



**AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA**  
**UO – Formazione**  
**UO Medicina Interna “A.Valentini”**

*con il patrocinio*



08-10-2013

**Infezioni ospedaliere: l'importanza delle  
corrette pratiche assistenziali**

**CIO E SORVEGLIANZA DELLE ICA**

**Dott. F. Rose**  
**Gruppo operativo CIO**

**Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985**  
**"LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE"**

**Circolare Ministero della Sanità n. 8/1988**  
**LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE: LA SORVEGLIANZA**

**DECRETO MINISTERIALE 13 settembre 1988**  
**«Determinazione degli standards del personale ospedaliero».**  
*(G.U. 24 settembre 1988, n. 225)*

**D.M. 27 luglio 1995**  
**"Tassi di I.O. come indicatore del livello di qualità dell'assistenza"**

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

**COSTITUZIONE COMITATO PER IL  
CONTROLLO DELLE INFEZIONI  
OSPEDALIERE**

Delibera n. 328 del 25 marzo 2011

## **COMITATO TECNICO PREPOSTO AL CONTROLLO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE**

**Dr. Osvaldo Perfetti**, Coordinatore Direzione Sanitaria P.U.

**Dr.ssa Cristina Giraldi**, Vice Coordinatore Direttore U.O. Virologia e Microbiologia

**Dr.ssa Antonella Benvenuto**, Coordinatrice G.O A.

**Dr. Clemente Peta**, Direttore U.O.C. Chirurgia Falcone

**Dr. Franco Cesario**, Responsabile SSD Malattie Infettive

**Dr. Gianfranco Scarpelli**, Direttore U.O.C. Neonatologia

**Dr.ssa Ripalta Diterlizzi**, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione

**Dr. Alfonso Noto**, Direttore U.O.C. Medicina Valentini

**Dr. Renzo Bonofiglio**, Direttore U.O.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianti

**Dr. Filippo Canino**, Direttore U.O.C. Prevenzione Protezione Ambientale

**Dr.ssa M. Addolorata Vantaggiato**, Responsabile SSD Clinical Risk – Management Aziendale

**Dr. Franco Spadafora**, Direttore SITROS

**Sig.ra Caterina Barberio**, I.C.I. Coordinatrice Infermieri C.I.O.

**Sig.ra M. Teresa Multari**, Responsabile Procedimento Amministrativo

# COMPITI DEL CIO

A) il Comitato Tecnico CIO definisce la strategia per la lotta alle IO nei tre Presidi dell'A.O. di Cosenza, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:

- 1.organizzazione del sistema di sorveglianza delle IO;
- 2.misure di prevenzione;
- 3.coinvolgimento dell'UOC Microbiologia;
- 4.report epidemiologici delle IO, per UU.OO. o Dipartimenti;
- 5.predisposizione di piani annuali di intervento aziendale;
- 6.adozione di una corretta politica degli antibiotici;
- 7.formazione culturale e tecnica del personale, soprattutto in particolari evenienze di rischio infettivo;
- 8.organizzazione di programmi di formazione;
- 9.relazione annuale delle attività svolte e delle risorse impegnate;
- 10.validazione di protocolli sulla politica delle infezioni ospedaliere elaborati dal GO;
- 11.nomina di referenti, per ciascuna UO, su indicazione dei Direttori, di n.1 dirigente medico e n.1 infermiere, al fine di interfacciarsi con le attività del Comitato Tecnico CIO e GO;
- 12.convocazione, come Componente Esterna, al fine di partecipare alle riunioni del Comitato Tecnico CIO, di ogni altra figura professionale che si riterrà utile per i lavori del Comitato Tecnico CIO.

B) Il CIO si propone l'istituzione di n.2 Gruppi Operativi (GO) volti a specifiche mansioni attinenti ai programmi di sorveglianza delle IO e costituiti da figure professionali provenienti dalle aree di Igiene, Microbiologia, Malattie Infettive, Farmacia Clinica o Ospedaliera e da Scienze Infermieristiche, così costituiti:

# I° Gruppo Operativo P.O. Annunziata

<b>Dr. F.Rose</b> Coordinatore Direzione Sanitaria
---

<b>Dr. Luciani</b> Malattie Infettive
--

<b>Dr.ssa C. Oriolo</b> Farmacia
-------------------------------------

<b>Dr. P. Cavalcanti</b> <b>Dr.ssa Perugini</b> Microbiologia e Virologia
---

<b>Sig.ra C. Barberio</b> Infermiera
---

<b>Sig.ra E. Stomeo</b> Infermiera
---------------------------------------

# COMPITI DEL GRUPPI OPERATIVI (GO)

Il GO è un organo esecutivo con la funzione primaria di mettere in atto i progetti pianificati dal Comitato Tecnico CIO e con il compito di occuparsi di problemi specifici quali:

- valutazione degli *alert* microbiologici per UU.OO, con sede operativa M&V
- indagini epidemiologiche, studi di incidenza e prevalenza;
- elaborazione stesura di protocolli di vario tipi: isolamento, sanificazione, disinfezione;
- informazione e formazione;
- valutazioni igienico compartimentali;
- coordinamento di misure di controllo appropriate;
- convocazione di riunioni straordinarie in caso di incidenti e/o epidemie gravi;
- attivazione di indagini di sorveglianza microbiologiche sui pazienti in entrata e in uscita dalle UU.OO, indagini ambientali mirate, gestione di eventi epidemici;

# AO Cosenza - CIO

## n.12 protocolli validati

1. Linee guida per il lavaggio delle mani
2. Protocollo di isolamento in ospedale
3. Scabbia: Procedure operative per limitarne la diffusione in ospedale
4. Tubercolosi polmonare: procedure operative per limitarne la diffusione in ospedale
5. Percorso intraospedaliero del pz con patologie infettive trasmissibili per via aerea
6. Controllo microbiologico ambientale nelle Sale Operatorie e Aree Critiche
7. Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nei paziente cateterizzati ( eseguito corso formativo ma non divulgato)
8. Modalità di pulizia nelle UU.OO di Ematologia e Sale Operatorie
9. Preparazione del paziente all'intervento chirurgico
10. Precauzioni standard: respiratoria per droplet e da contatto (legenda inviata alle UU.OO)
11. Protocollo di isolamento dei PZ colonizzazione/infezione da germi multiresistenti (inviata ai Capi Dipartimento)
12. Profilassi dopo esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari

**Riproposizione di audit o corsi formativi?**



# AO Cosenza - CIO

## Protocolli da elaborare e validare

- prevenzione delle infezioni urinarie correlate a cateterismo
- prevenzione delle infezioni correlate a cateterismo intravascolare
- prevenzione delle polmoniti batteriche correlate a procedure invasive

- gruppo di lavoro di programmazione alla stesura
- divulgazione con audit o corsi formativi?

# RACCOMANDAZIONI DELLA JOINT COMMISSION FOR THE ACCREDITATION OF HOSPITAL

## FASE I

- NOMINARE IL COMITATO
- DEFINIRE LE RESPONSABILITA'
- DEFINIRE I COMPITI
- SVILUPPARE LE DEFINIZIONI DI IO
- ORGANIZZARE UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA
- RIVEDERE LE PRATICHE RELATIVE A STERILIZZAZIONE/DISINFEZIONE/ASEPSI IGIENE OSPEDALIERA/SMALTIMENTO RIFIUTI
- ASSICURARSI ADEGUATO SUPPORTO M&V
- SVILUPPARE PROGRAMMA PER LA SALUTE DEI DIPENDENTI

## FASE II

- SVILUPPARE PROGRAMMI DI EDUCAZIONE/FORMAZIONE
- MONITORAGGIO USO ANTIBIOTICI
- PROCEDURE AD ALTO RISCHIO DI INFEZIONE

## CIO - Controllo Infezioni Ospedaliere

AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

Homepage   Come raggiungerci   Le infezioni Ospedaliere   Organigramma C.I.O.   Normativa   Curricula   Obiettivi C.I.O.   Epidemiologia  
Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico   Procedure   Formazione ed eventi   News



### Home



Dr. Osvaldo Perfetti – Direttore CIO

Questo sito è relativo alle attività del Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. Vi sono contenute informazioni di riferimento, linee guida e protocolli, aspetti normativi, attività aziendali, spunti per la formazione ed altre conoscenze utili nel campo delle infezioni ospedaliere. Il contenuto è a cura di alcuni componenti del Gruppo Operativo.

- Home page
- Come raggiungerci
- Le Infezioni Ospedaliere
- Organigramma CIO
- Normativa
- Curricula
- Obiettivi CIO
- Epidemiologia
- Prevenzione delle Inf. Sito Chirurgico
- Procedure
- Formazione ed eventi
- News

# INFEZIONI OSPEDALIERE



**SORVEGLIANZA**

- Infezioni potenzialmente evitabili
- Infezioni apparentemente non evitabili

sorveglianza



infezioni evitabili



## SORVEGLIANZA I.O.

**ATTIVA**



necessaria per identificare i  
fattori di rischio modificabili

**PASSIVA**

(segnalazione volontaria)



sottostima il tasso  
di infezioni evitabili

# **Circolare ministero sanità n. 8/1988**

## **sorveglianza**

attività di raccolta, analisi ed  
interpretazione dei dati, continua ed  
orientata all'intervento

# **Circolare ministero sanità n. 8/1988**

---

- **definizione specifica di Infezioni Ospedaliere (IO)**
- **indica i sistemi di sorveglianza**
- **scelta dei sistemi di sorveglianza**



# **obiettivi sistema di sorveglianza**

- 😊 Identificazione dei patogeni responsabili**
- 😊 Rilevazione eventi epidemici**
- 😊 Frequenza di utilizzo di specifiche procedure invasive**
- 😊 Razionalizzazione dell'uso di antibiotici**

# SISTEMI DI SORVEGLIANZA



**basati su Lab-Microbiologia**

**studi di prevalenza ripetuti**

**studi di incidenza continui**

**orientata per problemi**

# Sorveglianza basata sul laboratorio di Microbiologia

- ❑ Identifica precocemente un incremento di un particolare patogeno
- ❑ Sorveglianza temporale andamento delle resistenze

**importante**

→ I campioni devono essere inviati con modulo di accompagnamento e con le informazioni necessarie ad indirizzare le indagini

→ Rischio di sottostimare il fenomeno delle IO

# Studi di prevalenza ripetuti



- Richiede disponibilità di risorse umane
- Non fornisce informazioni accurate se “unatum”
- Può essere utile per una prima valutazione del problema delle IO quando si inizia un programma di sorveglianza
- E' un sistema efficiente per ospedali di piccole medie dimensioni

# Studi di incidenza



- ❑ Richiedono un grande sforzo organizzativo e di risorse umane
- ❑ Utile nei reparti ad alto rischio dei grandi ospedali
- ❑ Migliori garanzie per la modifica dei comportamenti e l'aumento del livello di attenzione nei confronti delle IO

# Sorveglianza orientata per problemi



- ❑ Limitata ai soli pazienti sottoposti ad una determinata procedura
- ❑ Identifica procedure non appropriate
- ❑ Verifica l'efficacia degli interventi messi in atto

# Scelta del sistema di sorveglianza

- Presenza o meno della Microbiologia
- Dimensioni dell'Ospedale
- Tipologia di UU.OO.
- Risorse umane ed economiche disponibili
- Grado di integrazione tra le figure interessate alla sorveglianza

# Raccolta delle informazioni

## Raccomandazioni OMS

- n.1 infermiere su 250/400 pl
- n. 1 medico dedicato su 1.000 pl



pl: posti letto



# Referenti CIO nelle UU.OO.

- Traduzione nelle UU.OO. delle politiche delle IO dell'azienda
- Individuazione dei problemi relativi alle IO nella propria UO
- Promozione e realizzazione di interventi nelle proprie realtà
- Verifica dei risultati dei processi di lavoro

# Link staff (infermieri e medici)

## **2011 – Infection Protection Act in Germania**

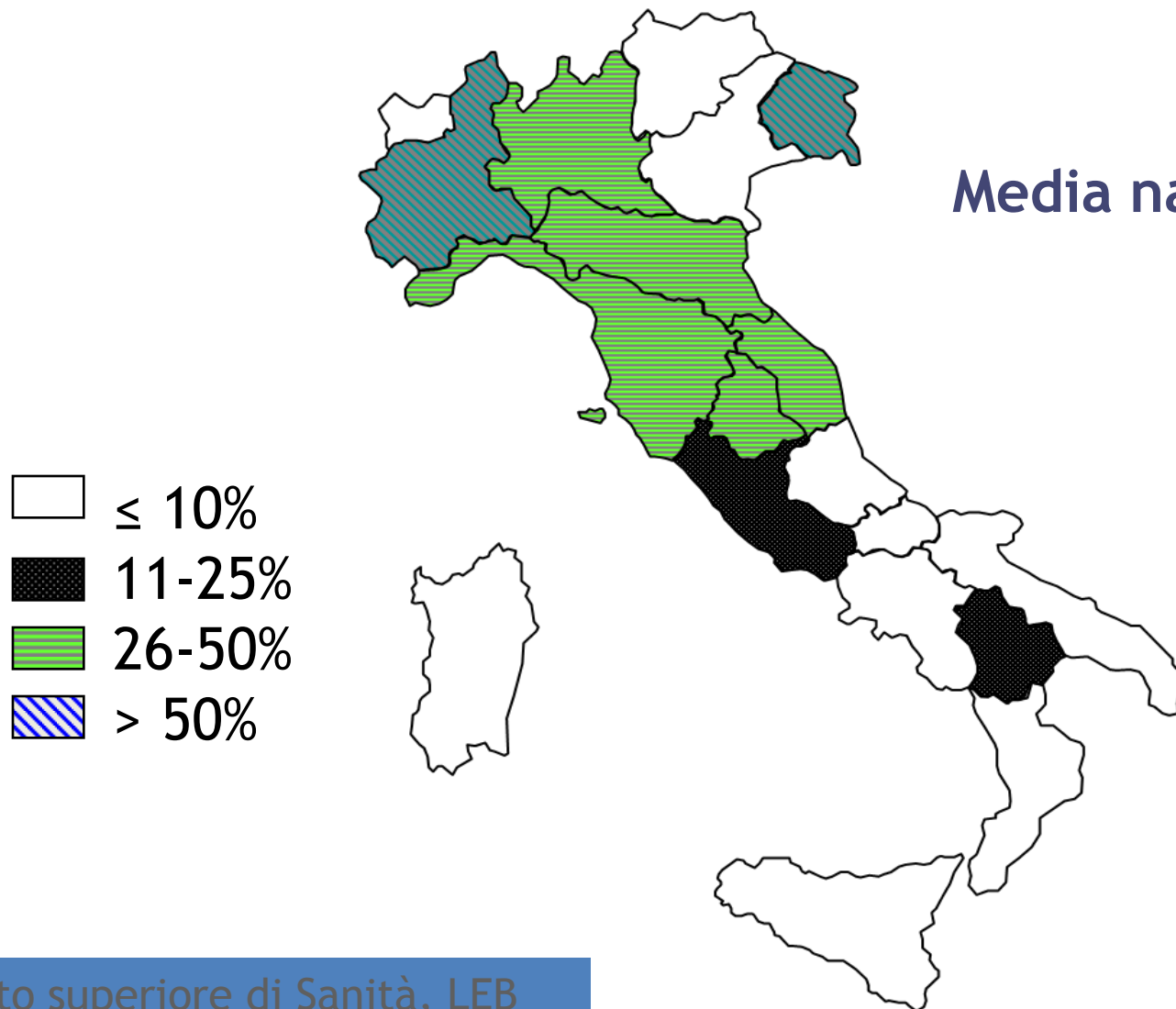
### ✓ *Link doctor*

n.1/dipartimento, 40 ore di formazione

### ✓ *Link nurse*

n. 1/reparto/area funzionale, 40 ore di formazione

# Diffusione per regione degli ospedali con CIO, medico referente e ICI (solo se in attività)



# Sorveglianza in Italia

Un sistema di sorveglianza nazionale, però, non è ancora attivo.

Un'indagine conoscitiva svolta dall'ISS e dall'Ospedale

Spallanzani di Roma in tutti gli ospedali italiani con più di 300 posti letto e nel 50% di quelli più piccoli, ha rilevato che solo la metà di essi ha un comitato di controllo attivo (CIO), anche se qualche misura di sorveglianza e/o di rilevazione è stata comunque messa in atto in numerosi altri presidi.

Nonostante l'esistenza di protocolli scritti di prevenzione, nella maggior parte degli ospedali analizzati mancano misure applicate di controllo e sorveglianza

## • Le Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali

- ✓ anomalia del processo di cura
- ✓ uno dei più importanti indicatori della qualità dell'assistenza



Vi è una maggiore percezione innata, sia tra gli operatori che tra i pazienti, del fatto che un errore di somministrazione di un farmaco sia un evento tragico e prevenibile, di quanto non sia rispetto ad un caso fatale di diarrea da clostridium difficile per carente pulizia o scorrette procedure assistenziali e inappropriato uso di antibiotici

( Gardam 2012)

HEALTH POLICY REPORT

Infection Control — A Problem for Patient Safety

John P. Burke, M.D.

*Il controllo delle infezioni è una  
componente cruciale dei  
programmi di gestione del  
rischio*

[N Engl J Med 2003; 348;7: 651](#)

“Vi è una maggiore percezione innata, sia tra gli operatori che tra i pazienti, del fatto **che un errore di somministrazione di un farmaco (ad es. una dose sbagliata di un chemioterapico) sia un evento tragico e prevenibile**, di quanto non sia rispetto **ad un caso fatale di diarrea da *Clostridium difficile*** attribuibile a carente pulizia dell’ambiente e uso inappropriato di antibiotici ([Gardam MA, 2009](#))

COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO  
ED AL CONSIGLIO SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI,  
COMPRESA LA PREVENZIONE E LA LOTTA CONTRO LE INFEZIONI NOSOCOMIALI

*Bruxelles, 15 dicembre 2008*

*“Nonostante gli effetti benefici apportati dalla medicina moderna, le infezioni contratte negli ospedali o negli altri siti sanitari rappresentano un problema particolare per i pazienti e per i servizi sanitari in tutti i paesi, e sono oggetto di una notevole attenzione mediatica e politica.”*

**“Le infezioni nosocomiali sono tra le più frequenti cause di danni non intenzionali potenzialmente pericolosi”**

**“Si stima che interessino una media di 1 paziente su 20, ovvero 4,1 milioni di pazienti all’anno nell’Unione europea”**



COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO  
ED AL CONSIGLIO SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI,  
COMPRESA LA PREVENZIONE E LA LOTTA CONTRO LE INFEZIONI NOSOCOMIALI  
*Bruxelles, 15 dicembre 2008*

Fattori che contribuiscono alle allarmanti cifre legati all'organizzazione ed ai comportamenti:

- Elevato tasso di occupazione dei letti
- Aumento dei trasferimenti di pazienti
- Insufficiente proporzione tra personale sanitario e pazienti
- L'insufficiente osservanza dell'igiene delle mani e di altre pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni
- L'utilizzo improprio dei dispositivi a permanenza da parte del personale sanitario
- Ricorso inappropriato agli agenti antimicrobici (pertinente anche all'esterno delle strutture sanitarie)
- Pazienti colonizzati propagano i germi sia durante che successivamente al periodo di ricovero



CONSIGLIO  
DELL'UNIONE EUROPEA

Bruxelles, 5 giugno 2009  
(OR. en)

10120/09

LIMITE

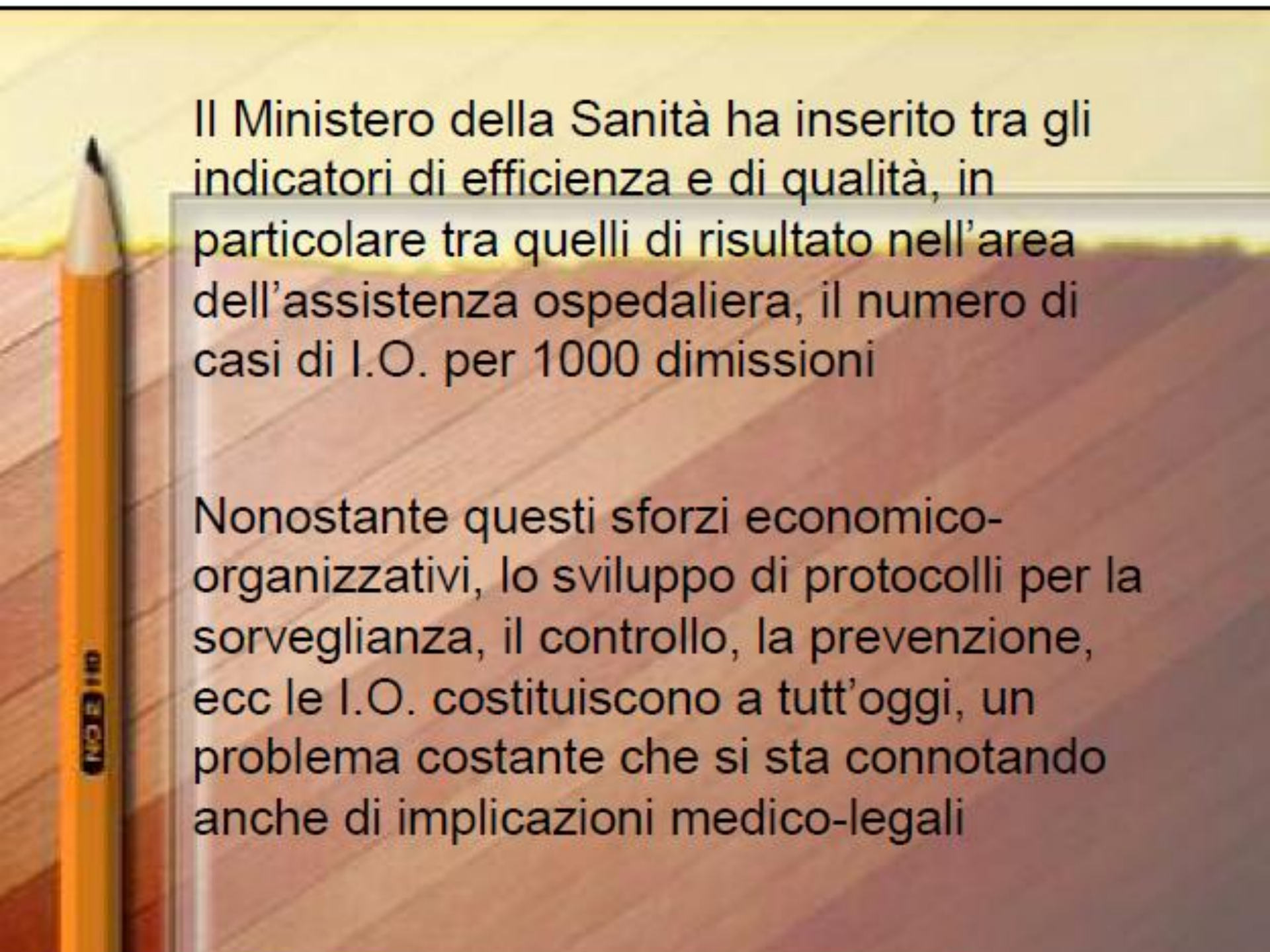
Fascicolo interistituzionale:  
2009/0003 (CNS)

INVITA LA COMMISSIONE

ad elaborare, entro 3 anni, una relazione di attuazione al Consiglio che valuti l'impatto della presente raccomandazione sulla base delle informazioni fornite dagli Stati membri

Gli Stati Membri devono **istituire ed attivare una strategia nazionale** per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

- **attuare misure di prevenzione e controllo** a livello nazionale o regionale (misure standard; coerenza e comunicazione tra operatori; raccomandazioni a livello nazionale; indicatori strutturali e di processo; processi di accreditamento)
- **rafforzare prevenzione e controllo** a livello delle istituzioni sanitarie (programma, misure organizzative, personale)
- istituire o rafforzare **sistemi di sorveglianza attiva** (indagini, incidenza di infezioni selezionate; patogeni selezionati; sistemi sorveglianza ECDC)
- favorire **l'istruzione e la formazione** del personale sanitario
- migliorare **l'informazione fornita ai pazienti**
- sostenere la **ricerca**



Il Ministero della Sanità ha inserito tra gli indicatori di efficienza e di qualità, in particolare tra quelli di risultato nell'area dell'assistenza ospedaliera, il numero di casi di I.O. per 1000 dimissioni

Nonostante questi sforzi economico-organizzativi, lo sviluppo di protocolli per la sorveglianza, il controllo, la prevenzione, ecc le I.O. costituiscono a tutt'oggi, un problema costante che si sta connotando anche di implicazioni medico-legali

# epidemiologia

- ✓ Studi di prevalenza indicano che in Italia il 5-10% dei ricoverati ha una infezione
- ✓ Si stima che il 30% delle 450-700 mila infezioni sia prevenibile con possibile riduzione di 1350-2100 decessi

## FREQUENZA



Germania: 4% 1999

Cecoslovacchia: 6.1% 1988

Francia: 7.5% 2001

Spagna: 8.5% 1990

Grecia: 9.3% 1998/99

Belgio: 10.3% 1984

Svizzera: 11.6% 1996



Italia: 7.6% 1983



Sardegna: 6.7% 1987



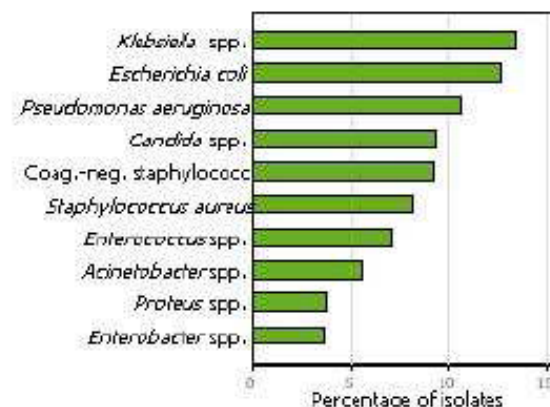
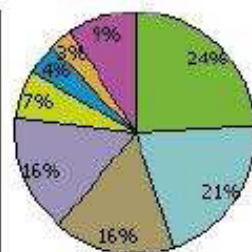
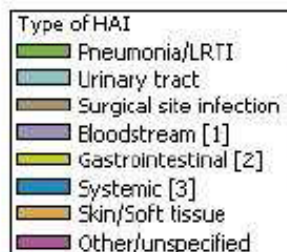
**Studio INFNOS 2002-2004: 7,5%**

# Le infezioni negli ospedali per acuti e nelle strutture residenziali per anziani



- ✓ periodo Settembre-Ottobre 2011.
- ✓ 49 ospedali parte del campione nazionale
- ✓ tutte le regioni tranne Calabria e Molise
- ✓ 14.784 pazienti

Prevalenza di pazienti con almeno una infezione correlata all'assistenza è del **6.3%** (5.4-7.4)



# STUDIO RISCHIO CLINICO 2012 IN 5 GRANDI OSPEDALI

- POLICLINICO DI BARI 1215 PL
- S. FILIPPO NERI 558 PL
- NIGUARDA 1250 PL
- AZ.OSP. UNIV. PISA 1520 PL
- AZ.OSP. UNIV. CAGLIARI 1400 PL

**su 7573 cartelle cliniche esaminate 16,9% di infezioni**

**Report - febbraio 2012**  
**HAIKET DELLA ECDC**  
**SORVEGLIANZA DELLE IO**

- **4 MILIONI di IO/ANNO in EUROPA**
- **37 MILA DECESSI/ANNO**



**FERITA CHIRURGICA**  
**TRATTO URINARIO**  
**APPARATO RESPIRATORIO**  
**APPARATO GASTROENTERICO**  
**APPARATO CIRCOLATORIO**





*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE  
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE  
Ufficio 05 Ex DGPREV  
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

**Oggetto: Circolare “Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)”**

Ministero della Salute  
DGPRE

0004958-P-26/02/2013

I.4.c.a.9/2009/17



110061074

Assessori Regionali alla Sanità delle Regioni  
a Statuto Ordinario e Speciale e delle  
Province Autonome di Trento e Bolzano  
PEC

Istituto Superiore di Sanità  
protocollo-centrale@iss.mailcert.it  
ROMA

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive  
I.R.C.C.S. “Lazzaro Spallanzani”  
direzionesanitaria@pec.inmi.it  
ROMA

Regione Veneto – Assessorato alla Sanità  
Direzione Regionale Prevenzione  
Coordinamento Interregionale della  
Prevenzione  
giovanna.frison@regione.veneto.it  
30125 - Venezia



**Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie**

**Gennaio 2013**

*(Questo documento sostituisce il precedente redatto nel mese di Luglio 2011)*

# PROTOCOLLI OPERATIVO PER LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

## **CASO INDICE CPE+**

**misure di isolamento**

**screening con tamponi rettali  
per individuare i colonizzati CPE+  
(settimanali fino a 3 settimane)\***

- A tutti i pazienti assistiti dalla stessa equipe
- Se il caso è autosufficiente, ai compagni di stanza
- Se il caso è allettato, ai compagni di stanza più a tutti i pazienti allettati del reparto

## **PAZIENTI AL MOMENTO DEL RICOVERO CON RISCHI SPECIFICI**

**screening con tamponi rettali**

- Non è indicato il proseguimento dello screening dopo la dimissione

**1°**

**2°**

# FATTORI DI RISCHIO DELLE ICA

- GRAVITA' DELLE CONDIZIONI CLINICHE**
- TRASFERIMENTO DA ALTRE STRUTTURE SANITARIE**
- PERMANENZA IN UTI**
- PRECEDENTE INTERVENTO CHIRURGICO**
- TRAPIANTI**
- FERITE CHIRURGICHE**
- CATETERISMI**
- VAP**
- USO DI METODICHE INVASIVE**
- ETA' ( ANZIANI, PREMATURI, NEONATI)**
- ABUSO DI ANTIBIOTICI**

# FATTORI DI RISCHIO DELLE ICA

- Carenze di risorse
- Pratiche assistenziali non corrette
- Carenze della struttura ospedaliera
- Scarsa percezione della problematica
- Considerare la prevenzione delle ICA un problema solo del CIO
- Scarsa formazione al momento dell'assunzione in servizio
- Insufficiente o mancata presa in carico del problema nelle ASP
- Tempi di ricovero, flusso visitatori

# **IPOSTESI DI STRATEGIA DI CONTROLLO DELLE I.A. DELLA SIMPIOS**



- **Grazie per l'attenzione**

# CONCLUSIONI

***E' NECESSARIA ED INDISPENSABILE UNA PRESA DI COSCIENZA PER ATTUARE TUTTE LE AZIONI DI PREVENZIONE UTILI A LIMITARE LE IO***

***QUESTE AZIONI INVESTONO TUTTE LE FIGURE OSPEDALIERE***

***NON E' UN COMPITO DI ALTRI, MA È PROPRIO DI CIASCUN SETTORE/REPARTO***

***EVOLUZIONE DEL RUOLO DELL'ICI***

- NON SOLO RILEVATORE MA FORMATORE***
- NON SOLO CONTROLLORE MA CONSIGLIERE CON CONSEGUENTE MIGLIORAMENTO DEL RAPPORTO CON LE DIVERSI FIGURE CHE OPERANO NELLE VARIE UU.OO***