grado di ridurre significativamente il rischio di contrarre un'infezione nel corso dell'assistenza sanitaria.

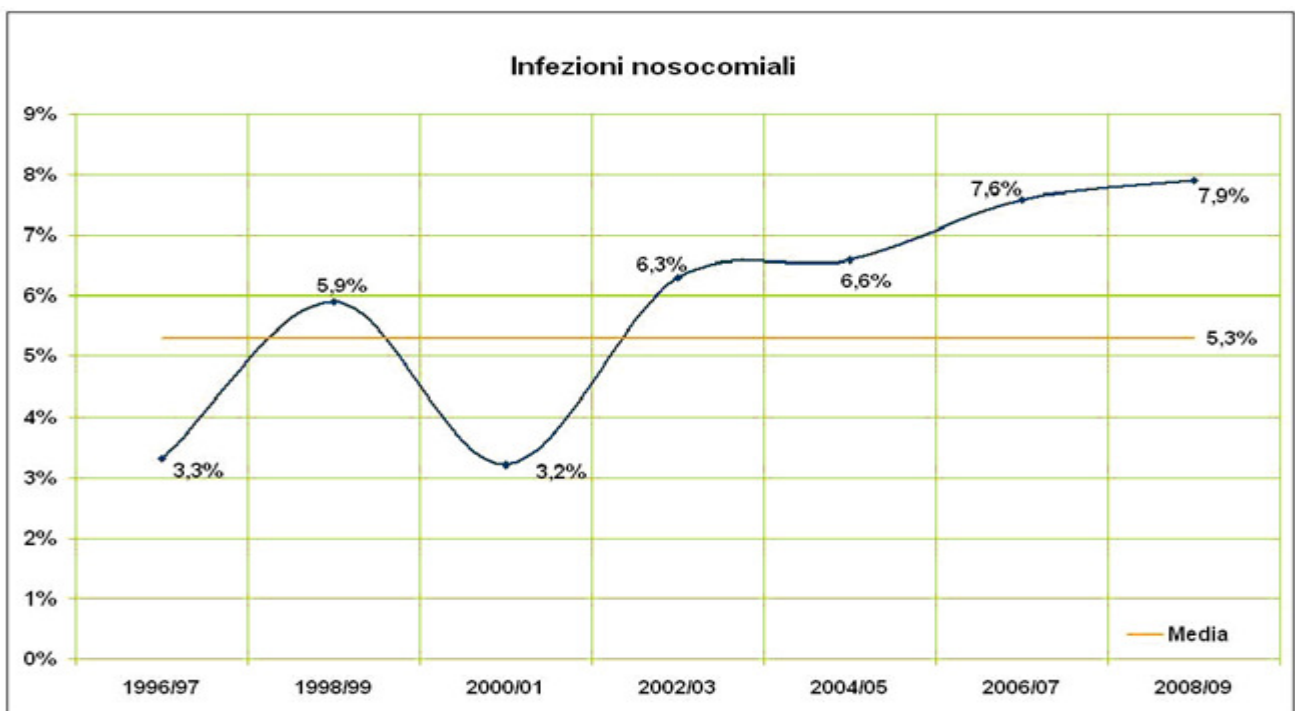
Sistemi in grado di assicurare l'adozione nella pratica di comportamenti professionali "sicuri" sono in grado di ridurre in modo significativo il rischio per il paziente di contrarre una infezione (in alcuni studi fino al 70%).

La prevalenza delle infezioni, stando a dati ECDC, è rimasta sostanzialmente invariata (7%); mentre dai dati pervenuti all'osservatorio di Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato, risulta aumentata la consapevolezza delle implicazioni da esse generate. Infatti attraverso le segnalazioni



spontanee dei cittadini a Cittadinanzattiva, si può notare nel tempo, un costante aumento delle segnalazioni sul tema.

Nel grafico successivo, tratto dal Rapporto Pit Salute del 2010², si evince come le segnalazioni dei cittadini sulle infezioni ospedaliere abbiano avuto un trend in crescita dal 1996 al 2009, superando il 10% delle segnalazioni relative all'area del sospetto errore diagnostico-terapeutico e più in generale sulla sicurezza (10,2% nel 2009, + 4,1% sul 2008 e + 4,9% sul periodo 1996/2009).



² Il Rapporto PiT salute è un esempio di **informazione civica, ovvero** la raccolta di dati e successiva produzione di informazioni sulla realtà da parte dei cittadini, a partire dal loro punto di vista e in relazione alla loro necessità di più ampie garanzie di diritti. L'osservatorio di Cittadinanzattiva è in questo senso privilegiato: **grazie al PIT (Progetto Integrato di Tutela), il servizio di informazione, assistenza e intervento** ai quali i cittadini possono rivolgersi per tutelare i propri diritti, per segnalazioni, proteste, richieste di consigli **in tema di salute**, Cittadinanzattiva possiede il polso non soltanto dei problemi che il nostro Paese si trova ad affrontare, del suo stato di salute o di sviluppo, ma anche di "eventi sentinella" (tali cioè da segnalare una situazione patologica anche se si verificano una volta sola), di problemi nuovi, di tendenze non ancora colte. I dati, pur non avendo alcuna rilevanza da un punto di vista strettamente statistico, rappresentano il termometro delle priorità dal punto di vista dei cittadini.



Da quanto detto, risulta urgente intervenire prevedendo in tutti i presidi ospedalieri la completezza degli elementi organizzativi che sappiamo possono prevenire una parte importante delle infezioni correlate all'assistenza che sono:

- la presenza di un programma di sorveglianza epidemiologica;
- l'attuazione rigorosa di procedure di prevenzione e controllo;
- l'applicazione sistematica di linee guida e l'utilizzo delle check-list;
- la presenza di personale specificamente dedicato (in particolare le Infermiere addette al controllo delle ICA (ICI));
- la presenza ed il reale impegno da parte dei Comitati Infezioni Ospedaliere, che devono vigilare e assicurare che vengano svolte tutte le pratiche per implementare la sicurezza e ridurre i rischi;
- una maggiore attività di formazione e informazione volta ad incentivare e sistematizzare una migliore "cultura della sicurezza" per: professionisti sanitari, cittadini e tutte le figure che in qualche modo entrano in gioco nel sistema.



2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO – PRINCIPALI DISPOSIZIONI

Le indicazioni su come procedere non mancano. Ne riportiamo solo alcune a titolo esemplificativo e non esaustivo.

- **1985 Circolare ministeriale 52/1985: “Lotta alle infezioni ospedaliere”**

Ha raccomandato l’avvio di un programma di controllo delle infezioni in ciascun presidio ospedaliero, che includa la costituzione di un Comitato multidisciplinare, l’istituzione di un gruppo operativo, il dotarsi di personale infermieristico dedicato (Infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere - ICI). Ha affidato alle Regioni il compito di coordinare le attività e di rinforzare i programmi di formazione professionale.

- **Circolare ministeriale 8/1988: “Lotta alle infezioni ospedaliere: “la sorveglianza”**. Definisce i criteri standardizzati per la definizione e la diagnosi dei diversi siti di infezione ospedaliera ed i metodi di sorveglianza. Raccomanda di utilizzare oltre ai dati del laboratorio anche sistemi di sorveglianza “attiva”. Definisce inoltre i metodi di sorveglianza da adottare, ed un rapporto posti letto/infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) di 250 - 400 per ogni figura infermieristica a tempo pieno.

- **DPR 13 settembre 1988: “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”**. Viene menzionato il Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, “al fine di accertare la qualità dell’assistenza sanitaria, per conferire maggiore professionalità agli atti tecnici essenziali”.

- **DM 24 luglio 1995: “Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale”**.

Il Ministero della Salute inserisce tra gli indicatori attraverso i quali viene misurata l’efficienza e la qualità delle cure erogate il numero di casi di infezioni ospedaliere per mille dimissioni.

- **Piano sanitario nazionale 1998-2000 – DPR 23 luglio 1998**. Conferma l’importanza delle infezioni ospedaliere come indicatore della qualità dell’assistenza prestata ai pazienti ricoverati; pone, fra gli obiettivi per il triennio di riferimento, **la riduzione di almeno il 25% dell’incidenza delle infezioni e l’attivazione di un programma per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni in ogni**



presidio ospedaliero, indicando l'esistenza di un programma di controllo (basato sul Comitato, la disponibilità di personale addestrato e di protocolli e procedure scritte) quale criterio per l'accreditamento delle strutture. Tale obiettivo è stato ripreso dal **PSN 2002-2004**³.

- **PSN 2003-2005** prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, **la sorveglianza delle infezioni nosocomiali** e di quelle a trasmissione iatrogena.

- **PSN 2006-2008** prevede, **tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.**

- **15 dicembre 2008 la Commissione Europea per la sicurezza sanitaria e le infezioni correlate all'assistenza** ha presentato una comunicazione e una proposta di raccomandazione affinché gli stati membri promuovano iniziative per migliorare la sicurezza sanitaria dei pazienti.

- **9 giugno 2009 il Consiglio dell'Unione Europea emette delle Raccomandazioni sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.**; Si parla di: creazione e elaborazione di politiche e programmi nazionali in materia di sicurezza dei pazienti; sostegno allo sviluppo di sistemi e procedure; strumenti più sicuri e di facile impiego, compreso l'uso di tecnologie dell'informazione e della comunicazione; revisione e aggiornamento regolari delle norme di sicurezza e /o delle migliori pratiche applicabili all'assistenza sanitaria; inclusione di un approccio specifico volto a promuovere pratiche di sicurezza per la prevenzione di eventi sfavorevoli più frequenti, quali gli eventi correlati alle medicazioni, le infezioni associate all'assistenza sanitaria e le complicazioni che si verificano durante e dopo un intervento chirurgico; ancora, di responsabilizzare e informare i cittadini e i pazienti tramite il coinvolgimento a tutti i livelli appropriati delle organizzazioni e dei rappresentanti dei pazienti nell'elaborazione di politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti. Di fornire ai pazienti informazioni concernenti le norme in vigore in materia di sicurezza dei pazienti, i rischi e le misure di sicurezza esistenti. Di promuovere al livello adeguato l'istruzione e la formazione del personale sanitario riguardo alla sicurezza dei pazienti incoraggiando l'istruzione e la formazione multidisciplinare in materia di sicurezza dei pazienti di tutto il personale sanitario, degli altri lavoratori del settore e del competente personale direttivo e amministrativo delle strutture sanitarie. Di adottare e attuare una strategia per la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza che persegua i seguenti obiettivi:

³ Fonte: CCM, www.ccm-network.it



Attuare misure di prevenzione e controllo a livello Nazionale o regionale per sostenere il contenimento delle infezioni (ICA); applicare misure standard e basate sui rischi in materia di prevenzione e controllo delle infezioni in tutte le strutture sanitarie; promuovere la coerenza e la comunicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni tra gli operatori che hanno in cura o assistono un determinato paziente; mettere a disposizione orientamenti e raccomandazioni a livello nazionale; incoraggiare il rispetto delle misure di prevenzione tramite il ricorso a indicatori strutturali e di processo nonché ai risultati dei processi di accreditamento o certificazione in vigore; prevedere infine di istituire un programma di prevenzione e controllo delle infezioni che affronti aspetti quali le modalità organizzative e strutturali, le procedure diagnostiche e terapeutiche (ad es. una politica per l'impiego corretto degli antibiotici), le risorse necessarie e l'informazione dei pazienti; di adeguare misure organizzative per l'elaborazione e il monitoraggio del programma di prevenzione e controllo delle infezioni; di adeguare misure organizzative e personale qualificato per l'attuazione del programma di prevenzione e controllo delle infezioni; di istituire o rafforzare sistemi di sorveglianza attiva organizzando ad intervalli regolari indagini sulla diffusione delle infezioni; di sorvegliare l'incidenza di determinati tipi di infezioni, al fine di raccogliere dati di riferimento nazionali accompagnati da indicatori di processo e strutturali per valutare la strategia.

- **2009, linee guida per l'igiene delle mani nei luoghi di cura.** Uno strumento destinato a tutti i luoghi di cura per il miglioramento delle pratiche igieniche e per la riduzione della trasmissione di patogeni ai pazienti. Il **documento presentato dall'OMS** in occasione dell'iniziativa globale "Safe lives: clean your hands" fornisce una revisione di tutti i dati scientifici sull'igiene delle mani e sulle pratiche attualmente adottate negli ospedali e contiene informazioni tecniche per l'implementazione delle strategie necessarie.

- **Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza** Documento pubblicato dall'agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia Romagna a **Gennaio 2010**. Contiene indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, da adottare nella pratica assistenziale.

- **Surveillance of healthcare-associated infection in europe, 2007 - Report pubblicato a febbraio 2012 dal Healthcare- associated Infections Surveillance Network (Hai- Net)** dell'Ecdc sulla sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza in Europa. Il documento include anche i dati sulle infezioni delle ferite chirurgiche e sulle infezioni ospedaliere nelle unità di Terapia Intensiva Europee.



3. BREVE ILLUSTRAZIONE DEL PROGETTO “PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE”

Cittadinanzattiva, da sempre attenta al tema della **sicurezza** e della **qualità** delle cure sanitarie, nel corso del 2012 ha avviato una nuova campagna di sensibilizzazione sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Questo progetto è stato pensato per dare risposta alle tante segnalazioni e alle richieste di aiuto per i rischi che corrono cittadini e operatori sanitari, e per le gravi conseguenze in termini di salute, prolungamento della degenza, e costi sociali e di cura che esse comportano.

Cosa prevede il progetto. Il progetto prevede un monitoraggio pilota sulle infezioni ospedaliere, in oltre 15 strutture sanitarie, diffuse sul territorio nazionale che volontariamente hanno deciso di aderire e “mettersi in gioco”. Il progetto ha richiesto il pieno coinvolgimento delle Direzioni ospedaliere, degli operatori sanitari e dei cittadini.

L'intento del monitoraggio è quello di fare una “fotografia del livello di attenzione” che viene posto dalle varie strutture sanitarie rispetto alle politiche di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Al termine della rilevazione realizzata in ogni presidio ospedaliero, la struttura si impegna a organizzare un'iniziativa per presentare e discutere i dati emersi e in quella occasione verranno presentate “Raccomandazioni e buone pratiche”.

Quindi, l'obiettivo del progetto, è quello di dare un contributo civico per affrontare il problema delle infezioni; sensibilizzare maggiormente gli operatori sanitari ed i cittadini, con l'intento di capire, cosa funziona e cosa vada invece migliorato al fine di incrementare il livello di attenzione della struttura nella prevenzione delle infezioni.

Per la realizzazione del progetto il Tribunale per i Diritti del Malato si è avvalso del sostegno di un tavolo tecnico di professionisti sanitari, esperti nella prevenzione delle infezioni ospedaliere.



Fasi del progetto.

Fase 1 - Studio preparatorio.

Fase 2 - Costituzione di un Tavolo di lavoro di professionisti esperti sulle infezioni correlate all'assistenza appartenenti a diverse società scientifiche al quale hanno aderito:

- **Luigi Presenti** – *Presidente della Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI);*
- **Francesco Nardacchione** - *Segretario Vicario della Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI);*
- **Giuseppe Mancini**- *Past president- Associazione Infermieri di Camera Operatoria (AICO);*
- **Marcella Pisanelli** - *Referente per il Lazio Associazione Infermieri di Camera Operatoria (AICO);*
- **Lorena Martini** - *Presidente Associazione Nazionale Infermieri per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (ANIPIO);*
- **Gianfranco Finzi** - *Presidente Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO);*
- **Guido Govoni** - *Medico di direzione medica azienda ospedaliera di Bologna - Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO);*
- **Nicola Petrosillo** – *Presidente Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS);*
- **Silvio Brusafferro** – *Presidente della European Network to promote Infection Prevention for Patient Safety (EUNETIPS).*

Fase 3 - Messa a punto degli strumenti di rilevazione.

Fase 4 - Formazione attivisti TDM e coinvolgimento delle strutture ospedaliere.

Fase 5 - Realizzazione del monitoraggio nelle strutture - distribuzione e raccolta questionari compilati.

Fase 6 - Raccolta di tutti i dati e inserimento in banca dati.

Fase 7 - Analisi dei dati e realizzazione di relazioni per ogni struttura e dei dati generali.

Fase 8 - Messa a punto di Raccomandazioni e suggerimenti di “Buone pratiche” con l’ausilio del Tavolo di lavoro.



Fase 9 - Realizzazione delle iniziative in accordo con le Direzioni e i vari operatori sanitari delle strutture partecipanti al progetto, per presentare e discutere i dati emersi, le raccomandazioni e le Buone Pratiche per migliorare la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Strumenti di rilevazione: La rilevazione è stata effettuata attraverso l'utilizzo di più strumenti di indagine, approvati dal Tavolo di lavoro. Di seguito il dettaglio:

- **Foglio Informazioni generali preliminari utili per la rilevazione;**
- **Griglia di osservazione strutturale (da compilare a cura degli attivisti di Cittadinanzattiva.** Rilevazione di eventuali eventi sentinella (es. presenza di topi, scarafaggi, ecc), presenza di griglie di aereazione sporche o impolverate; rifiuti e biancheria sporca abbandonati); rilevazione nei reparti di degenza; dotazioni del reparto; protocolli sui materiali; collocazione dei pazienti; misure assistenziali; pulizia e disinfezione; parenti e visitatori;. sale operatorie; gestione delle medicazioni e delle ferite chirurgiche; sicurezza igienico ambientale.
- **4 questionari per i responsabili della prevenzione e protezione rivolti a:**
 - **Direttore Sanitario** - (13 item) - *sorveglianza e controllo delle I.O.;*
 - **Responsabile Prevenzione e Protezione** - (22 item) - *prevenzione dei rischi;*
 - **Medico Competente o Assistente Sanitario** - (16 item) - *sicurezza del personale; sicurezza igienico ambientale;*
 - **Responsabili Igiene Ospedaliera** (34 item) - *terapia antibiotica; gestione delle ferite chirurgiche; gestione e controllo delle infezioni ospedaliere.*
- **Questionario per medici ed infermieri** - (6 item 57 indicatori) - *Prevenzione delle IO; formazione; procedure igieniche sanitarie; procedure invasive; gestione delle ferite chirurgiche; Insorgenza di IO.*
- **Questionario per le persone ricoverate** - (22 item 54 indicatori) *Informazione ricevuta al ricovero rispetto al rischio di IO e alle misure di controllo; comportamenti degli operatori (lavaggio mani e uso dei guanti); condizioni di pulizia delle stanze e della biancheria; terapia antibiotica in corso; preparazione igienica all'intervento (doccia e tricotomia); medicazione*



(frequenza, registrazione); insorgenza di IO o piaghe da decubito; esposizione per procedure a rischio: CV, CVP, intervento chirurgico; informazioni alla dimissione.



4. PERCHÈ UNA RACCOMANDAZIONE CIVICA SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

La finalità della raccomandazione civica vuole essere quella di dare un contributo concreto all'identificazione di politiche di tutela volte al superamento delle principali criticità evidenziate, nella presa in carico e nell'assistenza al paziente.

L'individuazione delle Raccomandazioni è frutto dell'analisi congiunta da parte del Tavolo di lavoro, composto da professionisti appartenenti a diverse società scientifiche, esperti di infezioni correlate all'assistenza, che si sono confrontati sui dati aggregati emersi dalla ricognizione nei diversi presidi sanitari, ed hanno discusso sulle priorità da raccomandare, quali elementi qualificanti ed efficaci per la prevenzione delle infezioni. Si è espressamente scelto di non entrare nel merito dei singoli risultati di ogni azienda, lasciando questo compito alla discussione locale finale.

Al termine dell'incontro si è quindi deciso di individuare e formulare poche, semplici, ma significative raccomandazioni, che hanno lo scopo di rammentare e suggerire procedure, oltre a raccomandare l'implementazione di azioni, che spesso esistono sulla carta, ma non vengono sempre correttamente messe in pratica.

In questo lavoro si vuole inoltre sottolineare l'importanza del contributo e della partecipazione dei cittadini singoli ed associati che, come fruitori dei servizi, possono dare un notevole apporto, non solo con il loro punto di vista, ma assumendo un ruolo attivo nella cultura della sicurezza.

Attraverso la collaborazione congiunta di tutti gli attori coinvolti nel processo, sarà quindi più semplice poter raggiungere l'obiettivo comune della diminuzione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

L'accezione civica di questa raccomandazione nasce, quindi, proprio dalla scelta di valorizzare il "punto di vista del cittadino" nell'identificazione delle azioni di miglioramento da raccomandare a ciascun soggetto coinvolto nel percorso di prevenzione delle infezioni ospedaliere, lasciando invece agli specialisti l'individuazione di attività tecniche di prevenzione più specifiche.



5. FINALITÀ DELLA RACCOMANDAZIONE CIVICA

La Raccomandazione civica è finalizzata a:

- rimettere al centro delle politiche aziendali il tema della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- attribuire priorità alle azioni da mettere in campo a tutela della sicurezza dei cittadini;
- fornire suggerimenti e strumenti da mettere in pratica;
- stimolare un lavoro in sinergia fra gli Stakeholder (tutti i soggetti interessati) (operatori socio sanitari, società scientifiche, organizzazioni civiche, cittadini ed istituzioni).



6. SOGGETTI INTERESSATI DALLE RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni di seguito illustrate interessano tutti i professionisti socio sanitari che lavorano nelle strutture ospedaliere, così come chi vi è ricoverato e chi, più in generale, entra nella struttura per motivi di cura e non solo. Di seguito un elenco, al solo titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Direttori generali;
- Direttori sanitari;
- Membri del Comitato Infezioni Ospedaliere;
- Medici di Direzione sanitaria;
- Medici specialisti, compresi Dirigenti Medici e Medici in formazione, con particolare attenzione alle seguenti categorie:
 - Microbiologi
 - Infettivologi
 - Epidemiologi
 - Ematologi
 - Chirurghi
 - Ginecologi
 - Ortopedici
 - Urologi
 - Pneumologi
 - Oncologi
 - Epatologi
 - Dermatologi
 - Anestesisti
 - Neonatologi
 - Pediatri
 - Geriatri



- Internisti
- Farmacisti
- Infermieri addetti al controllo Infezioni ospedaliere
- Caposala - infermieri coordinatori
- Infermieri dirigenti
- Infermieri di Reparto
- Infermieri di sala operatoria
- Personale di supporto (O.S.S.)
- Personale ausiliario
- Addetti alle pulizie
- Ingegneri tecnici
- Addetti alle manutenzioni
- Addetti al trasporto ambulanza
- Addetti alla raccolta e smaltimento dei rifiuti
- Addetti alla Morgue
- Addetti alle cucine
- Addetti alle mense
- Addetti alla lavanderia
- Pazienti
- Visitatori



7. LE RACCOMANDAZIONI

Le cinque raccomandazioni che seguono sono state pensate per contrastare e ridurre alcune criticità che sono emerse dall'analisi generale dei dati delle prime 13 strutture sanitarie che hanno aderito al progetto. Per ogni raccomandazione illustreremo le motivazioni che le hanno suggerite.

1) Porre maggiore attenzione nel documentare le infezioni correlate all'assistenza nella documentazione sanitaria attraverso una adeguata raccolta e gestione dei dati, allo scopo di misurarle, controllarle e prevenirle.

Questa raccomandazione è scaturita dalla constatazione che in un 46% delle strutture esaminate vi sono ancora difficoltà da parte dei sanitari nel documentare con sistematicità i casi conclamati d'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza. Oltre a ciò, in un 55% delle strutture si è notata la mancanza di appositi registri, nei quali riportare gli eventi sentinella. Inoltre, nonostante la presenza di programmi centralizzati di raccolta dati sulle infezioni, mancano studi sulla incidenza nel 31% e prevalenza 24% delle stesse.

Talvolta, seppure vengano raccolti dati, non sempre su questi viene effettuato un accurato studio; vi è la mancanza di personale dedicato alla elaborazione e correlazione delle diverse informazioni. Quindi bisognerebbe incrementare lo studio dei fenomeni e delle cause per prevenirne la ripresentazione.

Anche la cartella clinica svolge una funzione importante nella certificazione del fenomeno e documentare significa fare sicurezza.

Documentare la storia clinica del paziente è uno dei principali strumenti per prevenire l'insorgenza delle infezioni, per una diagnosi tempestiva e ancora per individuare particolari situazioni di rischio su cui intervenire.

E' necessario inoltre condurre sistematicamente la sorveglianza attraverso strumenti che consentano un confronto con altre realtà, riportando il tutto nel più ampio capitolo del rischio clinico.

Con tale raccomandazione si vuole quindi incentivare una maggiore attenzione a documentare sistematicamente i fenomeni relativi alle insorgenze delle infezioni correlate all'assistenza, per poterle adeguatamente controllare e gestire. Anche attraverso una adeguata formazione, alcuni



comportamenti possono entrare a far parte del bagaglio culturale di tutti, aumentando così la prevenzione e la sicurezza. Uno dei requisiti che consentono il miglioramento, l'analisi e la capacità di intervenire in maniera appropriata è il paradigma -misurare- standardizzare - rendere pubblici i dati e restituirli a chi li gestisce. Alla luce di tutto questo e facendo riferimento alla raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 9 giugno 2009:

Alle Direzioni sanitarie /Direzioni mediche ospedaliere si raccomanda di:

- 1) Individuare ed esplicitare chi ha il compito di raccogliere dati.
- 2) Definire gli strumenti per la raccolta dei dati, le modalità di analisi, e la restituzione delle informazioni per la messa a punto di piani di miglioramento.
- 3) Individuare chi ha il compito di analizzare tali dati e attraverso quali forme.
- 4) Incentivare operatori sanitari, pazienti, visitatori a segnalare fenomeni di potenziale rischio, eventi sentinella o casi specifici di infezione di cui si è venuti a conoscenza.
- 5) Effettuare una attenta e sistematica raccolta dati sulle Infezioni, anche tramite il coinvolgimento degli stessi pazienti.
- 6) Istituire una apposita banca dati o registro sull'uso degli antibiotici e sulla registrazione di fenomeni di antibiotico resistenza.
- 7) Dichiarare nella Carta dei Servizi, nel sito aziendale o altro, l'impegno della struttura nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (esplicitando le azioni in atto).
- 8) Chiedere la collaborazione dei cittadini nella segnalazione di situazioni, comportamenti, ecc. di potenziale rischio infettivo (ad es. prevedendo la possibilità di compilare apposite schede di segnalazione).
- 9) Creare o rafforzare sistemi di sorveglianza.

Ai Medici curanti o di reparto e al personale sanitario si raccomanda di:

10) Porre attenzione a riportare in cartella clinica (intesa come insieme di cartella medica, infermieristica e delle professioni sanitarie), tutte le informazioni cliniche assistenziali che possono essere rilevanti per la prevenzione delle infezioni. Oltre ad una corretta anamnesi e alla registrazione di esami diagnostico terapeutici e di tutte le terapie somministrate, dovrà essere posta una particolare attenzione nel riportare la descrizione analitica delle ferite chirurgiche, registrando anche i vari sintomi riferiti dal paziente e le modalità specifiche di trattamento (riportando anche i prodotti utilizzati per la cura). Tutto ciò allo scopo di poter documentare meglio la storia clinica del paziente, ma soprattutto per raccogliere informazioni utili ad individuare tempestivamente particolari situazioni di rischio su cui intervenire.



- 2) **Impegnarsi affinché le principali attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, previste da protocolli/procedure vengano realmente effettuate. Monitorare periodicamente il corretto utilizzo delle procedure e il costante aggiornamento delle stesse, oltre alla formazione del personale.**

Tale raccomandazione si è resa necessaria perchè dai dati pervenuti si è evidenziato che nonostante l'esistenza di norme, linee guida e procedure codificate di prevenzione delle infezioni ospedaliere, nella realtà, queste spesso non vengano messe in pratica correttamente. Inoltre, anche i corsi di formazione sono talvolta carenti: solo il 61% dei sanitari coinvolti nell'indagine, afferma di aver seguito un corso di formazione negli ultimi due anni ed il 31% dichiara di non averlo fatto negli ultimi 5 anni.

Quindi, è opportuno monitorare costantemente la formazione degli operatori, l'applicazione effettiva e il corretto utilizzo di protocolli, procedure, linee guida e verificare che quelle utilizzate siano costantemente aggiornate secondo le migliori evidenze cliniche. La messa in pratica di tale controllo, potrebbe comportare, già di per sé, una netta riduzione del fenomeno infettivo. Maggiore sarà il numero di operatori che metteranno in pratica le procedure e maggiori saranno i risultati.

Pertanto per migliorare la prevenzione e contrastare l'insorgenza di infezioni.



Alle Direzioni sanitarie /Direzioni mediche ospedaliere si raccomanda di:

1) Prevedere, nell'ambito della Direzione Medica o Sanitaria di presidio, ove non vi sia, la **presenza effettiva ed operativa di una unità/ufficio/settore con competenze specialistiche in materia di controllo delle infezioni ospedaliere**, composta da almeno un medico di igiene (specialista in igiene e medicina Preventiva) e da un infermiere "addetto al controllo delle infezioni ospedaliere". Questa unità ha il compito di sorvegliare la corretta applicazione dei protocolli e delle linee guida sulle infezioni correlate all'assistenza, controllare l'adozione dei principali metodi di prevenzione e coordinare e sviluppare tutte le iniziative mirate a tal scopo, compresa la sorveglianza dei bisogni formativi del personale a cui periodicamente dovrà essere offerta adeguata formazione. Detta attività dovrà includere anche il coordinamento di una apposita commissione aziendale che la attuale normativa definisce "Comitato aziendale addetto al controllo delle infezioni ospedaliere - CIO", formata da diverse altre competenze specialistiche quali microbiologo, farmacista, infettivologo e altre competenze che il coordinatore igienico riterrà utili per affrontare di volta in volta le problematiche emergenti in ospedale di questo tipo (focolai epidemici, sviluppo di flora antibiotico resistente o multiresistente, ecc.). Si ricorda che tale materia (sorveglianza e prevenzione delle infezioni ospedaliere è di competenza del Direttore Sanitario di Presidio.

2) Garantire che le procedure di sicurezza ormai consolidate siano realmente implementate. Si raccomanda quindi il rispetto delle principali precauzioni standard:

- Lavaggio mani
- Utilizzo di procedure e linee guida.
- Utilizzo delle check-list.
- Adozione delle precauzioni standard e di quelle da contatto, via aerea, droplets.
- Utilizzo dei dispositivi di Protezione Individuali (DPI).
- Corretto utilizzo e smaltimento dei taglienti e pungenti
- Corretto smaltimento differenziato dei rifiuti ospedalieri ("speciali") a rischio infettivo come da normativa.
- Corretto utilizzo degli antibiotici
- Procedura per adeguata collocazione dei degenti con possibile infezione in atto o a rischio di contrarla.
- Procedura di preparazione della persona assistita all'intervento chirurgico.
- Procedura per una corretta esecuzione delle medicazioni.
- Procedure per l'utilizzo di presidi che richiedono manovre invasive (ad es. cateteri urinari, cateteri venosi e arteriosi indagini endoscopiche, protesizzazioni).
- Corretta gestione dei materiali monouso e sterili.



3) Porre particolare attenzione alla pulizia e sanificazione ambientale e all'utilizzo di tecnologie innovative di prevenzione.

Questa raccomandazione è scaturita dalla constatazione che l'aspetto della corretta pulizia e sanificazione degli ambienti sanitari è ancora per alcuni versi carente. Seppure il 69% delle strutture dichiara di effettuare controlli sulle procedure di pulizia e disinfezione, non sempre questi sono adeguati a prevenire le infezioni; ed il personale addetto alle pulizie non viene talvolta opportunamente formato. Inoltre, non sempre le dotazioni a disposizione delle strutture rispondono a criteri di costo-efficacia nonostante sia noto che spesso l'innovazione aiuti a migliorare la sicurezza, la qualità igienico ambientale e l'integrità del paziente. Tra le strutture sanitarie monitorate è emerso che il 62% utilizza tecnologia manuale, e solo il 15% tecnologia di decontaminazione automatica. La valutazione dei dispositivi dovrebbe guardare all'investimento nel medio-lungo periodo anche attraverso procedure di costo efficacia misurabili con metodologie di HTA.

Alle Direzioni sanitarie /Direzioni mediche ospedaliere si raccomanda di:

1) Adottare l'utilizzo di protocolli di pulizia e decontaminazione specifici per i diversi ambienti e per le diverse tipologie di rischio e verificarne periodicamente l'aggiornamento e l'effettivo utilizzo.

2) Valutare la formazione del personale. Gli addetti alle pulizie devono avere:

- nozioni di base di igiene e sanificazione;
- nozioni sulle infezioni: modalità di trasmissione e procedure per la prevenzione;
- conoscenza delle caratteristiche dei prodotti di detergenza e igienizzazione e del corretto utilizzo;
- conoscenza delle tecniche di pulizia e sanificazione ambientale da adattare nei diversi ambienti.

3) Tecnologie innovative. Valutare sotto il profilo tecnologico, organizzativo e di sicurezza le dotazioni in uso presso la struttura (prodotti, ausili, presidi e macchinari). Considerare, inoltre, l'apporto dell'innovazione e dell'utilizzo dei dispositivi monouso. A tal fine è auspicabile avvalersi delle evidenze prodotte anche attraverso procedure di HTA.

4) Porre attenzione ai capitolati di appalto verso erogatori esterni dei servizi di igiene e pulizia delle strutture sanitarie (es. ditte di pulizia). Prevedere indicazioni rispetto a:

- descrizione e definizione degli ambiti di intervento, dei tempi, dei luoghi, delle competenze e dei mezzi e strumenti, delle tecnologie innovative costo-efficaci, al fine di migliorare la valutazione dell'operato e applicare eventuali sanzioni in caso di mancato rispetto.



5) Verificare e controllare:

- **L'igiene e la pulizia degli ambienti sanitari e non.**
- **l'osservanza dei protocolli operativi e delle procedure adottate dai vari operatori (es. adeguato utilizzo di procedure per l'igiene ambientale; sanificazione e sterilizzazione degli strumenti chirurgici; corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali; ecc.).**
- **Scelta, modalità di uso e corretta conservazione di prodotti e attrezzature.**
- **L'esecuzione di controlli periodici microbiologici su aria, acqua e filtri.**
- **La sterilizzazione dei dispositivi medici (per cui è richiesta), con controllo periodico a campione dell'efficacia della sterilizzazione ad esempio per i broncoscopi ed endoscopi digestivi (gastroscopi e colonscopi) che se non detersi e sterilizzati a dovere potrebbero essere veicoli di trasmissione delle infezioni da paziente a paziente.**
- **Le scelte, le modalità di uso e la corretta conservazione di prodotti e attrezzature.**
- **Prevedere momenti di monitoraggio dell'igiene, anche attraverso la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni civiche e di pazienti.**

4) Informare pazienti e visitatori sui comportamenti da adottare per contribuire in prima persona alla sicurezza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Dall'analisi dei dati generali elaborati è emersa la necessità di maggiore informazione e coinvolgimento dei cittadini, perché diventino più consapevoli dei rischi e delle azioni che possono adottare per prevenirli. Delle strutture monitorate, infatti, il 47% dichiara di non avere un programma di comunicazione del rischio infettivo rivolto al paziente ed ai suoi familiari. Pertanto si è pensato di suggerire un elenco di comportamenti che la struttura si impegna a rendere disponibili in occasione del ricovero al paziente e ad eventuali visitatori.

Riteniamo importante evidenziare che l'aspetto della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, rientra nel più ampio capitolo del rischio clinico e che per tanto possa essere utile informare e coinvolgere pazienti e visitatori nel prestare attenzione e nel collaborare fornendogli ad esempio un leaflet con informazioni sulle accortezze per la sicurezza e la prevenzione di infezioni correlate all'assistenza, come quelle suggerite di seguito.



Ai volontari di Cittadinanzattiva si raccomanda di:

- far adottare i consigli di seguito riportati, per coinvolgere il cittadino nella prevenzione delle infezioni e più in generale nella sua sicurezza.
- Contribuire alla diffusione dei contenuti e monitorarne l'impatto.

Alle direzioni aziendali si raccomanda di:

adottarne i contenuti, in accordo con le realtà locali di Cittadinanzattiva, renderli disponibili nelle proprie strutture.

Informazioni Utili per Paziente e visitatori

Accortezze per la sicurezza e la prevenzione di Infezioni correlate all'assistenza:

1. **All'entrata in ospedale, chiedi di essere informato** o di ricevere opuscoli informativi che possano illustrarti quali sono **le fonti di rischio infettivo all'interno della struttura**, e gli **accorgimenti per proteggerti e/o tutelare gli altri da eventuali contagi**.
2. **Collabora alla elaborazione di una adeguata anamnesi:** riferisci tutte le **informazioni sanitarie** che ritieni possano essere utili in merito alla tua **storia clinica**, riferendo le principali patologie che hai avuto fin dalla nascita e nel tempo a seguire, (es malattie esantematiche, cardiopatie, diabete, patologie pressorie, malattie croniche, infezioni, ecc.). Riferisci con attenzione tutti i farmaci che assumi, costantemente e al bisogno compresi i prodotti omeopatici o erboristici ed eventuali integratori. Riferisci eventuali allergie e intolleranze accertate e sospette e verifica che vengano riportate in cartella clinica. Prima di assumere qualsiasi farmaco parlane con i medici. In taluni casi l'interazione tra farmaci potrebbe non garantire gli effetti desiderati.
3. **Partecipa in modo attivo ad ogni decisione sanitaria** che attiene al tuo caso. Hai diritto di essere sempre informato sulle prestazioni che ti verranno offerte, sottoponiti solo se sei veramente convinto e consenziente. **Fai domande e riferisci sempre eventuali problematiche** che hai riscontrato o informazioni utili ai sanitari per le tue cure; se necessario, consultati anche con il tuo medico di famiglia o con i tuoi familiari. **Non aver paura nel riferire sintomi o a far notare a medici ed infermieri notazioni su procedure assistenziali (ad es. già fatte o che ti hanno dato fastidio).**



4. **Richiedi informazioni complete e comprensibili su diagnosi, terapie e prognosi che ti riguardano, nonché sulle modalità per prepararti o essere preparato per effettuare particolari prestazioni sanitarie.** Se il linguaggio usato è troppo tecnico o di difficile comprensione, non esitare a fare domande e a chiedere chiarimenti.
5. **Comunica al personale quali persone vuoi che siano informate delle tue condizioni cliniche, o che possono fornire importanti informazioni che ti riguardano.** Comunica nel caso di bisogno, chi debba essere avvertito.
6. **Chiedi quali precauzioni devono avere i tuoi familiari o conoscenti quando vengono a trovarti. Assicurati, quindi, che rispettino divieti, precauzioni (es. non recarsi in visita ad un parente se si è influenzati, non sedersi o salire sul letto, utilizzare camici e mascherine quando richiesto, ecc.)**
7. **Utilizza in maniera appropriata e con rispetto gli ambienti e la struttura: osserva la segnaletica esistente, accedi solo negli ambienti consentiti (es. usa solo i bagni dei reparti e non quelli dedicati alle persone ricoverate, usa solo gli ascensori dedicati ai visitatori, ecc.). Non usare presidi, materiale o apparecchi se non sei autorizzato e se non ne conosci adeguatamente il funzionamento.** Per ogni dubbio rivolgiti al personale della struttura.
8. **Cura l'igiene più del solito per evitare le infezioni ospedaliere: lavati spesso le mani (se il sapone manca chiedilo al personale oppure utilizza le soluzioni a base alcolica che vengono proposte nell'ospedale). Ricordalo anche ai tuoi cari e visitatori. Lavarsi le mani può prevenire la diffusione di germi.** Pretendi che anche gli operatori si siano lavate le mani prima di visitarti o prima di un contatto per qualsiasi tipo di assistenza. Ricorda al medico/infermiere di lavarsi le mani chiedi loro di farlo. **L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.**
9. **Prima dell'effettuazione di un intervento, provvedi a lavarti e detergerti con attenzione seguendo le indicazioni che ti vengono fornite dal personale sanitario, se possibile effettua una accurata doccia, verifica inoltre, quando ti è possibile, che il personale ti deterga e disinfetti accuratamente.** Questa banale operazione contribuirà ad allontanare eventuali microrganismi dalla cute, facendo diminuire il rischio di infezione.
10. **Chiedi se i materiali utilizzati, particolarmente quelli invasivi, sono monouso o se sono sterilizzati.** es. siringhe, aghi, etc.).
11. **Al momento del ricovero chiedi di poter avere, se possibile, dotazioni personalizzate (es termometro, padelle o pappagallo, posate, ecc) da utilizzare solo tu, oppure chiedi materiale usa e getta fino alla tua dimissione .**



12. **Se ti viene messo un catetere venoso (ago cannula), un catetere urinario o altro materiale, informati per quanto tempo lo dovrai tenere. Non temere di ricordare al personale che lo hai, di controllarlo, e chiedi se è ancora necessario tenerlo. Ricorda: lasciando un catetere troppo a lungo aumenta la possibilità di contrarre una infezione.**
13. **Assumi correttamente gli antibiotici:** è importante rispettare gli orari ed il numero di giorni secondo la prescrizione. Alcuni farmaci per essere efficaci vanno presi per un preciso periodo di tempo, se questo non viene rispettato o se ad esempio si decide di sospenderlo prima di quanto previsto nella prescrizione, vi è il rischio che l'antibiotico distrugga i microrganismi meno resistenti e lasci quelli più resistenti e virulenti, che si riprodurranno acquisendo una resistenza all'antibiotico. **L'antibiotico va assunto solo su prescrizione medica.**
14. **Chiedi al medico o infermiere che tipo di accortezze avere prima di sottoporsi ad un intervento** (es. effettuare adeguata pulizia del colon; assumere terapia antibiotica preventiva mirata; particolari istruzioni igieniche ecc.).
15. **Chiedi i possibili sintomi che potrebbero presentarsi dopo un intervento e cosa segnalare al medico perché è un possibile campanello di allarme.**
Alcune infezioni appaiono con febbre, arrossamento, dolore o secrezione che fuoriesce da un sito del catetere endovenoso o sito della ferita chirurgica. Non esitare a comunicare a medici ed infermieri sintomi o variazioni del tuo stato di salute. Chiedi al medico i tempi previsti per la guarigione, le varie fasi di questa e particolari accortezze da seguire, tornerà utile anche ai sanitari che potranno avvalersi della vostra collaborazione.
16. **Attenzione a non esporre la ferita chirurgica a possibili rischi:** evita di bagnarla, proteggila da urti, non assumere particolari posizioni, ecc. **Controlla con attenzione la ferita chirurgica e l'igiene delle medicazioni.** Se rilevi medicazioni sporche o malodoranti o se noti sulla ferita chirurgica secrezioni, rigonfiamenti, cambiamento di colore e cattivo odore, segnalalo tempestivamente agli operatori sanitari.
17. **Leggi la tua cartella clinica!** Verifica che vengano riportate ad esempio le descrizioni e i trattamenti delle medicazioni delle ferite chirurgiche, la presenza e lo stato di eventuali lesioni da decubito, le cure praticate. Ricorda: è un tuo diritto poter prendere visione in qualsiasi momento della cartella clinica. Qualora non venissero riportate informazioni importanti, sollecita i sanitari a farlo.
18. **Segnala** eventuali situazioni che potrebbero favorire l'insorgenza o il diffondersi di infezioni come eventuali carenze igieniche degli ambienti, comportamenti inadeguati del personale sanitario e non, di pazienti e visitatori.



5) Fornire al paziente, al momento della dimissione ospedaliera le principali informazioni sulle accortezze da adottare a casa per prevenire l'insorgenza di infezioni, sui possibili sintomi di allerta per l'insorgenza di una infezione, su come agire di conseguenza e a chi rivolgersi. Tali indicazioni, oltre ad essere contenute nella lettera di dimissione, dovrebbero essere consegnate al paziente in un documento informativo dal linguaggio semplice e chiaro (es. modulo/leaflet o altro documento personalizzato).

Tale raccomandazione si è resa necessaria al fine di curare al meglio l'informazione e l'assistenza alla persona sia nel post operatorio che al momento delle dimissioni. Infatti, nella indagine effettuata, per i pazienti in dimissione un 10% aveva ricevuto un foglio di dimissione contenente principalmente informazioni sulla terapia da assumere al domicilio, su cui però non compare alcuna indicazione rispetto ai comportamenti da adottare per ridurre il rischio di infezioni, alle precauzioni da tenere ed ai sintomi che potrebbero rilevare l'insorgenza di infezioni. Queste potrebbero invece essere informazioni molto utili per il paziente e un utile strumento per rafforzare il rapporto collaborativo tra medico e paziente.

Tenendo anche presente che i ricoveri attualmente hanno durata più breve, e che i cittadini vengono rimandati a casa ancora in convalescenza, e spesso sono costretti a rivolgersi al proprio medico di base poiché non sono ancora presenti appositi presidi territoriali di assistenza.

I medici di famiglia, a loro volta, non avendo seguito accuratamente il percorso di cura del proprio assistito e non disponendo nell'immediato delle informazioni dalla cartella clinica, (che viene consegnata generalmente dopo 20 - 30 giorni), si trovano in difficoltà nell'assisterlo, in particolare quando il foglio di dimissioni è stringato e si limita a riportare, come ci è stato da molti riferito, solo prescrizioni farmacologiche che rappresentano solo una parte delle necessarie cure. E' per tale ragione che si è pensato di raccomandare alle strutture sanitarie di sensibilizzare i dirigenti delle varie unità operative di porre particolare attenzione alla compilazione delle lettere di dimissione che ricordiamo essere obbligatorie e che deve contenere un sunto di tutte le procedure ed accertamenti di cura effettuati sul paziente, ma potrebbe riportare ed è questa la raccomandazione anche consigli più dettagliati su come questi si dovrà comportare una volta tornato a casa, sulle precauzioni da adottare, sulle procedure da seguire. Ma soprattutto informazioni su eventuali situazioni di patologia ed infezioni che potrebbero insorgere, indicazioni su come riconoscerle e a chi potersi rivolgere per il trattamento.



Al Medico ospedaliero curante si raccomanda di:

- 1) Consegnare al paziente al momento della dimissione, attraverso un documento scritto (che accompagni o sia ricompreso nella lettera di dimissioni), un’informativa che contenga:**
 - **Indicazioni utili al cittadino ed al medico di famiglia per riconoscere quei sintomi che potrebbero verificarsi nel post operatorio e che possono nascondere l’insorgenza di un’infezione.**
 - **Comportamenti da adottare dopo il ricovero (es. ripresa delle attività fisiche e lavorative; alimentazione gestione di ferite, medicazioni, stomie, cateteri; cure igieniche; attenzione particolari, ecc.).**
 - **Terapia da seguire alla dimissione e corretta modalità di assunzione.**
 - **Tempi previsti per eventuali visite di controllo.**
 - **Nominativo del medico specialista o riferimento del centro di riferimento da poter contattare in caso di bisogno (con riportato indirizzo, telefono, orari di apertura).**

- 2) Garantire la presa in carico della persona che ha contratto l’infezione in ospedale in tutta la successiva rete assistenziale fornendo tutte le prestazioni necessarie per cura e per una efficace continuità della prevenzione e controllo.**



8. RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro è stato redatto e coordinato per Cittadinanzattiva da **Carla Berliri**, responsabile del progetto “Prevenzione infezioni ospedaliere”, con la supervisione di **Tonino Aceti** Coordinatore Nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato, con il preziosissimo supporto di **Sabrina Nardi** Vice Coordinatore del Tribunale per i diritti del malato e responsabile dei progetti del TDM e di **Giulia Mannella**, componente dello Staff Nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato. Un ringraziamento particolare a **Giuseppe Scaramuzza**, per aver istruito il progetto ea **Francesca Moccia**, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva per il contributo apportato. Si ringraziano inoltre **Antonio Gaudio** Segretario Nazionale di Cittadinanzattiva e **Annalisa Mandorino** Vice Segretario di Cittadinanzattiva.

La realizzazione del progetto è stata possibile grazie al supporto non condizionato di **Johnson & Johnson Medical**, che si ringraziano per la collaborazione.

Uno speciale ringraziamento per la disponibilità e la partecipazione ai lavori del tavolo e per l’impegno profuso lo dobbiamo a:

Silvio Brusafferro	Presidente European Network to promote Infection Prevention for Patient Safety (EUNETIPS)
Luigi Presenti	Presidente Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI)
Francesco Nardacchione	Segretario Vicario Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI)
Giuseppe Mancini	Pastpresident Associazione Infermieri di Camera Operatoria (AICO)
Marcella Pisanelli	Referente per il Lazio Associazione Infermieri di Camera Operatoria (AICO)
Lorena Martini	Presidente Associazione Nazionale Infermieri per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (ANIPIO)
Gianfranco Finzi	Presidente Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)



Guido Govoni	Medico di Direzione Medica - Azienda ospedaliera di Bologna, Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)
Nicola Petrosillo	Presidente Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS).

Un sentito ringraziamento per i suggerimenti espressi sono dovuti a **Maddalena Galizio** ed **Enrico Polati**.

Un doveroso ringraziamento lo riserviamo a **tutti i volontari del Tribunale per i Diritti del Malato**, delle sedi territoriali, che hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto, e che si sono impegnati nel coinvolgimento delle strutture sanitarie che hanno aderito al progetto e nella raccolta dei dati.

In particolare un sentito ringraziamento a coloro che hanno coordinato localmente il lavoro di monitoraggio che sono: **Mery Pederzoli, Maria Cristina Luchetti, Nella Garganese, Mario Dato, Caterina Desideri, Marisa Cantarini, Elena Buono, Antonio Sorrenti, Claudio Signori, Pasquale Liguori, Silvana Stanzone, Franca Pretta, Maria Laura Maxia, Salvatore Marras, Caterina Ligios, Salvatore Porcu, Antonietta Tarsia, Anna Orofino, Giuseppe Greco, Gianna Sangiorgi, Renato Galluzzi, Gian Paolo Gorini, Carmelo Musumeci, Adriano Amadei, Franco Malagrino, Domenico Giofrè, Andrea Possenti, Nunzia Biagi, Gino Bicci, Gianluigi Fondi, Luciano Frizziero, Sandra Boscolo, Sandra Florini, Paola Valori, Fabio Baldi, Maria Borsacchi.**

A tutti costoro lasciamo il compito di ringraziare i tanti collaboratori che non abbiamo citato che sappiamo hanno collaborato tenacemente per la realizzazione del progetto. Ringraziamo anticipatamente anche tutti coloro che vorranno impegnarsi in questa attività ed i Segretari Regionali di Cittadinanzattiva.

Grazie inoltre a tutti i **referenti delle aziende Sanitarie ospedaliere** che hanno collaborato e reso possibile lo svolgimento del progetto dai **Direttori Generali e Sanitari ai Responsabili della Prevenzione e dell'Igiene**, ai **Primari di reparto**, ai **Medici specialisti e specializzandi**, ai **Coordinatori Infermieristici**, ai **Responsabili del CIO** e a **tutti gli operatori sanitari: infermieri, ausiliari ed altri.....**

Un ringraziamento particolare anche a tutti i **cittadini** che hanno dato il proprio contributo.

In fine un particolare ringraziamento a **Tiziana Toto** per la collaborazione nella impostazione dei grafici e dei rapporti. **Alessandro Cossu, Aurora Avenosoe Giacomo D'Orazio** per la cura della



comunicazione. A **Giuliana Gubiotti**, **Linda Cocciolo**, **Alessandro Capudi**, **Rosanna Marchio**, **Loredana Ridolfi** e a **Roberta Romano** per l'amministrazione e l'organizzazione. A **Cinzia Dottori** per il Networking. Ad **Isabella Mori** in qualità di responsabile del PIT Unico di Cittadinanzattiva a **Salvatore Zuccarello** per la cura del Pit in ambito salute e per gli articoli sanitari in Newsletter. Un particolare ringraziamento a **Valeria Fava**, **Angela Masi** e **Liliana Ciccarelli** per la cura ed il supporto come Front office ai Pit territoriali e per la raccolta dei dati per la stesura dei Rapporti Pit Salute. A **Maria Teresa Bressi** per i rapporti con le associazioni dei malati cronici (**CnAMC**). Si ringraziano inoltre tutti gli altri colleghi della sede Nazionale, per il supporto dato.