

INFEZIONI OSPEDALIERE

Corso di Igiene Generale e Applicata

Dott. Laura Leoncini

1

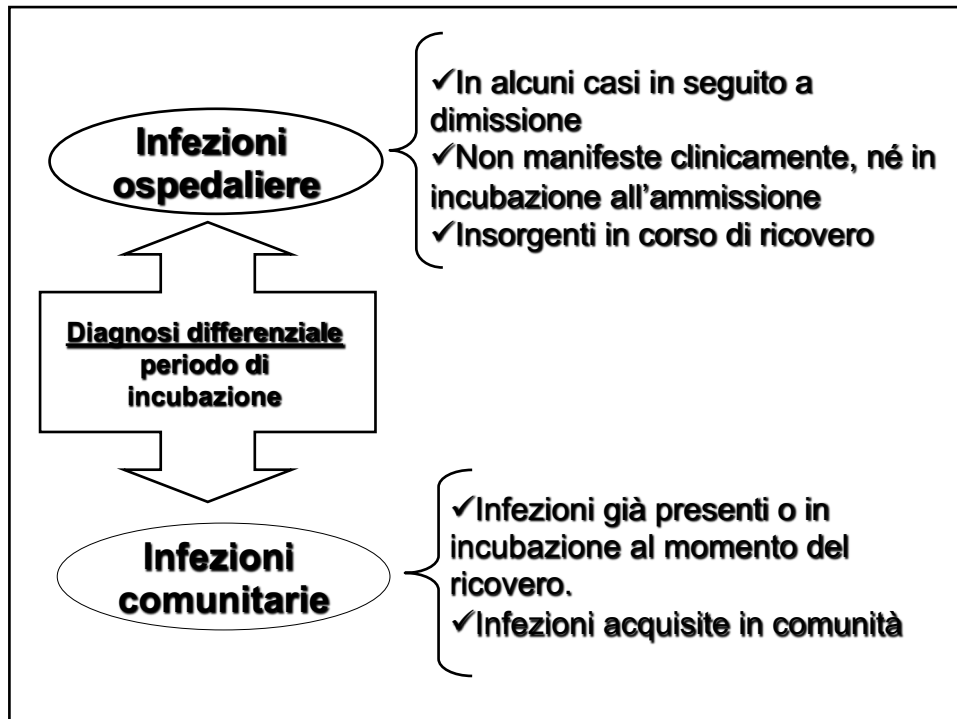
INFEZIONI OSPEDALIERE

“Infezione contratta durante il ricovero in ospedale, che non era manifesta clinicamente né in incubazione al momento dell’ammissione, ma che compare durante o dopo il ricovero e da questo è determinata”

Le infezioni acquisite in ospedale comprendono anche le infezioni che il personale ospedaliero può contrarre nell’assistenza ai malati.

Circolare Ministero Sanità n. 52/1985

2



3



4

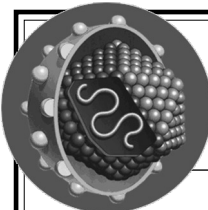


INFEZIONI OSPEDALIERE **AGENTE CAUSALE**

AGENTI PATOGENI TRADIZIONALI:
 ES. virus influenzale, virus dell'epatite, Salmonelle che, oltre i pazienti, possono colpire anche il personale di assistenza.

AGENTI OPPORTUNISTI: microrganismi che aggrediscono l'ospite solo quando si determinano condizioni tali da consentire il loro impianto in distretti normalmente sterili e/o quando si verifica una diminuzione a vario livello delle difese dell'ospite.

5



INFEZIONI OSPEDALIERE **AGENTE CAUSALE**

GRAM-NEGATIVI E GRAM-POSITIVI
 Nel 75% *Escherichia coli*, *Staphilococcus aureus*, *Enterococco spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococco coagulasi negativo*

Escherichia coli : infezioni vie urinarie
Pseudomonas aeruginosa : infezioni basse vie respiratorie
Staphilococcus aureus : ferite del sito chirurgico, batteriemie
Enterococco spp: infezioni vie urinarie

6

INFEZIONI OSPEDALIERE

MODALITA' DI TRASMISSIONE

ENDOGENE

quando l'infezione è sostenuta da un agente già da tempo presente nell'organismo del soggetto in causa, in veste di ospite abituale non patogeno, ma che ha acquistato patogenicità e virulenza in seguito a una grave compromissione delle difese dell'organismo.

7

INFEZIONI OSPEDALIERE

MODALITA' DI TRASMISSIONE

ESOGENE

sono le infezioni in cui il germe arriva al pz trasmesso da un altro pz (*infezione crociata*) o dall'ambiente ospedaliero, secondo due principali modalità:



Contatto indiretto, in cui il m.o. è trasportato dalla fonte di infezione all'ospite recettivo da un veicolo animato o inanimato (es. endoscopi, strumenti chirurgici)

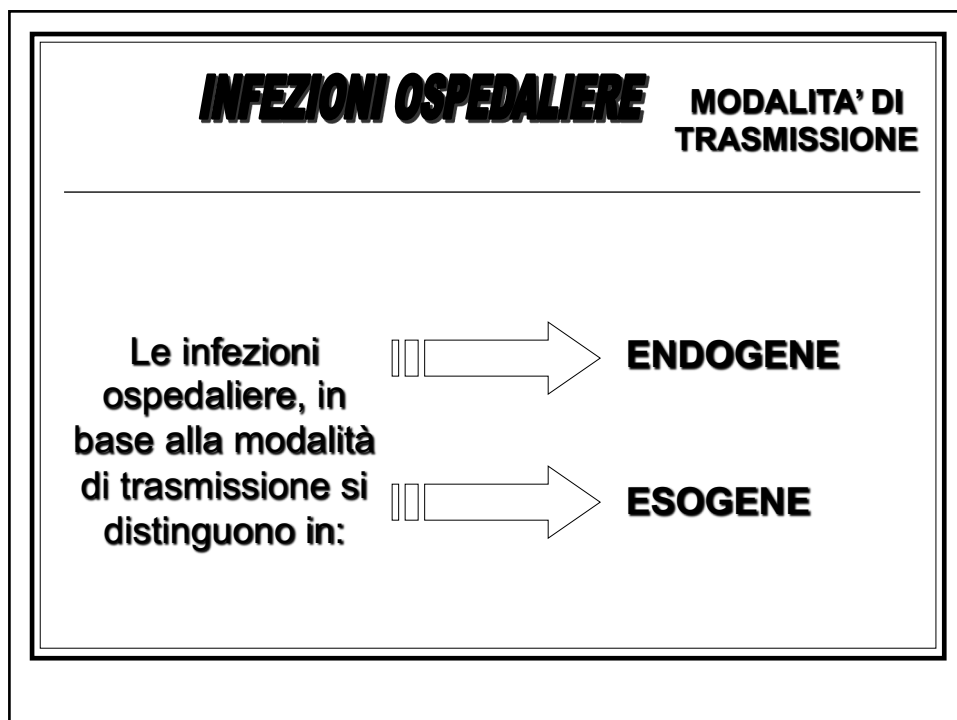


Contatto diretto, in cui il pz viene a diretto contatto con la fonte di infezione (es. goccioline di saliva);

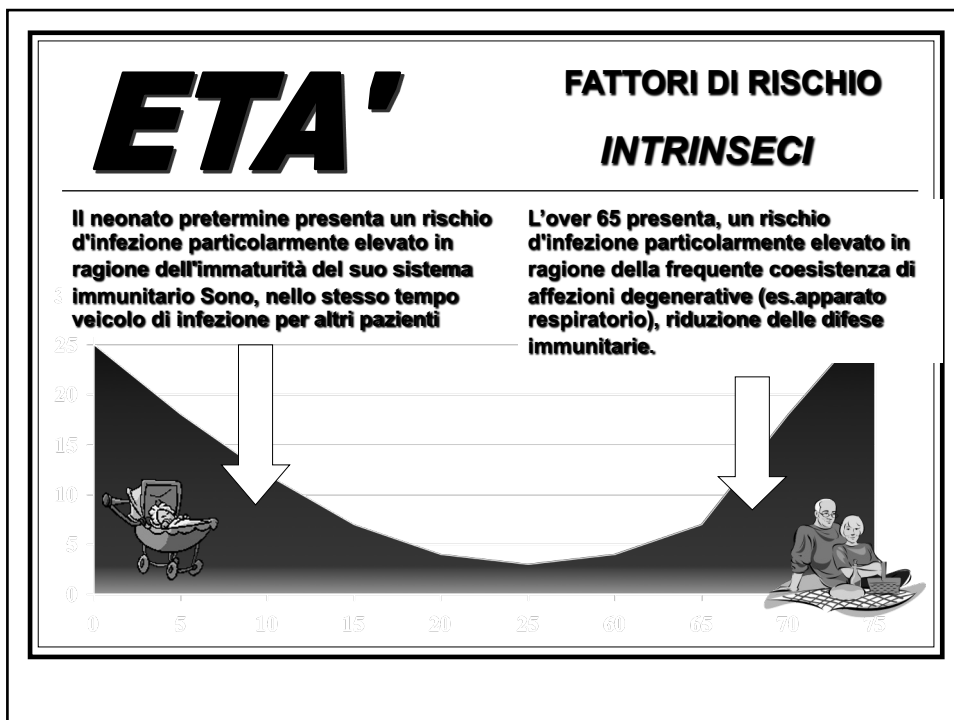
8



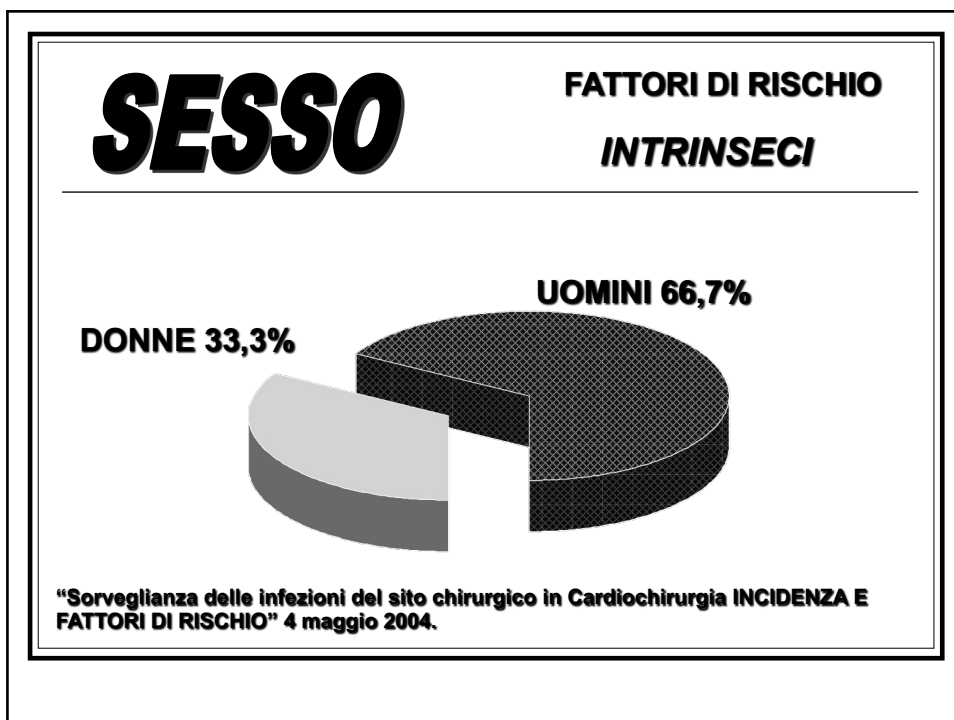
9



10



11



12

STATO NUTRIZIONALE**FATTORI DI RISCHIO
INTRINSECI****DENUTRIZIONE****OBESITÀ**

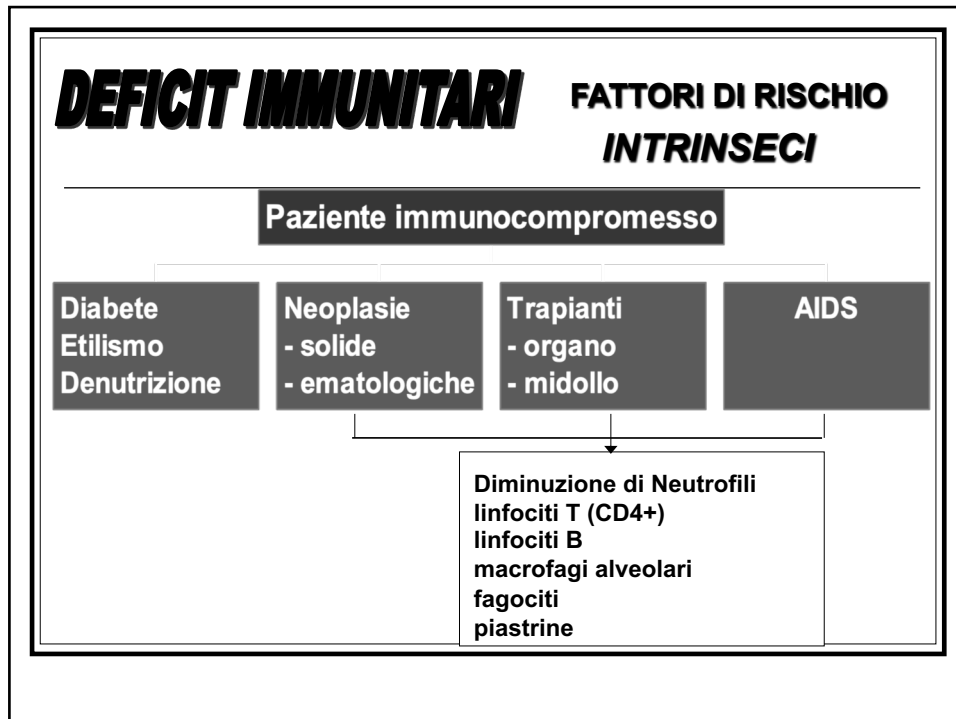
- Aumentano il rischio infettivo di 2-3 volte
- Determinano un ritardo nella guarigione delle ferite, con conseguente aumento dell'ospedalizzazione e incremento delle complicanze chirurgiche.

13

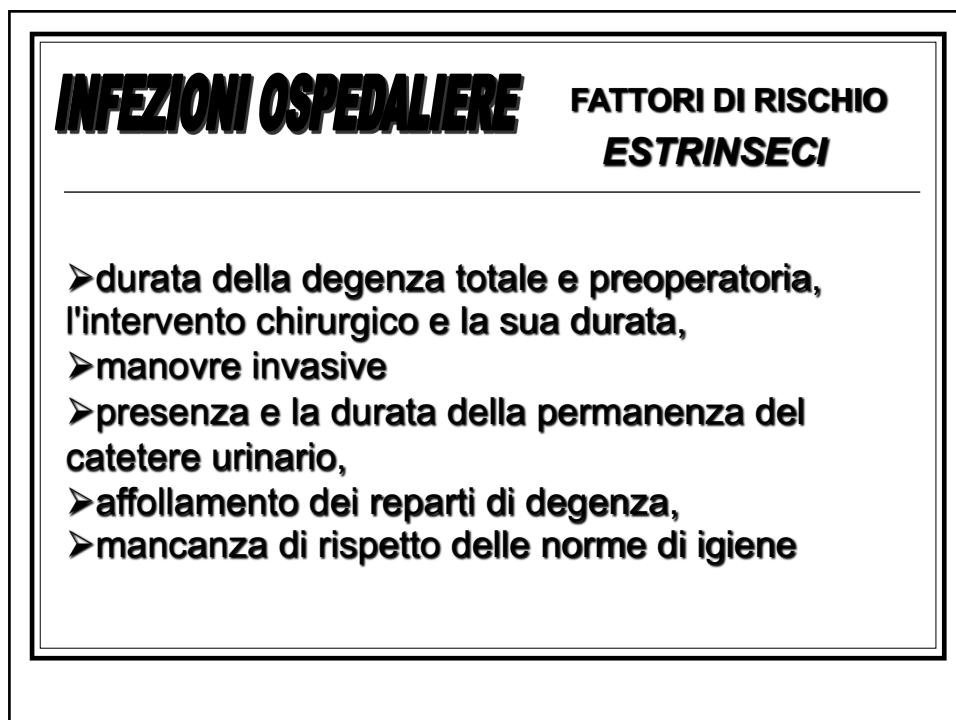
GRAVI MALATTIE**FATTORI DI RISCHIO
INTRINSECI**

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| •Endocrinopatie | •BPCO |
| •Neoplasie | •Splenectomizzati |
| •Ustioni estese | •IRC |
| •Deficit immunitari (leucemie) | •Politraumatismi |

14



15



16

INFEZIONI OSPEDALIERE

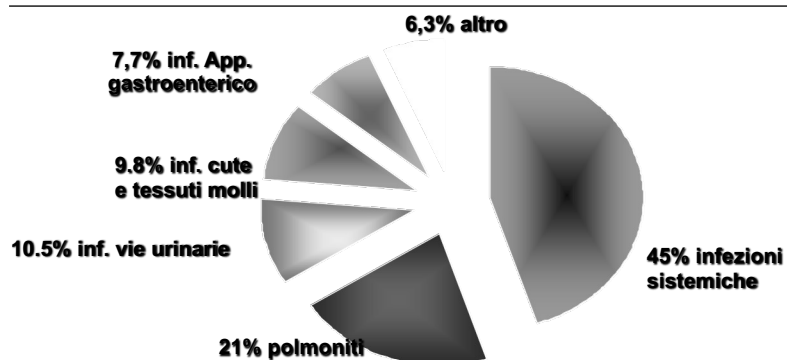
SITI ANATOMICI INTERESSATI

Vie urinarie	30%
Apparato respiratorio	24%
Sito chirurgico	14%
Apparato G.I.	8%
Cute	6%
Varie	18%

17

INFEZIONI OSPEDALIERE

SITI ANATOMICI INTERESSATI

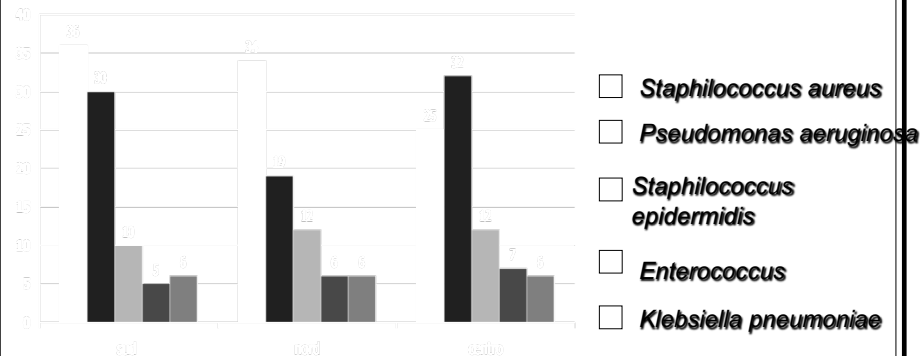


Istituto Superiore di Sanità 2004: Progetto nazionale per la Sorveglianza delle infezioni batteriche in ospedale

18

INFEZIONI OSPEDALIERE

DISTRIBUZIONE MICRORGANISMI

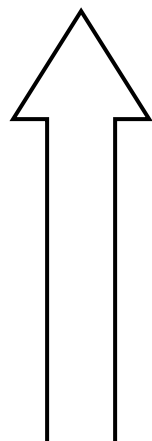


Istituto Superiore di Sanità 2004: Progetto nazionale per la Sorveglianza delle infezioni batteriche in ospedale

19

INFEZIONI OSPEDALIERE

PREVALENZA PER AREE DI RISCHIO



Patologia neonatale
 Cardiochirurgia
 Neurochirurgia
 Chirurgia generale e d'urgenza
 Terapia intensiva
 Medicina interna e geriatria
 Ortopedia
 Emodialisi

20

INFEZIONI OSPEDALIERE

INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Secondo posto tra
tutti gli eventi
avversi nel paziente
ospedalizzato

Leape L.L., Brennan T.A., Laird N. et al: The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study II 1991

21

IMPATTO SANITARIO INFEZIONI OSPEDALIERE

Mortalità (7000 casi di morte da IO in un anno)

Morbosità (450.000-700.000 casi di IO in un anno)

Aumento della degenza media ospedaliera

1-4 g per le infezioni delle vie urinarie

7-8 g per le infezioni della ferita chirurgica

7-30 g per le polmoniti

7-21 g per le sepsi

**Il peso sul bilancio della Sanità Pubblica è stato
stimato pari a circa 1.000.000.000 di euro**

22

C	Infezioni delle vie urinarie	200-1000 euro
S	Infezioni di ferite chirurgiche	2000-4000 euro
T	Batteriemie	2500-28000 euro
	Infezioni delle basse vie respiratorie	1500-8000 euro

23

INFEZIONI OSPEDALIERE				
STIMA NEL MONDO				
Popolazione mondiale	Ricoveri (5%)	I.O (5%)	Mortalità (10%)	Costi (1000 \$/I.O)
6 Miliardi	300 milioni	15 milioni	1,5 milioni	1,5 MILIARDI \$ (U.S.A.)

Wenzel R.P (2003) Prevention and control of nosocomial infections.4 ed. Lippincot Williams & wilkins

24

INFEZIONI OSPEDALIERE**STIMA IN ITALIA**

Nel 1983, fu effettuato lo Studio Italiano Prevalenza Infezioni Ospedaliere (SIPIO) che coinvolse 142 ospedali (36000 letti) ed evidenziò:

- una prevalenza di I.O. del **6,8%**.
- il **12,3%** dei pazienti entra in ospedale già infetto.

25

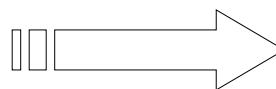
Nel 2000 uno studio di prevalenza condotto in Italia fornì i seguenti dati:

Tipo di studio	Autore, anno	Luogo	Tipo di reparto (n. ospedali/reparti)	Pazienti n.	Frequenza %
Prevalenza	Moro, 1983	Italia	Tutto l'ospedale (130)	34577	7,6
Prevalenza	Giuliani, 1987	Toscana	Tutto l'ospedale (26)	5564	6,4
Prevalenza	Moro, 1994	Roma	Tutto l'ospedale (15)	5695	6,3
Incidenza	Ippolito, 1985	Italia	Terapie intensive (104)	6928	24,4 (14,4*)
Incidenza	Langer, 1993-94	Italia	Terapie intensive (99)	2775	24,2 (13,8*)
Incidenza	Moro, 1995	Italia	Terapie intensive (52)	771	11,2**
Incidenza	Bisicchia, 1989	Italia	Patologia neonatale (66)	8756	18,3
Incidenza	Moro, 1993-94	Italia	Patologia neonatale (23)	2733	24,9
Incidenza	Greco, 1987-89	Abruzzo	Chirurgia generale (20)	7641	13,6
		Campania	Solo interventi puliti	2285	4,8
		Sardegna			
Incidenza	Ortona, 1985	Roma	Chirurgia generale (1)	696	5,5
			Solo interventi puliti		
Incidenza	Moro, 1988	Torino	Pazienti con catetere	333	25
		Lombardia	vescicale (5)***		
ISTISAN 01/4			Maria Luisa Moro (a), Claudia Gandin (a), Antonino Bella (a), Giuliano Siepi (a), Nicola Petrosillo (b)		

26

ISTISAN 01/4

In Italia dal 5 all'8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera; ogni anno si verificano quindi dalle 450.000 alle 700.000 infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi).



27

ISTISAN 01/4

“Poiché le infezioni ospedaliere potenzialmente prevenibili rappresentano il 30% circa di quelle insorte, si può stimare che ogni anno si verifichino dalle 135.000 alle 210.000 infezioni prevenibili, e che queste siano direttamente attribuibili ad errori nelle pratiche assistenziali”

28

Gli strumenti per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza in Sanità

- ◎ La sorveglianza epidemiologica
- ◎ Le linee guida e le procedure
- ◎ Comitato Infezioni Ospedaliere
- ◎ La formazione del personale sanitario

29

◎ Sorveglianza epidemiologica



“l'azione di gran lunga più efficace nel controllo delle infezioni ospedaliere è la sorveglianza mirata, intesa come la raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo e valutazione dell'efficacia delle stesse”

C. M. n. 52/1985

“E' necessario avviare negli ospedali sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, allo scopo di monitorare l'andamento di tale fenomeno, identificare le aree prioritarie di intervento, valutare le misure di controllo adottate.”

C. M. n. 8/1988

30

© Sorveglianza epidemiologica

OBIETTIVI

1. Garantire informazioni correnti ed accurate sulla distribuzione delle infezioni nella popolazione di pazienti studiata e sui fattori che contribuiscono significativamente all'insorgenza delle infezioni per poterli contenere al fine di poter predisporre ed orientare interventi di prevenzione e controllo
2. Determinare l'andamento delle Infezioni Ospedaliere nel tempo (livelli di endemia)

31

© Sorveglianza epidemiologica

OBIETTIVI

3. Individuare precocemente le epidemie o comunque eventuali scostamenti rispetto ai livelli endemici
4. Identificare specifici fattori di rischio rispetto a categorie di individui, a procedure/pratiche assistenziali
5. Informare il personale sanitario sui rischi esistenti rispetto alle procedure che vengono erogate

32

© **Sorveglianza epidemiologica**

OBIETTIVI

6. Verificare il raggiungimento degli obiettivi ovvero valutare l'utilità e l'efficienza dei programmi adottati
7. Descrivere la frequenza delle infezioni ospedaliere
8. Formulare ipotesi sui fattori di rischio
9. Valutare le misure di controllo adottate
10. Sensibilizzare/coinvolgere gli operatori sanitari

33

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

In considerazione dell'eziologia multifattoriale delle infezioni ospedaliere, possiamo differenziare i sistemi di sorveglianza in tre categorie fondamentali:

Sorveglianza orientata al degente

Sorveglianza ambientale

Sorveglianza sui microrganismi responsabili di infezioni

34

Sorveglianza orientata al degente

E' svolta in reparto attraverso la revisione di documenti sanitari ed il colloquio con il personale del reparto.

ESTENSIONE

Tutto l'ospedale
Solo reparti a rischio
Per obiettivi

FREQUENZA TEMPORALE

Continuativa
Periodica

TIPO DI EVENTO SOTTO SORVEGLIANZA

Tutte le infezioni
Infezioni selezionate
Variabili di processo

35

Sorveglianza orientata al degente

Si attua mediante STUDI DI INCIDENZA o STUDI DI PREVALENZA

prevalenza

Eggimann P, Pittet D
CHEST 2001;120: 2059-2093

N. pazienti che
hanno un'infezione attiva

N. pazienti presenti
al momento dell'osservazione

incidenza

Eggimann P, Pittet D
CHEST 2001;120: 2059-2093

N. pazienti che
sviluppa un'infezione attiva
N. Totale di pazienti a rischio presenti
in un dato periodo



36

STUDIO DI PREVALENZA

Si ottiene esaminando i pazienti ricoverati ad un ***dato momento*** e rilevando le ***infezioni presenti***

La popolazione esaminata è rappresentata dai ***ricoverati presenti ad un dato momento*** in ospedale

37

STUDIO DI PREVALENZA

“Tutti i pazienti ricoverati in ciascun reparto devono essere studiati nell’arco di una giornata, mentre diversi reparti possono essere studiati in giorni diversi ma comunque in un arco di tempo limitato.”

C.M. n.8/88

38

STUDIO DI PREVALENZA

“La rilevazione deve essere effettuata da un gruppo omogeneo di rilevatori, esterni al reparto, basandosi sulle cartelle cliniche, i documenti sanitari disponibili, il colloquio con il personale del reparto, l’osservazione diretta del paziente quando necessario.”

C.M. n.8/88

39

STUDIO DI PREVALENZA

“L’indagine di prevalenza può essere utilizzata per descrivere il fenomeno delle infezioni ospedaliere in tutto l’ospedale”.

C.M. n.8/88

40

STUDIO DI PREVALENZA

OBIETTIVI:

1. Descrivere la prevalenza e la distribuzione delle infezioni in ospedale.
2. Descrivere la prevalenza di specifici fattori di rischio (% cateterizzati, % diversi interventi chirurgici, % cateterismi venosi).

41

STUDIO DI PREVALENZA

OBIETTIVI:

3. Descrivere l'uso di antibiotici in ospedale ed identificare eventuali aree che richiedono studi mirati.
4. Utilizzando studi di prevalenza ripetuti ad intervalli regolari, (ad esempio ogni mese) è possibile monitorare l'andamento delle infezioni nel tempo e valutare l'efficacia degli interventi preventivi attuati.

42

STUDIO DI PREVALENZA

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esecuzione rapida 2. Costo contenuto 3. Si ripete senza impiego di specialisti 4. Modesto impiego di laboratorio 5. Non interferisce con il lavoro del reparto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fotografa un momento non sempre rappresentativo della situazione 2. E' legato alla durata della degenza

43

STUDIO DI PREVALENZA

“L'indagine di prevalenza può rappresentare un sistema di sorveglianza efficiente in ospedali di piccole e medie dimensioni oppure in ospedali più grandi se associato agli altri sistemi descritti”.

C.M. n.8/88

44

STUDIO DI INCIDENZA

Si ottiene seguendo i pazienti ***nel corso del ricovero ospedaliero*** e, in alcuni casi, anche **dopo la dimissione**

Registra tutti i ***nuovi casi*** di infezione insorti

La popolazione esaminata è rappresentata dai pazienti che si ricoverano in un ***determinato periodo di tempo***

45

STUDIO DI INCIDENZA

Per ogni paziente ricoverato nei reparti considerati, viene riempita una scheda, annessa alla cartella clinica.

Al momento del ricovero vengono registrati i dati relativi al paziente (età, sesso, condizioni di rischio).

Durante il ricovero vengono registrate le procedure invasive effettuate (tipo di procedure e data) e l'eventuale insorgenza di una infezione (localizzazione, microrganismi isolati, antibioticoresistenza).

Alla dimissione vengono registrati i dati relativi all'esito del ricovero e la diagnosi di dimissione.

46

STUDIO DI INCIDENZA

Tale approccio permette di identificare il ruolo svolto da specifici fattori di rischio.

Il confronto fra pazienti infetti e non infetti permette, infatti, di valutare il ruolo svolto da fattori endogeni ed esogeni nella genesi dell'infezione.

47

STUDIO DI INCIDENZA

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornisce l'esatto andamento del fenomeno 2. Identifica più facilmente le situazioni a rischio 3. E' la base della sorveglianza 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costo elevatissimo 2. Grande lavoro di diagnostica 3. Coordinamento difficile

48

Sorveglianza ambientale

OBIETTIVI

1. Identificare precocemente un aumento dell'isolamento di un particolare patogeno allo scopo di avviare tempestivamente indagini epidemiologiche per il controllo dell'epidemia
2. Controllare alcuni microrganismi di importanza epidemiologica (Stafilococco aureo, Pseudomonas, Enterococchi vancomicina resistenti, ecc.)
3. Sorvegliare l'andamento nel tempo degli isolamenti di microrganismi antibiotico-resistenti allo scopo di stabilire un' adeguata politica dell'uso di antibiotici nell'ospedale

49

Sorveglianza ambientale

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornisce un andamento periodico degli isolamenti e delle resistenze 2. Permette di avere delle soglie di riferimento rispetto agli isolamenti 3. Se disponibili alcune tecniche di biologia molecolare identificano le vie di trasmissione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non può essere utilizzata da sola per monitorare l'andamento delle infezioni 2. Identifica solo i casi per i quali sia stato chiesto l'esame colturale 3. Identifica le IO solo se nella richiesta è specificato il sospetto

50

Sorveglianza ambientale

Le controversie sull'utilità del monitoraggio microbiologico ambientale sono dovute in parte alla mancanza di una metodologia di applicazione ben definita e in parte all'assenza di uno specifico riferimento normativo.

51

Sorveglianza ambientale

Considerazioni dell'OMS:

"...i risultati ottenuti dai tests batteriologici di routine dell'ambiente ne giustificano l'applicazione generalizzata. Questi tests dovrebbero essere effettuati solo:

- ✓quando vengono introdotti nuovi metodi di pulizia o detergenti
- ✓in presenza di un'epidemia (dove costituiscono parte integrante della indagine epidemiologica)
- ✓ogniqualevolta si voglia motivare o verificare il personale..."

52

SORVEGLIANZA PASSIVA

Si aspetta che i dati, le notifiche, le informazioni, arrivino senza sollecitazioni dirette

I dati vengono ottenuti normalmente tramite segnalazione a chi gestisce la sorveglianza da parte degli addetti all'assistenza

53

SORVEGLIANZA PASSIVA

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Costante 2. Richiede meno tempo 3. I dati possono mostrare il trend delle IO 4. Economica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica il 14-34% delle IO 2. È legata alla sensibilità culturale 3. È poco controllabile 4. Può non essere in grado di evidenziare possibili epidemie 5. Può non essere rappresentativa

54

SORVEGLIANZA ATTIVA

I dati e le informazioni sono raccolte dagli operatori che si occupano della sorveglianza, in modo più o meno particolareggiato e ad intervalli di tempo prefissati.

I metodi utilizzabili in reparto sono le indagini di **INCIDENZA** e **PREVALENZA**

55

SORVEGLIANZA ATTIVA

VANTAGGI	SVANTAGGI
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica l'85-100% delle IO 2. Tempestiva 3. Qualitativa (completezza ed affidabilità) 4. Controllabile 5. Permette di agire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maggiore costo 2. Maggiore tempo 3. Maggiore dispendio energetico

56

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

C.M. n.8/88

L'esperienza dimostra come l'avvio di sistemi di sorveglianza "passiva" a livello nazionale non rappresenti una scelta efficace:

- 1. elevata proporzione di casi non notificati*
- 2. variabilità da ospedale a ospedale*
- 3. variabilità fra diversi reparti all'interno dello stesso ospedale*

I sistemi di sorveglianza continua in ospedale si sono dunque generalmente basati sulla ricerca "attiva" dei casi da parte di figure responsabili della sorveglianza

57

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

C.M. n.8/88

Sulla base dei risultati ottenuti da studi, non sembra possibile delineare un modello di sorveglianza adattabile a tutti gli ospedali

VARIABILI



58

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

C.M. n.8/88

E' indispensabile che tutti gli ospedali adottino criteri omogenei per la definizione delle infezioni, allo scopo di rendere possibile il confronto dei dati ottenuti in ciascun ospedale.

59

LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI

E' efficace da sola nel ridurre la frequenza di infezioni nosocomiali

- 18% in cinque anni

NNIS, USA, 2000

60

Gli strumenti per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza in Sanità

- ◎ La sorveglianza epidemiologica
- ◎ **Le linee guida, procedure e protocolli**
- ◎ Comitato Infezioni Ospedaliere
- ◎ La formazione del personale sanitario

61

◎ Le linee guida, procedure e protocolli

mirate ad ottimizzare la qualità degli atti assistenziali che possono produrre comportamenti a rischio per il degente e il personale.

Le linee guida rappresentano un insieme di raccomandazioni e di comportamenti sviluppati in modo sistematico.

Sono basate sulle prove scientifiche esistenti a favore o contro di un determinato intervento allo scopo di sostenere tutti i professionisti sanitari.

62

Le organizzazioni più importanti che hanno contribuito alla definizione di linee guida di prevenzione delle infezioni ospedaliere sono:

- 🧠 Centers for Disease Control and Prevention Atlanta
- 🧠 Organizzazione Mondiale della Sanità
- 🧠 Ministero della Salute

63

🧠 Centers for Disease Control and Prevention Atlanta

RACCOMANDAZIONI IN TEMA DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

LA CLASSIFICAZIONE IN TRE CATEGORIE TIENE CONTO DI ASPETTI RELATIVI A :

- 1.validità scientifica;**
- 2.applicabilità**
- 3.praticabilità**
- 4.rapporto costo/efficacia**

64

Categoria I-MISURE EFFICACI

MISURE LARGAMENTE SOSTENUTE DA STUDI CLINICI CONTROLLATI CHE DIMOSTRANO LA LORO EFFICACIA NELLA RIDUZIONE DEL RISCHIO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE O SONO CONSIDERATE UTILI DALLA MAGGIOR PARTE DEGLI ESPERTI DEL SETTORE. TALE MISURE, INOLTRE VENGONO GIUDICATE ADATTABILI ALLA MAGGIOR PARTE DEGLI OSPEDALI E CONSIDERATE DI PRATICA APPLICAZIONE:

65

Categoria I-MISURE EFFICACI

- Sterilizzazione;
- Lavaggio delle mani
- Cateterismo urinario a circuito chiuso
- Corretta gestione di cateteri intravascolari
- Tecniche sterili per l'abbigliamento in sala operatoria
- Chemioprofilassi perioperatoria negli interventi ch. contaminati
- Corretta gestione delle attrezzature per la terapia respiratoria.

66

Categoria II-MISURE RAGIONEVOLI

MISURE SOSTENUTE DA STUDI CLINICI CHE NE SUGGERISCONO O NE DIMOSTRANO LA VALIDITA', MA CHE SONO STATI CONDOTTI IN ISTITUZIONI CHE POTREBBERO NON ESSERE RAPPRESENTATIVE PER ALTRI OSPEDALI. VENGONO COMPRESI IN QUESTE CATEGORIE ANCHE MISURE NON STUDIATE ADEGUATAMENTE MA SUPPORTATE DA FORTI MOTIVAZIONI TEORICHE. SONO CONSIDERATE DI PRATICA APPLICAZIONE MA NON TALI DA RIENTRARE NEGLI STANDARD DI OGNI OSPEDALE:

- Procedure di isolamento
- Educazione e sensibilizzazione del personale sanitario

67

Categoria III- MISURE DI EFFICACIA DUBBIA O MAI VALUTATA

SONO MISURE INDIVIDUATE DA ALCUNI RICERCATORI, AUTORITA', ORGANIZZAZIONI MA FINO AD ORA MANCANO DI DATI SUFFICIENTI O BASI TEORICHE ADEGUATE A SOSTENERLE. POTREBBERO ESSERE CONSIDERATE ASPETTI RILEVANTI CHE RICHIEDONO PERO' UN ULTERIORE VALUTAZIONE. LA LORO APPLICAZIONE POTREBBE ESSERE PRESA IN CONSIDERAZIONE DA ALCUNI OSPEDALI, SPECIALMENTE SE PRESENTANO PROBLEMI SPECIFICI NELL'AMBITO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE O DISPONGONO DI RISORSE SUFFICIENTI.

68

Categoria III-MISURE DI EFFICACIA DUBBIA O MAI VALUTATA

- Disinfezione di pavimenti, mura, lavandini
- Luci ultraviolette
- Nebulizzazione di disinfettanti
- Flussi d'aria laminari
- Chemioprofilassi operatoria negli interventi chirurgici puliti
- Sorveglianza microbiologica dell'ambiente
- Filtri terminali endovenosi.

•ATTENZIONE: «Efficacia dubbia o mai valutata» non significa che le misure sono inefficaci, ma soltanto che l'efficacia della loro applicazione deve essere misurata e valutata *sul campo*.

69

© Protocolli operativi

“Elaborati scritti che rispetto all’obiettivo fissato determinano in modo sistematico gli interventi e i comportamenti da attuare su popolazioni specifiche di pazienti in specifici contesti assistenziali, individuano le possibili complicanze, eccezioni e raccomandazioni e che contengono i criteri generali e gli indicatori per la loro valutazione nella realtà operativa di applicazione e gli intervalli di revisione”

70

© Protocolli operativi

consentono di...

valutare la qualità dell'assistenza erogata in quanto indicano le condizioni nelle quali vengono erogati (struttura), con quali procedure (processo) e le modificazioni delle condizioni di salute attese (esiti)

71

Gli strumenti per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza in Sanità

- © La sorveglianza epidemiologica
- © Le linee guida, procedure e protocolli
- © **Comitato Infezioni Ospedaliere**
- © La formazione del personale sanitario

72

© Comitato Infezioni Ospedaliere

RIFERIMENTI NORMATIVI

**Circolare Ministero della Sanità n. 52 del 20
Dicembre 1985**

“Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”

**Circolare Ministero della Sanità n. 8 del 30
Gennaio 1988**

*“Lotta contro le Infezioni Ospedaliere: la
sorveglianza”*

73

© Comitato Infezioni Ospedaliere

COMPOSIZIONE

COMITATO MULTIDISCIPLINARE, che a livello aziendale ha un ruolo di supporto e di controllo, delinea le strategie generali, gli obiettivi ed esercita compiti di verifica

GRUPPO OPERATIVO, ha un ruolo operativo con compiti esecutivi, realizza il programma di lotta alle I.O. ed è composto da: un medico igienista della Direzione Sanitaria, un esperto in microbiologia, un esperto in malattie infettive, un caposala, tre infermieri particolarmente addestrati in materia, un farmacologo clinico o farmacista ospedaliero.

74

© Comitato Infezioni Ospedaliere

COMPITI

1. definire la strategia di lotta contro le Infezioni Ospedaliere, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:
 - organizzazione del sistema di sorveglianza;
 - istituzione di misure di prevenzione;
 - coinvolgimento appropriato dei servizi laboratoristici;
 - informazione al personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni;
2. verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
3. curare la formazione culturale e tecnica del personale su tale argomento.

75

© Comitato Infezioni Ospedaliere

OBIETTIVI

RIDURRE LE I.O.



76

Efficacia dell'integrazione dei sistemi di controllo delle infezioni ospedaliere

LINEE GUIDA	PROTOCOLLO	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	SORVEGLIANZA Infezioni Ospedaliere	INCIDENZA Infezioni Ospedaliere
No	No	No	-	↑ ↑
Si	No	No	+	↑ ↓
Si	Si	No	+ +	↓
Si	Si	Si	+ + +	↓ ↓