

3/2021

**Periodico di informazione
a cura di ANIPIO
Società Scientifica Nazionale
Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo**



Numero Speciale

30 anni di ANIPIO

*Le relazioni, i saluti delle Autorità, gli interventi
e i poster presentati nel corso del Convegno
per festeggiare
il trentennale di ANIPIO*

ANIPIO

IL SISTEMA PCHS®

**PREVIENE E CONTRASTA IL COVID-19
CON UNA STABILITÀ D'AZIONE PER TUTTE LE 24 ORE
A DIFFERENZA DI QUELLA DEI DISINFETTANTI
CHIMICI CHE SI ESAURISCE DOPO SOLO UN'ORA
DALL'APPLICAZIONE**



INNOVAZIONE AL SERVIZIO DELLA SANIFICAZIONE

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha posto in maniera urgente e definitiva l'accento sul valore della prevenzione del rischio infettivo a partire dall'igiene degli ambienti.

COPMA Scrl, azienda leader nel campo delle pulizie e della sanificazione ambientale e sanitaria, ha ideato l'innovativo Sistema di Sanificazione PCHS®. I vantaggi già documentati in precedenti studi pubblicati su autorevoli riviste scientifiche internazionali^{1,2}, hanno dimostrato rispetto ai disinfettanti chimici:



Riduzione stabile nel tempo
DI OLTRE L'80%
della contaminazione patogena



Riduzione delle infezioni
correlate all'assistenza
DEL 52%



Abbattimento
delle farmaco-resistenze
FINO AL 99,9%



Riduzione dei costi complessivi
della terapia antimicrobica
DEL 79%



**FINO A
320 MILIONI DI EURO
RISPARMIABILI**
solo per trattamenti farmacologici



Via Vittore Veneziani, 32 | Ferrara
Tel. 0532 970 611 | www.copma.it | posta@copma.it

La gestione della pandemia da COVID-19 ha imposto un uso massiccio di disinfettanti chimici in tutti gli ambienti ospedalieri e civili, amplificando però di fatto anche i limiti legati a queste procedure:

- Limitata azione nel tempo che si esaurisce dopo solo un'ora dal loro impiego
- Elevato impatto ambientale
- Possibile induzione di ulteriori farmaco-resistenze

Recenti studi* condotti dal Centro Ricerche CIAS dell'Università di Ferrara non ancora pubblicati, hanno valutato la capacità antivirale del sistema di sanificazione PCHS®, nell'ottica di poter utilizzare questo sistema per controllare e prevenire la diffusione del COVID-19 mantenendo nel contempo i vantaggi già documentati nei precedenti studi scientifici.^{1,2}



Ottima attività inattivante del sistema PCHS® su tutti i virus involuppati testati, incluso COVID-19, con una efficacia paragonabile a quella dei disinfettanti chimici



L'attività antivirale del sistema PCHS® a differenza di quella dei disinfettanti chimici che si esaurisce dopo solo 1 ora dall'applicazione, permane stabilmente sulle superfici trattate fino a 24 ore dal trattamento

In tal modo il sistema PCHS® non solo consente di ridurre le infezioni correlate all'assistenza spesso causate da agenti farmaco resistenti, ma permette altresì di prevenire e controllare efficacemente il rischio di infezioni da COVID-19 durante tutte le 24 ore garantendo al contempo sostenibilità economica ed ambientale.

Fonte Ricerca scientifica SAN-ICA

¹ pubblicazione scientifica Plos One | ² pubblicazione scientifica Pathogens

* Programma operativo del Fondo europeo di sviluppo regionale (Por Fesr) 2014-2020 della Regione Emilia-Romagna.





Comitato di redazione

DIRETTORE: MARIA MONGARDI

COMITATO DI REDAZIONE: GIULIA ADRIANO (VICE-DIRETTORE)

DANIELA BENDANTI

ERMAN LORENZIN

TIZIANA LAZZAROTTO

ILARIA CAMPAGNA

SILVIA GONELLA

CARLO TASCINI

EDITING E IMPAGINAZIONE: BARBARA PALTRINIERI

ORIENTAMENTI N.3 – DICEMBRE 2021

© ANIPIO 2021. Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.



www.anipio.it



sommario 3/2021

Editoriale
pag. 6



di Maria Mongardi

In primo piano
pag. 7



Le 5 sfide ANIPIO per il prossimo futuro

Mongardi M

In primo piano
pag. 10



I saluti delle autorità

Ascoltato per voi
pag. 14



La pandemia da Covid-19
Contributo di S. Brusaferrò

a cura di Arcidiacono A, Putrino C

Ascoltato per voi
pag. 16



Stewardship antimicrobica e ruolo dell'infermiere:
lo scenario internazionale
Contributo di E. Tacconelli

a cura di Viturale C

Ascoltato per voi
pag. 18



Impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari
Contributo di A. Cassini

a cura di Lorenzin E

Le relazioni
pag. 19



L'infermiere specialista del rischio infettivo e la pandemia da SARS-CoV2

Accorgi D

Le relazioni
pag. 21



Qualità e sicurezza delle cure.
Il contributo delle Direzioni Assistenziali

Cavaliere B

Le relazioni
pag. 23



ANIPIO risponde alle sfide

Ciliento G

Le relazioni
pag. 26



La parola agli ex studenti dei Master in Management del Rischio Infettivo

Palermo R



sommario 3/2021

Focus
pag. 31



La Tavola Rotonda degli Ex-Presidenti ANIPIO

a cura di Adriano G

Poster session
pag. 35



Poster - Abstract

a cura di Cappelli E

- *Analisi dei bisogni formativi degli infermieri neoassunti in materia di Infezioni Correlate all'Assistenza* - Meucci B
- *LEAN4HEALTH - Percorso chirurgico: "Sanificazione" in sala operatoria interventi di Miglioramento* - Bruni E et al.
- *Progetto V.I.R.I.-Implementazione della Valutazione Infermieristica Rischio Infettivo in un centro Trapianti e terapie ad Alta Specializzazione* - Campanella O
- *La sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale* - Lacerenza E, Jayakody MP
- *Strumenti per la sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale* - Lacerenza E, Jayakody MP
- *Prevenzione infezione del sito chirurgico* - Pace M, Trovati M
- *Progetto di miglioramento impianto e gestione CVP* - Manzalini MC et al.
- *La sicurezza delle cure: la lotta all'antibimicrobico resistenza* - Bruno E et al.
- *IPC IN FTGM: documentazione infermieristica e sorveglianza* - Perrotta T et al.



A cura di **Maria Mongardi**, presidente ANIPIO

Per quanto il periodo sia molto complesso per tutti, abbiamo deciso di salutare il 2021 dedicando un numero speciale della rivista Orientamenti a quanto di meglio gli ultimi mesi ci ha riservato, e per ANIPIO questo ha coinciso anche con le celebrazioni del trentennale di attività, con il grande convegno dello scorso 2 ottobre.

Un evento in presenza, che ha rappresentato non solo l'occasione per ricordare insieme tutta la strada fatta insieme in questi anni, ma anche per gettare le basi per nuove attività che ci attendono nel prossimo futuro, come spiego nell'articolo introduttivo a pagina 6. Infatti il convegno del trentennale ha tracciato una linea importante tra due percorsi della vita Societaria: il primo di crescita e di consolidamento di ANIPIO nella rete nazionale e il secondo di apertura al presente e al futuro con le sfide che ANIPIO si appresta ad affrontare, prime fra tutte quella della ricerca e del network Europeo internazionale. Il confronto con i colleghi di altri paesi Europei e l'attività di ricerca nel campo dell'*infection control* sono, infatti, fondamentali per crescere come comunità professionale e per migliorare le conoscenze su come controllare le infezioni correlate all'assistenza.

Oltre a questo, ritengo che sia stato un evento *emozionante*, di *grande soddisfazione*, *molto interessante* (stando anche al feedback dei partecipanti) e partecipato con più di cento presenze (numero massimo consentito secondo le regole anti Covid).

E' stato **emozionante** perché ci ha permesso di rivivere importanti momenti del passato e del presente, ma anche perché è stata un'opportunità per potersi rivedere di persona dopo quasi due anni di incontri solo su piattaforma on line. Per molti di noi era la prima partecipazione ad un convegno in presenza nel periodo pandemico.

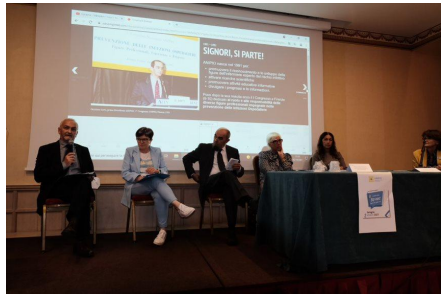
Di **grande soddisfazione** per i numerosi saluti ricevuti da parte delle Istituzioni, alcuni dei quali sono riproposti nelle prime pagine di questo numero di Orientamenti. Abbiamo avuto il piacere di avere fra le altre, la presenza delle Università con le quali Anipio collabora per i corsi Master sul Management del Rischio Infettivo: il professor Leopoldo Sarli dell'Università di Parma, il dottor Giuseppe Esposito dell'Università di Tor Vergata (Roma), il dottor Rocco Spagnuolo dell'Università Magna Graecia di Catanzaro. Inoltre abbiamo avuto la presenza del dottor Gianfranco Finzi, Presidente AMNDO, e della dottoressa Maria Luisa Moro, Direttore Agenzia Socio Sanitaria della Regione Emilia-Romagna e molti altri autorevoli rappresentanti.

E' stato, infine, molto **interessante** grazie alle importanti relazioni che abbiamo avuto il piacere di ascoltare, alcune delle quali sono riproposte nelle pagine che seguono grazie al lavoro dei colleghi che le hanno sintetizzate.

ANIPIO ha bisogno della collaborazione di numerosi colleghi esperti e non sul rischio infettivo e, seppure affaticati dalle conseguenze del periodo pandemico, vi invito a trovare le energie per entrare attivamente nella Società Scientifica: incontrarsi e lavorare insieme, avere l'opportunità di apprendere qualcosa che non si conosce è fonte di crescita professionale e grande gratificazione. Il Consiglio Direttivo è lieto di accogliere la vostra candidatura per lavorare insieme. Concludo coi ringraziamenti: ai membri del Comitato Scientifico e del Comitato Organizzativo a cui è dovuta l'ottima riuscita del convegno e alle Aziende (Clinilab, Neumed, Praesidia e Vileda) per il supporto offerto all'evento.

A tutti i miei migliori auguri di un Buon Anno 2022: e che sia l'anno di uscita dalla pandemia.

30 anni di ANIPIO





Le 5 sfide ANIPIO per il prossimo futuro

Mongardi M.¹

¹ *Presidente ANIPIO*

Introduzione

ANIPIO ha tratto dalla passione per il controllo delle infezioni l'antidoto contro ogni ostacolo, frustrazione sul governo dell'*infection control*, abbiamo saputo rigenerare, e lo facciamo tuttora, le ragioni di nuove speranze, motivando che i giochi non erano/sono fatti, che nel groviglio di tendenze e di contro tendenze conflittuali dell'oggi è sempre possibile, e anzi necessario, elaborare prospettive creative per il futuro.

L'adozione di un approccio otti-pessimista ci guida, l'ottimismo ci acceca sui pericoli, il pessimismo ci paralizza e contribuisce al peggio; cerchiamo di pensare oltre l'ottimismo e il pessimismo.

E faccio un esempio: pensiamo al ruolo degli Infermieri Specialisti del rischio infettivo presenti nelle organizzazioni ospedaliere e territoriali a livello nazionale, e a come alcuni di loro sono utilizzati professionalmente ecc...

Non posso evitare di citare la pandemia che ha avuto importanti riflessi non solo sul piano sanitario, ma anche sul piano personale e collettivo, sulle dinamiche sociali, sui diversi modelli di produzione, sulle norme istituzionali e sulle funzioni politiche. Questa "policrisi" ha messo in luce molte contraddizioni del nostro mondo compreso quello sanitario e socio sanitario e tutto ciò ci pone grandi interrogativi, come cittadini ma anche come decisori politici e non. La risposta non è dimenticare né tantomeno illudersi di tornare al mondo di prima. In altre parole, la pandemia non può essere una parentesi, ma deve essere considerata un'occasione per progettare insieme un futuro più attento all'*infection control* e non solo. Non si tratta di recuperare ricette del passato, ma di leggere con lenti diverse le sfide della contemporaneità sulle ICA e l'ATB. La drammatica lezione del Covid 19 ci dice che non c'è più tempo per aspettare.

Prima sfida: la formazione

L'educazione sull'*infection control* assume un ruolo di guida, poiché essa si rivela fondamentale per la cura del presente e per la difesa dell'avvenire, occorre la consapevolezza che l'azione di oggi ha ripercussioni e conseguenze dilatate nel tempo futuro.

Anipio lancia l'allarme educativo: i sistemi di insegnamento continuano a separare, a disgiungere le conoscenze che dovrebbero invece essere interconnesse, continuano a formare menti cieche ai contesti ed esperti che privilegiano una sola dimensione di problemi complessi. L'epistemologia della complessità delinea un metodo di integrazione dei saperi che ha come scopo la connessione delle conoscenze. Occorre sostituire un pensiero che separa e che riduce, con un pensiero che

distingue e collega. Non si tratta di abbandonare la conoscenza delle parti per la conoscenza delle totalità, né l'analisi per la sintesi: serve coniugarle. La conoscenza sbriciolata si acceca con la cultura e genera miraggi di razionalità non ragionevole. È importante passare dal pensiero frantumato al pensiero del collegare, legare. Anipio da sei anni lavora per migliorare la formazione degli Infermieri specialisti del rischio infettivo e non approva gli interventi formativi JUST TIME scarsamente efficaci per il governo del rischio infettivo a lungo termine. Da quando è nata ANIPIO ha investito sulla formazione a partire dagli infermieri di clinica, agli operatori socio sanitari, ai fisioterapisti, alle ostetriche, ai medici. La Riforma dell'insegnamento sul rischio infettivo ... deve partire dalla laurea triennale in infermieristica ed entrare nei corsi di laurea di medicina e chirurgia dove l'infermiere può trasmettere conoscenze sull'*infection control*. Cambiare stereotipi mentali spesso inconsapevoli è molto difficile, servono tempo e presenza di molteplici condizioni culturali e pratiche e ci stiamo impegnando a produrre cultura transdisciplinare e non solo interdisciplinare o multidisciplinare.

Serve inoltre un dialogo costruttivo tra la cultura umanistica e la cultura scientifica, occorrerebbe in tutte le facoltà introdurre un insegnamento comune che verta sui presupposti dei differenti saperi e sulle possibilità di farli comunicare. Se ci pensiamo è un'idea semplice ed efficace, di non difficile attuazione (persino in un sistema rigido e burocratico come il nostro): un progetto che richiederebbe solo un po' d'iniziativa e di coraggio. Prendiamo atto che i progressi della coscienza sono lenti.

Seconda sfida: la ricerca

La ricerca è l'anima delle conoscenze per poter riflettere sui risultati che essa ci offre e intraprendere azioni innovative. Anipio crede che una Società Scientifica non ha ragione di esistere se non investe nella ricerca e nella formazione. Abbiamo già intrapreso questo percorso, pubblicato i risultati di un trial, abbiamo in cantiere un altro trial (attualmente congelato per la pandemia) e alcune survey una di queste "ISRI e COVID" che a breve pubblicheremo i risultati.

Terza sfida: dal dichiarato all'agito: il contributo dell'ISRI nell'*Infection control*

Passiamo dal dichiarato all'agito e riprendo il concetto della interdisciplinarietà, multidisciplinarietà per arrivare

alla transdisciplinarietà. Oggi gli infermieri specialisti del rischio infettivo sono presenti nei tavoli nazionali, nei tavoli regionali, nelle commissioni aziendali, ma c'è ampio spazio di miglioramento, talvolta il coinvolgimento è just time o occasionale sintomo di una cultura che dichiara ma non passa all'agito. Questo è un obiettivo prioritario di ANIPIO. Tutto ciò che non si rigenera, degenera e l'*infection control* ha la necessità di rigenerare la multidisciplinarietà in transdisciplinarietà per migliorare la sicurezza delle cure. E facciamo l'esempio del ruolo infermieristico nella *stewardship* antimicrobica e per questo vi consiglio di prendere visione della relazione della professoressa Tacconelli su questo tema.

Quarta sfida: lo sviluppo professionale dell'ISRI

La storia dell'ICI ora ISRI a livello nazionale ha trent'anni e oggi abbiamo la necessità di evitare che il cambiamento di ruolo nel tempo si cristallizzi in adattamento cioè in una vita professionale adagiata, pietrificata, mortificata che induce questi professionisti a fare scelte alternative di sviluppo professionale. Oggi il ruolo dell'ISRI è inevitabilmente diverso da quello del 1991 o da quello tracciato nel 1985 e 1988 nelle storiche circolari ministeriali sulla prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni. Disponiamo di un profilo di competenza che ha più di dieci anni. La formazione, le conoscenze e le competenze nel management e l'acquisizione di leadership nell'*Infection control* sono un cammino da percorrere e irrobustire.

Quinta sfida: networking nazionale + EU

Stiamo potenziando il networking nazionale e sta decollando la nascita del networking europeo.

Questi ci permetteranno di promuovere confronti e crescita nell'*infection control* e aprire le nostre menti verso modalità di controllo delle infezioni diverse da quelle agite nel nostro Paese.

Concludo con un invito alla Fiducia nell'improbabile. Solo perseguendo queste sfide possiamo contribuire a migliorare l'*infection control* a livello nazionale per il fine nobile della sicurezza delle cure. Concludo con un invito ad accettare il rischio delle idee e verosimilmente questo ci permetterà di crescere insieme. ANIPIO ha l'impegno di rigenerare, trasformare, le idee di chi ci ha preceduto.



*Ministero della Salute
Il Sottosegretario di Stato*

Prot. n. 2021/SS/0047

Presidente Maria Mongardi
Società Scientifica degli Infermieri
Specialisti nel Rischio Infettivo

Egr. Presidente Mongardi,

La ringrazio per avermi invitato all'evento celebrativo del trentennale della Società Scientifica degli Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ANIPIO).

Sono spiacente di doverLe comunicare che, per impegni istituzionali concomitanti, purtroppo non mi sarà possibile partecipare. Tuttavia, colgo l'occasione per sottolineare l'importanza del ruolo che tutti gli infermieri svolgono da sempre per il nostro SSN. È davvero encomiabile il loro lavoro svolto durante questa pandemia, che li ha visti in prima linea fin dall'inizio. Per mesi, insieme ai medici e agli altri operatori sanitari, hanno lottato e stanno continuando a lottare senza risparmiarsi, curando, assistendo, consolando e supportando i loro pazienti.

La pandemia, in particolare, ha sottolineato l'importanza del ruolo degli infermieri specialisti nel rischio infettivo. La loro professionalità ha dato un contributo prezioso al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Agli infermieri, tutti, va quindi la mia riconoscenza. Grazie per i vostri sacrifici, il vostro costante impegno e la vostra sincera dedizione. Ad ANIPIO lascio i miei più sinceri auguri per i suoi 30 anni d'attività.

Cordiali saluti

Roma, 30 settembre 2021

Sen. Prof. Pierpaolo Sileri

*Segreteria del Sottosegretario di Stato Sen. Prof. Pierpaolo Sileri - 39.0659945778 - sileri.ufficio@sanita.it
Ministero della Salute Lungotevere Papia n. 100153 Roma (P.M.)*



Società Scientifica degli Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ANIPIO) – 2 ottobre 2021

Giornata dedicata all'attualità del rischio infettivo nel contesto dell'emergenza pandemica, alla visione delle sfide future della Società e alla commemorazione e rievocazione di 30 anni di attività al servizio degli operatori sanitari e dei cittadini per la lotta e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

PRESIDENTE STEFANO BONACCINI

"Purtroppo a causa di altri impegni istituzionali, non mi è possibile partecipare alla vostra iniziativa. Tuttavia, ci tengo particolarmente a dedicarvi alcune parole e a ringraziarvi per il vostro cortese invito.

Da ormai un anno e mezzo stiamo combattendo questa drammatica pandemia che ha messo a durissima prova il nostro sistema sanitario. A tutti gli operatori sanitari dobbiamo un gigantesco 'grazie': hanno e avete messo la salute delle nostre comunità al primo posto e, purtroppo, in molti hanno pagato in prima persona con la propria vita. Un esempio di professionalità e generosità che non dimenticheremo.

In particolare, il vostro ambito è molto legato all'emergenza che stiamo ancora combattendo. Siete stati e siete tuttora in prima linea nel combattere il virus. Un'esperienza che ci ha cambiato per sempre e dalla quale abbiamo tratto insegnamenti importanti per il futuro. A partire dalla centralità della sanità pubblica, un pilastro senza il quale non avremmo retto l'urto della pandemia. Ma anche la necessità di aumentare gli investimenti nel servizio sanitario nazionale: una strada che percorreremo, grazie anche ai fondi in arrivo dal PNRR. E la gestione del rischio infettivo, dopo tutto quello che è successo, sarà al centro di questi cambiamenti. Sono solo alcuni spunti che ci tenevo a comunicarvi, con la promessa di vederci dal vivo molto presto alla prima occasione.

Grazie e buon lavoro.

Stefano Bonaccini"

Viale Aldo Moro 52
40127 Bologna

tel 051 527 5800-5801
fax 051 527 5429

Email: segreteriapresidente@regione.emilia-romagna.it

PEC: segreteriapresidente@postacert.regione.emilia-romagna.it

	INDICE	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5	ANNO	NUM	SUB.
a uso interno: DP/ /	Classif.						Fasc.		



ASSESSORE RAFFAELE DONINI

“L’invito che ho ricevuto a partecipare all’evento di oggi mi permette di svolgere alcune riflessioni ed esprimere un ringraziamento.

Le riflessioni partono da una considerazione: oggi stiamo affrontando ancora una fase critica, ancorché meno drammatica, della pandemia da COVID-19. Critica, perché ci misuriamo con l’aspirazione di tutti noi cittadini e la necessità degli operatori sanitari, sociali ed economici di tornare alla nostra vita e al nostro lavoro, in un momento in cui si sta completando la prima fase della campagna vaccinale, ma al tempo stesso nuove varianti e un inspiegabile scetticismo da parte di gruppi sociali – fortunatamente sempre più marginali – minacciano la tenuta dello “scafo” della nave che tutti insieme abbiamo costruito dall’inizio dell’anno, in vista dell’arrivo del prossimo autunno/inverno.

È come se alcuni avessero dimenticato la sofferenza, la frustrazione, le rinunce che la pandemia, soprattutto nella sua fase iniziale, ha comportato per la nostra società.

Tuttavia, noi oggi siamo a buon punto. E siamo a buon punto perché abbiamo potuto contare nel corso di un anno e mezzo su un Servizio Sanitario Regionale solido, che ha fornito ai cittadini risposte rapide e che ha agito con la necessaria duttilità per adattarsi a un fenomeno sconosciuto e inaspettato, almeno nelle dimensioni in cui si è poi rivelato.

E questa “resilienza” – parola oggi forse un po’ inflazionata – del nostro sistema non è frutto del caso, ma il segno di una visione sviluppata nel corso di generazioni di emiliano-romagnoli, della capacità amministrativa di questa Regione, che resta un riferimento per la sanità nazionale e soprattutto dell’impegno generoso, competente ed encomiabile degli operatori sanitari che fanno onore a questa Regione e che hanno dedicato tutte le loro energie, pagando in alcuni casi con la loro stessa vita, alla lotta contro il COVID.

Si potrebbero affrontare molti elementi di riflessione sulla gestione dei diversi aspetti durante questa pandemia, su ciò che ha funzionato e anche su quello che non è risultato all’altezza della sfida che abbiamo nostro malgrado intrapreso. Un elemento di particolare rilevanza è senz’altro però l’organizzazione del rischio infettivo che la nostra Regione ha strutturato nel corso degli anni, e di cui la DGR n. 318 del 2013 è la pietra angolare. Un provvedimento che ha riordinato il sistema di gestione del rischio infettivo, ponendo al centro il concetto della “rete del rischio infettivo” e dando rilievo primario alla figura dell’infermiere specialista nel rischio infettivo (ISRI) come elemento unificatore delle molte attività svolte in ambito aziendale, sia esso ospedaliero sia territoriale.

I saluti delle autorità



La professione infermieristica ha mostrato, in questi anni, una crescita costante nella costruzione di un profilo professionale sempre più tecnicamente elevato e ricco di competenze, anche nell'ambito della ricerca scientifica, con la presenza di infermieri della nostra regione in panel accademici e pubblicazioni scientifiche di assoluto rilievo, e con l'assunzione di ruoli manageriali sempre più complessi. Potrei qui citare la riforma delle Direzioni Assistenziali su cui la nostra regione è all'avanguardia e speriamo capofila nel nostro paese.

Tornando quindi alla figura dell'infermiere specialista nel rischio infettivo, dobbiamo riconoscere il contributo essenziale offerto in questo ultimo anno e mezzo, per la gran parte delle attività di prevenzione e contenimento del virus, nei diversi ambiti in cui il nostro Servizio Sanitario opera. Voglio qui ricordare il ruolo che gli infermieri specialisti nel rischio infettivo nella costruzione di percorsi sicuri, nel monitoraggio dei processi di cura, nella crescita formativa dei colleghi e anche del personale medico. Basti pensare all'impegno annualmente profuso per le iniziative sull'igiene delle mani patrocinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ma oltre al COVID, c'è un percorso di esperienza pluriennale e di successo sulla prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) a livello ospedaliero e territoriale nonché il contributo fornito ai gruppi aziendali per l'uso responsabile degli antibiotici, altro tema su cui la nostra attenzione non deve mai diminuire.

Mi avvio alla conclusione del mio intervento esprimendo un ringraziamento, a nome mio e di tutta la Giunta, a tutti i presenti che sono stati e sono tuttora impegnati nella lotta al COVID e nella costruzione di un Servizio Sanitario Regionale sempre più attento sul tema della sicurezza delle cure, di cui la gestione del rischio infettivo è e dovrà essere anche dopo la fine della pandemia un elemento distintivo della nostra offerta sanitaria".



Contributo di Silvio Brusafferro

La pandemia da Covid-19

A cura di Arcidiacono A¹ e Putrino C²

¹ ARNAS Garibaldi, Catania CPSI Pronto Soccorso Ostetrico

² ARNAS Garibaldi, Catania CPSI Ginecologia

Il contributo di Silvio Brusafferro è stato ampiamente apprezzato dall'uditorio, sebbene, per motivi di lavoro sia stato impossibilitato a lasciare la capitale, il suo video messaggio è stato puntuale e non ha mancato di tratteggiare il difficile periodo pandemico che ci ha travolto ringraziando gli infermieri specialisti del rischio infettivo, che in ragione della loro specifica competenza sono stati chiamati a dare il loro contributo fattivo.

La pandemia da Covid-19 ha messo in luce i punti di forza e di debolezza del nostro sistema sanitario e del nostro sistema sociale, l'analisi dello stesso ne ha permesso il miglioramento in termini di risposte assistenziali da dare alla popolazione e ha fatto in modo di non cadere nelle fragilità di sistema, sperimentate in questi ultimi due anni di fronte alla minaccia di qualcosa di sconosciuto.

In sintesi, Silvio Brusafferro, presidente dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità), ci ricorda la storia della pandemia da Covid-19. "Il nostro, dice, è stato il primo Paese Occidentale ad aver dovuto affrontare la pandemia da Covid-19. La difficoltà maggiore è stata la massiva ospedalizzazione da malattie da Sars-Cov-2, i decessi, il sovraccarico dei servizi ospedalieri nelle zone più colpite, la trasmissione nosocomiale (operatori sanitari, RSA). Un virus ancora poco conosciuto ed in corso di studi, dove le terapie mediche, all'inizio della pandemia, erano del tutto sperimentali, l'emergenza dei posti nelle terapie intensive, in particolare al nord d'Italia ha messo a collasso gli ospedali e tutte le strutture dedicate all'assistenza.

In tutto il Paese sono state adottate delle misure di forte restrizione assolutamente straordinarie, il lock down una misura senza precedenti ad elevatissimo impatto economico-sociale, realizzata in tempi rapidissimi nella prima fase acuta dell'epidemia, ha determinato la decrescita della curva dei contagi, invece in una seconda fase l'Italia è stata suddivisa in zone: rosse, arancioni, gialle, bianche, in base al numero dei contagi.

Il popolo Italiano ha aderito alle indicazioni date dal Governo il che ha permesso la decrescita della curva durante la primavera 2020, in cui vi fu il picco massimo dei contagi. Da uno studio condotto in 7 Paesi Europei, l'Italia ha avuto il livello di consenso più alto nel rispettare le misure restrittive adottate dal governo. A livello sociale ha dimostrato la propria resilienza nei confronti della pandemia e la fiducia nel sistema sanitario e nel Governo. Durante il lock down nacque lo slogan "Andrà tutto bene" che vide tutta l'Italia colorata da uno striscione con un arcobaleno nei balconi degli italiani. L'Istituto Superiore di Sanità è un organo tecnico scientifico a supporto del

SSN (Sistema Sanitario Nazionale), che ha sviluppato insieme ad alcune società scientifiche come ANIPIO (Società Scientifica degli Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo), delle indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo delle infezioni da Sars-Cov-2 in base alle evidenze scientifiche di studi che man mano venivano acquisiti, per essere tradotti in indicazioni operative.

Cruciale è stata la formazione degli operatori sanitari, avvenuta a distanza, oltre 30 FAD realizzate ed erogate, oltre 500.000 operatori sanitari formati per conoscere il virus Covid19 e poter condividere le conoscenze e i comportamenti corretti ed approfondire determinati aspetti. Le tematiche affrontate:

- Preparazione e contrasto;
- Prevenzione e controllo;
- Contact-tracing (tracciamento dei casi);
- Vaccinazione anti-Covid19;
- Focus specifici di approfondimento (psico-oncologia, nutrizione, pazienti dializzati, pazienti odontoiatrici, differenze di genere, ecc.)

Per monitorare la pandemia sono stati ideati degli strumenti di monitoraggio per valutare il rischio epidemico: calcolo settimanale degli indicatori, report settimanale per Regione, i quali danno come esito una stratificazione del rischio in basso, medio e alto. In seguito alle misure adottate la curva del contagio è andata progressivamente decrescendo. Il motivo che ha caratterizzato la decrescita oltre all'adozione delle misure è stato anche la resilienza della popolazione, ovvero la capacità della popolazione di aderire a queste misure. Infatti un lavoro scientifico condotto nelle prime settimane di aprile 2020, *"United but divided: policy responses and people's perceptions in the EU during the COVID-19 outbreak"* ha evidenziato come l'Italia è stata tra i paesi europei quello che ha avuto la maggiore adesione, il maggior consenso da parte della popolazione rispetto alle misure da adottare.

Con l'inizio del nuovo anno è nata una nuova fase grazie anche alla disponibilità del vaccino anti SARS-COVID19.

L'efficacia del vaccino è nota, ad oggi, il tasso di ospedalizzazione e decessi per Covid-19 è in forte diminuzione. A fine anno 2020 si sono vaccinate le prime categorie di operatori sanitari e ad oggi fortunatamente ci troviamo in una situazione molto favorevole dove le categorie più anziane, gli over 80 che sono quelli che poi hanno pagato

il dazio più pesante per questa pandemia, hanno raggiunto una soglia buona di copertura intorno a oltre il 94%, fortunatamente stanno crescendo in maniera significativa anche le fasce di età più giovani con l'81.5% tra i 20-29 anni, mentre rimane un po' più lenta nell'adozione di questa buona pratica la fascia d'età compresa tra i 12-19 anni, con un'adesione pari al 67%; Mentre per quanto riguarda la fascia di età che va dai 50-59 anni l'adesione è del 83.2%. In realtà il vaccino ci consente di proteggere molto significativamente la popolazione soprattutto dagli effetti più pesanti come la morte, l'ospedalizzazione, ma anche in maniera molto significativa dall'infezione con una percentuale di circa 75-80% anche con la variante Delta, che ha iniziato a prevalere da fine maggio ai primi di giugno di quest'anno. Ad oggi in Italia dopo la variante Alfa, la variante Delta risulta essere la variante prevalente. Attualmente l'Italia nel quadro europeo risulta avere un'incidenza inferiore rispetto ad altri Paesi, il livello di occupazione dei posti letto in terapia intensiva è del 5,8%, mentre in area medica è del 6,8%. In questo momento il nostro Paese è quello che ha la circolazione del virus più contenuta rispetto ad altri paesi e questo è un elemento estremamente importante ed è stato anche il paese che durante quest'estate è riuscito a contenere meglio la circolazione del virus.

Il nostro Paese durante la pandemia ha avuto la capacità e la flessibilità di riconvertire il sistema industriale, è noto come la produzione dei dispositivi di protezione individuale (DPI), la produzione di molecola idroalcolica per il lavaggio delle mani è stata una priorità per molte industrie non solo per la protezione degli operatori sanitari ma anche per la protezione del semplice cittadino. A livello mondiale il sistema industriale ha avuto un grande impatto per la produzione di vaccini contro il virus SARS-Covid-19.

La pandemia è stata una grande sfida per il SSN e per tutti i professionisti sanitari in tutto il mondo. Ha messo in evidenza il ruolo fondamentale dell'Infermiere Specialista del Rischio Infettivo (ISRI) non solo in ambito ospedaliero ma anche a livello territoriale, risulterebbe un facilitatore importante per la prevenzione e il controllo.

Ciò che emerge oggi è che la formazione degli operatori sanitari in campo di prevenzione e il controllo delle infezioni, in particolare delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza), dell'antimicrobico-resistenza dovrebbe essere estesa a tutti i professionisti che si occupano di salute ed è fondamentale per garantire qualità e sicurezze delle cure."



Contributo di Evelina Tacconelli

Stewardship antimicrobica e ruolo dell'infermiere: lo scenario internazionale

A cura di Viturale C¹

¹ Membro del Consiglio Direttivo Anipio

In occasione del Trentennale di Anipio, la società ha ospitato la Professoressa Tacconelli dell'Università di Verona per una sua relazione sul ruolo dell'infermiere e sulla stewardship antimicrobica.

La Professoressa Tacconelli nella sua relazione ha affrontato il problema *stewardship* antimicrobica in modo trasversale, presentando una panoramica sulla situazione internazionale riguardo il fenomeno dell'antibiotico resistenza e le più recenti evidenze riguardo i programmi di *stewardship* antimicrobica, il ruolo dell'infermiere e le più recenti ricerche in Europa, descrivendo in particolare l'attività del programma SAVE (*Stewardship* Antibiotica VERona) promosso nella regione Veneto.

Gli spunti di riflessione e approfondimento sono molteplici, ma in questo articolo "Ascoltato per voi" intendo condividere alcune considerazioni riguardo la complessità dei programmi di *stewardship* antimicrobica e il del ruolo dell'infermiere all'interno dei programmi.

Un programma di *stewardship* antimicrobica consiste in una serie di interventi coordinati e pianificati per migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica e ridurre l'uso non giustificato della terapia antibiotica agendo in prima linea sulle componenti della prescrizione: scelta della classe (tipo di infezione, sede), caratteristiche del paziente, dose, durata e via di somministrazione.

La corretta prescrizione e somministrazione di antibiotici è il frutto di una complessa catena di fattori che devono essere presi in considerazione dal medico prescrittore tanto dal personale infermieristico e questi sono: paziente, batterio, farmaco e società (Intesa come rischio di resistenza nella comunità di appartenenza).

Il personale infermieristico per le sue conoscenze e competenze riveste un ruolo sostanziale in un programma di *stewardship* antibiotica.

A livello nazionale l'unica strada per una corretta implementazione della *stewardship* in Italia è la costruzione di «reti» e «team» che agiscano sul territorio, dove si vadano ad integrare gruppi multidisciplinari regionali, ospedalieri e territoriali, dove l'infermiere e l'infermiere specialista nel rischio infettivo svolgono un ruolo chiave per il successo di tali programmi perché in questo momento ridurre le infezioni ospedaliere e comunitarie da germi resistenti agli antibiotici è un dovere etico di tutti e prioritario in termine di salute e sicurezza pubblica.

RUOLO DELL'INFERMIERE NEI PROGRAMMI DI STEWARDSHIP ANTIMICROBICA

Valutare la possibile sorgente di una infezione ed effettuare campioni microbiologici prima dell'inizio terapia antibiotica al fine di una prescrizione mirata della terapia, può valutare infatti i risultati microbiologici positivi e riportarli al medico

Somministrare gli antibiotici nei tempi previsti ed al dosaggio corretto valutando gli eventi avversi dei farmaci inclusa la diarrea (suggerendo ai medici prescrittori di documentare la loro rivalutazione della terapia per tutti i pazienti sotto antibiotici dopo 48-72 ore)

Isolare gli MDR attraverso le opportune misure di isolamento; educare il paziente e la famiglia organizzandone la dimissione

Educare il paziente e la famiglia informandola ed organizzando la dimissione

Gestire le riserve di antibiotici nel reparto assicurando la tracciabilità del loro uso; partecipa regolarmente a corsi di formazione e riunioni in merito all'uso prudente degli antibiotici

Facilitare la comunicazione tra medici, farmacia, laboratorio, coordinatori delle dimissioni, consulenti e pazienti



Contributo di Alessandro Cassini

Impatto del Covid-19 sugli operatori sanitari

A cura di Lorenzin E¹

¹ ISRI AO Santa Croce e Carle – Cuneo

In occasione del Trentennale di Anipio, la società ha ospitato il Dottor Cassini dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per una sua relazione sull'impatto del Covid-19

Un compleanno con ospiti di eccezione quello celebrato da Anipio a Bologna lo scorso 2 ottobre 2021 per parlare di strategie e di lotta alle infezioni affacciandosi verso le nuove sfide aperte da questo appassionante panorama. A guidare gli uditori sull'impatto che la recente pandemia di COVID-19 ha riservato agli operatori sanitari è stato il dottor Alessandro Cassini dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Con il titolo *"Adverse health impact of COVID-19 on health workers"*, Alessandro Cassini ha presentato agli uditori alcune riflessioni relative all'impatto che l'evento pandemico ha lasciato nei confronti degli operatori sanitari che hanno dimostrato un'abnegazione e uno spirito di sacrificio tale che non raramente è costato un rischio di esposizione considerevole alla malattia da Sars-Cov2. Uno scenario aggravato dalle profonde incertezze sul come combattere la prima pandemia dell'epoca contemporanea: dove reperire linee guida affidabili, come fronteggiare l'aumento del carico di lavoro, come impiegare i DPI e quali strategie utilizzare per minimizzare il pericolo di contagio. Impellenti richieste che necessitano, secondo Alessandro Cassini, di risposte concrete da parte delle strutture sanitarie in merito all'organizzazione del carico di lavoro e all'adeguato staffing nei reparti. Non va dimenticato che la considerazione sociale cui sono attornati i professionisti della salute è mutata sensibilmente: dalla benevola ammirazione si è passati alle molestie, allo stigma, fino a giungere ad atti di discriminazione che portano i cosiddetti "eroi" a veri e propri disturbi post traumatici da stress (ansietà, depressione, insonnia, ecc). Un patrimonio umano che rischia, per il relatore, di essere deturpato lasciando dietro sé uno scenario desolante. Quindi, la sfida, rilanciata anche dall'OMS, è decretare il 2021 Anno Internazionale degli operatori sanitari: un'occasione per valorizzarne il loro contributo, per commemorarne i sacrifici e per tutelarli con condizioni di lavoro sempre più dignitose. Con semplici tre parole: *"Protect. Invest. Together"*.



L'infermiere specialista del rischio infettivo e la pandemia da SARS-CoV2

Accorgi D.¹

¹ Consiglio Direttivo ANIPIO

La pandemia da Covid ha messo in evidenza i limiti dei modelli di prevenzione e controllo del rischio infettivo finora realizzati. Ripensare questi modelli è ormai necessario a partire da un aggiornamento delle Circolari Ministeriali (52/1985 8/1988).

In questo contesto, anche l'infermiere specialista nel rischio infettivo deve rivedere le strategie e gli strumenti di lavoro per rendere sostenibile nel tempo l'applicazione delle buone pratiche.

Analizzando tre momenti chiave della nostra attività come la standardizzazione, l'implementazione e la promozione possiamo fare una riflessione critica che riveda il nostro modello d'intervento e suggerire una proposta.

Momento della standardizzazione: prevenire il rischio infettivo vuol dire prima di tutto introdurre, nelle procedure e protocolli aziendali, le raccomandazioni che ci sono indicate dalle linee guida o dai principali documenti di consenso.

Momento dell'implementazione: lo standard introdotto nelle procedure/protocolli deve essere implementato attraverso, la formazione, l'addestramento o la simulazione. L'implementazione comporta un cambiamento delle pratiche quotidiane degli operatori. Dal punto di vista della psicologia comportamentale il cambiamento mette in discussione la nostra zona di comfort ovvero: quella condizione mentale in cui la persona agisce in uno stato di assenza di ansietà, di un livello di prestazioni costante e senza percepire il senso di rischio. E' questa una condizione che ricerchiamo costantemente come individui.

Se il cambiamento non è sostenuto nel tempo, soprattutto di fronte ad un rischio "invisibile" come quello infettivo, dove non sempre è identificabile, il rapporto causa-effetto dell'esito della pratica assistenziali non è infrequente che gli operatori ritornino nella propria zona di comfort dove è molto probabile che lo standard definito dalle procedure aziendali non sia coerentemente applicato.

Momento della promozione: dobbiamo evitare che gli operatori ritornino nella propria zona di comfort sostenendo il cambiamento attraverso la promozione dello standard definito nelle procedure/protocolli. La promozione richiede una strategia che prevede l'utilizzo di strumenti specifici.

La strategia multimodale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'igiene delle mani è un

esempio efficace d'implementazione e promozione di una buona pratica attraverso gli strumenti dei cinque componenti (cambiamento di sistema, formazione, valutazione e feedback, promemoria negli ambienti di lavoro, clima di sicurezza) e la check di autovalutazione del framework.

Anche gli strumenti propri dello specifico professionale dell'infermiere quali la formulazione delle diagnosi infermieristiche o dei piani standard promuovono e sostengono il cambiamento.

Gli strumenti della promozione ci consentono di avere un **approccio proattivo** (prevenire un evento) nella gestione del rischio rispetto a un **approccio reattivo** (reagire a un evento) che accompagna quelle strategie che si limitano alla definizione dello standard e si concludono con l'implementazione.

Con un approccio reattivo la nostra comunicazione del rischio con e verso gli operatori è di norma di tipo "colpevolizzante" perché consegue a un evento infettivo o di diffusione delle multiresistente.

Differente l'approccio proattivo, la nostra modalità di comunicazione e di formazione non è più, indirizzata alla ricerca dell'errore, ma verso la sostenibilità delle buone pratiche.

Sperimentare e ricercare gli strumenti della promozione delle buone pratiche deve essere al centro del nostro futuro prossimo come infermieri specialisti del rischio infettivo.



Qualità e sicurezza delle cure. Il contributo delle Direzioni Assistenziali

Cavaliere B.¹

¹ *Presidente SIDMI; Direttore Professioni Sanitarie Ospedale Policlinico San Martino Genova*

Nell'anno 2021 la Società scientifica Italiana per la Direzione ed il Management delle Professioni infermieristiche (SIDMI) ha redatto il primo documento italiano di posizionamento su livelli SICURI di STAFF INFERMIERISTICI e STANDARD DI RISORSE da impiegare in contesti ospedalieri, territoriali e di comunità: "Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l'assistenza infermieristica"

In Italia rispetto alla media europea mancano all'appello più di 60.000 infermieri, mentre i paesi UE viaggiano a 1000 infermieri per 100.000 abitanti, l'Italia è ferma a 600.

Anche la retribuzione ci posiziona agli ultimi posti in Europa in termini di "impatto del costo della vita sul reddito"

In un anno particolare, come il 2021, ancora caratterizzato da una significativa emergenza sanitaria, che ha messo in luce le carenze del sistema sanitario, si è ritenuto importante definire delle Raccomandazioni sul tema degli STAFF ASSISTENZIALI INFERMIERISTICI in modo da indirizzare, in modo uniforme sul territorio nazionale, la definizione di DOTAZIONI SICURE augurando che il PNRR ne possa trarre indicazioni costanti nell'implementazione dei progetti identificati.

Il documento è stato stilato sulla base delle evidenze scientifiche europee e internazionali in materia, che mettono in luce alcuni elementi oramai imprescindibili UN RAPPORTO ADEGUATO di INFERMIERI/ASSISTITI indicato in NON PIU' DI 6 ASSISTITI PER INFERMIERE IN OSPEDALE e NON MENO DI 8 INFERMIERI PER 1000 ABITANTI IN TERRITORIO E PROSSIMITA' GARANTISCONO:

- MAGGIOR SICUREZZA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA (minor rischio di omissioni e cure mancate, errori di terapia, e cadute accidentali);
- MIGLIORI ESITI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA (minor rischio di infezione e mortalità);
- MIGLIORE ASSISTENZA (più tempo da dedicare alle persone e personalizzazione delle cure);
- MAGGIORE SODDISFAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI e BENESSERE LAVORATIVO.

Si ritiene che questi punti possano e debbano rappresentare i pilastri fondamentali delle Dire-

zioni Assistenziali associati a un più evidente percorso di sviluppo di carriera orientato alle competenze e ad una valorizzazione del lavoro che renda il sistema retributivo Italiano maggiormente aderente allo scenario europeo.

Gli STANDARD consigliati nel documento devono costituire VALORE SOGLIA e servire a sensibilizzare i decisori politici e gli infermieri a tutti i livelli di responsabilità organizzativa ed assistenziale a considerarli RIFERIMENTO MINIMO PER GARANTIRE UN BUON LIVELLO di CURE INFERMIERISTICHE.

E' con questo obiettivo che, gli Infermieri Dirigenti delle Professioni Infermieristiche, con una solida identità professionale specifica che vede nella relazione il punto di forza, integrata da conoscenze scientifiche nell'ambito del management sanitario, devono, in questo momento storico ripensare la "carriera direzionale" attraverso un unico ruolo con differenti livelli di complessità stabilmente identificato e posizionato nell'organizzazione sanitaria sia essa pubblica che privata.



ANIPIO risponde alle sfide

Ciliento G.¹

¹ Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma – Regione Lazio

A trenta anni dalla “nascita di ANIPIO” gli ISRI si interrogano sul passato per tracciare la strade del futuro della società scientifica, sempre impegnata a definire le linee di indirizzo per valorizzare la figura dell’infermiere specialista nel rischio infettivo e contrastare la diffusione delle Infezioni correlate all’assistenza. In questi trent’anni ANIPIO si è sempre contraddistinta nella crescita culturale delle professioni sanitarie e in particolar modo per la professione infermieristica, e nel giorno del suo anniversario si interroga sul suo ruolo futuro senza dimenticare il suo recente passato.

Obiettivo è di promuovere sempre più azioni didattiche ed educative, di progettazione, ricerca, e sviluppo, al fine di promuovere percorsi di tutela alle cure sicure. I principali elementi di innovazione delle linee di indirizzo vertono su cinque sfide:

- la formazione
- la ricerca
- dal dichiarato all’agito
- la formazione e il percorso professionale dell’ISRI
- la rete.

La formazione

La prima grande sfida di ANIPIO è la formazione, punto che riveste un ruolo fondamentale e strategico per diffondere la cultura della sicurezza sia nell’agire professionale che nella diffusione della cultura della sicurezza. Questa sfida si articola su 4 principali attività di formazione:

- universitaria
- post base
- continua
- dei cittadini

Formazione universitaria

Essenziale collaborare con le università per divulgare le conoscenze del rischio infettivo all'interno dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, a tal proposito ANIPIO ha già attivato un gruppo di lavoro per la formazione di base e post base guidato da Anna Brugnolli - Università di Verona.

Formazione post base

ANIPIO mette in campo tutte le strategie innovative per formare ed informare tutti gli iscritti, da anni promuove un master di primo livello per la formazione di base degli ISRI, attualmente attivi presso l'Università di Parma e l'Università "Tor Vergata" di Roma.

Formazione continua

La conoscenza e l'alta professionalità degli ISRI ANIPIO e la rete che la nostra società scientifica ha creato in questi trenta anni, ci dà la possibilità di rispondere con puntualità e grande efficienza alle richieste delle aziende e strutture sanitarie che mettono in atto percorsi formativi per ridurre le eventuali carenze formative o di competenze tecniche (Hard Skills) inerenti al rischio infettivo. A tal proposito, ANIPIO, mette a disposizione un catalogo formativo per tutte le aziende e i servizi sanitari.

Educazione sanitaria

Non solo operatori sanitari, l'emergenza pandemica ci ha fatto comprendere quanto sia prioritario investire sulla formazione del rischio infettivo anche sui cittadini. Sappiamo che oltre a una tecnologia sempre più avanzata, per avere vaccini efficaci e di immediata disponibilità, la vera arma che l'umanità ha contro le pandemie sono i corretti comportamenti che l'uomo deve mettere in atto per evitare il contagio. Questo vuol dire che l'educazione al rischio infettivo non è una conoscenza esclusiva del professionista sanitario ma dell'intera società. ANIPIO è pronta a fare la sua parte, realizzando canali dedicati per il cittadino e a collaborare con tutte le realtà che hanno l'obiettivo di cooperare per una cittadinanza responsabile ed informata e con tutte le istituzioni locali e nazionali nell'ambito delle loro funzioni.

La ricerca

Oltre le attività messe già in essere nel campo della ricerca sul rischio infettivo, ANIPIO risponde a questa sfida investendo risorse professionali, economiche e di tempo attraverso la realizzazione di un gruppo di ricerca interno alla società con la collaborazione di un ricercatore e di un documentalista.

Questo mandato è assegnato al nuovo Comitato Scientifico che avrà il compito di progettare, pianificare e attuare studi scientifici da pubblicare.

Dal dichiarato all'agito

Sempre più ANIPIO ritiene fondamentale la sua presenza nei tavoli decisionali partendo dalle proprie strutture fino a quelli istituzionali. Essere riconosciuti come professionisti con specifiche competenze. Questo si realizza con una forte cooperazione con tutte le professioni sanitarie coinvolte nel rischio infettivo, dove ANIPIO, rivendica il suo ruolo di promotore della crescita e riconoscimento degli ISRI nei vari contesti scientifici, professionali e istituzionali.

Sviluppo professionale

ANIPIO risponde a questa sfida mediante la promozione della figura dell'ISRI come una figura chiave nella lotta contro le ICA, basta con gli ICI, infermieri epidemiologi o altre connotazioni che confondono e non danno la giusta importanza a questa figura professionale. L'ISRI deve avere il giusto riconoscimento nell'abito delle figure specialistiche della professione sanitaria e un percorso formativo universitario strutturato e standardizzato (master di primo e secondo livello o corso di specializzazione).

La rete

ANIPIO risponde a questa sfida attraverso un piano di intervento atto rafforzare la rete nazionale, attraverso la realizzazione di punti di incontro, di discussione e di crescita in ogni contesto del territorio italiano. Oltre la crescita della rete nazionale, ANIPIO pone le basi per promuovere una rete internazionale sul rischio infettivo nell'abito delle professioni sanitarie con il fine di pro-

muovere confronti, dibattiti e alleanze con realtà differenti alla nostra ma come noi impegnate nella lotta contro le infezioni correlate all'assistenza. A tal proposito, abbiamo un gruppo di lavoro che si sta costituendo guidato da Alessia Arcangeli del gruppo regionale ANIPIO Lazio.

Conclusioni

La grande sfida di ANIPIO per il futuro è di non smettere mai di porsi delle sfide. Solo attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata, la passione e l'impegno costante si possono raggiungere traguardi che sembrano irraggiungibili. ANIPIO è costituita da professionisti dediti alla professione infermieristica e alla lotta al rischio infettivo, certi che la loro dedizione, quotidiana e continua, apporta una crescita costante della professione. Il miglioramento continuo si presenta come una costante ridefinizione delle proprie attività e obiettivi per rispondere in modo dinamico alle nuove sfide, che ANIPIO deve affrontare, in virtù della continua innovazione tecnologica e acquisizione di nuove conoscenze sul rischio infettivo.



La parola agli ex studenti dei Master in Management del Rischio Infettivo

Palermo R.¹

¹ Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Garibaldi – Catania

L'infermiere specialista nel rischio infettivo rappresenta una risorsa importante per i cittadini, per gli operatori e per le organizzazioni socio-sanitarie, il fine del loro agire è quello di garantire la tutela della salute dei singoli e della collettività.

Il Master ANIPIO di I livello "Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria" è un corso di formazione avanzata, nel quale l'infermiere acquisisce competenze professionali specifiche cliniche, gestionali, organizzative, relazionali, operando in autonomia e in collaborazione con gli altri professionisti nei vari contesti sanitari e socio-sanitari, sia pubblici sia privati.

In passato ANIPIO aveva già partecipato e collaborato alla realizzazione di Master di I° livello presso svariati atenei italiani (Università degli Studi di Genova, Università di Torino, Università di Verona Trento, Università Federico II di Napoli, Università G. D'Annunzio di Chieti).

A partire dall'anno accademico 2014/2015 l'Università di Parma in collaborazione con ANIPIO ha dato l'avvio al Master in "Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria".

In ambito sanitario, la formazione rappresenta uno dei cardini a sostegno della politica sanitaria per la risoluzione dei problemi di salute della popolazione e per la qualità dei servizi.

A livello nazionale, a tutt'oggi, assistiamo a un insufficiente numero di professionisti infermieri con le competenze professionali necessarie per contribuire al controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), che pure restano un problema di sanità pubblica. Per far fronte a questa situazione diventa fondamentale avere dei percorsi di formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari che sappiano fungere da tramite tra le strategie di gestione del rischio infettivo messe in campo dalle Direzioni sanitarie e il lavoro dei colleghi di clinica, al fine di favorire l'adesione alle buone pratiche di cura.

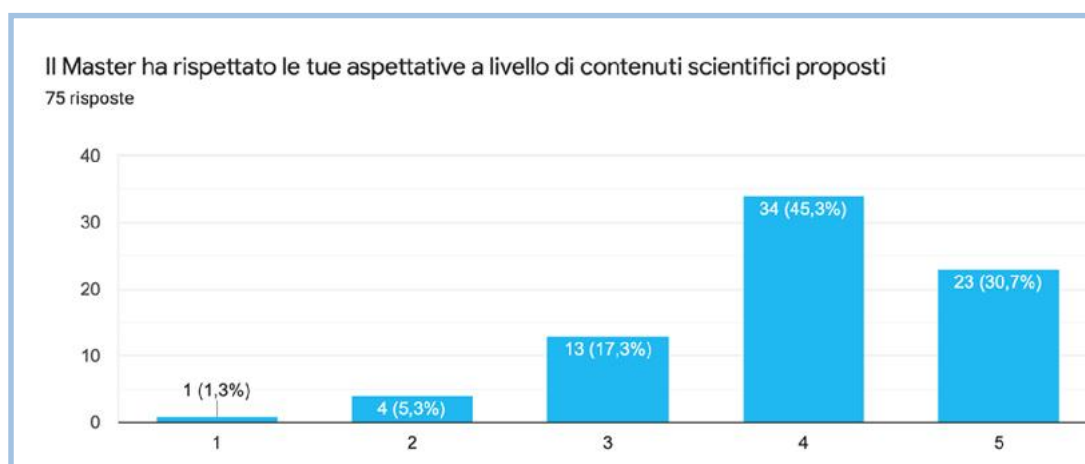
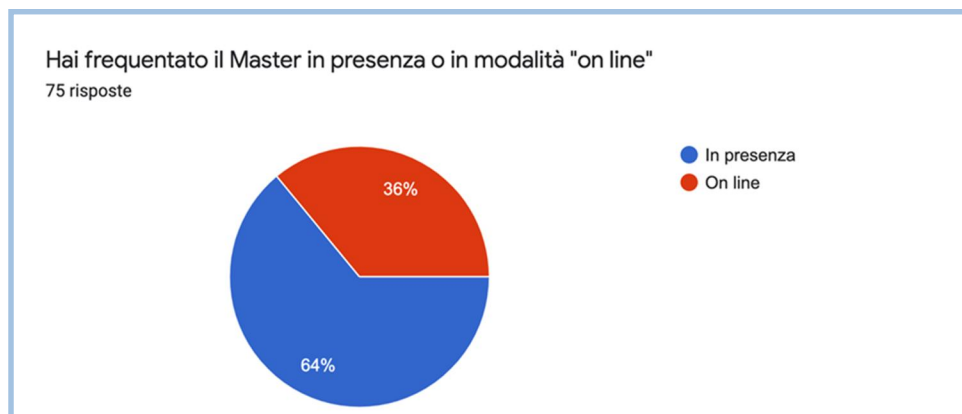
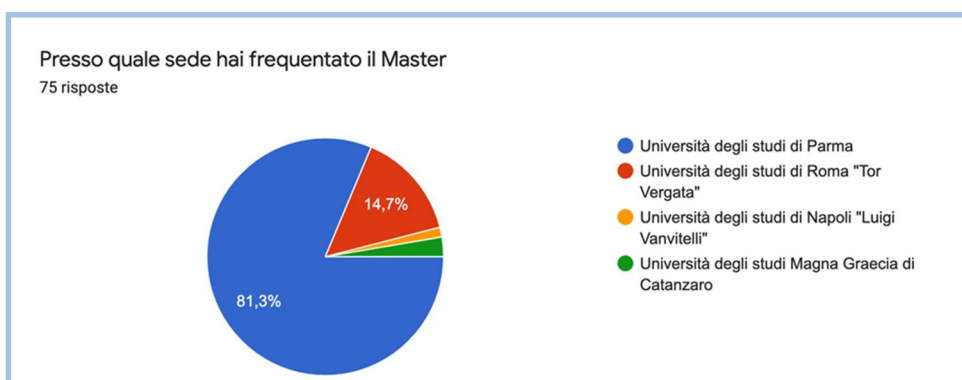
In questo contesto dicevamo è nato il Master di I livello "Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria", promosso dal Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università degli studi di Parma in collaborazione con ANIPIO a cui, nel corso degli anni, si sono aggiunti il Master di I livello presso l'università degli Studi di Tor Vergata di Roma e l'Università Vanvitelli di Napoli e l'Università Magna Graecia di Catanzaro.

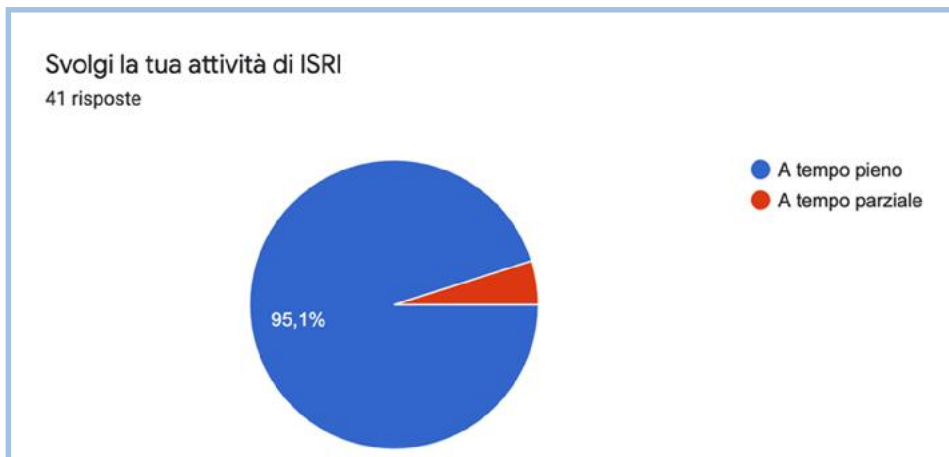
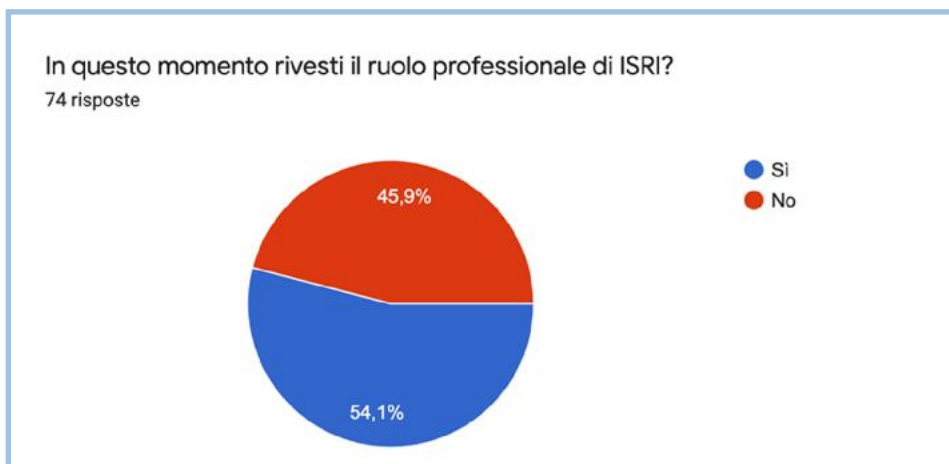
Le evidenze scientifiche, nel corso di questi ultimi anni, hanno dimostrato come le ICA siano un esito di cura sensibile allo *staffing* infermieristico, inteso come *skill mix* di conoscenze e competenze, e le ore infermiere paziente, e che molte di queste infezioni, circa il 30%, sono prevenibili, inoltre la formazione dei professionisti sanitari incide sulla sicurezza delle cure e sulla prevenzione e il controllo delle ICA ed è uno dei requisiti costantemente raccomandati in tutti i documenti ufficiali ma è, spesso, anche uno dei più carenti. La letteratura scientifica indica che proprio sulla sfida di modificare conoscenze, attitudini e comportamenti dei professionisti sanitari si gioca la possibilità di ridurre in modo significativo i rischi di errore e quelli legati alle ICA.

In occasione del Trentennale della Società Scientifica, ANIPIO ha pensato di sottoporre una Survey agli ex studenti dei Master sopra menzionati, per porre l'attenzione sulla storia professionale degli ISRI che si sono formati in questi ultimi anni e conoscere il loro ruolo all'interno delle proprie realtà lavorative.

La Survey è stata inoltrata a 187 ex studenti tra le 4 università, 75 sono state le risposte che di seguito andiamo ad analizzare.

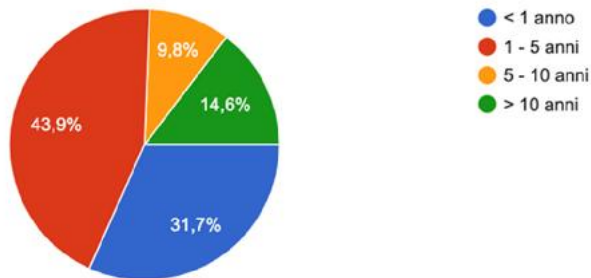
E' stato chiesto ai partecipanti l'anno di frequenza del Master, presso quale ateneo si è svolta la partecipazione e in quale modalità si sono frequentate le lezioni. Di seguito le risposte che sono arrivate.





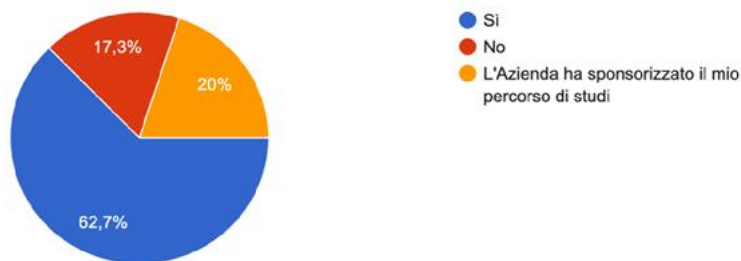
Da quanto tempo svolgi l'attività di ISRI?

41 risposte



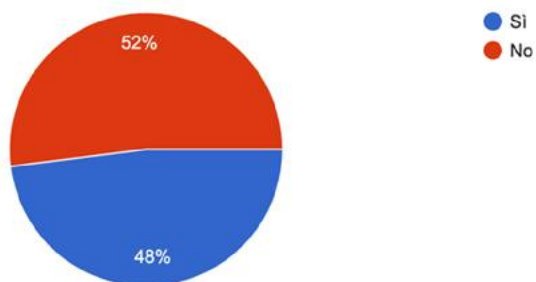
Alla conclusione del Master hai comunicato all'Azienda l'acquisizione del titolo di ISRI e le tue nuove conoscenze?

75 risposte



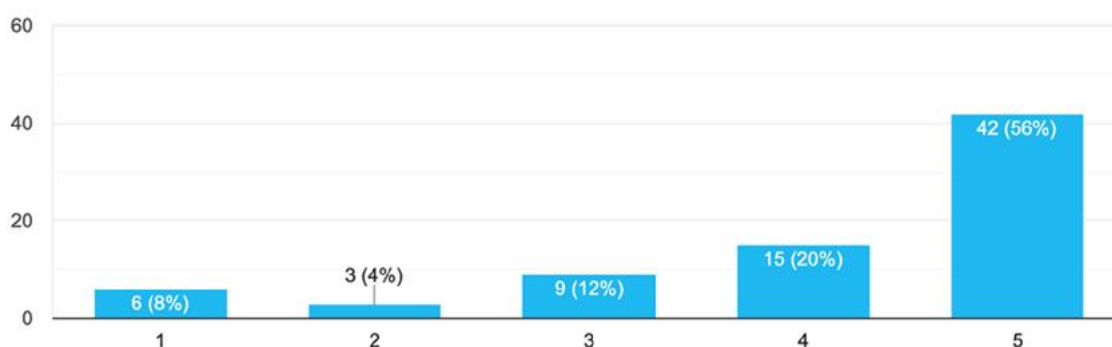
Il conseguimento del titolo ha influito sul riconoscimento del ruolo professionale di ISRI?

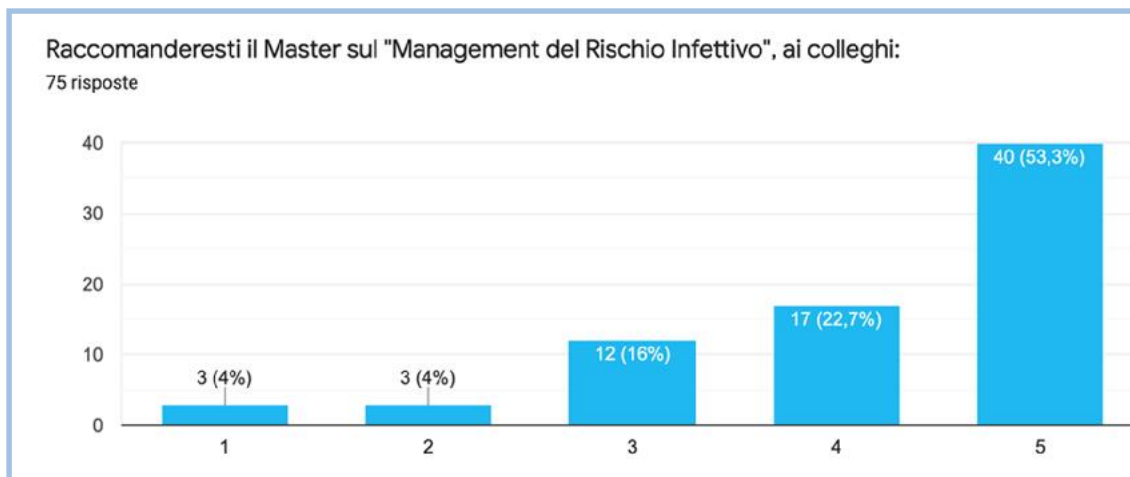
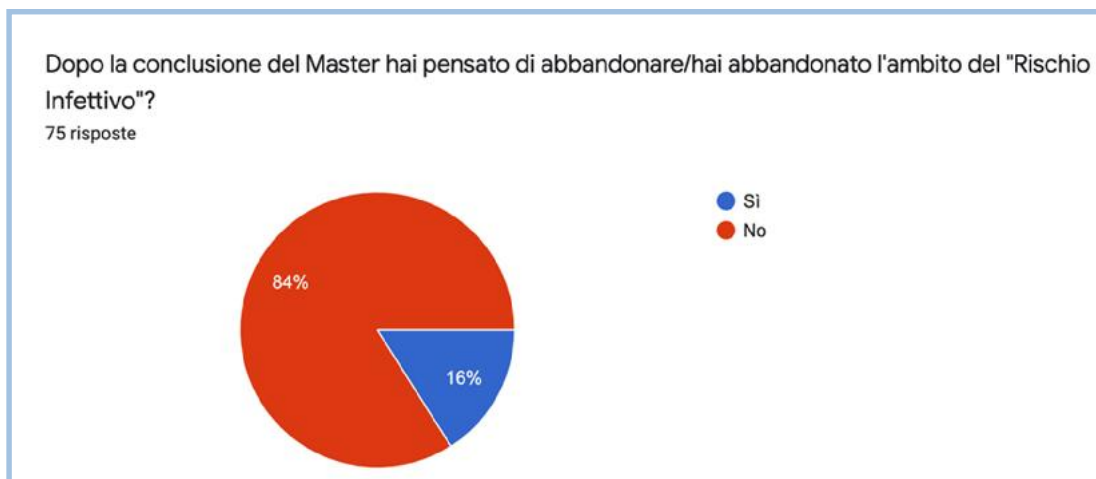
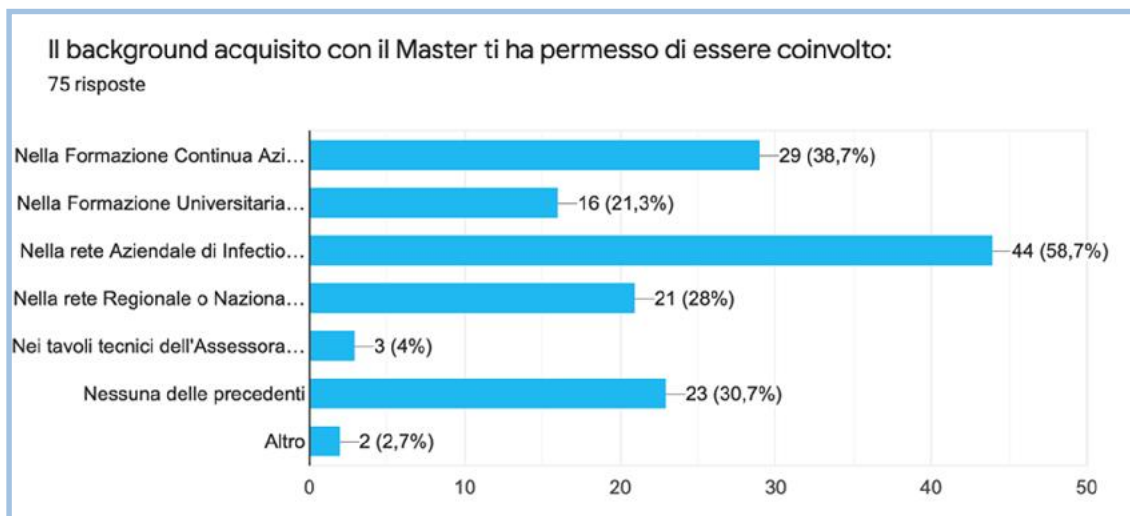
75 risposte



Ad oggi, sei ancora convinto del percorso formativo intrapreso con lo svolgimento del Master sul "Rischio Infettivo"

75 risposte





E' stato chiesto, per finire, quale argomento fosse da aggiungere al programma del Master frequentato, se ritenuto necessario, e anche di argomentare eventuali criticità emerse sia nella spendibilità del titolo all'interno delle rispettive Aziende Sanitarie e sia sul percorso formativo. Come è facile intuire dai grafici presentati il gradimento da parte dei discenti è stato alto, non solo in

termini di acquisizioni di competenze specifiche ma anche di consapevolezza del ruolo.

Fonte: www.rischioinfettivo.it



La Tavola Rotonda degli Ex-Presidenti ANIPIO

A cura di Adriano G.¹

¹ *Membro del Consiglio direttivo ANIPIO*

ANIPIO “Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere” nasce a Bologna il 27 settembre 1991 per volontà di un gruppo di infermieri addetti al controllo delle infezioni (ICI), in risposta ad un crescente bisogno nell’ambito delle attività del rischio infettivo. Nasce con lo scopo di promuovere il riconoscimento e lo sviluppo dell’infermiere addetto al controllo delle infezioni, attivare ricerche scientifiche, promuovere attività educative informative e divulgare progressi e informazioni.

L’evento “I nostri primi 30 anni con voi e per voi”, organizzato da ANIPIO per la festa del suo trentesimo compleanno, è stato un’occasione speciale che ha riunito, in una tavola rotonda moderata da Maria Mongardi, tutti gli ex Presidenti della società scientifica: Graziano Sarti, Paola Fabbri e Marina Ruffato, Mauro Cattaneo, Margherita Vizio, Lorena Martini.

L’articolo, risultato dell’elaborazione dei contributi presentati alla tavola rotonda del 2 settembre 2021, ha lo scopo di raccogliere in un unico documento le testimonianze sui principali eventi che negli anni hanno determinato la crescita dell’Associazione sino all’evoluzione a Società scientifica.

ANIPIO nella storia

1991-1996: I – II – III Consiglio Direttivo, Presidente Graziano Sarti

1991: ANIPIO pubblica il documento “Ruoli, funzioni dell’Infermiere addetto alla sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere”, in cui viene definito il profilo dell’ICI prevedendo il livello di specializzazione, di interdipendenza con altri professionisti e il livello di gestione o discrezionalità decisoria. Altresì che l’ICI è alle dipendenze gerarchiche del Servizio infermieristico e ove non presente alla Direzione Sanitaria.

Nel 1992 si svolge a Firenze il I Congresso ANIPIO “Ruolo e responsabilità delle diverse figure professionali impegnate nella prevenzione delle infezioni ospedaliere”.

Sono gli anni della seconda riforma sanitaria Dlgs 502/92 che si può riassumere in pochi principi: l’aziendalizzazione degli ospedali, l’orientamento al “mercato”; la creazione dei dipartimenti; l’assegnazione di responsabilità alle regioni. Vengono introdotti i concetti di “Qualità”, Disease

related group (DRG) e Scheda dimissione ospedaliera (SDO). Sono questi gli anni in cui ANIPIO ha più volte cercato di reiterare la richiesta di prevedere una formazione specifica per l'ICI non ottenendo l'auspicato riscontro da parte del legislatore.

Nel 1994, nasce la prima rivista "Quaderni di ANIPIO" presentata nell'ambito del II Congresso Nazionale a Bologna "Prevenzione delle infezioni ospedaliere: sorveglianza, qualità, protocolli, comunicazione". L'idea dalla quale è nata la rivista è racchiusa nelle parole dell'editoriale scritto da Graziano Sarti, allora presidente ANIPIO: "(...) realizzare una pubblicazione tesa alla diffusione delle conoscenze utili alla prevenzione delle infezioni ospedaliere. Conoscenze di base, ma anche i progressi che costantemente vengono conseguiti da ICI (infermieri addetti al controllo delle infezioni) e da altri operatori sanitari attraverso: ricerche, sperimentazioni, analisi organizzative, revisioni bibliografiche, (...)".

Nel 1995, con il I Convegno "I protocolli nel Controllo delle Infezioni Ospedaliere, dalla ricerca scientifica all'operatività quotidiana", ANIPIO apre le porte ad una serie di convegni itineranti svolti su tutto il territorio nazionale.

1996–1998: IV Consiglio Direttivo, Presidente Paola Fabbri, Tesoriere Marina Ruffato

Frontiere che si aprono: nuove emergenze nella sanità che cambia.

La diffusione a livello mondiale dell'infezione da HIV evidenzia la necessità di misure di isolamento più efficaci anche in ambito ospedaliero, pertanto, il CDC pubblicò le Linee Guida sulle "misure di isolamento in ospedale". Alcuni anni prima ANIPIO aveva collaborato ad una indagine nazionale che mise in luce come la diffusione delle precauzioni universali in ospedale fosse ancora insufficiente. Questi sono anche gli anni della pubblicazione del D.lgs. 626/1994 che attribuisce al lavoratore la responsabilità di valutare e prevenire il rischio connesso alle funzioni che svolge e tale responsabilità assume maggiore rilevanza in virtù dello status professionale dell'infermiere. L'infermiere è coinvolto nella valutazione e nella prevenzione dei rischi occupazionali. Nel 1995 viene pubblicato il DM "Contenuti e modalità degli indicato-

ri 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. Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 inserisce negli obiettivi 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. In questi anni si osserva a livello mondiale l'emergenza e la rapida disseminazione di microrganismi resistenti alle terapie antibiotiche.

Nel 1998 inizia la collaborazione con la Federazione per i tavoli di lavoro sulla formazione complementare infermieristica. Nello stesso anno parte il primo corso di formazione per formatori ANIPIO e il III Congresso Nazionale anticipa la promulgazione della legge 42/99 che introduce il riconoscimento della formazione post base come ulteriore strumento per la definizione delle competenze. Non più l'infermiere unico e polivalente, ma un infermiere che in base all'esperienza professionale e al suo curriculum formativo si assume una reale responsabilità nell'esercizio delle proprie competenze. Gli anni 90 rappresenteranno per ANIPIO gli anni in cui si è ricercata e consolidata un'identità professionale forte, nello sperimentare sul campo il proprio profilo, creare la rete dei professionisti e rivendicare uno spazio d'autonomia.

1998-2001: V Consiglio Direttivo, Presidente Mauro Cattaneo

A questi anni si deve l'inizio di importanti collaborazioni con le diverse società scientifiche e l'inizio di rapporti formalizzati con le istituzioni della Regione Liguria e della regione Lombardia con la nascita dei gruppi regionali per la prevenzione delle infezioni.

Nel 1999 dalla collaborazione con IPASVI Roma nascono i documenti di buona pratica e protocolli per la prevenzione delle infezioni ospedaliere., ANIPIO collabora alla Consensus Conference del Ministero della Sanità avente l'obiettivo di emanare le indicazioni ministeriali sulle modalità di governo clinico.

Nell'anno 2000 ANIPIO attiva il suo sito internet, strumento di divulgazione e informazione a disposizione dei

professionisti, degli iscritti e dei cittadini. Parte la prima “campagna di comunicazione e sensibilizzazione sul lavaggio delle mani” e in occasione del V Congresso Nazionale nasce la rivista “Orientamenti ANIPIO” dal 2012 on line sul sito dell’associazione.

2001-2010: VI – VII – VIII Consiglio Direttivo, Presidente Margherita Vizio

Gli anni 2000: il problema “emergenze”.

Nel 2001 è stato descritto per la prima volta il ceppo *Klebsiella pneumoniae* un nuovo fenotipo di resistenza dovuto alla presenza di una nuova carbapenemasi, cosiddette carbapenemasi tipo KPC. Il CDC pubblica le “Linee guida sulla prevenzione delle infezioni associate ai dispositivi intravascolari”. Inizia l’era delle buone pratiche. In questi anni si ampliano gli orizzonti alla prevenzione delle infezioni anche agli ambiti extra-ospedalieri e nel 2002 ANIPIO partecipa alla stesura dell’inserito alla rivista della Federazione “L’Infermiere” dal titolo “Infermieri Infezioni ospedaliere Una questione importante non solo negli ospedali: epidemiologia, prevenzione e responsabilità giuridica degli infermieri”. Questi sono gli anni in cui nasce SIMPIOS, ANIPIO con il suo Presidente è socio fondatore, anni di collaborazione con l’ISS nell’elaborazione del PNLG5 “Antibiotico profilassi perioperatoria nell’adulto LINEE GUIDA”.

Nel 2004 il VI Congresso Nazionale “Alla ricerca di Semmelweis: orientamenti alle nuove infezioni” aveva promulgato l’importanza dell’igiene delle mani nell’interrompere la catena di trasmissione e sottolineato la dimostrazione scientifica del valore clinico trasmessaci dal Dott. Ignaz Semmelweis. L’Organizzazione mondiale della sanità promuove la campagna mondiale “*Clean care is safer care*”. La promozione dell’igiene delle mani rappresenta il punto focale di questa sfida e vengono pubblicate le “Linee guida sull’igiene delle mani”. Per implementare la Linee guida raccomanda una strategia multimodale e multifattoriale. Il Ministero della Salute italiano, in collaborazione con le Regioni, nel 2006 lancia a livello nazionale la campagna “Cure pulite sono cure più sicure” con l’obiettivo di diffondere le Linee guida sull’igiene delle mani nell’assistenza sanitaria e di promuovere l’adesione alle misure raccomandate. ANIPIO è stato un importante collaboratore, sia a livello di coordinamento

nazionale che regionale. Il 2006 vede ANIPIO protagonista del primo Audit Nazionale sulle modalità di gestione del paziente con catetere venoso centrale e vescicale, con il coinvolgimento di 60 Aziende USL e Ospedaliere.

Il VII Congresso Nazionale introduce il tema del governo clinico nel rischio infettivo “Governare il rischio infettivo: il punto di vista degli infermieri”. Il Ministero a maggio 2007 pubblica il Manuale “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari”, in seguito ad eventi che hanno anche portato alla morte del paziente. Sono gli anni in cui inizia ad esserci maggiore consapevolezza da parte dei cittadini e maggiore complessità del sistema che rendono più evidenti gli errori in sanità. Il CDC pubblica le “LG sulle precauzioni di isolamento rielaborate e adattate al contesto di tutte le strutture di cura sanitaria”, introducendo il capitolo sugli MDROs e sulla sicurezza delle procedure associate a pratiche iniettive. Il PSN 2006-2008 prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicità infettive legate all’assistenza sanitaria.

Nel 2007 presso l’Università di Genova, Facoltà di Medicina e Chirurgia, viene istituito il primo Master di 1° Livello in “Epidemiologia e prevenzione del rischio infettivo correlato alle pratiche assistenziali”, attivato successivamente anche presso l’Università di Napoli.

2010-2013: IX Consiglio Direttivo, Presidente Lorena Martini

Il controllo delle infezioni correlate all’assistenza: vecchi problemi e nuove sfide per la sicurezza dei pazienti.

In seguito ai risultati del censimento degli ICI e di una ricerca quali-quantitativa, definisce il “Profilo di competenza dell’infermiere specialista del rischio infettivo” (ISRI) su mandato del Consiglio Direttivo precedente.

Il problema “MDROs” si complica, il Consiglio Europeo il 9 giugno 2009 pubblica la raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria. In questi tempi inizia il patto di alleanza con i cittadini, tema del IX Congresso Nazionale “Operatori organizzazione e cittadini alleati nel controllo delle infezioni”.

Centrale in questo titolo è l'alleanza operatori, organizzazioni e cittadini nel controllo delle infezioni. Il governo delle ICA e degli MDRO passa attraverso strategie innovative ispirate a principi di efficacia, efficienza, economicità, sicurezza e qualità delle cure. ANIPIO partecipa alla stesura del "Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle ICA", documento in cui vengono individuate le misure di prevenzione e controllo delle ICA, sostenute da evidenze scientifiche forti, relative a temi di prevenzione di carattere generale, comuni ai vari ambiti assistenziali.

2013-2021: X Consiglio direttivo, Presidente Maria Mongardi (attualmente in carica)

A partire dall'Anno Accademico 2014-2015 ANIPIO ha promosso una convenzione con l'Università di Parma e di Tor Vergata e Università *Magna Graecia* di Catanzaro per l'attivazione di corsi Master di I Livello rivolto ad infermieri, assistenti sanitari, ostetriche, con l'obiettivo di colmare il vuoto formativo nell'esercizio delle funzioni di Infermiere Specialista del Rischio Infettivo. l'ISRI è una risorsa professionale per i cittadini, gli operatori e le organizzazioni sociosanitarie che, grazie alle conoscenze e alle sue abilità, contribuisce a garantire la tutela della salute delle collettività.

Oggi ANIPIO continua la collaborazione con le Istituzioni, con le società scientifiche e svolge l'attività nelle principali aree di competenza dell'ISRI: prevenzione e controllo, sorveglianza, formazione universitaria e continua, ricerca.

Domani...un capitolo da scrivere focalizzato sulla consolidazione della formazione degli ISRI su tutto il territorio nazionale, all'implementazione del ruolo e della leadership, nel potenziamento dell'attività di ricerca, nell'elaborazione di linee di indirizzo e nell'attivazione della rete europea di partnership...

E come riconoscimento a tutti i Presidenti ANIPIO è stata consegnata una targa commemorativa del Trentennale di attività. Grazie per il vostro contributo e... *buon lavoro ANIPIO!!!*



Poster - Abstract

A cura di Cappelli E.¹

¹ *Membro del Consiglio Direttivo ANIPIO*

Durante il Trentennale di ANIPIO sono stati presentati i 9 poster degli iscritti ad ANIPIO. Tutti i poster sono stati esaminati da una Commissione di esperti e durante il Trentennale sono stati premiati i primi tre classificati.

Primo classificato, miglior poster:

B. Meucci (AOU Careggi - Firenze) *"Analisi dei bisogni formativi degli infermieri neoassunti in materia di Infezioni Correlate all'Assistenza"*

Secondo classificato:

E. Bruni, M. Chiara Manzalini, P.M. Antonioli, M. Maccanti, S. Firenzuola, G. Ferrioli, M. Mistri, P. Simoni, M. Teodorini, P. Caponcelli (Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara) *"LEAN4HEALTH - Percorso chirurgico: "Sanificazione" in sala operatoria interventi di Miglioramento"*

Terzo classificato:

O. Campanella (Istituto ISMETT - Palermo) *"Progetto V.I.R.I.-Implementazione della Valutazione Infermieristica Rischio Infettivo in un centro Trapianti e terapie ad Alta Specializzazione"*

Di seguito si riportano gli abstract di tutti i poster presentati

- E. Lacerenza, M. P. Jayakody (Nuovo Ospedale di Prato –Azienda USL Toscana Centro) *"La sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale"*
- E. Lacerenza, M.P.Jayakody (Nuovo Ospedale di Prato –Azienda USL Toscana Centro) *"Strumenti per la sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale"*
- M. Pace, M. Trovati (Bambin Gesù Roma) *"Prevenzione infezione del sito chirurgico"*
- M. C. Manzalini, P.M. Antonioli, G. Ferrioli, E. Bruni, M. Maccanti, S. Firenzuola, M. Mistri, P. Simoni, D. Rezzini, A. Minghetti, A. D'Antuono (Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara) *"Progetto di miglioramento impianto e gestione CVP"*
- E. Bruno, P. Masala, A. Leto, M.R. Gaudio, P.M. Placanca, P. Magrini (Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata - Roma) *"La sicurezza delle cure: la lotta all'antibimicrobico resistenza"*
- T. Perrotta, S. Baratta, M. Vaselli, M. Tongiani, D. Luccetti, B. Natali, M. Baroni, M. Micalizzi, S. Panti (Fondazione Monasterio Pisa) *"IPC IN FTGM: documentazione infermieristica e sorveglianza"*

Primo classificato

B. Meucci (AOU Careggi - Firenze) *“Analisi dei bisogni formativi degli infermieri neoassunti in materia di Infezioni Correlate all’Assistenza”*

La prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) ha un ruolo fondamentale all’interno delle aziende ospedaliere e nel processo di gestione organizzativa delle Aree di Attività Assistenziale (AAA). È dall’ormai diffusa consapevolezza dell’importanza delle Infezioni Correlate all’Assistenza e delle complicanze che ne derivano per i sistemi sanitari che appare utile interrogarsi su quale sia il livello di conoscenza in materia di ICA degli operatori sanitari, soprattutto in un momento storico caratterizzato da un incremento massivo del personale sanitario per far fronte alla pandemia da Sars-CoV-2. Lo scopo di questo progetto di ricerca è proprio quello di fornire un quadro generale sui livelli di conoscenza delle misure di base dell’infection control degli operatori concentrandosi, nello specifico, sui neoassunti al fine di far emergere eventuali esigenze formative utili alla progettazione e programmazione di piani di formazione.

Materiali e metodi. L’indagine è stata condotta da un team di lavoro composto da due infermieri esperti in rischio infettivo, un infermiere esperta in pianificazione infermieristica, con il supporto di una studentessa del Master in Management nelle funzioni di Coordinamento, mediante la predisposizione di un questionario distribuito via e-mail tra i 120 infermieri neoassunti del Nuovo Ospedale di Prato. Il questionario è composto da 13 domande a risposta chiusa, delle quali 2 relative agli aspetti demografici, 2 relative agli aspetti lavorativi, 1 sul percorso formativo sul rischio infettivo, 8 relative alla conoscenza delle misure di base delle quali 3 sull’igiene delle mani, 3 sulle precauzioni standard e 2 sulla tecnica asettica. Per la costruzione del questionario è stata utilizzata la piattaforma Google Moduli.

Risultati. Gli infermieri che hanno preso parte al questionario sono stati 77, cioè il 64% della popolazione, di cui 53 donne e 24 uomini. Il 15,6%, ovvero 12 degli intervistati, in tema di formazione sulle Infezioni Correlate all’Assistenza ha dichiarato di non aver mai partecipato ad un corso che trattasse la materia e solo 37 operatori (48,1%) affermano di essere stati formati su questo tema

all’Università. L’igiene delle mani risulta essere l’argomento maggiormente conosciuto con 71 infermieri che riconoscono i cinque momenti del lavaggio delle mani e 75 (97,4%) sostengono che NON possa essere eseguita correttamente in presenza di unghie artificiali o anelli. Solo 22 operatori (28,6%) reputano che la frizione alcolica possa sostituire il lavaggio delle mani mentre 38 operatori (49,4%) ritengono che la frizione alcolica NON possa sostituire l’igiene delle mani. Le maggiori carenze si sono rilevate, invece, sulle precauzioni standard e sulla tecnica asettica. Per le prime si contano 59 operatori (76,6%) che ne conoscono la funzione e 42 (45,5%) che conoscono il galateo della tosse mentre 36 operatori (46,8%) NON sono riusciti a distinguere in modo corretto quando utilizzare la mascherina chirurgica o il facciale filtrante in caso di schizzi con fluidi corporei sul viso e sul corpo. Infine, solo 56 operatori (73,7%) reputano necessario l’utilizzo della tecnica asettica durante il posizionamento di un device per una pratica invasiva. Tra gli intervistati, 45 operatori (58,4%) ritengono corretta la risposta relativa ai momenti della presa di decisione della tecnica asettica: scelta dell’antisettico, tecnica di antisepsi e mantenimento dell’asepsi mentre il 41,6% ha risposto con “la scelta dei DPI, la tecnica di antisepsi e il mantenimento dell’asepsi”.

Conclusioni. Dall’analisi dei risultati ottenuti è emerso un campione composto dalla maggioranza di infermieri di età media inferiore ai 40 anni e con un’anzianità di servizio inferiore all’anno. È emerso, inoltre, che la maggior parte del personale sanitario coinvolto nel progetto ha ricevuto formazione in materia di infection control ma, nonostante ciò, la conoscenza della materia risulta superficiale, soprattutto per quanto riguarda le precauzioni standard e la tecnica asettica. I dati raccolti, dunque, saranno utili per riflettere sul percorso universitario degli studenti confrontandosi con i tutor dei corsi di laurea. Ulteriore riflessione verte sullo strumento di valutazione del personale neo-assunto da parte dei coordinatori infermieristici e sulla programmazione di un percorso formativo mirato per i neo-assunti.

Secondo classificato

E. Bruni, M. Chiara Manzalini, P.M. Antonioli, M. Maccanti, S. Firenzuola, G. Ferrioli, M. Mistri, P. Simoni, M. Teodorini, P. Caponcelli (Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara) "LEAN4HEALTH - Percorso chirurgico: "Sanificazione" in sala operatoria interventi di Miglioramento"

Nel 2018 abbiamo utilizzato la metodologia del Lean management, diffusa nell'industria, per ridurre il tasso di infezioni correlate all'assistenza (ICA) presso l'Ospedale di Ferrara. Applicare logiche Lean alla sanità significa produrre il massimo valore in termini di outcome di salute per i pazienti, eliminando le possibilità di errore e gli sprechi e migliorando la gestione in un processo continuo.

Sono state coinvolte nel progetto l'U.O. di Chirurgia 1 e 2 e Ortopedia, con il seguente percorso: formazione, raccolta dati, mappatura e classificazione dei rischi, definizione e attuazione di strategie migliorative. All'interno del gruppo di lavoro multidisciplinare multiprofessionale abbiamo valutato, tramite discussioni e visite sul campo, il tasso e la tipologia di ICA, classificare i rischi di infezione per gravità, frequenza e controllabilità (matrice FMECA). Abbiamo identificato sei categorie di rischio e individuato punti critici dove intervenire. Dal 2° semestre 2018 abbiamo implementato le rispettive azioni di miglioramento avvalendoci di strumenti Lean quali: il Visual Management, le 5S ordine e pulizia, la standardizzazione di procedure e check-list. Tra le azioni prioritarie dell'area di rischio "igiene ambiente" è stata individuata la sanificazione e sanitizzazione della sala operatoria tra un intervento e l'altro, attività a carico del personale interno all'equipe (OSS).

Obiettivi. Ridurre il tasso delle ICA nelle degenze Chirurgiche coinvolte nel progetto e in tutte le aree chirurgiche aziendali; individuare strumenti e metodi appropriati per il ripristino della sala operatoria; incrementare la sicurezza dei pazienti; incrementare l'efficienza operativa; migliorare la qualità dell'assistenza; standardizzare i processi; Promuovere l'empowerment di operatori.

Materiali e Metodi

Fase 1: febbraio 2020 Baseline con osservazioni delle pratiche di ripristino della sala operatoria tra un inter-

vento e l'altro, percorsi utilizzati, tempi e valutazione di esito della pulizia con la valutazione della rimozione o persistenza dei punti marcati. Svolte n. 12 rilevazioni del processo di sanificazione e sanitizzazione. Per valutare l'efficacia della pulizia sono state marcate con gel fluorescente le superfici ad alta frequenza di contatto (LG OMS -AORN), per un totale di n. 290 punti. Il personale coinvolto nella pulizia della sala operatoria non era a conoscenza delle superfici e dei punti marcati con il gel, visibile solo con lampada UV.

Fase 2: marzo-giugno 2020: analisi dei dati e condivisione dei risultati

Fase 3: 2021 definizione del target (pianificazione) per migliorare la performance;

Fase 4: 2021-2022 acquisto del materiale idoneo e formazione del personale per metodo e tempi di pulizia.

Fase 5: dal 2022 monitoraggio dei progressi, verifica dei risultati, analisi, interventi correttivi e rivalutazione; revisioni trimestrali del programma, relazione annuale.

Risultati. La valutazione finale delle pratiche osservate di ripristino delle sale operatorie, mostrava una conformità al processo di pulizia tra un intervento e l'altro pari al 9%. Rilevate difformità rispetto alle buona pratica, in particolare, gli operatori durante l'intervento di pulizia uscivano più volte per recupero materiale, è emersa la non conoscenza della cronologia delle azioni e hanno dedicato tempo per la pulizia di parti non ad alta frequenza di contatto.

Dall'implementazione delle misure correttive avviate con il progetto LEAN, secondo le categorie di rischio individuate con la matrice FMECA è stato possibile registrare la riduzione delle ICA.

Il tasso di ICA nel primo trimestre 2018 nelle tre aree chirurgiche incluse è stato del 3.7% (16 su 432 interventi). Lo studio di incidenza 1° trimestre 2017 VS 1° trimestre 2019 ha registrato nelle unità chirurgiche arruolate, una riduzione delle ICA dal 4,3% 1° trimestre 2017 al 3,3% 1° trimestre 2019.

Conclusioni. Misurare in modo oggettivo l'efficienza e l'accuratezza della pulizia all'interno di una sala operatoria è fondamentale per raggiungere i risultati e promuovere il miglioramento continuo delle performance di pulizia ambientali, garantendo il rispetto delle raccomandazioni in materia di pulizia della sala operatoria. Tra gli interventi necessari, a garanzia della riduzione delle ISC,

oltre all'acquisto di un sistema di pulizia completo di attrezzature e consumabili in microfibra si rende necessario associare l'introduzione delle coperture dei tavoli operatori multistrato assorbenti monouso. Il tasso di ISC dell'ultimo trimestre 2022 sarà confrontato con la baseline (tasso ISC dell'ultimo trimestre 2021) per verificare l'efficacia dell'intervento di miglioramento.

Terzo classificato

O. Campanella (Istituto ISMETT - Palermo) "Progetto V.I.R.I. -Implementazione della Valutazione Infermieristica Rischio Infettivo in un centro Trapianti e terapie ad Alta Specializzazione"

Le Infezioni da MDRO (Multi Drug Resistant Organism) rappresentano un rilevante problema salute pubblica nel mondo, in Italia e nei pazienti ad alto rischio come i trapiantati d'organo.

Le ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) hanno un impatto enorme in termini di morbosità, mortalità, aumento dei costi sanitari, dei costi sociali e negli ultimi anni di richieste di risarcimento da parte dei pazienti ed eredi che pongono le ICA tra i primi cinque "Top Claims" riportate da assicurazioni e broker assicurativi.

Le ragioni di questo fenomeno è noto risiedono nelle politiche d'Infection control estremamente frammentarie e sconosciute tra regioni e strutture sanitarie, nonché uno scarso livello di expertise del personale che dovrebbe essere dedicato al governo del rischio infettivo.

Per promuovere un vero e concreto cambiamento, la letteratura nazionale e internazionale evidenzia la necessità di un approccio multimodale che preveda audit & feedback e il coinvolgimento attivo dei pazienti definito patient empowerment.

E' esattamente in questa ottica anche innovativa che l'Infermiere Specialista Rischio Infettivo (ISRI) ha progettato e costruito questa innovativa consulenza rivolta a pazienti, familiari e personale clinico.

La consulenza è stata denominata VIRI -Valutazione Infermieristica Rischio Infettivo ed ha una connotazione territoriale poiché in «siciliano» VIRI significa "guarda" e intende rappresentare proprio l'importanza dell'osservazione diretta sul campo dell'attuazione delle politiche d'Infection control nei reparti, nonché l'informazione e la formazione rivolta ai pazienti e familiari.

Obiettivi primari e secondari

Primario

La consulenza VIRI, attraverso la modifica della percezione del rischio infettivo tra gli operatori sanitari, riduce il tasso delle ICA?

Secondari

1. Valorizzare e "pesare" attività d'Infection control destinate a staff, pazienti, visitatori
2. Ridurre reclami, promuovere il coinvolgimento attivo e partecipe del paziente.

Per tale motivo è stato formulato il quesito di ricerca PICO:

P=Popolazione: pazienti ricoverati portatori di MDRO candidati a consulenza

I= Intervento: implementazione della consulenza VIRI

C=Confronto: Confronto tasso ICA prima della VIRI

O=Outcome: Riduzione tasso ICA

Materiali e Metodi. Pianificazione di un dettagliato cronoprogramma che dalla sua fase d'ideazione, pianificazione, autorizzazione, implementazione e dati preliminari ha richiesto circa 18 mesi.

La definizione di un Work-flow che coinvolge il laboratorio di microbiologia, la programmazione dei ricoveri dei pazienti portatori noti di MDRO, responsabilità dell'ISRI

La consulenza nella cartella clinica elettronica integrata è stata costruita prevedendo tutti i campi indagati, osservati e discussi con paziente e personale clinico: tipo isolamento, microorganismo responsabile, misure raccomandate, audit in reparto con presenza dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) previsti, sanificazione ambientale, comunicazione con il personale clinico presente, formazione e informazione al paziente e familiari, consegna brochure informativa. Al termine della consulenza, l'ISRI firma il documento in cartella clinica che rimane così accessibile e consultabile da tutto il personale clinico.

E' stato inoltre costruito e somministrato un questionario tramite piattaforma Monkey Survey, composto da 27 quesiti. Il questionario è stato somministrato a tempo 0 (prima dell'implementazione della consulenza) e sarà somministrato a Tempo 1 al raggiungimento della numerosità campionaria.

Risultati preliminari. Nel periodo settembre 2019 a Giugno 2021 sono state effettuate 397 consulenze VIRI. L'iniziativa è stata ben accolta dallo staff e dai pazienti, la comunicazione è stata sempre appropriata, non confondente e standardizzata. Nessun paziente ha manifestato preoccupazioni, resistenze, ostilità, non si sono registrati reclami all'URP. L'im-

plementazione della consulenza consente di tracciare le politiche di *infection control* nella cartella clinica (area spesso carente in tutte le strutture sanitarie) quindi utili ai fini medico legali in caso di contenziosi causa ICA, soddisfa gli standard Joint Commission International, e valorizza l'infermiere specialista Rischio infettivo come consulente

E' stato investito maggior tempo in reparto per parlare/ formare i colleghi (*training on the job*). I questionari compilati T0 sono stati 107 Questionari con un *Response rate* del 19.5% ; quota rappresentata per il 47% da Infermieri, per il 17% da Operatori Socio Sanitari, 16% da Fisioterapisti, 12% da Medici.

Ottimo livello di conoscenza e consapevolezza dell'importanza del rischio infettivo (T0). Il tasso delle ICA a Maggio 2021 è del 4.5‰ rispetto al 9.5‰ del mese di gennaio 2020

Analisi statistica. Benchè si evidenzi una riduzione apparentemente rilevante tra il periodo pre-post intervento, le correlazioni di Pearson e Spearman effettuate dallo statistico, sono entrambe basse e non significative: p-value (0.45, 0.44)

Limiti della consulenza. L'arrivo della pandemia da SARS Cov2 a Febbraio 2020 ha cambiato radicalmente il paradigma rischio infettivo (non solo pazienti ma soprattutto operatori), l'ISRI è stata totalmente "sequestrata" dalle priorità aziendali associate al rischio SARS-CoV2. Il Questionario T1 sarà somministrato al raggiungimento della numerosità campionaria In questi due anni sono stati implementati numerosi interventi contemporanei Infection Control (esempio programma permanente Igiene mani) pertanto si rende necessaria l'implementazione di un'analisi statistica multivariata.

Conclusioni. Il progetto è certamente innovativo, conferisce all'ISRI il ruolo di un vero e proprio consulente e rappresenta uno studio «esplorativo». Sebbene si osservi la riduzione del tasso delle ICA, la correlazione con l'implementazione della VIRI non è al momento dimostrabile. Il personale clinico e i pazienti hanno manifestato consapevolezza e coinvolgimento attivo. La VIRI è diventata comune Pratica Clinica, approvata con entusiasmo da tutte le Direzioni del Centro Trapianti e dal Comitato Infezioni Ospedaliere.

E. Lacerenza, M. P. Jayakody (Nuovo Ospedale di Prato – Azienda USL Toscana Centro – Team AID di Presidio*) “La sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale”

La sorveglianza dell'applicazione delle misure di «infection control» nel controllo della diffusione dei MDRO è fondamentale per prevenire la trasmissione e per poter effettuare interventi formativi /educativi mirati. Le infermiere esperte nel rischio infettivo del Team AID nel Nuovo Ospedale di Prato utilizzano una check di sorveglianza (17 items) per verificare l'applicazione delle misure indicate nella procedura aziendale per tutti quei pazienti colonizzati/infetti da C. difficile e CRE.

Materiali e Metodi. Osservazione diretta (24-48 ore dopo il ricovero) attraverso l'utilizzo della check-list dopo la segnalazione da parte del laboratorio di un nuovo caso o dal «flag» prodotto nell'applicativo che gestisce i posti letto (pregressa CRE).

Quattro ambiti di sorveglianza

1. All'esterno della stanza: segnalazione dell'isolamento e presenza dei dispositivi di protezione (3 items)
2. All'interno della stanza: presenza del materiale dedicato al paziente, dei contenitori biancheria e rifiuti e collocazione del paziente (4 items)
3. Personale sanitario: comportamenti per la vestizione e la svestizione dei DPI (7 item)
4. Gestione della documentazione: registrazione e controllo della sanificazione eseguita (3 item)

Sono stati previste le seguenti modalità formative/ educative in base all'esito dell'osservazione secondo gli strumenti indicati della Gestione del Rischio Clinico della Regione Toscana:

- 13- 17: tutoring
- 11- 13: incident reporting al facilitatore del rischio clinico e M&M,
- ≤ 10 incident reporting GRC al facilitatore del rischio clinico e audit clinico

Risultati. Da gennaio a agosto 2021 sono state compilate 153 check-list: 83 schede compilate riguardavano casi di CRE (54%) e 70 schede riguardavano casi di C. difficile (46%). Per 106 casi (69%) è stato necessario effettuare tutoring.

Questa check-list permette di sorvegliare la procedura sui MDRO che risulta conosciuta e applicata dagli operatori sanitari. Gli interventi di tutoring hanno riguardato soprattutto l'organizzazione, la segnalazione dell'isolamento all'ingresso della stanza e l'organizzazione del materiale dedicato.

Il limite dei risultati di questa check-list ha riguardato il periodo dell'emergenza Covid che non ha permesso un attento monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani.

Fonte bibliografica. PA.DRO.11 Procedura aziendale Azienda USL Toscana Centro – sorveglianza, prevenzione e controllo dei microrganismi multiresistenti – Revisione 1-8/01/2020

(*) Nuova riorganizzazione controllo ICA della Regione Toscana - delibera regionale 1439 del 17/12/2018: Approvazione Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi .

E. Lacerenza, M.P.Jayakody (Nuovo Ospedale di Prato – Azienda USL Toscana Centro – Team AID di Presidio*)
“Strumenti per la sorveglianza e il controllo delle misure di isolamento funzionale”

L'isolamento funzionale per i pazienti con multiresistenza antibiotica ha bisogno di identificare uno «spazio virtuale» dove è potenzialmente e possibile la trasmissione o l'acquisizione di questi microrganismi da parte degli operatori sanitari, dei visitatori e degli operatori dei servizi che entrano in contatto con il paziente o con tutto ciò che sta intorno al paziente . Per questo sono necessari strumenti di comunicazione visivi che mettono in condizione chi entra in questo spazio di applicare le misure più adeguate

Materiali e Metodi. Il gruppo di redazione ha predisposto una cartellonistica specifica da appendere all'ingresso della

stanza di degenza e al letto del paziente .

la cartellonistica prevede dei messaggi suddivisi per i visitatori e per lo staff sanitario.

Per i visitatori il messaggio principale è quello di poter chiedere al personale sanitario informazioni sul significato delle precauzioni da adottare verso la persona che è venuto a trovare; per lo staff sanitario la possibilità di indicare lo standard per la sicurezza della persona che il visitatore è venuto a trovare in ospedale e far conoscere qual è il comportamento corretto che lo staff deve adottare.

Considerazioni. La procedura del codice colore è applicata dal settembre 2019 . In questi due anni abbiamo cercato di osservare e intervistare sia gli operatori che i visitatori rispetto alla chiarezza delle informazioni contenute nella cartellonistica. L'elemento ritenuto dalla maggioranza più critico è la dimensione troppo piccola dello stop che dovrebbe essere l'elemento che invita chiunque entri nella stanza e fermarsi ed a visualizzare le azioni di prevenzione. Altro elemento critico è la mancanza di una cartellonistica in altre lingue soprattutto cinese, ma anche inglese e francese come risulta invece essere presente in altre cartellonistiche nel Presidio Ospedaliero del Nuovo Ospedale Santo Stefano di Prato. Purtroppo al momento questa cartellonistica non è supportata da un ulteriore poster che dovrebbe essere posizionato ai principali ingressi dell'ospedale per informare i visitatori dell'importanza del rispetto di queste indicazioni.

La revisione della procedura prevista per il 2022 prevederà di integrare queste modifiche.

Fonte bibliografica. PA.DRO.12 Procedura aziendale Azienda USL Toscana Centro – Il codice colore come strumento di infection control – Revisione 0 – 05/09/2019

(*) Nuova riorganizzazione controllo ICA della Regione Toscana - delibera regionale 1439 del 17/12/2018: Approvazione Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi .

M. Pace, M. Trovati (Bambin Gesù Roma) “Prevenzione infezione del sito chirurgico”

In relazione al tema del miglioramento continuo della qualità assistenziale e del processo di gestione del paziente critico, in termini di sicurezza e qualità, il tema in oggetto è di rilevanza nell’approccio sistemico di diagnosi e cura dei pazienti.

Le medicazioni captanti mostrano efficacia in termini di risultati attesi e facilità di utilizzo nella gestione del sito chirurgico.

Metodologia. Esaminando la realtà di Terapia Intensiva dell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, dove nel 2020 sono stati effettuati circa 585 ricoveri da aree chirurgiche, mediche e dal pronto soccorso, si è osservata l’incidenza di lesioni cutanee (da pressione e Surgical Site Infection) sul totale della popolazione ivi ricoverata. Da questo totale si è osservata l’incidenza di pazienti con sepsi. Di questi ultimi si è considerato quanti hanno avuto l’insorgenza di lesioni infette, tale indice è stato rapportato con l’incidenza dei pazienti che presentavano lesioni cutanee non settiche: da qui si è osservato il tempo di risoluzione della problematica in relazione alla clinica del paziente affrontando il percorso attraverso una rete di comunicazione condivisa, analizzando immagini a T0, T1 (24 ORE), T2 (48 ORE), T3 (72 ORE) dall’insorgere di lesioni cutanee e poi settimanalmente.

Risultati. E’ stata riscontrata l’interruzione della proliferazione batterica attraverso il monitoraggio di sorveglianza attraverso l’utilizzo di tamponi colturali quali/quantitativi ogni 7 gg.

Non è stata necessaria alcuna antibiotico terapia sistemica oltre quella già prevista dai protocolli chirurgici. E’ stato riscontrato che il tempo di degenza medio per paziente è risultato pari o inferiore a quello previsto dalla procedura chirurgica.

Discussione. Gli interventi effettuati vengono ratificati attraverso un sistema di consulenza online dell’OPBG.

Conclusioni. Le medicazioni captanti a base di DACC si sono dimostrate efficaci nel trattamento delle Lesioni chirurgiche nella popolazione pediatrica esaminata, sia per facilità di utilizzo che per durata della medicazione in situ in associazione all’utilizzo di medicazioni ad alta assorbenza (combinazione di polimeri e carbossimetil cellulose), tale da evitare contaminazioni esogene durante le attività clini-

co/assistenziali e di diagnostica per immagini.

M. C. Manzalini, P.M. Antonioli, G. Ferrioli, E. Bruni, M. Maccanti, S. Firenzuola, M. Mistri, P. Simoni, D. Rezzini, A. Minghetti, A. D’Antuono (Azienda Ospedaliera Università di Ferrara) “Progetto di miglioramento impianto e gestione CVP”

Gli accessi venosi periferici sono i dispositivi di accesso vascolare più utilizzati nella pratica clinica per la somministrazione per via parenterale di liquidi, farmaci, nutrizione, sangue e derivati. Il 90% dei pazienti ospedalizzati riceve un accesso vascolare, tuttavia il 35-50% va incontro a fallimento precoce. Questo non è un risultato accettabile ed è necessario prolungare i tempi di permanenza dei cateteri venosi periferici con una migliore gestione, al fine di prevenire e ridurre le complicanze quali dislocazione, trombosi, infezioni e occlusioni.

Obiettivi. Conoscere la pratica clinica (analisi as is) dell’incanalamento, gestione e rimozione del catetere venoso periferico (CVP), allo scopo di evidenziare le criticità rispetto alle raccomandazioni (to be), al fine di migliorare l’outcome;

- Uniformare le conoscenze e standardizzare il processo;
- Favorire e promuovere l’aggiornamento del personale coinvolto;
- Stesura dell’Istruzione Operativa aziendale per la corretta gestione dei CVP;
- Migliorare la qualità dell’assistenza;
- Ridurre il tasso delle ICA;
- Promuovere l’empowerment degli operatori.

Materiali e Metodi. Il progetto si è sviluppato in cinque FASI.

Fase 1: nel mese di giugno 2019 presentazione del progetto al personale delle due aree assistenziali di Medicina individuate; sono state svolte le osservazioni sul campo della pratica di incanalamento, gestione e rimozione CVP, con utilizzo di check list secondo le linee guida e le evidenze aggiornate.

Nel mese di ottobre 2019 sono stati presentati i risultati delle osservazioni al personale sanitario delle Unità Operative arruolate nel progetto. Questa fase è stata inclusa in un progetto formativo, come formazione sul campo (FSC).

Fase 2: nel mese di ottobre 2019, organizzate (due edizioni ripetute) formazione residenziale “gestione e impianto degli accessi periferici, destinato agli Infermieri.

Fase 3: nel mese di novembre-dicembre 2019 gruppo di lavoro, con la partecipazione di alcuni Infermieri delle aree assistenziali arruolate nel progetto, per la stesura dell’Istruzione Operativa aziendale-CVP.

Fase 4: Presentazione in plenaria dell’Istruzione Operativa, formazione residenziale, “livello 3” nella valutazione dell’impatto: “verifica trasferibilità della formazione” secondo l’autore D. Kirkpatrick.

Fase 5: A tre mesi dall’implementazione dell’Istruzione Operativa, saranno ripetute le osservazioni sul campo, nelle stesse Aree assistenziali UU.OO, utilizzando il medesimo strumento, allo scopo di verificare la reale applicazione delle buone pratiche acquisite e incluse nell’Istruzione operativa. Quest’ultima fase rappresenta il “livello 4 “impatto della formazione”.

Risultati. Le osservazioni sono state rivolte alle pratiche di inserimento (n. 16 posizionamenti), cura, gestione (n. 59 pratiche) e rimozione (n. 14 rimozioni) dei cateteri venosi periferici.

L’adesione alle raccomandazioni è stata rilevata pari al 45%. Le osservazioni e i dati raccolti sono stati strutturati in riferimento alle seguenti macro-aree: riduzione delle complicanze, rottura della tecnica asettica, prevenzione degli errori di somministrazione, sicurezza dell’operatore sanitario. L’adesione alla buona pratica per la prevenzione delle complicanze è pari al 51%. Nel 56% il sito di inserzione non è adeguato in pazienti fragili con patrimonio venoso scarso. In particolare si rileva l’interruzione della tecnica asettica nel 56% dei casi, conformità dell’antisepsi cutanea (52%), adesione all’igiene delle mani prima della manovra asettica (22%), esecuzione dello scub dell’hub del catetere nel (3%), lavaggio prima dell’infusione (42%) lavaggio dopo l’infusione (10%) e quando eseguito, nel 86% casi con tecnica non pulsata. Elemento critico la mancata registrazione sulla documentazione infermieristica della valutazione del sito di inserzione (0%) e della medicazione (3%).

RIULTATI	
Caratteristiche campione	Frequenza
Pazienti reclutati	38
F	27
M	11
Età media	74
Patologia apparato circolatorio	6
Patologia apparato respiratorio	9
Patologia apparato digerente	2
Patologia del sangue	5
Patologia metabolica	3
Patologia osteomuscolari	3
Patologia sistema urinario	3
Patologia sistema nervoso	2
Tumori	2
Pazienti esposti a <i>device</i> intravascolari	13
Pazienti esposti ad intervento chirurgico	5
Pazienti esposti a catetere vescicale	18
Pazienti esposti a ventilazione Meccanica	0

Conclusione. Il progetto ha avuto un momentaneo rallentamento per l’emergenza sanitaria “pandemia COVID 19”, siamo attualmente nella “fase 3”, stesura dell’Istruzione Operativa, documento in bozza in corso discussione e validazione da parte dei componenti del Gruppo di lavoro.

Dal mese di settembre 2021 al 2023 è previsto la ripresa delle azioni definite nelle fasi 3, 4 e 5 a conclusione del progetto. Si è definito inoltre l’avvio dello Studio di Incidenza ICA, della durata di un anno, con l’implementazione di Scheda specifica di Incident Reporting per evento avverso, con particolare riguardo alle sepsi.

E. Bruno, P. Masala, A. Leto, M.R. Gaudio, P.M. Placanicca, P. Magrini (Azienda Ospedaliera San Giovanni Addo-

lorata - Roma) “La sicurezza delle cure: la lotta all'antibiotico resistenza”

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha dichiarato già da tempo l'antibiotico resistenza (AMR) una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno, per l'incremento della mortalità, morbilità, attribuite ad infezioni causate da batteri antibiotico-resistenti. PLOS Medicine 2016 pubblica: 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 decessi attribuibili ad ICA, 100.00 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa. Aumento dell'antibiotico resistenza, il 40% degli isolati è rappresentato da *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

La più recente ed esaustiva analisi effettuata per conto del Governo Britannico ha calcolato che gli effetti dell'AMR causano circa 50.000 decessi ogni anno solo in Europa e negli Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Nella stessa analisi è stato anche stimato che, in assenza di interventi efficaci, il numero di infezioni complicate da AMR potrebbe aumentare notevolmente nei prossimi anni, arrivando, nel 2050, a provocare la morte di 10 milioni di persone l'anno.

L'impatto epidemiologico dell'AMR ha conseguenze dirette sul piano economico, legate alla perdita di vite e di giornate lavorative e ad un maggiore utilizzo di risorse sanitarie per il prolungamento delle degenze, al maggiore utilizzo di procedure diagnostiche e di antibiotici spesso più costosi, quando disponibili. Nel Rapporto O'Neill è stato stimato che, entro il 2050, l'AMR potrebbe portare, nei Paesi dell' Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), ad una perdita economica cumulativa compresa tra i 20 e i 35 miliardi di dollari.

Nel novembre del 2017 l'OMS ha pubblicato “Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* in health care facilities”. La linea rappresenta un punto chiave nelle strategie per il contrasto dell'AMR individuate dall' OMS per prevenire minacce correnti e future. Le infezioni da CRE-CRAB-CRPsA sono particolarmente degne di nota poiché si associano ad elevate morbilità e mortalità e hanno, inoltre, la capacità potenziale di causare epidemie e di contribuire alla diffusione di resistenze. Oltre a ciò è stato dimostrato

che, quasi in tutti i casi, la colonizzazione con CRE-CRAB-CRPsA precede o coesiste con la corrispondente infezione.

L'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, ha implementato nell'anno 2016, la sorveglianza su i di laboratorio (sorveglianza passiva) per i microorganismi Alert nel rispetto di quanto indicato dalla letteratura. Fanno parte dei nostri alert:

- Enterobatteri R - Carbapenem
- *Acinetobacter* R - Carbapenem
- *Pseudomonas aeruginosa* R - Carbapenem
- *Clostridium difficile*
- Enterobatteri SBL.

Dal mese di Gennaio dell'anno in corso, abbiamo adottato la Linea Guida dell'OMS “Guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa* in health care facilities”, a completamento dell'attività di sorveglianza già esistente, nell'interno dei presidi Ospedaliera della nostra Azienda.

Obiettivo. Implementazione della LG:

- Rilevazione precoce dei pazienti a rischio
- Rilevazione precoce di cluster epidemici
- Contrastare la diffusione di microrganismi AMR
- Rilevare aree di criticità ove implementare studi di sorveglianza attiva sul paziente.

Materiali e metodi. I dati sono raccolti dal personale del Team IPC. Per la raccolta dei dati saranno utilizzate 3 schede:

1. Scheda indagine epidemiologica: riporta i dati anagrafici del paziente, anamnesi, fattori di rischio intrinseci ed estrinseci, esposizione del paziente a procedure invasive, tempi di esposizione del paziente a dispositivi medici invasivi, terapia antibiotica in atto
2. Scheda audit: descrizione setting assistenziale
3. Scheda osservazione igiene mani OMS.

I dati sono inseriti in un data base dedicato costruito in ambiente MS Acces[®], nel quale sono stati previsti i campi delle schede utilizzate per la raccolta dei dati. L'analisi statistica dei dati avviene per l'estrazione dal DB MS Acces[®], in excell., ed il software statistico Epi Info.

Igiene mani. Per monitorare l'adesione all'igiene delle mani utilizziamo la scheda per l'osservazione dell'OMS, i rilevatori sono stati debitamente formati, le osservazioni sono state eseguite dal personale infermieristico del Team IPC. I dati raccolti sono stati inseriti in DB dedicato costruito in ambiente Access, l'adesione è stata del 85%. Nel 70% il personale è ricorso all'utilizzo della soluzione idroalcolica, nel 15% dei casi ad il lavaggio con acqua e sapone. Al monitoraggio ha fatto seguito il retraining sull'igiene delle mani con Box pedagogico (attrezzatura pedagogica per verificare la corretta frizione delle mani con soluzioni e gel idroalcolici secondo le tecniche standardizzate), è subito stato restituito feedback al Coordinatore ed al responsabile medico dell'UO.

Ricadute sull'organizzazione. Sulla base dei dati raccolti, saranno elaborati report sintetici periodici, condivisi inizialmente nel GOICA allargato, il report verrà poi presentato ed approvato in sede di C – CICA .

Il report successivamente verrà inviato ai Direttori di Dipartimento, Clinico, Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, di UOC, di UOSD . Pubblicati intranet AO.

I report di sorveglianza dovrebbero includere:

- Risultati sorveglianza o degli studi di prevalenza puntiforme
- Classi di pazienti a rischio su cui è focalizzata la sorveglianza
- Tassi calcolati separatamente per specifiche ICA
- Andamento delle resistenze
- Consumo di antibiotici ed antimicotici
- Azioni di prevenzione e controllo messe in atto
- Le proposte future
- Progetti Formativi

Conclusioni. La sorveglianza delle infezioni che insorgono in un'organizzazione sanitaria costituisce la base minima di una politica di controllo e, più in generale, di qualunque programma di riduzione del rischio infettivo. Una sorveglianza efficace dovrebbe registrare prospetticamente i casi di infezione e la loro tipologia, rilevare prontamente le epidemie, fornire dei tassi di incidenza e restituire regolarmente tutte queste informazioni al personale coinvolto. Ne sono un esempio le Terapie Intensive statunitensi coin-

volte nel programma nazionale di sorveglianza delle infezioni nosocomiali (NNIS, ora NHSN16) che hanno mostrato un processo continuo di miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

Parlare di gestione del rischio in sanità significa parlare di un insieme di azioni che hanno lo scopo di migliorare la qualità delle cure prestate e garantire la sicurezza del paziente. Partendo dalla considerazione che " l'errore " è una componente inevitabile della realtà umana, ne deriva che la gestione del rischio non è solo un problema di alta dirigenza, ma un impegno di ogni singolo professionista e categoria professionale prima che di gruppi interdisciplinari ed amministrazioni. "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".

T. Perrotta, S. Baratta, M. Vaselli, M. Tongiani, D. Luccetti, B. Natali, M. Baroni, M. Micalizzi, S. Panti (Fondazione Monasterio Pisa) "IPC IN FTGM: documentazione infermieristica e sorveglianza"

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano uno degli eventi avversi più frequenti dell'assistenza sanitaria, sia per la diffusione endemica di alcuni microrganismi che per il verificarsi di epidemie, e costituiscono un problema di salute pubblica rilevante. Le ICA hanno un significativo impatto su morbi lità, mortalità e qualità di vita e rappresentano un fardello economico che ricade sulla società. Tuttavia, un'elevata percentuale di ICA sono prevenibili e vi è un numero crescente di prove che aiutano a far aumentare la consapevolezza del peso globale di pericolo provocato da tali infezioni, incluse strategie per ridurre la diffusione (Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level - OMS- 2016). Per limitare numericamente le ICA, è, dunque, necessario attivare la riduzione dei fattori di rischio, organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione, gli isolamenti microbiologici, occuparsi della stewardship antibiotica ed il rispetto delle pratiche per la sicurezza e delle evidenze scientifiche a supporto.

Per i processi assistenziali è fondamentale seguire le buone pratiche e il rispetto dei tempi di ripetitività delle indagini per intervenire tempestivamente con comportamenti adeguati al risultato microbiologico.

Obiettivi. L'obiettivo del gruppo di lavoro è di valutare quanto l'utilizzo in cartella infermieristica informatizzata di sezioni, di rapido impatto iconografico e di semplice fruibilità, dedicate allo screening microbiologico e all'applicazione di bundle per la prevenzione delle più importanti ICA, quali, ad esempio, batteriemia (BSI, *bloodstream infection*) da utilizzo di catetere venoso centrale (CVC); infezione urinaria da catetere vescicale (CAUTI, *catheter-associated urinary tract infection*) ed infezioni del sito chirurgico (ISS), abbia determinato un miglioramento del sistema di IPC aziendale con riduzione dei tassi di mortalità, d'infezione e dei tempi di degenza.

Materiali e metodi. In seguito alla consultazione delle linee guida emanate dell'OMS che descrivono le componenti centrali di un programma di IPC funzionante ed efficace e al recepimento del DRG - Regione Toscana - 12772 del 26/07/2019 "Indicazioni regionali per il contrasto alla diffusione di Enterobacterales produttori di metallo- beta lattamasi di tipo New Delhi», in FTGM, con lo scopo di ottimizzare la sorveglianza nonché migliorare il flusso informativo, sono state dedicate delle sessioni in cartella infermieristica: a) allo screening microbiologico, in particolar modo al monitoraggio degli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae- CRE). b) alla valutazione dei dispositivi medico-chirurgici, quali CVC, CVP, CV, SNG, Pacemaker provvisorio, elettrodi epicardici, e della medicazione delle ferite, con bundle specifici. In particolare, la sezione rivolta alla sorveglianza microbiologica presenta un'infografica dedicata che consente a qualsiasi operatore di comprendere lo stato di esecuzione del tampone rettale per la ricerca dei CRE nonché dei pop-up che ci consentono di temporizzare lo screening. Per valutare se vi sia stato un miglioramento del sistema IPC aziendale è stato condotto uno studio retrospettivo, utilizzando il database di sorveglianza microbiologica aziendale, per analizzare nell'ultimo semestre 2020 e nel primo semestre 2021 l'andamento delle infezioni da CPE, del Sito Chirurgico e delle CAUTI.

Conclusioni. Il coinvolgimento attivo dei professionisti attraverso il supporto di strumenti informatici facilmente

fruibili e di rapido impatto interpretativo costituiscono l'arma vincente di un sistema di IPC aziendale in quanto aumentano la consapevolezza delle ICA e stimolano tutti ad attuare comportamenti adeguati per contrastare queste ultime.



ANIPIO

SOCIETÀ SCIENTIFICA NAZIONALE
INFERMIERI SPECIALISTI
DEL RISCHIO INFETTIVO