

Editoriale

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

Ricerca e formazione. Parole chiave di due temi trainanti di questi primi mesi di attività del nuovo Consiglio Direttivo.

Cominciamo dalla ricerca, che per ANIPIO rappresenta lo strumento di lavoro per migliorare le conoscenze sul rischio infettivo e per questo focalizza il suo impegno per trasformarne i risultati in conoscenza produttiva, nella direzione dell'applicabilità delle conoscenze per la riduzione del rischio. Quindi ricerca e implementazione dei risultati della stessa per perseguire con sempre maggiore convinzione e perseveranza la sicurezza delle cure.

Su questo tema il nuovo numero della rivista propone all'attenzione la prima parte della traduzione in lingua italiana del Documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla decontaminazione e *reprocessing* dei dispositivi medici per le strutture sanitarie (*vedi pagina 6*), un aspetto fondamentale per assicurare un elevato livello di sicurezza per i pazienti.

Inoltre a pagina 31 vi proponiamo uno studio sull'adesione al bundle per la gestione dei pazienti con isolamento CPE presso gli Ospedali Galliera di Genova.

Ma l'impegno di ANIPIO sul fronte della ricerca va anche oltre. Infatti è in corso la definizione di un protocollo di studio sul ruolo dell'igiene per il controllo del rischio infettivo. Inoltre all'interno della Rete nazionale dei collaboratori è stato attivato un gruppo di lavoro specifico sulla ricerca della letteratura scientifica.

Infine è on line su Choosing Wisely il documento "*Pratiche a rischio di inappropriatazza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare. Le cinque raccomandazioni della Società Scientifica Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo*" (*lo riproponiamo a pagina 44*). A questo proposito ANIPIO parteciperà, come Società Scientifica, tramite i suoi iscritti, alla survey nazionale di Choosing Wiles.

Un lavoro intenso accanto al quale l'impegno sul fronte della formazione ha portato alla attivazione dei nuovi corsi di Master di 1° livello "Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria" presso l'Università di Parma e di Tor Vergata-Roma (presto saranno on line i nuovi bandi per le ammissioni all'anno accademico 2017-18).

Oltre a questo ricordiamo gli eventi di formazione ECM per diffondere le *evidence based practice (EBP)*, anche a supporto della recente Legge n.24 8 marzo 2017 (Legge Gelli) che all'articolo 3 ha rafforzato il concetto dell'EBP per la sicurezza delle cure e per la responsabilità dei professionisti e delle organizzazioni.

Infine con soddisfazione vi annuncio la pubblicazione del nuovo sito web ANIPIO che a partire da metà agosto sarà on line sempre all'indirizzo www.rischioinfettivo.it. Tante le novità che vi aspettano, fra cui una nuova sezione ricca di contenuti in esclusiva per i soci ANIPIO.

Buona lettura (e buon lavoro) a tutti!

Studio sull'adesione al bundle per la gestione dei pazienti con isolamento CPE presso l'E.O. Ospedali Galliera

Migliaccio G¹, Cenderello N², Fabbri P², Santini M², Sansone P³

¹ Infermiere S.C. Ortopedia e Traumatologia - Presidio Ospedaliero Unico Villa Scassi ASL3 Genovese - Genova

² CPSE - Direzione Sanitaria E.O. Ospedali Galliera di Genova

³ Tecnico informatico di laboratorio- Laboratorio Analisi E.O. Ospedali Galliera di Genova

Premessa. In ottemperanza alla delibera vincolante N°529 del 27.03. 2015 della Regione Liguria, è stato condotto in 12 UU.OO. Dell'E.O. Ospedali Galliera di Genova, uno studio multimodale sull'adesione al bundle per il controllo delle CPE, presente nel documento ARS Regione Liguria recepito dalla suddetta delibera, al fine di quantificare l'adesione ai 5 items del bundle nella gestione del paziente colonizzato/infetto da CPE, aggiornare le conoscenze, implementare strumenti di divulgazione e valutare i risultati.

Materiali e metodi. Lo studio svolto dal 24/07 al 17/10/2015 si è sviluppato in tre fasi. La prima fase ha visto l'osservazione diretta sull'adesione alle precauzioni da contatto, igiene mani, ricerca pazienti portatori di CPE, igiene ambiente e passaggio informazioni (comunicazione della positività sia all'interno che all'esterno dell'Ente). Sono stati osservati 91 operatori, arruolati 39 pazienti, svolte 475 osservazioni. Durante la seconda fase si sono svolti incontri con gli operatori sanitari, nel 60% delle UU.OO. degenziali, con l'obiettivo di sensibilizzare l'adesione alle misure da contatto e verificare le criticità definite dalla prima osservazione. Contestualmente sono stati consegnati 400 righelli tascabili illustrativi con informazioni microbiologiche, epidemiologiche e preventive sulle CPE nelle 20 UU.OO. degenziali dell'Ente. L'ultima fase si è realizzata con una seconda osservazione diretta; sono stati osservati 69 operatori, arruolati 18 pazienti; eseguite 159 osservazioni per i due item con minor adesione (igiene mani e passaggio informazioni) e distribuiti 250 questionari anonimi per la valutazione del righello dei quali compilati 200.

Risultati. Lo studio ha permesso di ottenere una riduzione della circolazione ospedaliera delle CPE, un incremento di adesione all'igiene delle mani del 45% ($p < 0,001$) e sul passaggio informazioni del 34% ($p = 0,012$).

Conclusioni. I risultati dello studio hanno confermato che la rigorosa applicazione di una metodologia multimodale sistematica, riesce a far ottenere dati statisticamente significativi per l'implementazione di buone pratiche.

INTRODUZIONE

Nel panorama delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), la diffusione degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CPE) rappresenta un serio problema per i Servizi Sanitari di ogni paese. Le infezioni sostenute da CPE sono altamente diffuse. Gli enterobatteri sono resistenti a quasi tutti gli antibiotici e la resistenza ai carbapenemi può essere trasmessa anche ad altri microrganismi attraverso plasmidi. Il conseguente trattamento di un numero elevato di pazienti potrebbe diventare molto problematico dal punto di vista gestionale, organizzativo ed economico, infatti la crescita dei costi sanitari legata sia all'aumentata durata di degenza, sia alla necessità di utilizzare antibiotici costosi sta diventando un serio problema di Sanità Pubblica. La mortalità attribuibile alle CPE è elevata, pari al 20-30% potendo arrivare al 70% nelle sepsi e nei malati più fragili o immunodepressi. Presso l'E.O. Ospedali Galliera di Genova da anni il Comitato per la lotta alle infezioni Ospedaliere (CIO) ha attivato un sistema di sorveglianza microbiologica integrata on line e individuato relative strategie di controllo e prevenzione delle ICA, che realizza attraverso il gruppo operativo (GOCIO). Il processo è certificato dal 14-01-2004 ISO 9001: 2008. Dal febbraio 2015 il GOCIO ha elaborato, in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale, un protocollo di screening ad hoc per l'identificazione precoce dei pazienti colonizzati da CPE attuando precocemente misure preventive sintetizzate nel bundle pubblicato nella delibera vincolante N°529 del 27.03. 2015 della Regione Liguria.

Dalla fine del mese di luglio 2015 è stato condotto uno studio osservazionale presso le diverse Strutture degenziali con lo scopo di valutare l'adesione al bundle CPE da parte degli operatori che assistono pazienti colonizzati o infetti. A seguire il feed-back dei dati osservati, la distribuzione di uno strumento di remind e un questionario di autovalutazione hanno permesso una maggiore sensibilizzazione alle buone pratiche per la gestione del paziente, dato rilevato nell'ultima osservazione.

È stato condotto presso 12 strutture degenziali dell'E.O. Ospedali Galliera (65%) uno studio multimodale sull'applicazione del bundle che prevede items di provata efficacia per il controllo della diffusione di CPE.

OBIETTIVI

- Quantificare l'adesione da parte degli operatori ai 5 items del bundle nella gestione del paziente colonizzato o infetto da CPE.
- Aggiornare le conoscenze degli Operatori Sanitari sulla problematica delle CPE. Implementare strumenti innovativi di divulgazione/informazione.
- Valutare i risultati dello studio.

MATERIALI E METODI

Lo studio si è avvalso di più fasi.

Prima fase

L'individuazione dei comportamenti a rischio infettivo e l'inadeguata conoscenza delle misure preventive sono state valutate attraverso una prima fase di osservazione diretta compilando una griglia ad hoc (*vedi allegato 1*) per la raccolta dati e la successiva analisi. L'osservazione è stata preceduta da una fase di preparazione delle strutture che ha previsto colloqui con i coordinatori infermieristici, la pianificazione delle attività, la verifica dell'implementazione del bundle.

Seconda fase

Per l'aggiornamento all'utilizzo delle misure da contatto da adottare, nelle strutture degenziali dove si sono verificate maggiori criticità, sono state effettuate delle riunioni con la presenza di medici, infermieri, operatori socio sanitari e fisioterapisti.

In tutte le Strutture degenziali dell'Ente sono stati distribuiti contestualmente i reminder (righelli tascabili) illustrativi realizzati a cura della studente e del GOCIO di seguito validati e stampati della S. C. Qualità e Comunicazione. I righelli (vedi Figura1) contengono brevi informazioni microbiologiche, epidemiologiche e preventive sulle CPE, con particolare riferimento alle misure da contatto e all'importanza dell'igiene delle mani.

Terza fase

Questa fase metodologica si è avvalsa di una seconda osservazione diretta e di un feedback agli OO.SS. È stato elaborato un questionario in forma anonima che riportava 4 quesiti sulla valutazione del reminder. Il questionario potrà concorrere al processo di autovalutazione, sensibilizzazione e promozione al cambiamento comportamentale.

Rilevatori

Le osservazioni dirette sia della prima che della terza fase sono state effettuate da parte della studente iscritta al III anno del corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Periodo di svolgimento dello studio

Lo studio si è svolto dal 24/07/2015 al 17/10/2015.

Aspetti organizzativi e strumenti utilizzati

Il rilevatore è stato adeguatamente formato relativamente alla metodologia di osservazione

L'osservazione non durava più di 20 minuti consecutivi per Unità Operativa e le rilevazioni venivano svolte sia durante il turno di lavoro di mattina che di pomeriggio, alcune osservazioni sono state svolte anche di sabato mattina.

Compilazione delle griglie

L'adesione era rilevata facendo riferimento unicamente ai 5 item del bundle gestione CPE.

Abilità a non interferire con lo svolgimento delle attività di reparto durante le sessioni di osservazione

Garanzia della confidenzialità dell'entità degli operatori osservati.

Popolazione studiata

Sono stati coinvolti nelle osservazioni dirette tutti gli operatori sanitari (infermieri, medici, fisioterapisti, OSS e studenti) che svolgevano assistenza a pazienti con isolamento di CPE.

ANALISI DEI DATI

Nella prima fase sono stati osservati in totale N° 91 operatori distinti per le seguenti categorie: 30 infermieri, 19 OSS, 17 medici, 15 studenti e 10 fisioterapisti.

Per un totale di 39 pazienti per 48 ricoveri attribuiti alle seguenti Strutture Degenziali: 9 in Cure Intermedie, 7 in Chirurgia epatobiliopancreatica, 7 in Area Critica di Medicina, 8 in Medicina Interna A, 5 in Ortogeriatria Livello 3, 4 in Malattie Infettive, 2 in Geriatria, 2 in Rianimazione, 1 in Geriatria Livello 2, 1 in Chirurgia Breve, 1 in Neurochirurgia Maxillo facciale, 1 in Medicina Interna B.

Sono state svolte 475 osservazioni così suddivise per item:

91 osservazioni sulle precauzioni da contatto, 182 sull'igiene delle mani (per le 2 opportunità prima e dopo il contatto con il paziente), 73 sulla ricerca attiva dei pazienti portatori di CPE (nei tre reparti a rischio individuati dal protocollo di sorveglianza dell'Ente); 91 osservazioni sulla pulizia ambientale e 38 sul passaggio d'informazione. (vedi grafico 1). L'adesione globale al bundle è risultata pari al 63,2%; di seguito viene riportata l'adesione per singolo item.

L'adesione alle precauzioni da contatto è risultata pari al 57% specificata nei diversi sottopunti:

- collocazione paziente: il 7% in stanza singola, il 40% in coorte di pazienti il 53% in isolamento funzionale (vedi grafico 2)
- presenza di guanti monouso 76%
- presenza di sovracamici 65%
- presenza di materiale e dispositivi dedicati 76%.

Su 182 opportunità relative all'igiene delle mani (prima e dopo il contatto con il paziente) l'adesione totale è risultata pari al 42% (limiti di confidenza 95% si 31,5%-52,6% no 47,4%- 68,5%) (vedi grafico 3).

Stratificando questo dato per categoria professionale risulta che:

- gli infermieri su 60 opportunità osservate hanno aderito per il 63% all'igiene mani prima e dopo il contatto.

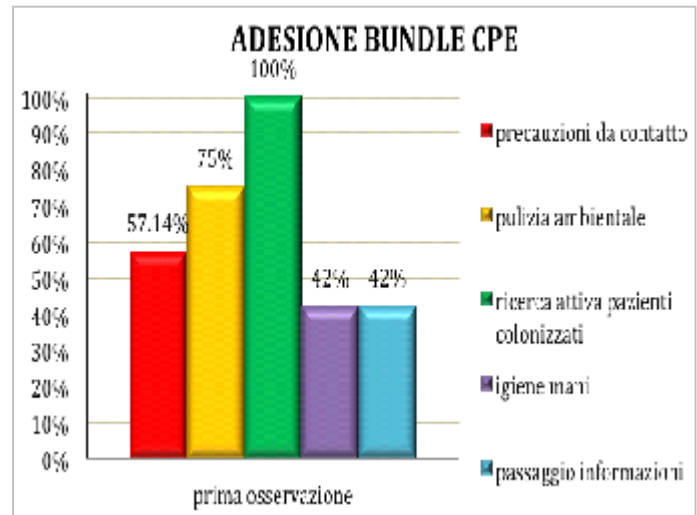


Grafico 1. Percentuale di adesione ai singoli ITEM Bundle CPE

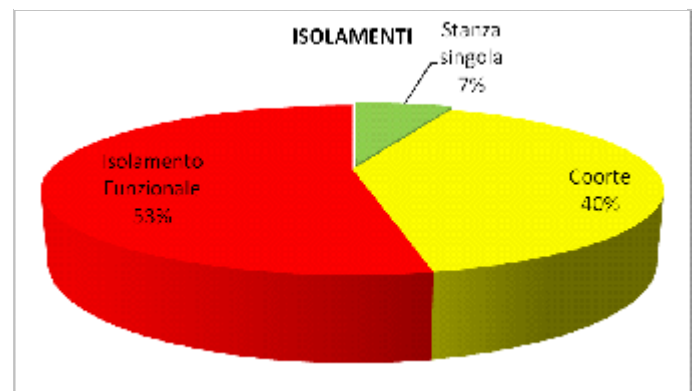


Grafico 2. Distribuzione della collocazione dei pazienti osservati.

- Gli OSS su 38 opportunità osservate hanno aderito per il 45% all'igiene mani prima e dopo il contatto.
- I medici su 34 opportunità osservate hanno aderito per il 47% all'igiene mani prima e dopo il contatto.
- Gli studenti (OSS e corso di Laurea Infermieristica) su 30 opportunità osservate hanno aderito per il 40% all'igiene mani prima e dopo il contatto
- I fisioterapisti su 20 opportunità osservate hanno aderito per il 55% all'igiene mani prima e dopo il contatto.

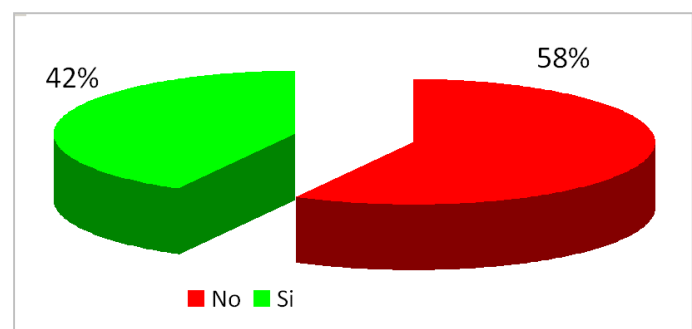


Grafico 3. Percentuale di Adesione Igiene mani nella 1a osservazione

Per quanto riguarda la ricerca attiva dei pazienti colonizzati da CPE l'adesione è risultata pari al 100%.

Relativamente all'item sulla pulizia ambientale l'adesione globale è risultata pari al 75% , specificata nei sottopunti.

- L'adesione alla pulizia stanza è risultata pari al 94%
- L'adesione alla pulizia servizi igienici è risultata pari al 96%
- L'adesione alla pulizia superfici a frequente contatto con mani è risultata del 94%
- Superfici toccate indossando i guanti è risultata del 34,1% (su 41 osservazioni)
- L'item "passaggio di informazione" si riferiva all'informazione sulla colonizzazione/infezione da CPE sia interno all'Ente (trasferimento presso altra U.O. oppure acceso a Servizi diagnostici) che esterno in caso di dimissione (presso RSA o altra struttura ospedaliera). Il passaggio d'informazione è risultata pari al 42% (su 38 osservazioni). (vedi grafico 4).

Nella tabella 2 si riportano i risultati della prima osservazione diretta.

TABELLA 2. SCHEDE ADESIONE AL BUNDLE PER IL CONTROLLO DIFFUSIONE DI CPE		
PRECAUZIONI DA CONTATTO: ISOLAMENTO FUNZIONALE, COORTE DI PAZIENTI, STANZA SINGOLA UTILIZZO:GUANTI MONOUSO, SOVRACAMICE, MATERIALE DEDICATO	Si	57
	No	43
FRIZIONAMENTO ALCOLICO DELLE MANI O LAVAGGIO ANTISEPTICO PRIMA E DOPO IL CONTATTO	Si	42%
	No	58%
SCREENING CON TAMPONE RETTALE PER RICERCA CPE (SOLO IN PAZIENTI RICOVERATI PRESSO: RIANIMAZIONE, CHIR-URO-GINE, ACM)	Si	100%
	No	0%
PULIZIA AMBIENTALE : PULIZIA DELLA STANZA, SERVIZIO IGIENICO, SUPERFICI TOCCATE DA PAZIENTE-VISITATORI E OPERATORI ALMENO 2 VOLTE AL GIORNO CON PANNI MONOUSO E CLORO DERIVATI A 1000 PPM. MENTRE SI USANO I GUANTI NON TOCCARE MANIGLIE, CARTELLA CLINICA, NON RISPONDERE AL TELEFONO.	Si	75%
	No	25,00%
PASSAGGIO INFORMAZIONI: QUANDO IL PAZIENTE VIENE DIMESSO/TRASFERITO (altro REPARTO/OSPEDALE/STRUTTURA O INVIATO AD INDAGINI DIAGNOSTICHE/INTERVENTO CHIRURGICO: SEGNALARE SEMPRE LA POSITIVITA' CPE	Si	42%
	No	58%

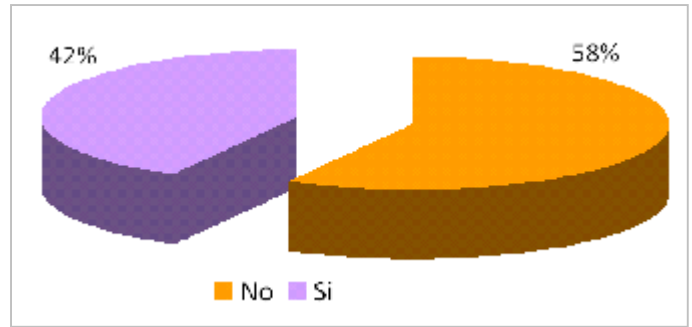


Grafico 4. Percentuale di adesione al passaggio d'informazione prima osservazione

La seconda fase ha visto lo svolgimento di un incontro nelle 8 strutture degenziali: Cure Intermedie, Chirurgia epatobiliare, Area Critica di Medicina, Ortogeriatría Livello 3, Geriatria, Rianimazione, Neurochirurgia Maxillo-facciale, Ortogeriatría livello 2 (sulle 12 incluse nello studio) pari al 66,6% con la presenza di medici, infermieri, operatori socio sanitari e fisioterapisti. Ogni incontro forniva ai partecipanti i dati sulla sorveglianza microbiologica relativa all' U.O. interessata, inoltre in Rianimazione, Area Critica di Medicina e Chirurgia epatobiliopancreatica sono stati forniti i consumi della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani. In tale contesto è stata altresì ribadita l'importanza delle misure di isolamento da adottare in pazienti colonizzati/infetti da CPE.

Il righello informativo/divulgativo è stato consegnato personalmente agli operatori sanitari che erano presenti al momento della distribuzione, in tutte le 20 UU.OO. degenziali dell'Ente, per un totale di 400 righelli (vedi figura1).

La terza fase ha visto la consegna di N°250 questionari relativi ai 400 righelli informativi/divulgativi distribuiti (Allegato 2). I questionari ritirati sono stati N°200 pari al 80% e le risposte affermative ai diversi quesiti hanno dato i seguenti risultati:

- dichiarazione della lettura del righello 94% (188/200),
- chiarezza delle informazioni 92,5%, (185/200)
- incremento sulla conoscenza delle CPE 79,5% (159/200)
- miglioramento nell'applicazione delle buone pratiche preventive 65,5 % (131/200).

Si precisa che sui 200 questionari ritirati solamente il 6% ha dichiarato di non aver ancora letto il righello informativo/divulgativo (vedi grafico 6).

In questa fase è stata svolta la seconda osservazione solo sui due items che maggiormente sono risultati disattesi (igiene mani e passaggio d'informazione).

Sono stati osservati in totale 69 operatori distinti per le seguenti categorie: 25 infermieri, 19 OSS, 16 medici e 9 fisioterapisti. In questa fase non è stato possibile osservare nessun studente perchè non presenti in tirocinio.

I pazienti arruolati in questa fase, sono 18 per 21 ricoveri, il

numero inferiore è determinato da una minor incidenza di pazienti con isolamento da CPE (vedi grafico 9) attribuiti alle seguenti Strutture Degengziali: 3 in Cure Intermedie, 2 in Chirurgia epatobiliopancreatica, 1 in Area Critica di Medicina, 1 in Medicina Interna A, 5 in Medicina Interna B, 1 in Ortogeriatria Livello 3, 1 in Geriatria, 1 in Rianimazione, 3 in Degenza Breve.

Sono state svolte 159 osservazioni per i due item: igiene delle mani e passaggio d'informazione.

Su 138 opportunità relative all'igiene delle mani (prima e dopo il contatto con il paziente) l'adesione globale è risultata pari al 79% (vedi grafico 7). Stratificando questo dato per categoria professionale risulta che:

- Gli infermieri su 50 opportunità osservate hanno aderito per l'86 % all'igiene mani prima e dopo il contatto.
- Gli OSS su 38 opportunità osservate hanno aderito per l'84% all'igiene mani prima e dopo il contatto.
- I medici su 32 opportunità osservate hanno aderito per il 63% all'igiene mani prima e dopo il contatto.
- I fisioterapisti su 18 opportunità osservate hanno aderito per il 78% all'igiene mani prima e dopo il contatto.

L'item passaggio di informazione si riferiva alla comunicazione sulla colonizzazione/infezione da CPE sia interna che esterna all'ente. Il passaggio di informazione è risultato pari al 76% (su 21 osservazioni) (vedi grafico 8).

Le mani pulite prevengono le infezioni

A cura del Gruppo Operativo Comitato Infezioni Ospedaliere
Per ulteriori informazioni: gocio@galliera.it

Che cosa significa CPE?
Enterobatteri produttori di carbapenemasi. Sono batteri multiresistenti, fanno parte normalmente della flora intestinale ma in condizioni particolari possono causare infezioni anche gravi.

Ci si deve preoccupare della presenza di CPE?
Sì. Sono batteri altamente diffusibili. Permangono nell'ambiente e sulle mani degli operatori per lungo tempo.

Quali sono i soggetti a rischio?
Pazienti immunodepressi, pazienti in terapia antibiotica prolungata e/o non appropriata e pazienti con dispositivi medici invasivi.

Come si trasmettono le CPE?
Il serbatoio/fonte è il paziente colonizzato/infetto. La trasmissione avviene principalmente in due modi: direttamente da un paziente portatore ad un'altra persona, attraverso le mani o toccando l'ambiente circostante contaminato.

Come si previene l'infezione?
Con l'IGIENE DELLE MANI e l'adozione delle precauzioni da contatto.

Quali misure di isolamento devono essere adottate per gli utenti colonizzati/infetti?
Precauzioni da contatto (o per droplet se la localizzazione è respiratoria) in aggiunta alle precauzioni standard e sanificazione ambientale specifica.

Quali misure di pulizia sono indicate nelle stanze degli utenti colonizzati/infetti?
Per ridurre la diffusione potenziare efficacemente l'igiene ambientale tramite detersione e successiva disinfezione di aree e superfici a frequente contatto (es: attrezzature per la riabilitazione e i servizi igienici).

Può essere utile effettuare screening negli utenti?
Sì. Su pazienti ricoverati nei reparti a rischio individuati, e su indicazione del GOCIO.

Figura 1. Righello (fronte e retro) informativo/divulgativo per le CPE

SVOLGIMENTO DELLO STUDIO: fase 3

Questionario

Hai letto il righello faccibile divulgativo sulla prevenzione delle infezioni/colonizzazioni da CPE?

1) Le indicazioni riportate sullo strumento divulgativo sono chiare?

2) Tale strumento divulgativo ha ampliato la tua conoscenza per l'applicazione delle misure preventive per il contenimento delle infezioni/colonizzazioni da CPE?

3) Tale strumento Te ha permesso di cambiare la sua modalità operativa apportando un miglioramento all'applicazione di

La ringrazio per l'attenzione prestata e per il tempo dedicato alla compilazione del questionario: questo ci permetterà di fare una valutazione sull'utilità dello strumento scelto.

Studente al 3° anno, Laurea in Scienze Infermieristiche

Gauletta Migliaccio

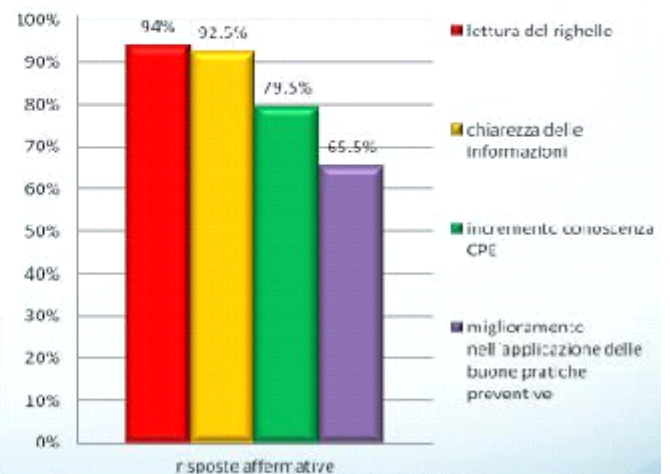


Grafico 6. Percentuale di risposte affermative al questionario

TABELLA 3. SCHEDA ADESIONE AL BUNDLE PER IL CONTROLLO DIFFUSIONE DI CPE		
FRIZIONAMENTO ALCOLOLICO DELLE MANI O LAVAGGIO ANTISETTICO PRIMA E DOPO IL CONTATTO	Si	79%
	No	21%
PASSAGGIO INFORMAZIONI: QUANDO IL PAZIENTE VIENE DIMESSO/TRASFERITO (altro REPARTO/OSPEDALE/STRUTTURA O INVIATO AD INDAGINI DIAGNOSTICHE/INTERVENTO CHIRURGICO):	Si	76%
	No	21%
SEGNALARE SEMPRE LA POSITIVITA` CPE		

Nella tabella 3 si riportano i risultati della seconda osservazione diretta.

COMMENTI E CONCLUSIONI

Nonostante il bundle utilizzato per la gestione del paziente colonizzato o infetto da CPE, sia un bundle più complesso di quelli frequentemente conosciuti (es.: quello utilizzato nella gestione/inserimento CVC, ecc.), perchè coinvolge più processi (processo assistenziale, processo di outsourcing delle pulizie ambientali e processo di sorveglianza, controllo e prevenzione ICA) e coinvolgendo più attori, e stato raggiunto l'obiettivo sul calcolo dell'adesione ai 5 items del bundle nella gestione del paziente colonizzato o infetto da CPE, che ha visto coinvolte le principali figure professionali che svolgono assistenza diretta presso l'Ente (medici, infermieri, fisioterapisti, OSS e studenti), identificando nell'igiene delle mani e nel passaggio di informazioni le principali pratiche disattese. E' stato altresì raggiunto l'obiettivo sull'aggiornamento delle conoscenze relative alle CPE, implementando reminder efficaci per l'adesione alle buone pratiche.

Lo studio ha permesso di valutare positivamente la metodologia adottata ottenendo dei risultati sulla riduzione della circolazione di isolamenti di KPC (vedi grafico 9), la diminuzione di pazienti colonizzati da CPE (vedi grafico 10) e soprattutto un incremento del 45% sull'igiene delle mani con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$) (vedi grafico 11) e un incremento del 34% sul passaggio d'informazione ($p = 0,012$) (vedi grafico 12).

I risultati migliorativi del passaggio d'informazione sono da considerarsi inediti in un'organizzazione così complessa come quella ospedaliera dove il passaggio di informazione e la comunicazione non sono così scontati.

L'incremento è simile a quello riportato dal Pittet et al nel 2000 presso l'Ospedale di Ginevra, dove il raggiungimento dei risultati sono interamente da attribuire ad un aumento della sensibilizzazione da parte degli operatori all'adesione alla buona pratica preventiva.

Il maggior incremento è stato rilevato da parte delle figure professionali che partivano da un livello basale di adesione

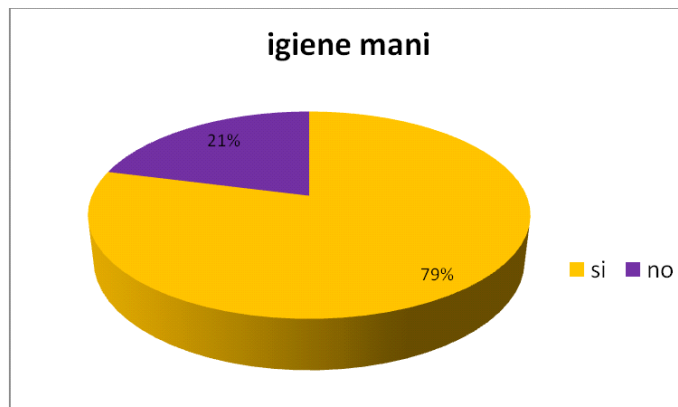


Grafico 7. Percentuale di adesione all'igiene delle mani seconda osservazione



Grafico 8. Percentuale di adesione al passaggio d'informazione seconda osservazione

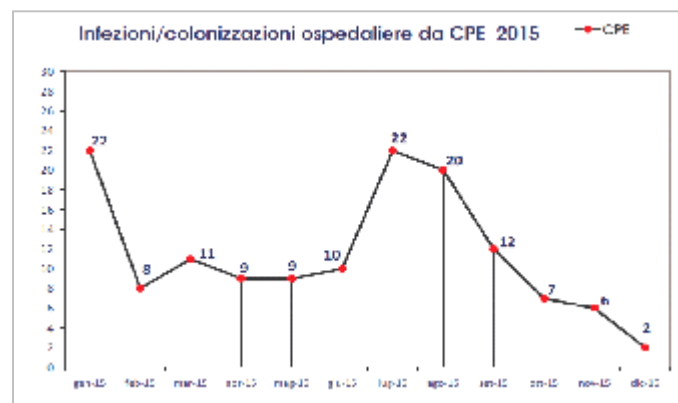


Grafico 9. Andamento delle infezioni/colonizzazioni ospedaliere da CPE (2015)

più basso, dove lo spazio di miglioramento è stato più consistente. Per ultimo, è stata preziosa la collaborazione di tutti gli operatori sanitari delle strutture degenziali interessate, che si sono dimostrati disponibili allo svolgimento dell'intero studio e che lo stesso, non è stato vissuto come mero controllo ma come un'opportunità per ampliare le conoscenze e migliorare la cura dei pazienti garantendone la sicurezza.

Lo studio presentato ha ancora una volta confermato come la rigorosa applicazione di una metodologia multimodale sistematica ha permesso di ottenere dati significativi di implementazione di buone pratiche preventive e in questo specifico una significativa riduzione della circolazione di CPE.

BIBLIOGRAFIA

1. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, PROGETTO INF-OSS "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria", 2009
2. Ducl G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002
3. Regione Emilia-Romagna, Bollettino Ufficiale- anno 44. N. 92 "linee di indirizzo alle Aziende per la Gestione del Rischio Infettivo: le Infezioni correlate all'assistenza, e uso responsabile degli antibiotici parte seconda N.76, 2013
4. Newsletter. Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza – CCM. Aggiornamento Aprile, 2012
5. Dossier, dell'agenzia sanitaria sociale regionale dell'Emilia-Romagna, buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva, 2011
6. Arss Liguria gestione di enterobacteriaceae resistenti ai Carbapenemi nelle strutture Sanitarie, 2015
7. Circolare Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" 2013
8. Ministero della salute, Circolare "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi", 2009
9. Candace Friedman, William Newsom, International federation of infection control, basic concepts of infection control, 2011
10. E.O. Ospedale Galliera: Paola Fabbri, Nadia Cenderello, Documento di Processo: prevenzione, controllo e monitoraggio delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, 2015
11. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, 201
12. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC; National Academic Press, 1992.
13. Linee guida e audit: strumenti di Governo Clinico nell'organizzazione sanitaria. In: Plebani M, Trenti T. eds. Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina. Torino: Centro Scientifico Editore, 2002.

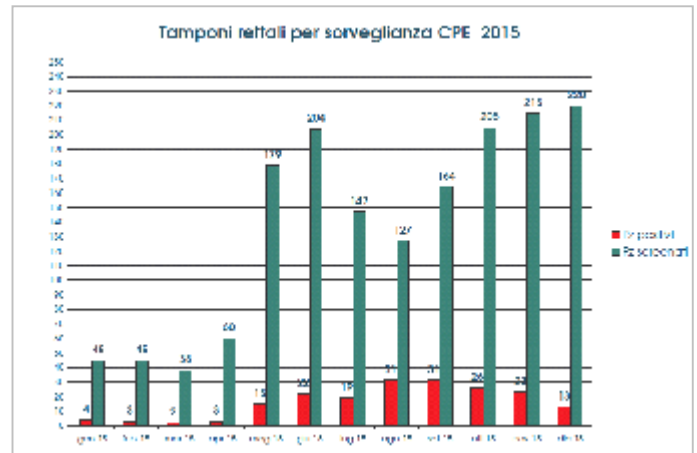


Grafico 10. Tamponi rettali per la sorveglianza da CPE (2015)

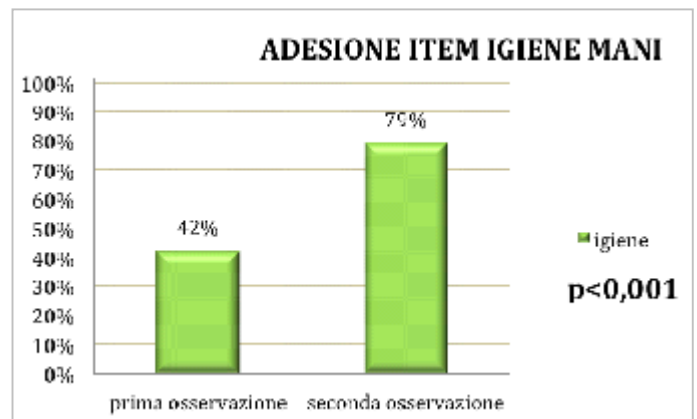


Grafico 11. Percentuale di incremento adesione agli items sull'igiene mani

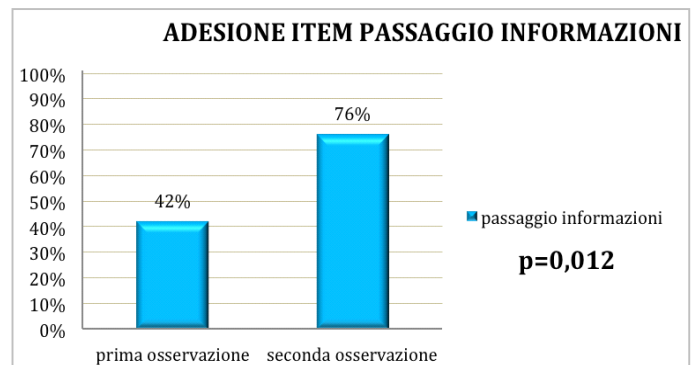


Grafico 12. Percentuale di incremento del passaggio d'informazione

14. Franco Lucisano Editore, Igiene e cultura medico-sanitaria, Definizione degli obiettivi: linee guida, protocolli, procedure e piani assistenziali, Unità 6, Metodologia sanitaria e sociale, 2014.
15. E.O. Ospedali Galliera Genova, Guida operativa per l'applicazione delle misure da isolamento presso tutte le strutture di cura Sanitaria, 2011
16. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III ex. D.G.PROG, Manua-

le di formazione per il governo clinico: la sicurezza del paziente e degli operatori, Gennaio 2012.

17. The impact of Infection prevention bundles, life health care, Joy Cleghorn, 4th FIDSSA CONGRESS 8-11 September Durban-south Africa 2011
18. Infezioni da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, Informazioni a Pazienti e Caregivers, Simpos, 23/03/2013
19. Pittet D, Hugonnet S et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet, 356:1307-1312, 2000

SITOGRAFIA

1. Center for Disease Control - www.cdc.gov
2. Ministero della Salute - www.salute.gov.it
3. Ospedali Galliera - www.galliera.it
4. Institute for Healthcare Improvement - www.ihl.org
5. Organizzazione mondiale della sanità - www.who.int
6. European Center for Disease Control - www.ecdc.europa.eu

ALLEGATO 1. Griglia di raccolta dati

PAZIENTE _____									
DATA _____					REPARTO _____				
PRECAUZIONI DA CONTATTO		IGIENE MANI		RICERCA ATTIVA DEI PAZIENTI PORTATORI DA CPE		PULIZIA AMBIENTALE		PASSAGGIO DELL'INFORMAZIONE	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Stanza singola ■ Coorte ■ Isolamento funzionale ■ Guanti monouso ■ Sovracamice ■ Materiale dedicato 		Frizion. alcolico mani o Lavaggio antisettico mani <ul style="list-style-type: none"> ■ prima del contatto ■ dopo il contatto 		Screening con Tampone rettale per ricerca CPE (solo in pazienti ricoverati presso: ACM- Rianimazione Chir-Uro-Gine)		Eseguire Pulizia della stanza 1-2 v. al di Serv. igienico 2 v. al di Superfici toccate dal paziente-visitatori-operatori (2-3 v.al di) con panno monouso e cloroderivati a 1000ppm Mentre si usano i guanti: <ul style="list-style-type: none"> ■ non rispondere al telefono ■ non toccare la cartella clinica ■ non toccare le maniglie 		Quando il paziente viene dimesso o trasferito (altro reparto/ospedale/ struttura) o inviato a indagini diagnostiche o sottoposto ad intervento chirurgico segnalare sempre la positività per CPE	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO