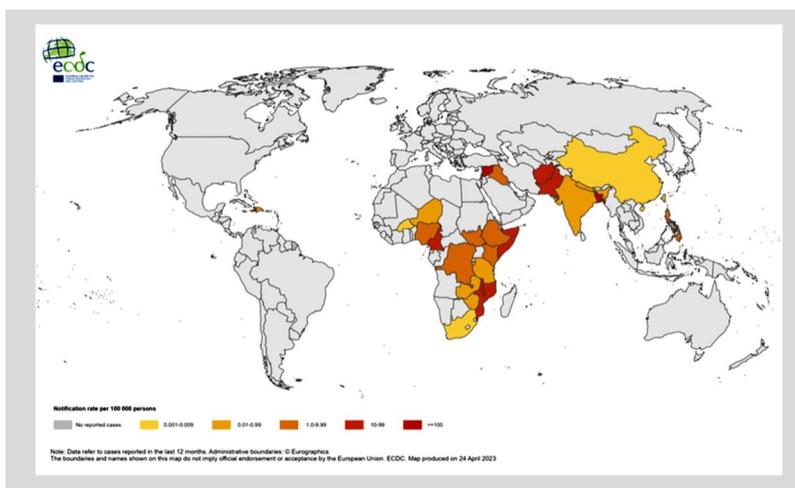


2/2023

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



In questo numero

Interviste. Casi clinici, problem solving:
come cambia l'approccio formativo di ANIPIO

Focus Infezioni. Colera: aggiornamenti da tutto il mondo

Letto per voi. Ambiente di lavoro sano, organizzazione attenta
>> migliori esiti sui pazienti

Letto per voi. Strategie per prevenire le infezioni correlate all'assistenza
attraverso l'igiene delle mani. Raccomandazione pratica SHEA/IDSA/APIC

Studi. Strategie attuabili per la governance del rischio infettivo
nella gestione degli MDRO nell'ambito territoriale

Pillole di storia. Le origini inglesi dell'ISRI

... e tanto altro ancora

ANIPIO



Comitato di redazione

DIRETTORE: MARIA MONGARDI

COMITATO DI REDAZIONE: GIULIA ADRIANO (VICE-DIRETTORE)

DANIELA BENDANTI

ERMAN LORENZIN

TIZIANA LAZZAROTTO

ILARIA CAMPAGNA

SILVIA GONELLA

EMANUELE MATTEINI

CARLO TASCINI

EDITING E IMPAGINAZIONE: BARBARA PALTRINIERI

ORIENTAMENTI N.2 – LUGLIO 2023

© ANIPIO 2023. 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 2/2023

Editoriale
pag. 5



di Maria Mongardi

Letto per voi
pag. 6



Ambiente di lavoro sano, organizzazione attenta >>
migliori esiti sui pazienti

a cura di Lorenzin E

Letto per voi
pag. 8



Strategie per prevenire le infezioni correlate
all'assistenza attraverso l'igiene delle mani.
Raccomandazione pratica SHEA/IDSA/APIC

a cura di Viturale C, Adriano G

Letto per voi
pag. 14



Prevenzione delle infezioni del torrente ematico:
conoscenze e barriere degli infermieri di terapia
intensiva

a cura di Ciliento G

Interviste
pag. 17



Casi clinici, problem solving: come cambia l'ap-
proccio formativo di ANIPIO
*Intervista a Rosaria Palermo, ARNAS Garibaldi di
Catania*

A cura di Paltrinieri B

Focus Infezioni
pag. 19



Colera: aggiornamenti da tutto il mondo

A cura di Gastaldi S



sommario 2/2023

Studi
pag. 29



Strategie attuabili per la governance del rischio infettivo nella gestione degli MDRO nell'ambito territoriale

Boccini V, Cabrini E, Di Tolla E, Dorigo L, Lagatta A, Longobucco Y, Meucci B, Zinnari E

Pillole di storia
pag. 37



Le origini inglesi dell'ISRI, l'infermiere specialista nel rischio infettivo

A cura di Accorgi D



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

editoriale

Cari lettori, soci Anipio e non, è con un misto di nostalgia e ottimismo che mi accingo a firmare l'ultimo editoriale della nostra rivista come direttore: sarò sostituita egregiamente da Giulia Adriano, che già dallo scorso anno mi affianca come Vice-direttore. Nostalgia perché dopo tanti anni - era il 2015 quando ho raccolto l'eredità di Roberta Suzzi, alla guida di Orientamenti - ho contribuito al valore che la rivista ha per la nostra Società scientifica.

Ma anche tanto ottimismo perché dopo tutto il cammino fatto insieme cedo la direzione della rivista in mani capaci ed esperte: Giulia saprà seguire la tradizione della rivista di Anipio introducendo al contempo quelle novità che la renderanno sempre più attuale e capace di trasferire contenuti utili agli infermieri impegnati sul fronte del rischio infettivo.

Ed è proprio una novità importante quella con cui si apre questo secondo numero del 2023: parte, infatti, una nuova rubrica, che penso sarà gradita a tantissimi lettori.

"Focus Infezioni" sarà uno spazio nuovo dedicato interamente ad aggiornare i lettori sull'epidemiologia delle infezioni nel mondo, con dati dai maggiori istituti nazionali e internazionali che si occupano di malattie infettive. Partiamo in questo numero con uno speciale dedicato al colera, di cui è disponibile anche la versione in lingua inglese.

Accanto a questo tante conferme: la seguitissima rubrica "letto per voi" propone una rilettura delle nuove raccomandazioni SHEA/IDSA/APIC sulle strategie per prevenire le infezioni correlate all'assistenza attraverso l'igiene delle mani, oltre a un commento su un studio dedicato alla prevenzione delle infezioni del torrente ematico e a un articolo che mostra il miglioramento sugli esiti di salute di un ambiente di lavoro sano e una organizzazione attenta.

Nuova intervista all'esperto: in questo numero Rosaria Palermo, ISRI presso ARNAS Garibaldi di Catania, ci racconta come si sta evolvendo l'approccio formativo di ANIPIO per far fronte alle necessità emergenti da tanti professionisti sanitari.

Infine segnaliamo lo studio dedicato alle strategie per la governance del rischio infettivo nella gestione degli MDRO in ambito territoriale realizzato da Boccini e collaboratori e uno speciale "pillola di storia". Nel lungo racconto curato da Daniela Accorgi troverete la storia delle origini inglesi dell'ISRI, l'infermiere specialista nel rischio infettivo.

E infine, vi saluto con tanto ottimismo per il futuro: Anipio sta crescendo rapidamente come Società scientifica in ambito nazionale, e con lei la nostra rivista. Rinnovo a tutti l'invito alla lettura del nuovo numero di Orientamenti e vi confermo che continuerò a seguirla da vicino contribuendo alla sua crescita, dal mio ruolo di Presidente Anipio. Un grande ringraziamento ai membri del Comitato di redazione che mi hanno affiancato e supportato in questi anni con grande competenza, ai collaboratori, agli autori dei contenuti, a Barbara Paltrinieri che cura editing e impaginazione e a tutti i nostri lettori. E' grazie agli sforzi di tutti se Orientamenti ha avuto l'opportunità di crescere *tanto e bene* in tutti questi anni.

Buona lettura a tutti!



Le origini inglesi dell'ISRI, l'infermiere specialista nel rischio infettivo

Accorgi D.¹

¹ Azienda USL Toscana Centro

La nostra storia nasce con la Circolare Ministeriale 52/85 [1] che istituisce nel 1985 il Comitato Controllo infezioni Ospedaliere e che identifica la figura dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI).

Oggi la figura dell'ICI è cambiata, ha sviluppato nuove competenze e spazi di autonomia e tutto questo è correlato sia all'evoluzione del nostro sistema sanitario che agli sviluppi della professione, ma quell'idea che ci pone al "centro" del governo della prevenzione e controllo del rischio infettivo rimane ancora valida, soprattutto adesso dove si intravedono, in un futuro prossimo, "nuove sfide" quali quelle dei nuovi ambiti assistenziali sempre più vicini al domicilio del cittadino.

Nell'attesa di questo futuro diamo uno sguardo al passato, là dove il modello che tutti noi conosciamo ha preso forma; il Regno Unito, la patria di Florence Nightingale, anche lei ha influenzato con la Teoria dell'ambiente le linee di indirizzo del controllo delle infezioni [2] e ha sottolineato non solo l'importanza del monitoraggio e della sorveglianza dei nostri interventi ma anche la capacità di rappresentare l'andamento di un fenomeno, competenze statistiche che tutti noi conosciamo attraverso il famoso "diagramma delle rose".

Siamo nel 1854 quando a Florence Nightingale fu chiesto dal Segretario di Stato alla Guerra, Sir Sidney Herbert, un amico di Nightingale e della sua famiglia di supervisionare l'introduzione e l'amministrazione di infermiere negli ospedali militari in Turchia, durante la guerra in corso in Crimea (1853-1856). Ciò avvenne in risposta agli articoli pubblicati sul The Times da William Russell e Thomas Chenery, i primi giornalisti di guerra che oltre a descrivere l'andamento della guerra criticavano le strutture mediche britanniche. Strutture sanitarie fatiscenti e mal gestite da personale impreparato e insufficiente così come le forniture mediche e i trasporti per i feriti dal campo di battaglia alle strutture sanitarie. I militari feriti o ammalati aspettavano settimane senza ricevere cure sanitarie prima di essere portati dal campo di battaglia in barca attraverso il Mar Nero all'ospedale dell'esercito britannico stabilito nella caserma turca Selimiye a Scutari. Le condizioni descritte erano spaventose. Gli articoli pubblicati da i due giornalisti fecero talmente preoccupare i cittadini del Regno Unito che fu avviato un Times Fund che riuscì a raccogliere £ 11.000 per fornire presidi medici e attrezzature per gli ospedali dell'esercito britannico. Fu in que-

sta situazione che nel novembre 1854, la Nightingale arriva a Scutari insieme a 38 infermiere come "Sovrintendente dell'istituto infermieristico femminile degli ospedali generali inglesi in Turchia". Le 38 infermiere insieme alla Nightingale si collocarono presso il Barrack Hospital, uno dei due ospedali di guerra inglesi. All'arrivo delle infermiere l'ospedale accoglieva 2300 soldati, che presentavano malattie infettive, ferite in battaglia ma, viste le condizioni nella gestione delle cure, potevano morire di fame, congelamento o cancrena.

La situazione peggiorò rapidamente con l'arrivo di altri 500 feriti, portando il numero totale di pazienti a quasi 3000. Le attrezzature ospedaliere non erano sufficienti per un numero così numeroso di ammalati e si finiva per depositare i militari in lunghe file per terra, sulla paglia, avvolti nelle stesse coperte in cui avevano viaggiato, sporche di sangue e pus senza camicie e senza lenzuola ma con ancora gli abiti militari. I letti di paglia collocati sui pavimenti di pietra arrivarono ad occupare 6,4 chilometri solo nel Barrack Hospital. L'acqua potabile scarseggiava e anche l'acqua per pulire gli ambienti, le latrine erano ostruite, i muri erano umidi e coperti di muffa. Le cucine non erano organizzate per un numero così numeroso di militari e l'alimentazione era così inadeguata, mancavano anche le stoviglie e quindi si mangiava utilizzando le proprie mani.

A questo si aggiungeva l'odore acre delle deiezioni provenienti da fogne aperte e bloccate, infestazioni di ratti, pidocchi, pulci e mosche e di carcasse di cavalli che "galleggiavano" nella rete idrica. Gli interventi chirurgici erano effettuati nei reparti aperti, senza nessuna protezione, attrezzature adeguate o medicine. In questo ambiente non mancava la prostituzione, nelle buie cantine dell'ospedale si trovavano 200 donne, permesse dall'Esercito che vivevano anche loro in misere condizioni mettendo al mondo bambini.

Ma l'arrivo delle 38 infermiere non fu visto favorevolmente, gli ufficiali medici non vedevano nessun vantaggio nella loro presenza perché tradizionalmente, la cura dei militari feriti o dei moribondi era intrapresa da inservienti (uomini e donne), le donne spesso seguivano i soldati nei campi militari come "consolatrici", molte donne erano anche note per essere le mogli e le fidanzate dei malati e dei feriti.

Nightingale attese pazientemente con le sue infermiere

che gli ufficiali medici richiedessero la loro assistenza ai malati, ai feriti e ai moribondi, condizione che purtroppo fu favorita solo dall'aumento del numero di vittime.

In quel periodo non era chiaro il collegamento tra malattie infettive e microrganismi ma era noto l'effetto del contagio per il contatto diretto o indiretto. Osservando il sovraffollamento e le condizioni igieniche della struttura del Barrack Hospital la Nightingale correla le malattie infettive e le cause di mortalità innanzitutto con l'ambiente malsano e si spende per migliorare la struttura del Barak, favorendo maggior ricambi di aria, cercando di fornire acqua pulita, rendendo pulito l'ambiente, una illuminazione adeguata e un letto e della biancheria pulita.

Nightingale e le sue infermiere lavorarono duramente per dare delle risposte alla carenza della struttura anche acquistando ciò che mancava come la biancheria da letto pulita, i vestiti, le medicazioni per le ferite, insieme a cibo sano e nutriente, iniziando così a sviluppare la sua teoria ambientale.

Il 14 dicembre 1854 la Nightingale intimamente soddisfatta scrisse al Segretario di Stato Sidney Herbert una lettera descrivendogli quanto era stato compiuto: [3]

1. *una cucina per le diete speciali;*
2. *gran pulizia nelle corsie con scope, spazzole, cenci e altro, comprati col Fondo privato;*
3. *fornito camicie e altri indumenti e organizzazione di una lavanderia*
4. *aperto l'Ospedale di maternità*
5. *assistito le vedove e le mogli dei soldati*
6. *un gran numero di medicazioni quotidianamente eseguite dalle più abili di noi*
7. *la ricostruzione di un'ala dell'ospedale e le attrezzature della medesima per 800 posti letto (e questa io considero la parte più importante).*

Ma le azioni fino a quel momento intraprese non diedero i risultati sperati. Nel gennaio 1855 il numero di ricoverati era arrivato a 12.000 mentre i militari nei campi di battaglia erano 11.000 e le barche continuavano a portare soldati ammalati e feriti a Scutari. I miglioramenti che erano stati intrapresi fino a quel momento, con l'aumento del numero di militari ricoverati, non portarono ai

risultati sperati, la mortalità rimaneva altissima; anche tra i medici e le infermiere, alcuni di loro contrassero il colera e morirono. Il nuovo governo inglese decise di inviare una Commissione d'inchiesta a Scutari per cercare di capire perché la situazione non migliorava. La visita della Commissione permise di risolvere alcune problematiche ambientali quali la strutturazione di un sistema fognario efficace, gli interventi di bonifica sulle pareti dei muri, la pulizia dei cortili e il miglioramento delle forniture di acqua. Finalmente la mortalità diminuì insieme anche ad un numero minore di ricoveri dei militari, già nel marzo 1855 era diminuita del 20%. Queste condizioni permisero alla Nightingale di potersi dedicare all'assistenza dei pazienti attraverso un approccio "corpo, mente e spirito verso la guarigione", che vedeva come "l'essenza dell'assistenza infermieristica".

Per documentare quanto gli interventi realizzati da lei e quelli favoriti dalla Commissione abbiano ridotto la mortalità la Nightingale registrava accuratamente il numero dei morti e delle loro cause.

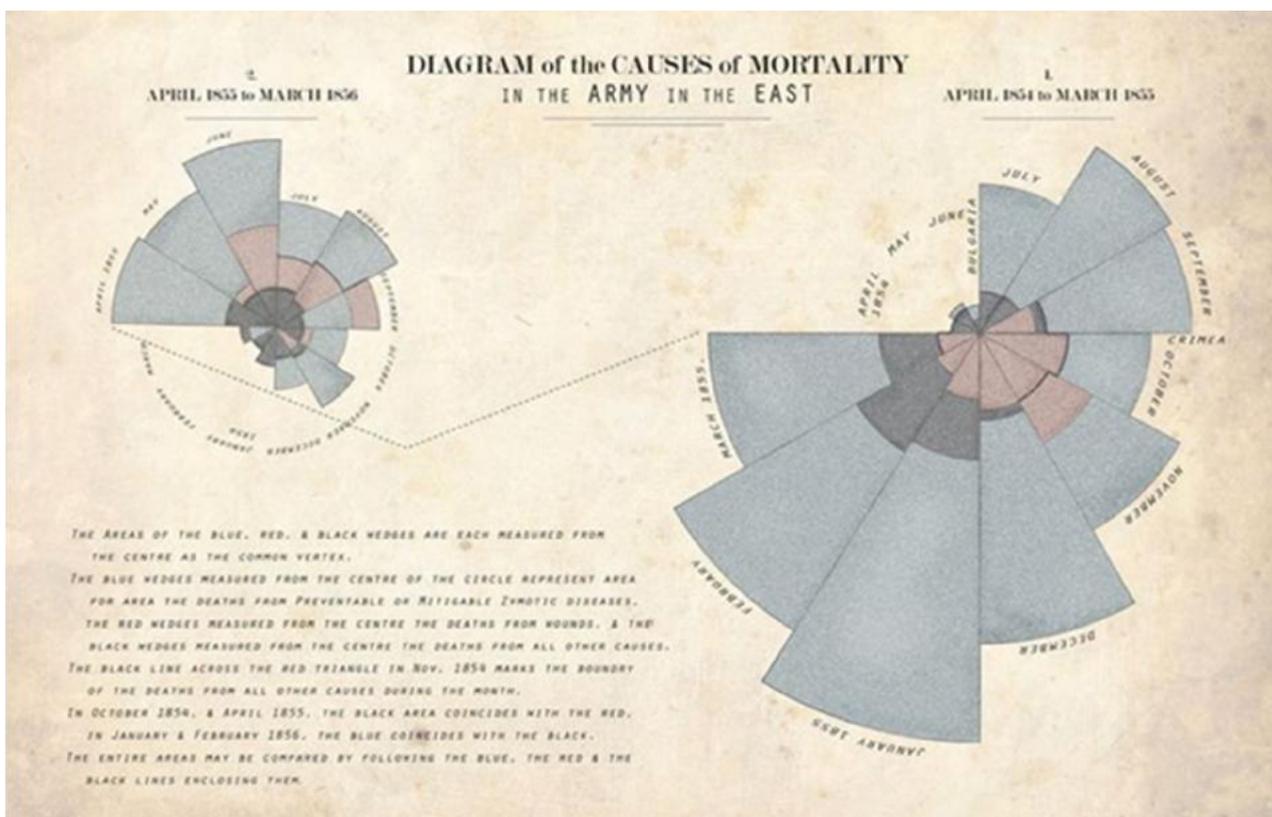
Questi dati sono stati rappresentati, al suo rientro nel Regno Unito, in un grafico famoso "il diagramma delle rose" sulle cause della mortalità dell'esercito in oriente dall'aprile 1854 al marzo 1855 nel diagramma della

"prima rosa" e dall'aprile 1855 al marzo 1856 nel diagramma della "seconda rosa".

I due grafici riportati in un'unica pagina assomigliano ad una torta, suddivisa in dodici spicchi, ogni sezione rappresenta un mese dell'anno. Gli spicchi dei grafici hanno lo stesso angolo ma il raggio dell'ampiezza varia a seconda del numero di morti, maggiore è l'ampiezza maggiore sono i soldati deceduti in quel periodo negli ospedali militari. Gli spicchi del grafico presentano al suo interno porzioni di diverso colore in base alle cause della mortalità e al numero di morti:

- Blu i morti per cause prevenibili, cioè malattie e infezioni.
- Rosso i morti per ferite di guerra
- Nero quelli deceduti per altre cause.

I due grafici non hanno la stessa dimensione quello collocato nella parte destra della pagina è più grande perché evidenzia la situazione prima degli interventi di igiene sull'ambiente e sull'alimentazione dei soldati. Quello collocato a sinistra rappresenta le cause delle mortalità dopo gli interventi. A colpo d'occhio si evidenzia la situazione critica, aumento del numero dei deceduti per cause evitabili che si è verificata nel gennaio-febbraio 1855.



L'esperienza di Scutari permetterà alla Nightingale di sviluppare, proporre e veder realizzare un modello di ospedale dove l'ambiente intorno al paziente inteso come qualità dell'aria, della illuminazione, della temperatura, dell'acqua, l'igiene degli ambienti, la biancheria pulita, rappresentano, gli elementi necessari per favorire la guarigione e il recupero dei malati.

Ma la Nightingale non dimentica che l'assistenza infermieristica ha una priorità: la prevenzione delle infezioni. In un suo libro pubblicato nel 1863, dal titolo "Notes of Hospital" afferma "La vera assistenza infermieristica ignora l'infezione, tranne che per prevenirla". [4]

Dovranno passare circa 100 anni dalla guerra di Crimea, dalla nascita della nostra professione, prima che, le organizzazioni sanitarie decidessero di affidare ad una infermiera il compito di educare il personale alla prevenzione delle infezioni e di effettuare un attento monitoraggio, anche questa storia parla inglese.

L'idea che fosse necessario istituire una organizzazione per la prevenzione e controllo del rischio infettivo nasce nel 1941 nel Regno Unito, il British Medical Council in un suo memorandum [5] suggerisce che in ogni ospedale fosse nominato "un funzionario a tempo pieno per sovrintendere al controllo delle infezioni delle ferite chirurgiche" [6]. In un secondo memorandum del 1944 si consiglia che in ogni ospedale si dovesse istituire un comitato rappresentato da medici, infermieri, operatori di laboratorio e amministratori per indagare e progettare misure per controllare le infezioni crociate [7]. Malgrado questi suggerimenti negli ospedali inglesi non ci si preoccupò di sviluppare questo modello finché a partire dal 1955 numerosi ospedali del Regno Unito furono interessati da cluster di infezioni da *Staphylococcus aureus* meticillino-resistenti della ferita chirurgica post-intervento e casi di sepsi. Alcuni studi di sorveglianza dimostrarono che nel 100% dei casi erano gli operatori sanitari a diffondere il microrganismo. Ma le infezioni da stafilococco finivano per interessare anche gli operatori con alti tassi di assenteismo.

È in questo contesto che Brendon Moore Direttore della Public Health Laboratory si trova a gestire uno di questi cluster all'Ospedale di Torbay nel Devon, nel sud del Regno Unito.

Si interessò subito del problema contribuendo ad attuare le raccomandazioni successivamente pubblicate nel 1959

"Le infezioni da stafilococco in ospedale" [8].

Queste raccomandazioni includevano l'istituzione di un Comitato per il controllo delle infezioni e un registro delle infezioni di reparto compilato dal personale medico.

Nell'ospedale di Torbay fu istituito un comitato per il controllo delle infezioni che fu affidato ad un chirurgo AM Gardner, tra i suoi compiti c'era anche quello di registrare i casi. La registrazione era spesso imprecisa e frequentemente le informazioni sui casi venivano completate dalle infermiere di reparto, spesso però erano registrazioni tardive che non permettevano di introdurre interventi preventivi.

Fu così che la Direttrice dell'Ospedale la signora Stamm, su suggerimento dello stesso Brendan Moore, decise di nominare in via sperimentale la signorina EM Cottrell una "nurse sister" già coordinatrice della sala operatoria, per la raccolta puntuale dei dati di sorveglianza e educare gli altri colleghi sulle misure di prevenzione delle infezioni crociate attraverso il rigoroso rispetto dei principi di asepsi. Questa scelta risultò efficace e fu così che la signorina EM Cottrell divenne la prima Infection Control Sister (ICS) ad essere nominata nella nostra professione, nell'aprile del 1959 [8].

Il successo dell'Infection Control Sister a Torbay portò alla nomina di una nuova ICS la signorina A. Forman a Royal Devon Exeter Hospital, un ospedale a circa 20 minuti di auto dall'ospedale di Torbay, nel 1960. [9]

Che cosa faceva la nostra infection control sister ?

Alle "nurse sister" di corsia fu chiesto di:

1. tenere un diario contenente i dettagli dell'infezione. Il diario veniva visionato dell'infection control sister durante i suoi giri quotidiani e se necessario venivano aggiunte ulteriori informazioni;
2. effettuare una visita giornaliera al laboratorio di microbiologia rilevando gli isolamenti di stafilococchi epidemici, fornendo evidenza di potenziali focolai;
3. valutare l'adeguatezza delle tecniche di reparto in relazione alle pratiche di insegnamento.

Nel 1961, il dottor Brendan Moore presentò un rapporto sulla figura della infection control sister nel controllo delle infezioni al comitato consultivo congiunto per la

ricerca del consiglio degli ospedali della regione sud-occidentale della quale facevano parte i due ospedali. Sebbene la nomina di un'infermiera come membro a tempo pieno del team di controllo delle infezioni sia stata osteggiata a livello nazionale, le infection control sister sono state successivamente nominate in molti altri ospedali. Tale è l'interesse verso il ruolo di questa figura che già nel 1960 si tiene la prima conferenza sul controllo infezioni [10] a Lyngford House (Taunton) a cui partecipano 17 infermiere per il controllo del rischio infettivo inglesi, tra cui una collega danese.

La conferenza della durata di tre giorni fu un successo e questi incontri si sono poi ripetuti negli anni successivi, nel 1969 l'incontro annuale si tenne a Birmingham con 45 partecipanti, 41 dal Regno Unito e 4 visitatori da Danimarca, Svezia, Olanda e Stati Uniti .

L'anno successivo (1970) la conferenza si tenne a Bristol e vide la nascita dell'Associazione degli infermieri per il controllo delle infezioni (Infection Control Nurse Association ICNA). L'ICNA si è riunita nella sua conferenza annuale fino al 2006. Nel 1984 si è tenuto il primo incontro internazionale dell'ICNA che ha visto la partecipazione di delegati dell'America , Australia, Africa e Sud-Est asiatico evento che si è ripetuto ogni 4 anni fino al 2004.

Nella conferenza annuale del 2006 i membri dell'ICNA hanno deciso di estendere l'adesione all'associazione di altri operatori sanitari impegnati nella prevenzione e controllo del rischio infettivo e è stato votato favorevolmente il cambio del nome dell'associazione in Società per la prevenzione delle infezioni (infection Prevention Society IPS) . Tale società è stata costituita ufficialmente il 4 giugno 2007 . Nasce anche un sito web [11] e la rivista ufficiale Journal of Infection Prevention [12].

Bibliografia

1. Circolare del Ministero della Sanità 52/85 Lotta alle infezioni ospedaliere. Disponibile on line: https://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/Normativa_naz/Circolare52_1985.pdf
2. Heather A. Gilbert, Florence Nightingale's Environmental Theory and its influence on contemporary infection control, Collegian, Volume 27, Issue 6, 2020,

Pages 626-633,

3. Pittini F. Insetto Florence Nightingale, Professione infermieristiche 54-4 , 2001
4. Florence Nightingale, Notes of Hospital, 1863
5. Medical Research Council. The Prevention of 'Hospital Infection' of Wounds. MRC War Memorandum No. 6. HMSO, London (1941).
6. Medical Research Council. The Control of Cross-infection in Hospitals. MRC War Memorandum No. 11, HMSO, London (1944).
7. Staphylococcal infections in hospitals. Br Med J. 1959 Jan 24;1(5116):218-9.
8. Ayliffe G. The emergence of the ICNA and progression to the IPS. British Journal of Infection Control. 2008;9 (4):6-9.
9. Perry C. The infection control nurse in England — past, present and future. British Journal of Infection Control. 2005;6(5):18-21.
10. WebSite. <https://www.ips.uk.net/history-of-the-ips>
11. WebSite. <https://www.ips.uk.net/>
12. WebSite. <https://www.ips.uk.net/journal-of-infection-prevention>