

CIRCOLARI

Circolare Regionale n° 9723\48 - 25 Novembre 1997 - :

Indicazioni Per L'attuazione Di Programmi Di Sorveglianza E Controllo Delle Infezioni Ospedaliere Nella Regione Piemonte.

L'attivazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere è una esigenza sancita da diverse disposizioni (Circolare Ministeriale n° 52\85 e n° 88\88 del Ministero della Sanità D.L. 13988 concernente la determinazione degli standard del personale, Decreto del Ministero della Sanità 24\07\95 sulle modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza della qualità del SSN).

I relativi progetti entrano a pieno titolo nelle attività di VRQ che devono essere implementate ai sensi dei D.P.R. 384\90 e dei D.L. 502 e 517\93. In questo ambito alla Regione sono assegnate funzioni di indirizzo e vigilanza oltre che di supporto tecnico - scientifico.

I dati epidemiologici disponibili confermano l'esistenza di un rilevante problema specifico negli ospedali piemontesi, con marcate differenze tra i vari presidi ospedalieri.

Complessivamente il costo delle infezioni nosocomiali per la Regione è stimato in 100 miliardi per anno con una morbilità di almeno 40-50.000 casi e una mortalità dell'1%.

L'organizzazione esistente ,secondo una ricognizione effettuata dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte nel 1996 evidenzia sul piano operativo le seguenti problematiche:

- scarsa considerazione da parte delle Direzioni Sanitarie nei riguardi del problema infezioni ospedaliere;
- gravi problemi nel trattamento dei pazienti in molte sedi (degenze preoperatorie troppo prolungate, verosimilmente anche per scarsa programmazione dei ricoveri);
- carente diffusione di sistemi informativi a livello di reparti e di sala operatoria, scarsa qualità della raccolta dati e difficoltosa accessibilità alla documentazione clinica;
- carenza di CIO operativi e scarsi programmi di sorveglianza e controllo con concreti obiettivi da perseguire;
- scarsità di indagini e poca diffusione di protocolli sulla corretta applicazione di interventi assistenziali volti a prevenire le infezioni di ferite chirurgiche le infezioni delle vie urinarie, le infezioni delle vie respiratorie, le setticemie, le infezioni associate a terapia parenterale e sulla corretta applicazione delle misure di isolamento;
- scarsità di protocolli intesi a razionalizzare l'impiego di antibiotici e scarsa diffusione di liste di antibiotici in prescrizione motivata;
- scarsa attività delle Commissioni per il Prontuario Terapeutico, considerando l'altissima percentuale di Pazienti sottoposti a terapia o profilassi antibiotica spesso in modo non ottimale;
- carente diffusione di protocolli preventivi;
- scarsità di iniziative volte alla formazione specifica in tema di infezioni ospedaliere.

Il quadro globalmente considerato evidenzia la presenza di sufficienti risorse umane (medici, ICI) e materiali (laboratori di microbiologia) cui non corrispondono adeguati programmi di intervento.

Va sottolineato che un programma di sorveglianza e controllo finalizzato prevede innanzitutto la definizione da parte del CIO di un piano annuale scritto, la definizione di obiettivi da raggiungere e la valutazione degli interventi attuati.

La Regione Piemonte ritiene opportuno una forte funzione di promozione delle attività in tema di infezioni ospedaliere e fornisce con la presente circolare alcuni orientamenti che dovranno fungere da guida per l'organizzazione nelle Aziende dei programmi di sorveglianza e controllo delle stesse.

Inoltre l'Assessorato alla Sanità intende fornire ogni possibile supporto informativo e organizzativo alle Aziende che ne faranno richiesta attraverso l'attività del Gruppo di Lavoro appositamente costituito.

Una prima verifica verrà eseguita a cura delle strutture regionali entro la fine anno , termine entro il quale le Aziende dovranno dimostrare di aver raggiunto gli obiettivi di cui allo standard 1. e 1.1.

REQUISITI MINIMI E STRUTTURALI PER LE ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI.

Obiettivo primario per la lotta alle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie è identificare e ridurre il rischio delle infezioni endemiche ed epidemiche nei Pazienti e negli operatori sanitari a diverso titolo coinvolti nell'assistenza dei Pazienti.

A tale scopo sono stati identificati i seguenti **Standard** di riferimento.

STANDARD 1. L'organizzazione ha in atto un processo coordinato per ridurre il rischio di infezioni ospedaliere endemiche ed epidemiche di origine nosocomiale nei Pazienti, negli operatori sanitari e nei visitatori.

L'attività di controllo è basata su principi epidemiologici e sulla ricerca nel campo delle infezioni nosocomiali.

Il programma deve essere adattato alle caratteristiche della struttura e deve interessare almeno i principali settori presenti nell'azienda.

STANDARD 1.1 Questo processo è gestito da una struttura qualificata.

La struttura deve comprendere:

- un CIO regolarmente deliberato, in posizione di staff alla Direzione Sanitaria. Il CIO deve comprendere secondo quanto previsto dalla regolamentazione nazionale, almeno un medico di Direzione Sanitaria con funzione di coordinatore \ presidente, un microbiologo, un ICI, un rappresentante dei clinici secondo le caratteristiche dell'ospedale (in numero non superiore a 6) con documentata esperienza nel settore (partecipazione a gruppi di lavoro, esperienze cliniche in tema di infezioni nosocomiali, attività di ricerca), un farmacista;
- un gruppo operativo costituito da un medico di Direzione Sanitaria, un microbiologo, un ICI (o più in considerazione delle dimensioni dell'ospedale). Si deve prevedere l'impiego di un medico di Direzione Sanitaria ogni 1000 posti - letto e di un ICI ogni 250 posti - letto o 7000 ricoveri. Il coordinatore del gruppo deve avere una documentata esperienza nel settore (corsi di formazione specifici in epidemiologia\malattie infettive per una durata di almeno 100 ore, attività di ricerca).
L'ICI deve aver frequentato il corso specifico previsto dalla Regione Piemonte.
- un'organizzazione di tipo dipartimentale, in applicazione alle vigenti disposizioni di legge, o formali gruppi di coordinamento che garantiscano un organico collegamento le attività del CIO, della Direzione Sanitaria e del Servizio di Prevenzione e Protezione in tema di prevenzione, in particolare per l'utilizzo delle risorse in comune, infermieristiche e mediche, per il controllo dei rischi biologico.
Si ritiene che l'ICI in questa fase possano in questo modello organizzativo cooperare nelle attività del Servizio di Prevenzione e Protezione senza però costituirne parte in forma esclusiva in considerazione del loro profilo professionale che solo parzialmente comprende mansioni di tutela della salute dei dipendenti.
Nell'ambito dell'organizzazione di tipo dipartimentale ospedaliera le attività di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali devono trovare collocazione in strutture dirette dalla Direzione Sanitaria (Dipartimenti di Igiene e Medicina Preventiva, di Epidemiologia e valutazione dei Servizi).

CRITERI PER VALUTARE LE MESSA IN ATTO DEGLI STANDARD 1. E 1.1

1. Esistenza di obiettivi misurabili sulla base di problemi identificati, progetti di intervento coerenti e criteri di valutazione.

1.1 Presenza di atti deliberativi del CIO.

1.2 Presenza di gruppi di coordinamento formalizzati o atti di costituzione dei Dipartimenti

(D.G.R. n° 69 18\09\1995 e L.R. n° 10 24\10\1995 articolo 21).

Esistenza di verbali che documentino riunioni almeno trimestrali del CIO e del gruppo di coordinamento e almeno quindicinali del gruppo operativo.

Curriculum del personale medicoresponsabile del gruppo operativo e degli ICI conforme alla qualificazione richiesta.

STANDARD 2. Nell'assistenza dei Pazienti e nei confronti degli operatori sono in atto dei processi atti a ridurre il rischio di infezioni nosocomiali endemiche ed epidemiche. Questa attività include almeno:

STANDARD 2.1. Attività di sorveglianza delle infezioni nosocomiali in interventi selezionati o basate su dati di laboratorio o in forma attiva o su specifici problemi.

STANDARD 2.2. Messa in atto di strategie per ridurre il rischio di infezioni nei Pazienti ricoverati, negli operatori sanitari e nei visitatori.

STANDARD 2.3. Messa in atto di strategie che ne consentano il controllo quando si verificano.

CRITERI PER VALUTARE LA MESSA IN ATTO DEGLI STANDARD 2. - 2.1 - 2.2 - 2.3.

2.1. Attività di sorveglianza documentate con restituzione dei dati e basate su corretti approcci di tipo epidemiologico con :

- criteri per definire le infezioni;
- rationale per la selezione del tipo di sorveglianza (attiva, passiva, su dati di laboratorio);
- metodologia di raccolta dati;
- metodologia per il controllo di qualità dei dati raccolti);
- assegnazione di responsabilità nella raccolta dei dati;
- metodi per stesura di report e restituzione degli stessi agli interessati.

Inoltre i verbali devono attestare;

- l'esistenza di un sistema di sorveglianza continuo ed effettivo;
- l'utilizzo dei dati ottenuti per indurre i cambiamenti necessari al miglioramento dell'assistenza ai Pazienti;
- l'evidenza che esista una valutazione critica dei tassi piuttosto che una semplice esposizione degli stessi;
- l'evidenza di un collegamento con le iniziative di promozione della qualità in ospedale e inserimento organico delle iniziative concernenti la prevenzione delle infezioni nosocomiali nei programmi di V.R.Q. dell'Azienda.

2.2. Deve esistere evidenza che sono prodotti, distribuiti e resi disponibili protocolli e linee guida per il personale almeno nei seguenti aspetti:

- disinfezione, pulizia, sterilizzazione nelle strutture sanitarie (procedure per ricevere, decontaminare, pulire preparare e disinfettare oggetti non monouso, assemblare, conservare , distribuire). Controlli di qualità del materiale sterile e oggetti medici. Utilizzo dei processi di valutazione della qualità della sterilizzazione;
- requisiti igienico - strutturali delle sale operatorie ed altri locali destinati ad attività chirurgiche (ambulatoriali);
- utilizzo di presidi per il contenimento del rischio biologico e procedure per la denuncia e il trattamento delle esposizioni accidentali a liquidi biologici (profilassi, follow - up, consenso informato);
- controllo delle infezioni delle vie urinarie;
- controllo delle infezioni delle polmoniti nosocomiali;
- controllo delle infezioni chirurgiche;
- controllo delle batteriemie;
- utilizzo dei farmaci a scopo di profilassi chirurgica e linee - guida per l'uso degli antibiotici in patologie selezionate (con identificazione di molecole da porre in prescrizione controllata);
- attuazione di programmi preventivi per alcune malattie suscettibili di profilassi vaccinale;
- modalità di trasporto e conservazione di campioni microbiologici;
- attuazione delle misure di isolamento in ospedale;
- registrazione della frequenza degli incidenti da esposizione a liquidi biologici stratificata per tipo di incidente, modalità, qualifica, al fine di favorire comparazioni interospedaliere;
- identificazione in funzione dei vari compiti dei presidi protettivi (camici, guanti, visiere, contenitori etc:). Gli stessi sono forniti e periodicamente viene controllato il loro approvvigionamento attraverso ispezioni, con identificazione delle responsabilità di cui esiste almeno trimestralmente attestazione;
- raccolta della biancheria e dei rifiuti;
- sorveglianza delle cucine.

Devono essere inoltre prodotte relazioni periodiche sui dati microbiologici al fine di orientare l'attività della Commissione Prontuario Terapeutica almeno nei seguenti settori:

- spettri di resistenza per germe;
- frequenza di isolamenti di germi multiresistenti (MRSA, enterococchi gentamicina resistenti, VRE, micobatteri atipici etc.).

Un esempio di livello minimo di applicazione delle linee - guida per la prevenzione delle infezioni nosocomiali riguarda l'applicazione delle misure di classe I presenti nella classificazione dei CDC di Atlanta (USA) secondo l'aggiornamento disponibile.

Deve esistere documentazione di programmi educativi mirati, per un totale almeno di 1ora\anno per operatore con formulazione degli obiettivi che si intendono perseguire.

2.3 Epidemie. In caso di epidemie il gruppo operativo deve essere in grado di svolgere indagini accurate atte ad individuare quando è possibile l'origine sia umana, sia ambientale dell'infezione ed individuare le modalità di trasmissione.

I microrganismi in causa sono tipizzati con metodi quali:

- confronto di fenotipi (biotipo, antibiotipo, sierotipo, elettrofenotipo);
- confronto di genotipi (tecniche di biologia molecolare).

I dati sono raccolti, analizzati e resi disponibili con indicazioni precise al fine della predisposizione di interventi specifici.

Il gruppo operativo conduce le indagini su eventuali epidemie se richiesto. Sono disponibili criteri e i dati vengono tabulati al fine di porre in atto le opportune misure.

STANDARD 3.

3. Esiste evidenza che il sistema organizzativo sorregge il processo di riduzione del rischio infettivo, attraverso l'assegnazione di opportune risorse, disponibilità dei dati, lo sviluppo di programmi di formazione.

CRITERI PER LA MESSA IN ATTO DELLO STANDARD 3.

3. Presenza di assegnazioni formalizzate di risorse strumentali periodicamente aggiornate, esistenza di programmi di formazione specifici. Documentazione scritta di coinvolgimento attivo, per le rispettive competenze, dei Servizi Amministrativi e di supporto (Tecnico, Economato Provveditorato, Farmaceutico, Direzione Generale) nei programmi di prevenzione delle infezioni nosocomiali.

La Regione ritiene che le Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali debbano attivarsi per l'applicazione degli standard sopra riportati entro la fine del 1998.

Al fine di illustrare la stesura dei programmi e al fine di poter effettuare eventuali interventi di supporto si potranno predisporre incontri, sulla base di specifiche richieste, tra il Gruppo di Coordinamento Regionale e le ASO e ASL.