

ICPA:

Infezioni correlate alle

pratiche assistenziali

Università degli Studi di Verona – Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Docente: Prof. Stefano Tardivo

Evoluzione del concetto di infezione ospedaliera...



Degenza ordinaria
Ricovero diurno
Assistenza ambulatoriale
Assistenza domiciliare
Degenze protette (RSA,
lungodegenti, hospice, ecc.)



**Infezioni correlate alle pratiche sanitarie
(ICPA)**

Ambiente assistenziale e rischio infettivo:

- **Contesto ambientale esterno in cui è collocato l'ospedale**
- **“case-mix” di ospedale** (pazienti a rischio per età, affezioni sistemiche, fattori iatrogeni (es: farmaci, presidi))
- **“service-mix” di ospedale** (presenza di reparti o funzioni particolarmente a rischio come terapie intensive, lungodegenti, centri ustioni etc..)
- **quadro epidemiologico del territorio** (diffusione endemica o epidemica di determinati agenti infettivi e di altra natura)
- **quadro epidemiologico di ospedale** (resistenze ad antibiotici, antisettici e disinfettanti, serbatoi umani ed ambientali)
- **capacità tecnica specifica e comportamenti del personale**
- **vincoli economici esistenti**
- **livelli di integrazione dell'assistenza** (day-hospital, day-surgery, assist. domiciliare, ecc)
- **dotazione di personale rispetto ai carichi di lavoro**
- **professionalità degli operatori**
- **condizioni strutturali di ospedale** (architettoniche, impiantistiche, tecnologiche)

Dunque:

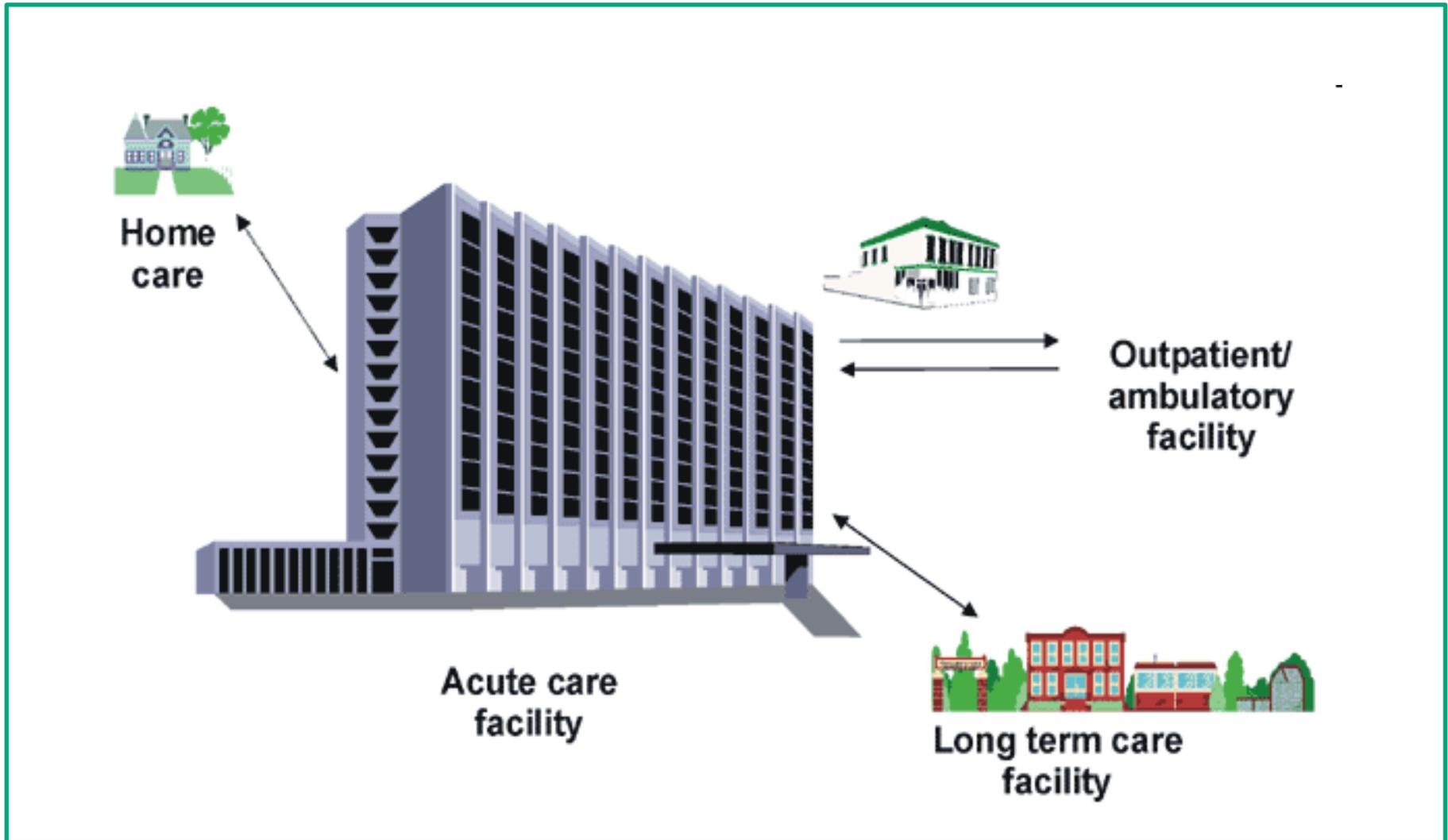
■ **Il contenuto dell'assistenza cambia:**

- Ricovero ospedaliero di pazienti cronici e/o con patologie sempre più gravi e complesse
- La medicina non guarisce ma cura cronicamente (es: tumori, malattie respiratorie, ecc)
- Innovazione tecnologica incalzante

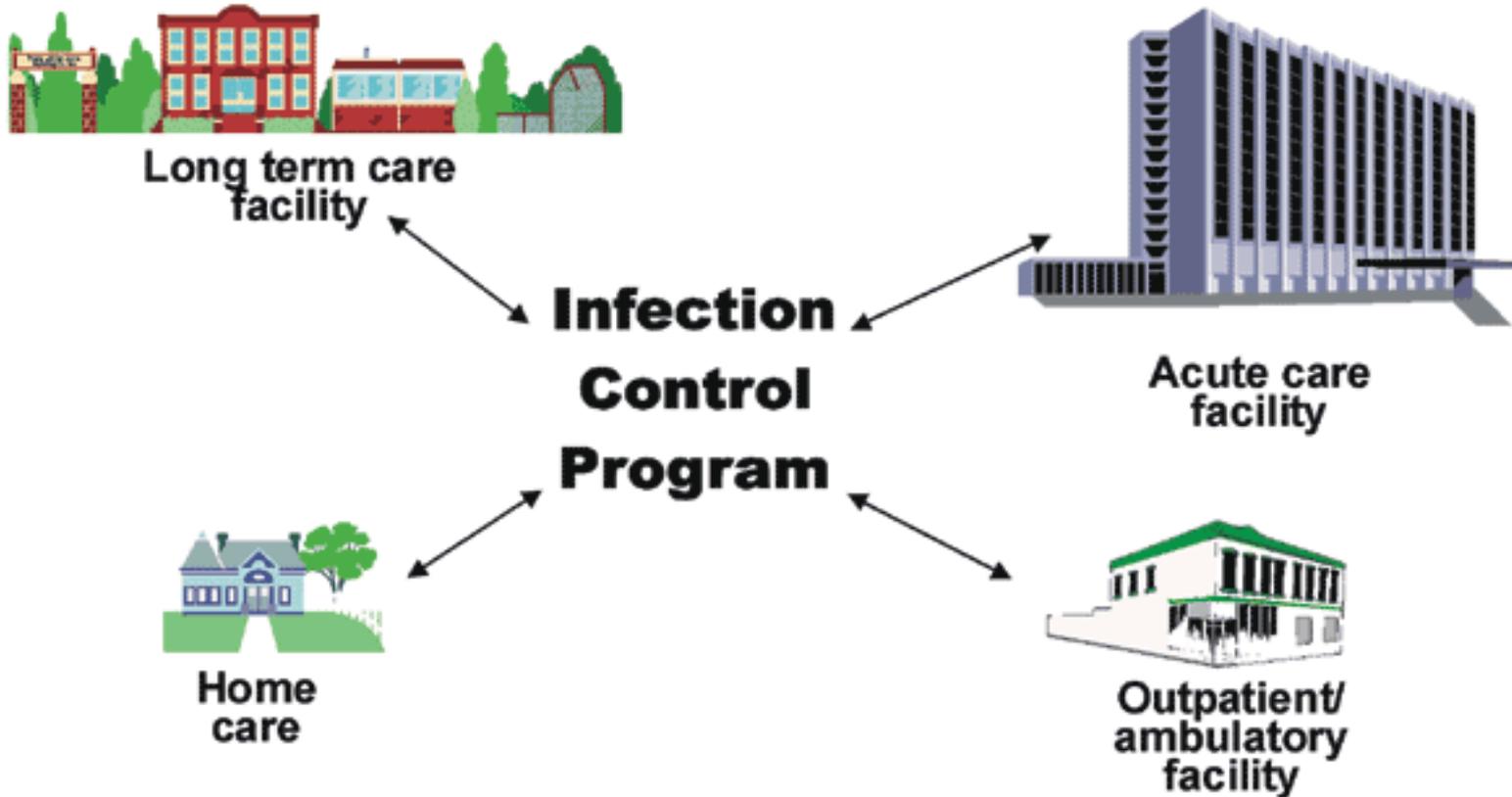
■ **Il rischio infettivo evolve:**

- Pressione selettiva sull'ambiente microbico e sviluppo di nuove resistenze.
- Non si parla più di infezioni ospedaliere, ma di *infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA)*

La sorveglianza epidemiologica del *passato*



La sorveglianza epidemiologica oggi



Model for comprehensive surveillance and prevention of health care-associated adverse events in the United States

DEFINIZIONI

USA:

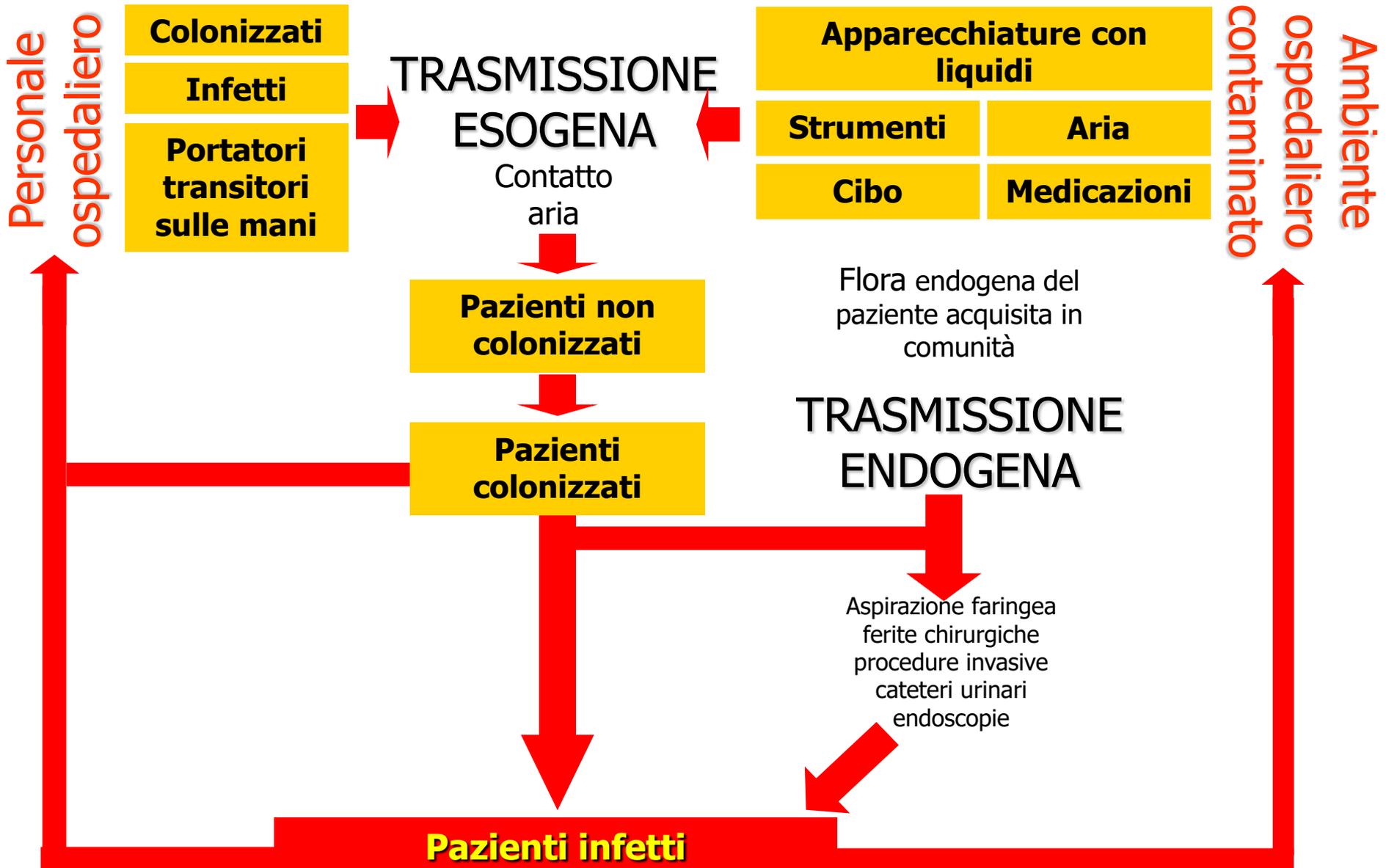
Any infection that is acquired from being in a hospital or other healthcare institution (e.g., nursing home)

Italia:

Infezione che insorge durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso e non era manifesta clinicamente neppure in incubazione al momento dell'ammissione

Normalmente il periodo temporale è definito in 48 ore dopo il ricovero in ospedale

Catena di infezione



Ruolo delle mani nella trasmissione

Le mani si infettano
dalla cute
dalle ferite infette
dalle secrezioni

Le mani contaminano
pazienti operati
bambini
malati gravi
malati cronici
anziani
personale sanitario

Le mani trasferiscono
dalle lenzuola
dalla biancheria sporca
dagli asciugamani umidi
dai bagni

Le mani infettano
le attrezzature sanitarie
biancheria pulita
bagni
piatti
posate

....



**QUESTE SONO LE TUE
MANI CONTAMINATE
GUARDA E RIFLETTI !**



Perché è la misura più efficace per combattere le ICA?

Prove di efficacia del lavaggio delle mani: Revisioni sistematiche della letteratura recenti

Sono sempre di più le prove scientifiche che si stanno accumulando sull'efficacia del lavaggio delle mani nella prevenzione delle infezioni. Di seguito riportiamo le conclusioni delle 4 più recenti revisioni sistematiche sul tema.

- Ejemot R. Cochrane Library, 2008 Jan 23;(1): sono stati esaminati 14 studi randomizzati controllati (RCT). Gli interventi di promozione del lavaggio delle mani hanno prodotto una **riduzione della diarrea nei bambini del 29%** in strutture sanitarie di paesi industrializzati e del 31% in comunità o nazioni in via di sviluppo.
- Jefferson T. BMJ. 2008; 336(7635):77-80: sono stati esaminati 51 studi di vario disegno ed è stata condotta una metanalisi (tecnica statistica che consiste nel mettere insieme i risultati di studi distinti per amplificarne il risultato). Il lavaggio delle mani svolto almeno dieci volte al giorno è in grado di ridurre la diffusione delle infezioni respiratorie virali tra i bambini (OR 0.45, 95% CI 0.36-0.57; number needed to treat=4, 95% CI 3.65-5.52).
- Rable T. Trop Med Int Health. 2006;11:258-67. Sono stati analizzati 8 studi di vario disegno ed è stata condotta una metanalisi. L'igiene delle mani **riduce il rischio di infezioni respiratorie del 19%** (RR 1.19, 95% CI 1.12%-1.26%).
- Ajello AE. Am J Public Health. 2008;98:1372-81. Sono stati analizzati 30 studi, con metanalisi. Gli interventi miglioramento dell'igiene delle mani descritti negli studi hanno determinato una **riduzione di malattie gastrointestinali del 31%** (95% CI 19%- 42%) e una **riduzione delle malattie respiratorie del 21%** (95% CI 5%-34%).

Esposizione a device

Table V Risks factors for acquisition of *Pseudomonas aeruginosa* carriage in ICU

Risk factor	Univariate analysis	
	RR (95% CI)*	P
Urinary catheter	2.35 (1.40–3.93)	0.0008
Vascular catheter	1.72 (1.04–2.85)	0.032
Nasogastric tube	2.70 (1.61–4.51)	0.0001
Enteral feeding	1.71 (1.04–2.80)	0.033
Mechanical ventilation	2.90 (1.78–4.71)	0.0001
Antibiotic therapy active against <i>P. aeruginosa</i>	0.77 (0.41–1.48)	0.44
Antibiotic therapy inactive against <i>P. aeruginosa</i>	1.67 (1.04–2.69)	0.033
ICU-PRN	3.01 (1.46–6.20)	0.002

* RR: relative risk, CI: confidence interval.

Thuong M et al J Hosp Infect. 2003 Apr;53(4):274-82.

I livelli di intervento

- L'eliminazione dei serbatoi di infezione
- La prevenzione della trasmissione delle infezioni
- L'incremento delle difese dell'ospite



Novità

strategia di controllo delle infezioni

Il concetto di “bundle” è stato elaborato dai ricercatori dell’ IHI, per indicare un gruppo d’interventi (3-5 al massimo) ad alta efficacia (prove di livello I del CDC/HICPAC), relativi al processo di cura di una malattia che, quando vengono utilizzati insieme, determinano un risultato migliore rispetto al loro singolo utilizzo.

Frequenza e gravità clinica

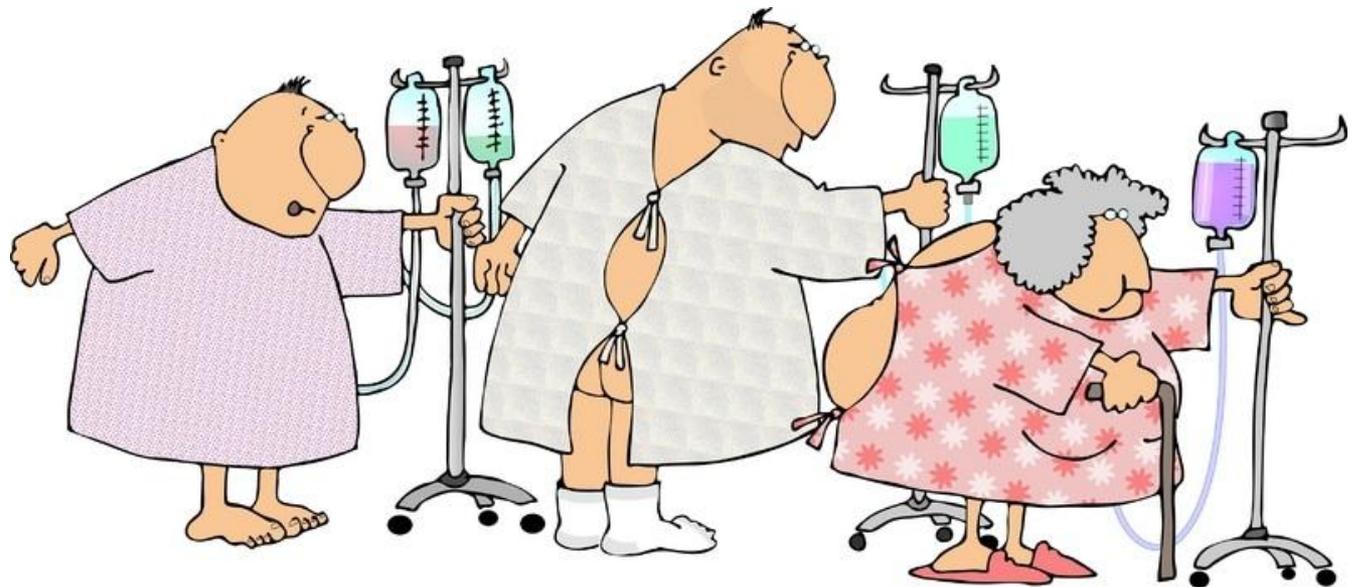
- Il 5% dei pazienti ricoverati in ospedale sviluppa una infezione ospedaliera
- L'1% dei pazienti infetti muore per l'infezione
- negli USA è stato stimato che ogni anno vi sono 87.500 casi - 1 milione di anni di vita perduti per batteriemie ospedaliere

(Wenzel)

Burden in Europa

- In Unione Europea (25) il numero totale di nuovi casi/anno di infezione nosocomiale è stimato in 3.000.000 di unità con circa 50.000 decessi infezione-correlati

(European Commission 2005)



Il rischio di acquisire un'infezione in Italia è, in media, della stessa entità o maggiore di quanto riportato in letteratura

- Ogni anno si verificano in Italia 450.000-700.000 infezioni (incidenza 5-8%) che sono direttamente responsabili di 4500-7000 decessi

Se si assume che il 30% siano prevenibili

- ogni anno sono potenzialmente prevenibili 135.000-210.000 infezioni e 1350-2100 decessi

Dimensioni del fenomeno in Italia

- Nel nostro paese ci sono
 - 475.000 casi di infezioni ospedaliere ogni anno
 - con 15.000 morti associate
 - una spesa di circa 9 milioni di euro
- Si localizzano principalmente
 - Vie urinarie : 30-40%
 - Vie respiratorie : 16-20%
 - Ferita chirurgica : 17-20 %
 - Batteriemia: 8%
 - Cute e tessuti molli: 6%

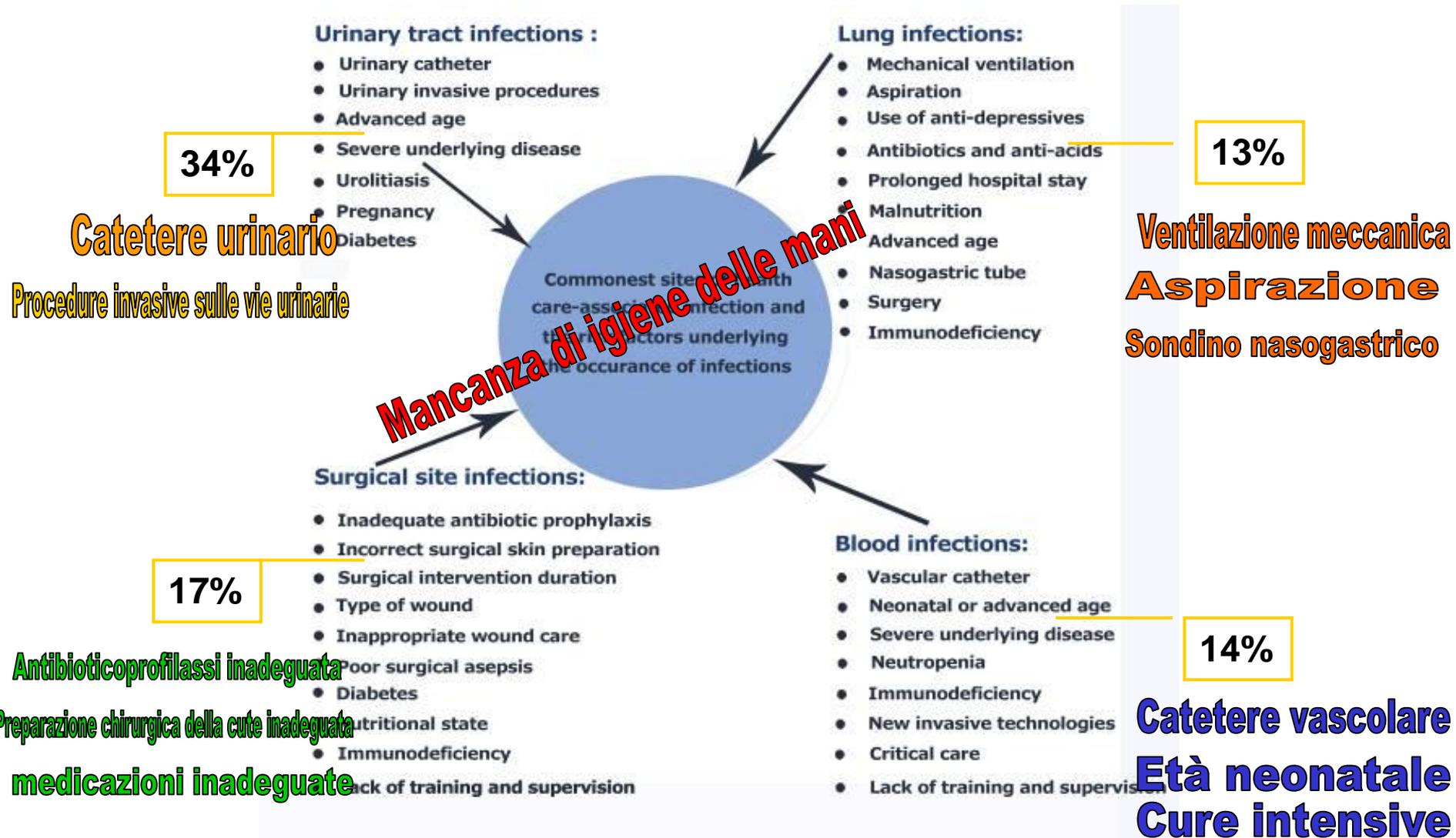
CRITERI PER DEFINIRE LE PRIORITA' DEGLI INTERVENTI DI CONTROLLO IN RAPPORTO ALLA LOCALIZZAZIONE CORPOREA DELLE INFEZIONI

	Incidenza N. casi/100	Mortalità attribuibile	Costi	Proporzione di casi prevenibili (%)
Infezioni urinarie nei cateterizzati	30	+	+	38
Infezioni della ferita chirurgica nei pazienti operati	5	++	++	35
Polmonite VAP e — postoperatoria	1	+++	+++	27
Polmonite nei pazienti medici				13
Batteriemia —	0.5	++++	+++	35

Stima di giorni di degenza, costi aggiuntivi e decessi attribuibili a infezioni nosocomiali su base annua negli USA

Tipo di infezione	Media gg degenza aggiuntivi	Media costi aggiuntivi per infezione (\$)	% decessi causati da I.O.	% decessi con concorso di I.O.
Ferite chirurgiche	7,3	3152	0,6	1,9
Polmonite	5,9	5683	3,1	10,1
Batteriemia	7,4	3517	4,4	8,6
Urinaria	1,0	680	0,1	0,7
Altre	4,8	1617	0,8	2,5
Totale	4,0	2100	0,9	2,7

Siti più frequenti di infezione e fattori di rischio correlati



Infezioni delle vie urinarie

- Rappresentano la localizzazione più frequente (30-40%)
- La maggior parte delle IVU si associa a procedure invasive diagnostiche o terapeutiche sull'apparato urinario
 - 75-80% causato da cateterismo vescicale
 - 5% da manipolazioni dell'apparato urinario (cistoscopia, urodinamica)

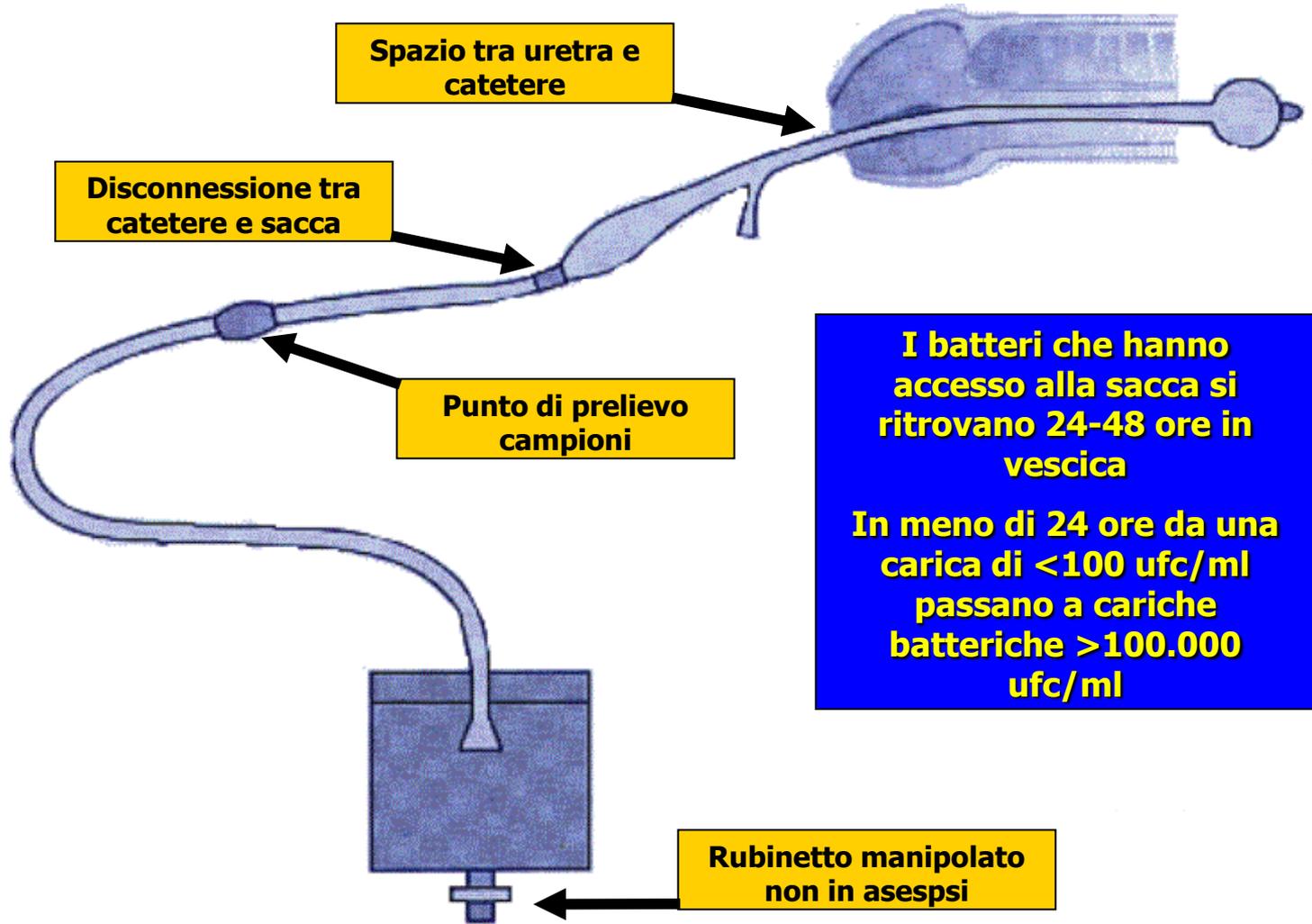
Catetere vescicale

- L'elevata frequenza di infezioni dovute a tale procedura dipende da
 - le urine sono un ottimo terreno di coltura per i batteri
 - l'area perineale è normalmente colonizzata da microrganismi
 - la necessità di svuotare frequentemente la sacca di drenaggio rende necessarie le manipolazioni del catetere da parte del personale di assistenza

Fonti di infezione

- Area periuretrale
 - Normalmente colonizzata da batteri gram positivi ma nei pazienti cateterizzati tale flora viene progressivamente sostituita da batteri gram negativi
 - Contaminazione durante l'inserzione
 - Risalita tra catetere e mucosa uretrale durante la cateterizzazione
- Mani del personale sanitario
- Attrezzature contaminate

Vie di ingresso del microrganismo



Fattori di rischio

Fattori modificabili

Catetere urinario

Indicazioni alla cateterizzazione

Durata del cateterismo

Altre procedure invasive
(cistoscopia, chirurgia urologica)

Tecnica di gestione del catetere

Trattamento antibiotico

Drenaggio aperto

Fattori non modificabili

Sesso femminile

Età avanzata

Gravidanza

Patologie di base: insufficienza renale,
diabete, patologie urogenitali

Colonizzazione del meato

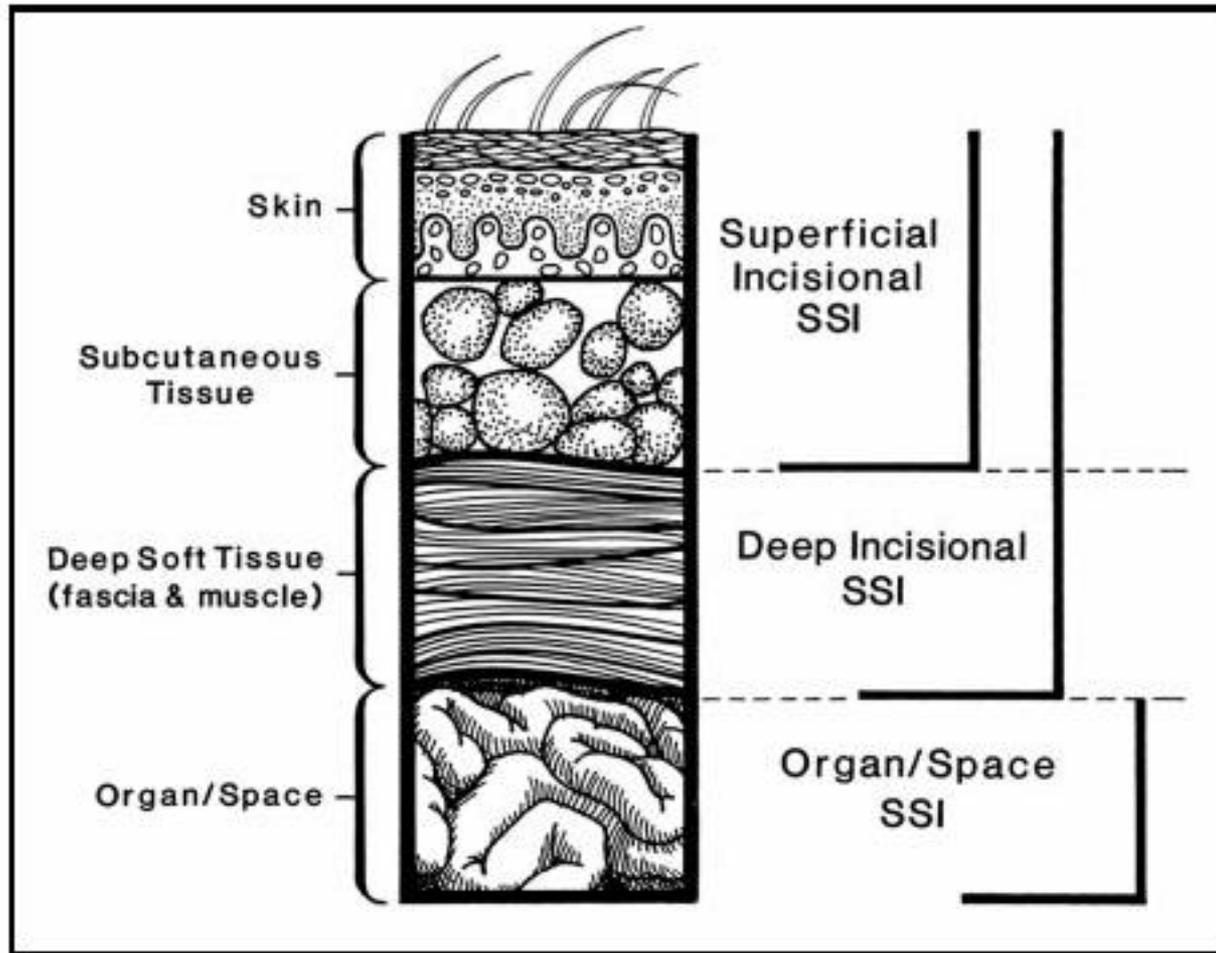
Bundle per la prevenzione delle IVU associate a catetere

- **Mantenere la borsa di drenaggio delle urine al di sotto della vescica**
- **Valutare giornalmente la possibilità di rimozione del catetere urinario**
- **Utilizzare un sistema sterile a drenaggio chiuso**
- **Utilizzare un dispositivo di fissaggio per impedire lo spostamento del catetere**

Infezioni delle ferita chirurgica

- Rappresenta la complicanza postoperatoria più frequente
- Suddivisibili in infezioni
 - *superficiali* (cute e tessuto sottocutaneo)
 - *profonde* della ferita (strati muscolari e fasciali)
 - che interessano *organi o cavità profonde*
- La contaminazione della ferita è un fenomeno
 - ineliminabile,
 - la presenza di microrganismi non si traduce immediatamente in una infezione
 - L'infezione è dovuta alla perdita dell'equilibrio tra ospite e aggressione batterica

Infezione del sito chirurgico



(CDC, 1999)

Infezione del sito chirurgico - superficiale

Si manifesta entro 30 giorni dall'intervento

e

interessa solo cute e tessuto sottocutaneo nella sede dell'incisione

e

presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

1. **secrezione purulenta dall'incisione**, con o senza conferma del laboratorio;
2. **isolamento di microrganismi da colture**, prelevate in modo asettico, di fluidi o tessuti dalla sede dell'incisione;
3. **almeno uno dei seguenti segni o sintomi di infezione**: dolore o tensione, tumefazione localizzata, arrossamento, sensazione di calore, e riapertura intenzionale della ferita ad opera del chirurgo, a meno che la coltura sia negativa;
4. **diagnosi di infezione superficiale del sito chirurgico** da parte del chirurgo o del medico curante.

Infezione del sito chirurgico - profonda

Si manifesta entro 30 giorni dall'intervento in assenza di impianto protesico oppure entro un anno in presenza di impianto protesico

e

coinvolge i tessuti molli profondi (es. fascia, muscolo),

e

il paziente presenta almeno una delle seguenti condizioni:

1. **drenaggio di materiale purulento dalla ferita**, ma non proveniente da spazi o organi del sito chirurgico;
2. **deiscenza spontanea della sede profonda della ferita** oppure riapertura intenzionale del chirurgo, in presenza di almeno uno dei seguenti segni o sintomi: febbre ($>38^{\circ}$ C), dolore localizzato o tensione, eccetto in caso di coltura negativa;
3. **presenza di un ascesso** o altra evidenza di infezione riscontrata nel corso di un esame diretto, durante reintervento, oppure mediante esami istopatologici o radiologici;
4. **diagnosi di infezione profonda da parte del chirurgo** o del medico curante.

(HELICS, 2004)

Infezione del sito chirurgico che interessa organi e spazi

Si manifesta entro 30 giorni dalla data dell'intervento in assenza di impianto protesico, o entro 1 anno in presenza di impianto protesico

e

coinvolge oltre che l'incisione un qualsiasi distretto anatomico (organo o spazio), che sia stato inciso o manipolato durante l'intervento

e

almeno una delle seguenti condizioni:

1. **secrezione purulenta da un tubo di drenaggio** posizionato all'interno di un organo o spazio;
2. **isolamento di microrganismi da colture** ottenute in modo asettico da fluidi o tessuti provenienti o appartenenti ad organi o spazi;
3. **presenza di ascesso** o di altra evidenza di infezione osservata all'esame diretto, durante reintervento, o attraverso esami radiologici o istopatologici
4. **diagnosi di infezione del sito chirurgico** coinvolgente organi e spazi da parte del chirurgo o del medico curante.

(HELICS, 2004)

Sorgenti e veicoli di infezioni in sala operatoria

Paziente



Infezione endogena

Equipe chirurgica



Infezione esogena

Ambiente

Surgical site infection: Incidence and impact on hospital utilization and treatment costs

Gregory de Lissovoy, PhD, MPH,^a Kathy Fraeman, SM,^a Valerie Hutchins, BS,^a Denise Murphy, RN, MPH, CIC,^b David Song, MD,^c and Brian B. Vaughn, MPA, MBA^d

*Copyright © 2009 by the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.
(Am J Infect Control 2009;37:387-97.)*

N. pazienti: 723.490

N. ISC: 6.891

Incidenza cumulativa: 0,96%

Giorni di degenza aggiuntivi (media): 9,7

Costi aggiuntivi (media): \$ 20.842

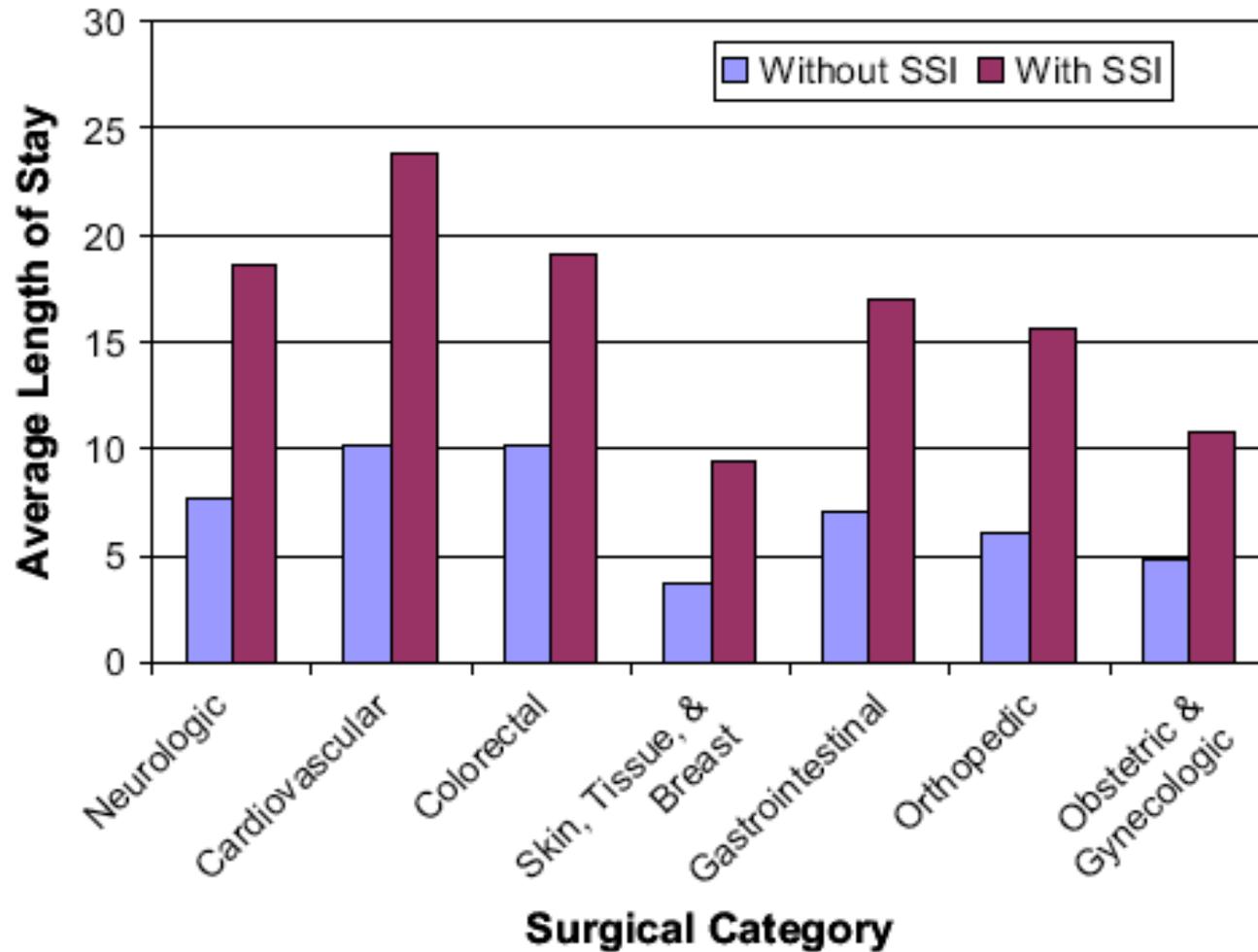


Fig 1. Impact of surgical site infection on length of stay.

(de Lissovoy et al, 2009)

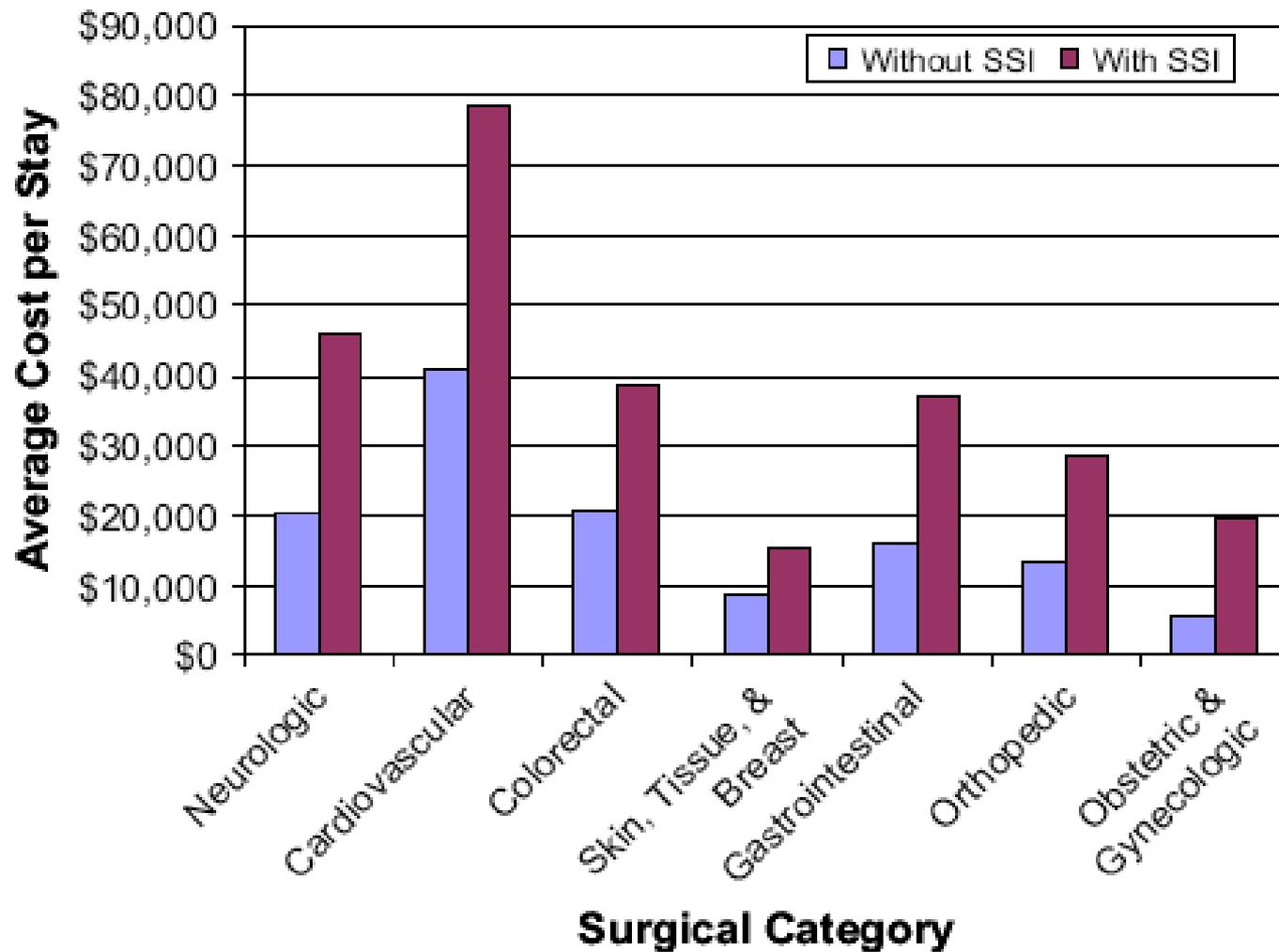


Fig 2. Impact of surgical site infection on cost of hospital stay.

(de Lissovoy et al, 2009)

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI (NRC, 1964)

Interventi puliti

- Non interessano l'apparato respiratorio, gastroenterico o genitourinario
- Elettivi
- Non consecutivi a trauma
- Assenza di processi infiammatori

Interventi pulito-contaminati

- Interessano l'apparato respiratorio, gastroenterico o genitourinario
- Senza fuoriuscita del contenuto

Interventi contaminati

- Consecutivi ad un trauma recente (meno di 4 ore)
- Presenza di un processo infiammatorio acuto, non purulento
- Spandimento del contenuto gastrointestinale

Interventi sporchi

- Consecutivi ad un trauma non recente (più di 4 ore)
- Presenza di tessuto devitalizzato
- Presenza di un processo infiammatorio acuto purulento
- Perforazione dei visceri

PUNTEGGIO ASA (American Society of Anesthesiologists)

Punteggio ASA	Condizione fisica
1	Paziente sano
2	Paziente con malattia sistemica lieve
3	Paziente con malattia sistemica grave non invalidante
4	Paziente con malattia sistemica grave invalidante con prognosi riservata
5	Paziente moribondo con attesa di vita inferiore alle 24 ore con o senza l'intervento

INFECTION RISK INDEX (National Nosocomial Infection Surveillance)

- Intervento contaminato o sporco
- Punteggio ASA
- Durata dell'intervento

INFECTION RISK INDEX (National Nosocomial Infection Surveillance)

Fattori considerati	Somma di:
Intervento contaminato o sporco	1 punto
Punteggio ASA superiore a 2	1 punto
Intervento con durata superiore al 75° percentile della distribuzione della durata di intervento in quella specifica categoria	1 punto

INFECTION RISK INDEX e incidenza cumulativa

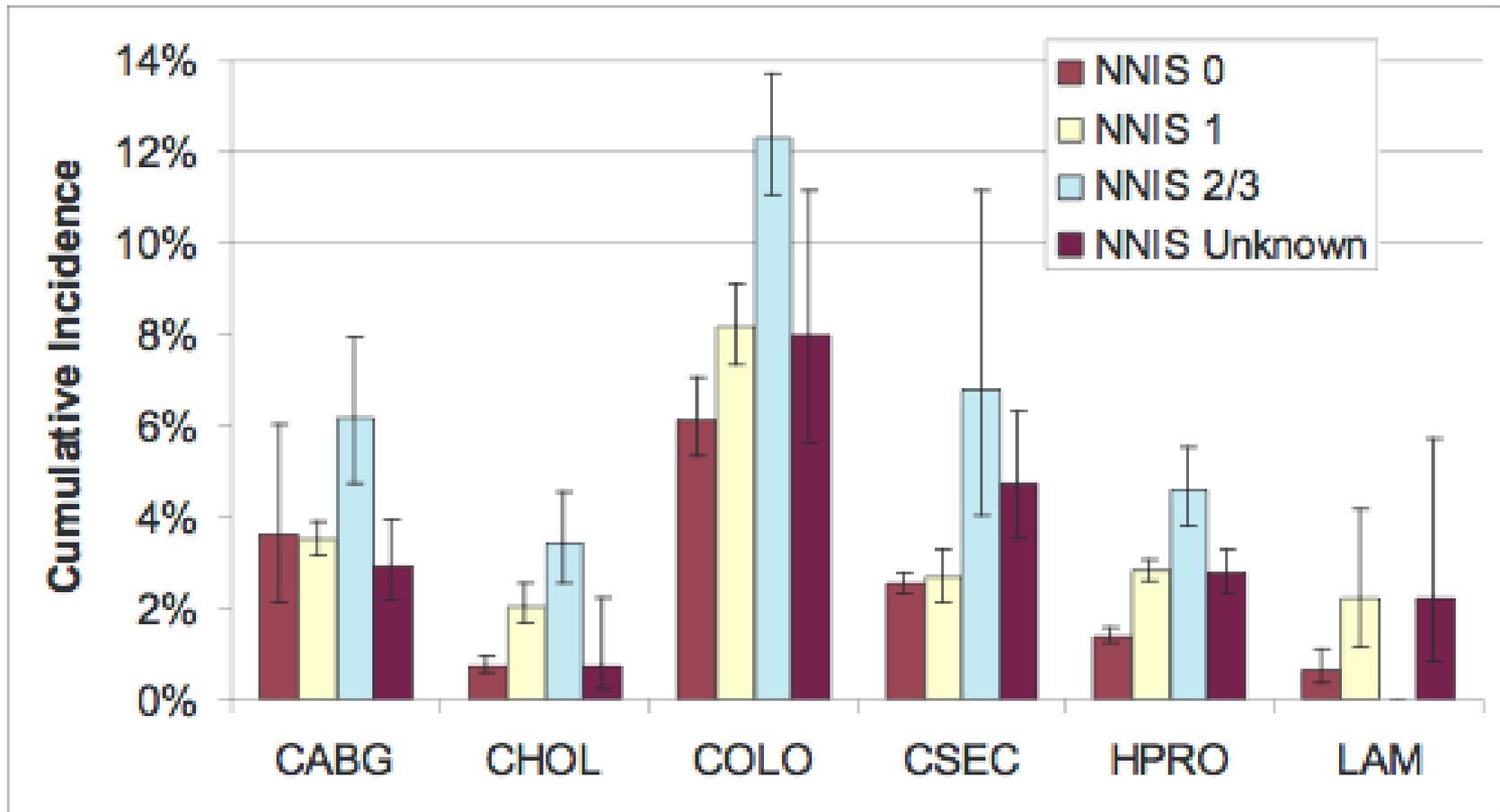


Figure 3.7A. Cumulative incidence (overall mean) of registered surgical site infection by NNIS risk index by surgical procedure, and 95% confidence intervals

(HELICS, 2006)

Profilassi antibiotica e infezioni post-operatorie

Tipo di chirurgia	Percentuali di infezioni (%)	
	<i>senza profilassi</i>	<i>con profilassi</i>
Pulita	1,5-2	1,5-2
Pulita-contaminata	10	3-4
Contaminata	15-18	9
Sporca	40	9

(Bassetti, 2000)

Profilassi antibiotica e infezioni post-operatorie

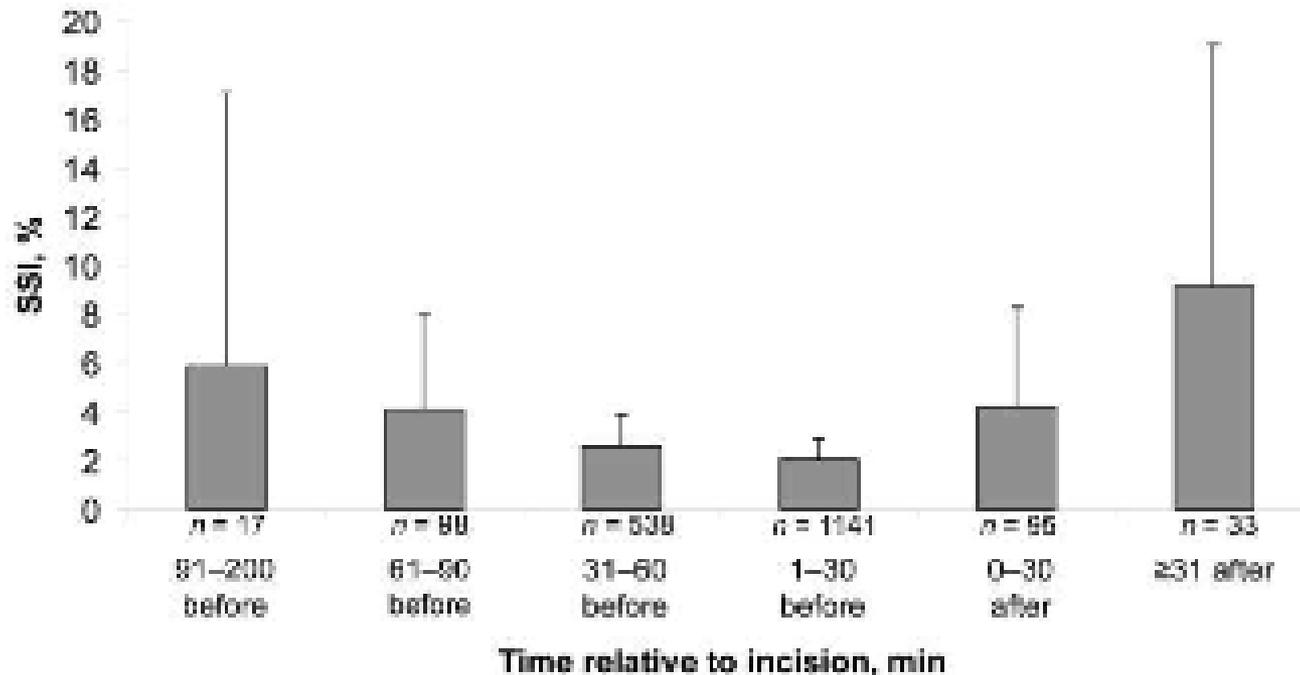


Figure 1. The association between the timing of administration of prophylaxis and the incidence of surgical site infection (SSI) following total hip arthroplasty.

Criticità SSI

- Valutazione delle infezioni ospedaliere sulle ferite post dimissione (rappresentano il 50% delle I.O. su ferita)
- Maggiori nelle degenze postoperatorie ridotte
- In relazione al tempo di incubazione dei singoli microrganismi
 - Stafilococchi spp.: 4-6 giorni
 - Streptococchi tipo A: 1-4 giorni
 - Streptococchi microaerofili 10-14 giorni
 - Gram negativi: 7-14 giorni

Fonti di infezione

- Inoculazione diretta
 - Al momento dell'intervento
 - Flora cutanea del paziente
 - Mani dell'equipe chirurgica
 - Strumenti chirurgici contaminati
 - Tessuti contaminati o infetti interessati all'intervento
 - Nel periodo postoperatorio
 - Drenaggi chirurgici
 - Flora cutanea del paziente nel caso di ferite aperte
 - Tessuti infetti o contaminati (dopo le procedure invasive)

Fonti di infezione

- Contaminazione per via aerea
 - cute, mucose e vestiti del paziente
 - cute, mucose e vestiti dell'equipe chirurgica
 - ambiente inanimato della sala operatoria
 - Sistema di ventilazione non funzionante

- Per via linfoematogena
 - Al momento dell'intervento
 - Infezione preesistente in altro sito
 - Cateteri e attrezzatura intravascolare
 - Nel periodo postoperatorio
 - Infezioni postoperatorie localizzate in siti diversi dalla ferita
 - Cateteri o altra attrezzatura intravascolare

Fattori di rischio

Pratiche assistenziali

Durata della degenza preoperatoria

Tricotomia

Sede dell'intervento

Impianto di protesi

Durata dell'intervento

Esecuzione di più interventi

Intervento d'urgenza

Profilassi antibiotica non corretta

Tecnica chirurgica

Comportamento non corretto in sala
operatoria

Drenaggio chirurgico

Fattori dell'ospite

Età avanzata

Obesità

Malnutrizione

Precedenti infezioni

Trauma

Diabete

Bundle per la prevenzione delle infezioni da ferita chirurgica

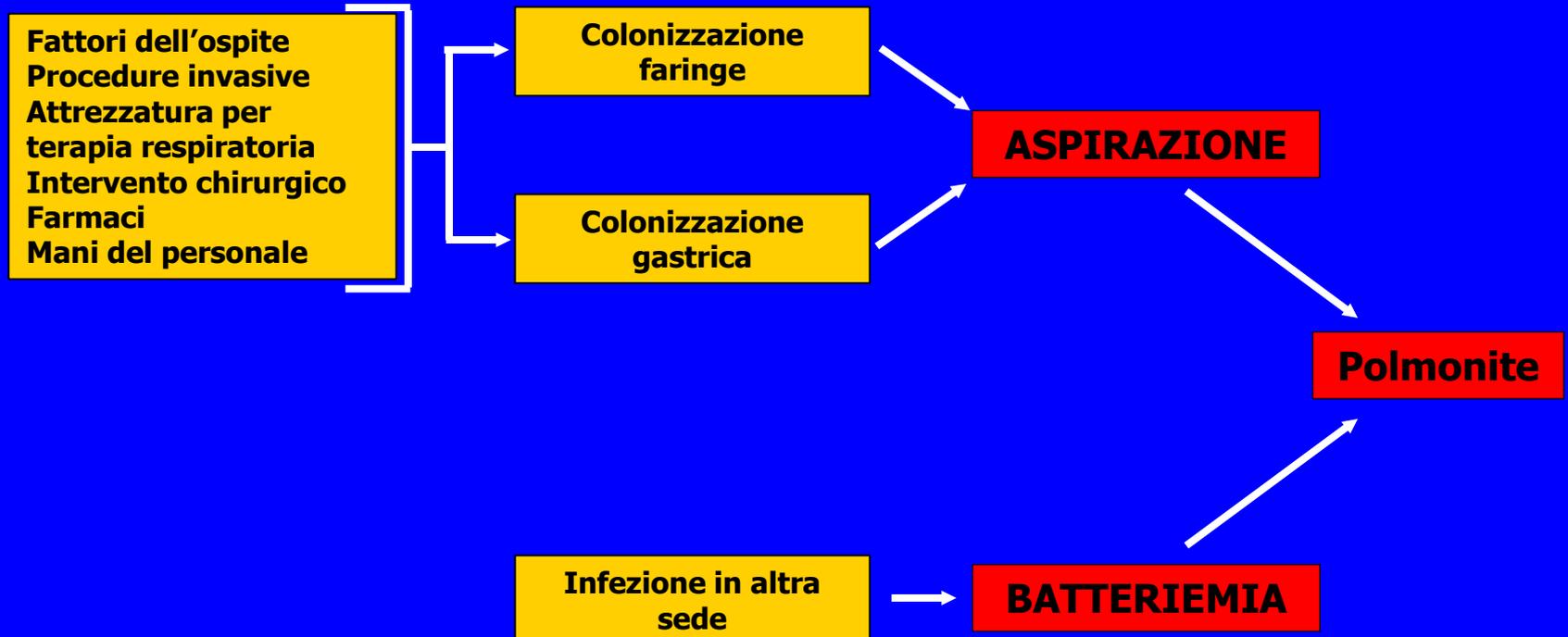
- Utilizzo appropriato degli antibiotici prima e dopo l'intervento chirurgico
- Utilizzare per la tricotomia rasoio elettrico con lama monouso preferibilmente 2 ore prima dell'intervento
- Contenere il calo della temperatura corporea del paziente durante l'intervento
- Monitorare la glicemia del paziente durante l'intervento

Infezioni delle vie respiratorie

- La polmonite ospedaliera rappresenta una complicanza assai temibile in quanto si associa ad una elevata mortalità
- I pazienti più a rischio sono quelli esposti a strumentazioni invasive sull'apparato respiratorio (respirazione assistita)
- Sostenute prevalentemente
 - nell'adulto da batteri
 - Pseudomonas aeruginosa
 - Staphylococcus aureus
 - Klebsiella
 - nel bambino da virus
 - VRS
 - adenovirus

Fonti e meccanismi di infezione

VIE RESPIRATORIE



Fattori che aumentano il rischio di aspirazione

- Stato di coscienza alterato
- Alterazioni della deglutizione
- Rallentamento dello svuotamento gastrico
- Alterata mobilità gastrointestinale
- Riflessi respiratori depressi

Fattori di rischio

Fattori modificabili

Intervento chirurgico
addominale o toracico

Intubazione

Durata della ventilazione

Trattamento con antiacidi

Nebulizzatori

Sondino nasogastrico

Attrezzature contaminate

Fattori non modificabili

Età

Patologie di base

Bundle per la prevenzione delle VAP

- Nessun cambiamento nel circuito ventilatorio se non specificamente indicato
- Rigorosa igiene delle mani con alcool, soprattutto prima di gestire le vie aeree
- Sedazione durante il giorno e protocollo di svezzamento dal ventilatore
- Igiene orale con clorexidina
- Controllo della pressione della cuffia almeno ogni 24 h

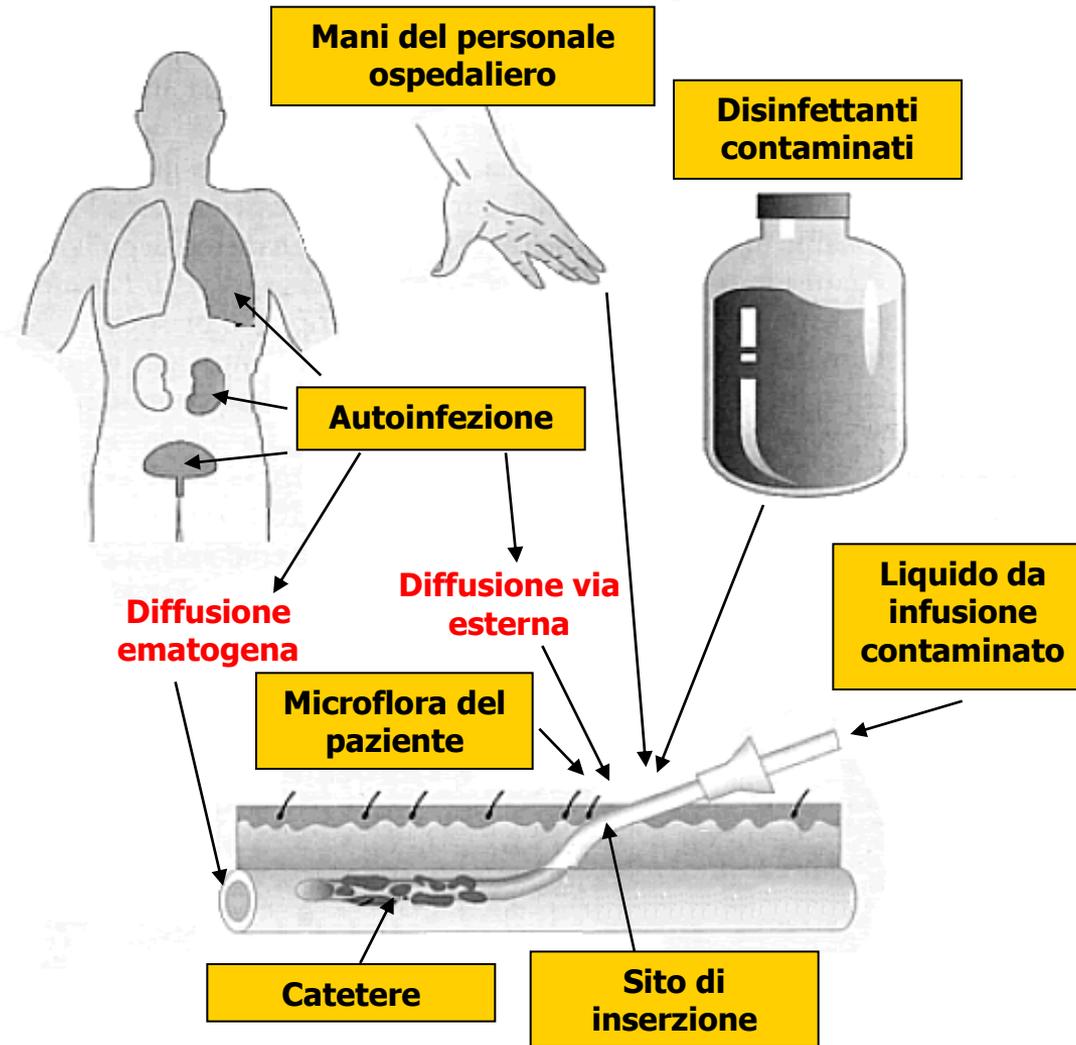
Infezioni associate a cateteri intravascolari

- Procedure di frequente utilizzazione nei pazienti ricoverati
 - Terapia infusionale
 - Liquidi, elettroliti, farmaci, NPT
 - Monitoraggio emodinamico
- La maggior parte di tali infezioni è associata ad altre infezioni
- Solo $\frac{1}{4}$ delle batteremie insorge in forma primitiva

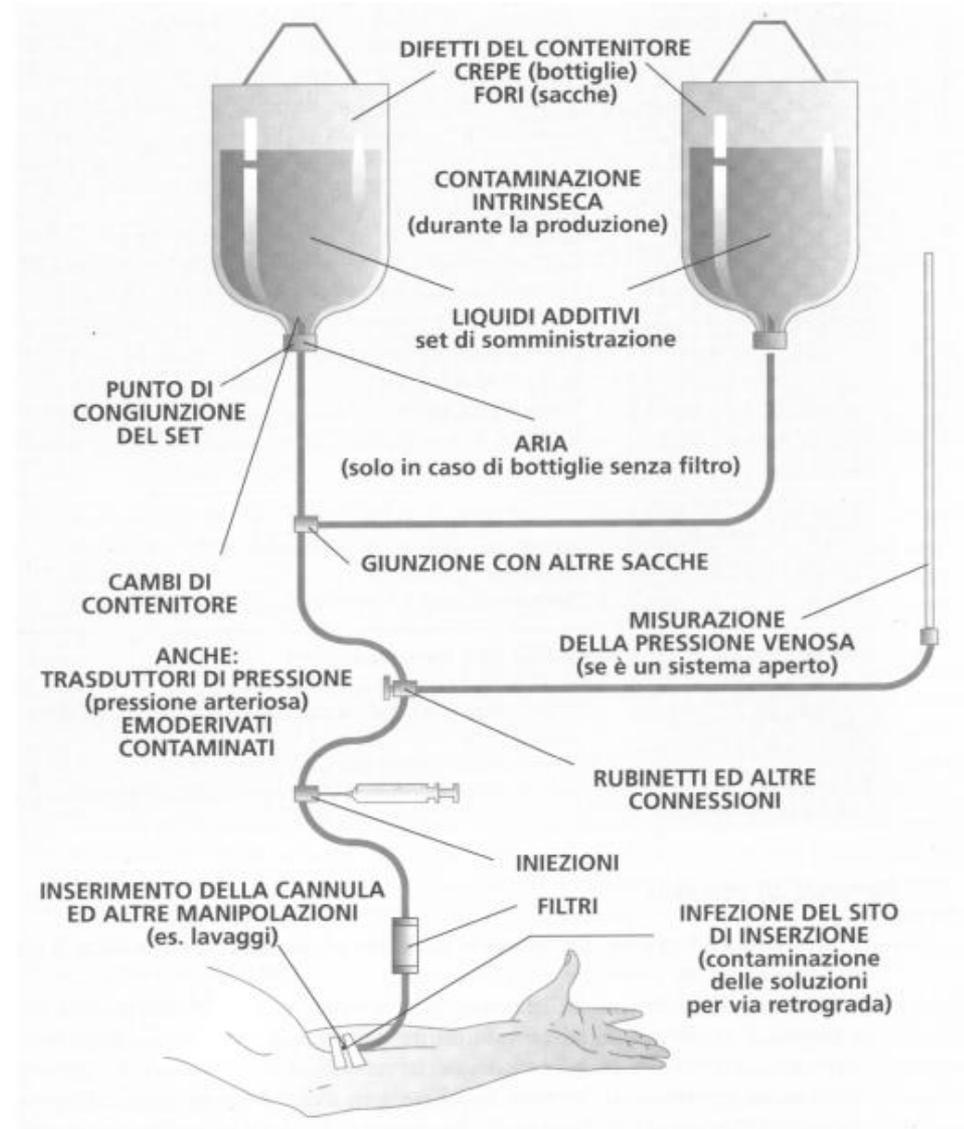
Rischio variabile in dipendenza del tipo di catetere

- **Breve durata** (incidenza 100 cateteri)
 - Cannule periferiche
 - Aghi butterfly <0,2
 - Cateteri periferici
 - Via percutanea 0,2
 - Isolamento chirurgico 6,0
 - Cateteri arteriosi 1
 - Cateteri venosi centrali
 - Qualsiasi indicazione 3
 - Emodialisi 10
- **Lunga durata** (incidenza 100 giornate/ catetere)
 - CVC per via periferica 0,20
 - Cateteri tunnelizzanti 0,20
 - Cateteri sottocutanei 0,04

Fonti di infezione



Fonti di infezione

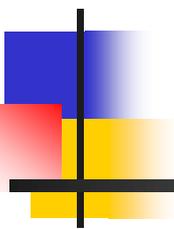


Fattori di rischio

- durata di cateterizzazione
- manipolazioni frequenti
- sito di inserzione
- non rispetto delle misure di asepsi
- presenza di raccordi multipli (hubs)
- colonizzazione cute pericaterere
- colonizzazione del raccordo (hub)
- tecnica di inserzione

Bundle prevenzione infezioni intravascolari associate a dispositivo

- Eseguire una corretta igiene delle mani
- Utilizzare le protezioni barriera
- Disinfezione della pelle con clorexidina al 2%
- Selezione del sito ottimale per l'inserzione del CVC
- Valutazione giornaliera della necessità di mantenimento del catetere venoso centrale



Infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA)- Normativa di riferimento

Università degli Studi di Verona – Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Docente: Stefano Tardivo

NORMATIVA NAZIONALE PREVENZIONE ICPA

Circolare Ministeriale 52/1985

Lotta contro le infezioni ospedaliere

Circolare Ministeriale 8/1988

Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza

Circolare 8/1988

“Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”

- Recepisce i modelli:
 - statunitense sorveglianza delle IO
 - britannico impiego dell' infermiere epidemiologo
 - Suggerisce valutazioni per una scelta corretta ed efficace del modello da applicare

Circolare ministeriale 8/1988

- Individua gli strumenti epidemiologici
 - Studi di prevalenza ripetuti
 - Studi di incidenza
 - almeno nei reparti ad alto rischio
- Sorveglianza orientata per problemi che all'interno dell'ospedale possono assumere un ruolo prioritario per la frequenza con cui si manifestano e/o per la possibilità effettiva di prevenzione del rischio
 - modificarsi nel corso del tempo
 - diverse da ospedale a ospedale, in relazione al tipo di pazienti ricoverati e agli interventi attuati.

C.I.O.: composizione

- LA DIREZIONE SANITARIA
- I RAPPRESENTANTI AREE MEDICHE E CHIRURGICHE
- IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO
- L'INFETTIVOLOGO
- IL MICROBIOLOGO
- IL FARMACISTA OSPEDALIERO

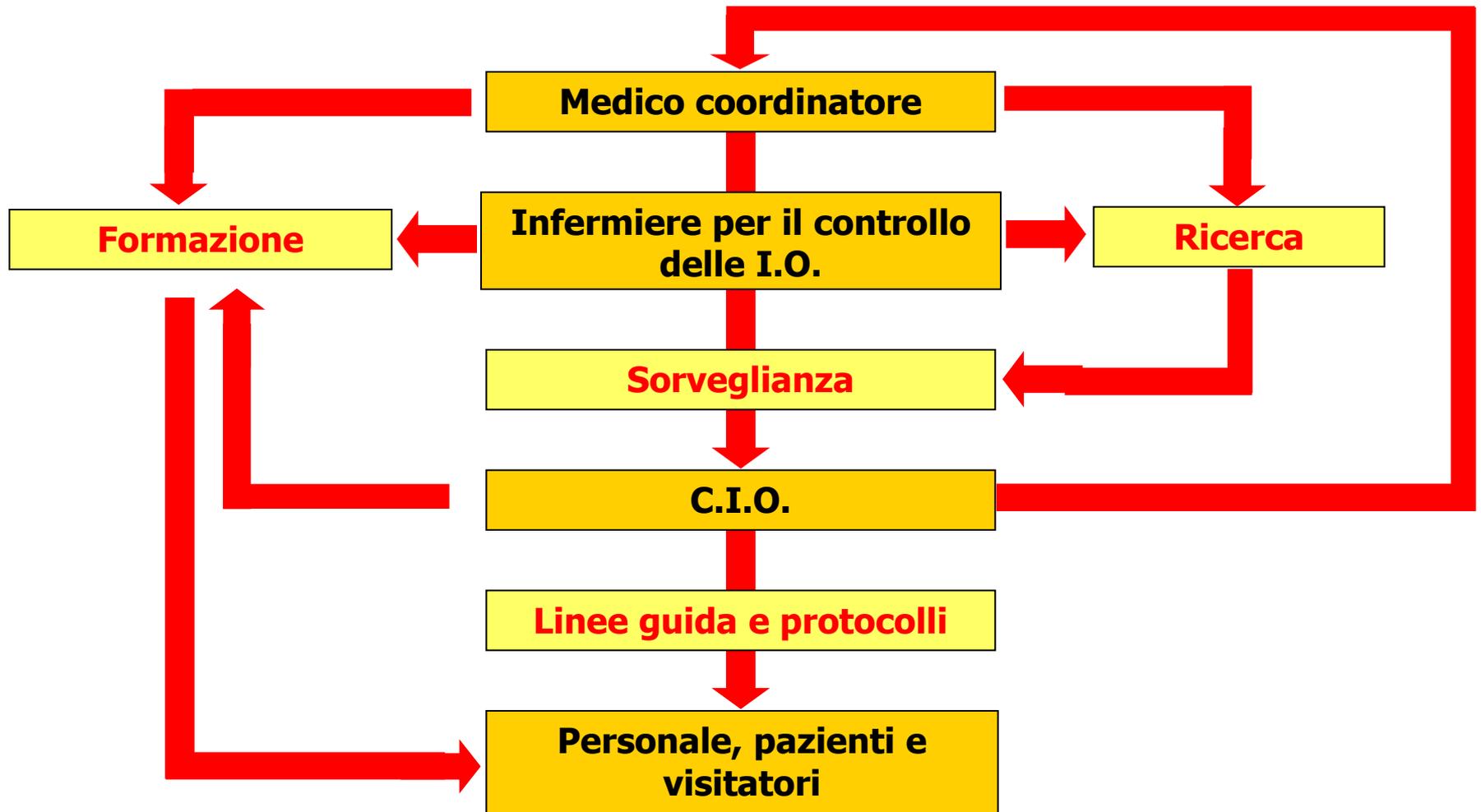
Obiettivi per il controllo delle ICPA

- Istituzionalizzare la sorveglianza
- Redigere protocolli operativi scritti per
 - Sanificazione
 - Disinfezione
 - Sterilizzazione
 - Procedure diagnostico-terapeutiche a rischio
 - Smaltimento rifiuti speciali
- Attivare procedure di audit
- Razionalizzare l'uso di antibiotici
- Varare misure per il controllo del rischio professionale
- Varare iniziative di formazione
- Creare centri di riferimento

Strategie per il controllo delle ICPA

- Formare gruppo operativo
- Identificare risorse e priorità
- Definire gli obiettivi
- Porre scadenze temporali
- Valutare l'efficacia degli interventi

Interazione fra le figure e le funzioni nel controllo delle I.O.



Funzioni del medico coordinatore

- Diretto responsabile dell'attività di
 - Sorveglianza
 - Organizzazione dati epidemiologici
 - Raccolta materiale bibliografico e tecnico sulla base del quale il CIO svilupperà
 - Linee guida
 - Normativa
 - Protocolli
- Collaborazione con il medico competente per definire i programmi di prevenzione delle infezioni occupazionali
- Formazione del personale nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Funzioni dell'infermiere

- Sorveglianza delle I.O.
 - Raccolta dati
 - Indagini eventi epidemici
- Educazione/insegnamento nei confronti del personale di assistenza
- Collegamento tra CIO e le diverse aree ospedaliere
- Modificazione dei comportamenti del personale di assistenza

Le azioni da intraprendere ...

Migliorare le conoscenze

Migliorare la sorveglianza e la diagnosi

Migliorare la pratica clinica medica e infermieristica

In un qualsiasi processo non si valutano quindi solo i risultati ottenuti dalla realizzazione di un intervento/programma, ma si possono controllare le componenti del processo per poter ridefinire periodicamente obiettivi e priorità secondo le necessità

The Washington Post

Donald M. Berwick

TUESDAY, JULY 29, 2003

Migliorare la sicurezza non è un compito facile.

Occorre coinvolgere l'intera organizzazione, investire denaro, cambiare decine e decine di procedure abituali, raccogliere dati, promuovere incontri, formare il personale.

Grazie

