

AZIENDA OSPEDALIERA SENESE
complesso ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione

**DOCUMENTO OPERATIVO PER L'AVVIO DEL CONTROLLO DELLE INFEZIONI
OSPEDALIERE**
Dott. Egidio Sesti

Le Infezioni Ospedaliere (IO) costituiscono un risultato non desiderato dal malato, dall'operatore a cui viene attribuita la responsabilità e dall'amministrazione.

Sono considerate un indicatore di qualità in quanto il loro manifestarsi sta ad indicare che qualcosa nelle procedure assistenziali ha bisogno di essere rivisto.

L'adozione di specifiche pratiche assistenziali, di comportamenti professionali ed assetti organizzativi strutturali consentono di prevenire almeno 1/3 delle IO.

A tale scopo tutto il personale nelle varie unità operative deve continuamente essere informato e formato in merito ai risultati ottenibili e ottenuti, alla riflessione metodologica e alla verifica della congruenza delle azioni intraprese.

Gli indicatori di IO hanno un diverso valore di segnale in relazione alle molteplici difformità che caratterizzano ciascun ospedale rispetto agli altri o addirittura ciascuna unità operativa nell'ambito dello stesso ospedale.

Contenere e ridurre le IO significa migliorare la qualità dei servizi erogati.

Questo documento operativo per l'avvio del programma di controllo delle IO nel Policlinico Universitario, consente di attuare un processo di Continuous Quality Improvement (CQI).

Siamo convinti che si può fare molto per migliorare la qualità professionale utilizzando quali strumenti i progetti di CQI e i sistemi di verifica dell'applicazione di linee guida basate sulle migliori evidenze scientifiche esistenti.

L'obiettivo di un programma di sorveglianza, di prevenzione e di controllo delle IO è quello di ridurre il rischio di acquisire e di trasmettere le infezioni tra i pazienti, medici, infermieri, volontari, studenti ed altri dipendenti.

Il programma proposto, tiene conto dell'organizzazione sanitaria con le sue caratteristiche organizzative: localizzazione geografica, numero dei dimessi, bacino d'utenza, servizi offerti e numero dei dipendenti.

1. Organizzazione generale e direzione

Realizzazione di una Unità Organizzativa centrale nell'azienda - Comitato alla lotta delle Infezioni Ospedaliere

la sua realizzazione è prevista entro mesi:

con delibera già approvata/ n corso di formalizzazione/ordine di servizio

Il Comitato CIO è in staff a: Direttore Generale/Direttore Sanitario Aziendale

Il Comitato alla lotta delle Infezioni Ospedaliere è un organismo tecnico-scientifica dell'Azienda. E' identificata la sua funzione generale (mission), la visione strategica, leaders ben individuati, ed esiste un documento programmatico in cui sono specificati: la missione, la visione strategica e gli obiettivi a lungo, medio e breve termine, congruenti a quelli dell'Azienda che costituiscono il riferimento per la programmazione, la messa in atto e la valutazione delle attività.

Missione = la ragione di essere della organizzazione e i valori a cui si ispira;

visione strategica = l'indirizzo dato al Comitato dalla Direzione Generale: consiste nel definire i settori prioritari di azione (che cosa fare ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi);

obiettivi: di breve periodo (entro un anno; medio periodo (entro due-tre anni); di lungo periodo (entro cinque anni).

1.2 Gli obiettivi corrispondono alle seguenti caratteristiche:

- sono basati sui bisogni e/o sulla domanda espressi dalla popolazione e sul mandato legislativo/normativo e/o autodeterminati.
- Sono congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati (per il Comitato CIO, l'Azienda, per il Dipartimento, il Comitato CIO; per le Unità Operative, il Dipartimento).
- Sono misurabili mediante indicatori.
- Contengono l'indicazione del tempo necessario al loro conseguimento.
- Sono congruenti con le risorse presenti/da acquisire.

1.3 Gli obiettivi sono orientati a garantire:

- la qualità tecnico-professionale delle prestazioni
- la qualità organizzativa del servizio
- la sicurezza e la soddisfazione degli operatori
- i diritti e la soddisfazione del paziente
- il buon uso delle risorse

Qualità tecnica: appropriatezza d'uso di tecnologie efficaci.

Qualità organizzativa: ottimizzazione delle relazioni tra gli elementi dell'organizzazione.

Qualità percepita: scarto tra osservato ed atteso:

- dal paziente nel ricevere la prestazione
- dall'operatore nel vissuto dell'organizzazione
- corrispondenza ad indicatori prestabiliti

1.4 Gli obiettivi sono misurabili mediante "indicatori" riconducibili alle seguenti tipologie: risorse - attività - efficienza - efficacia.

Indicatori di risorse: misurano i fattori operativi utilizzati (personale, attrezzature e tecnologie, risorse materiali);

indicatori di attività: misurano le attività/prestazioni/servizi erogati, per tipologia di utente e case-mix;

indicatori di efficienza: rapportano attività svolte e fattori operativi impiegati (output/input) considerando risorse ed attività in termini sia fisici che monetari;

indicatori di efficacia: riportano esiti sanitari e prestazioni effettuate (outcome/output) e cercano di valutare l'appropriatezza e la qualità delle cure.

1.5. L'organizzazione progetta ed implementa un programma per ridurre le IO nei pazienti ed operatori sanitari, identifica le procedure ed i processi associati con il rischio delle IO ed implementa le strategie.

Il programma di controllo è basato sulle evidenze scientifiche aggiornate, linee guida approvate e leggi e regolamenti applicabili.

Il programma andrà sostenuto dai sistemi di informazione manageriali dell'organizzazione.

Gli obiettivi ed i relativi indicatori sono formulati dalla Cattedra di Igiene, dal Comitato CIO, dalla Direzione Sanitaria, dal Direttore del Dipartimento, dal Dirigente medico di II livello responsabile dell'Unità Operativa.

Tutte le aree dell'organizzazione relative ai pazienti, dipendenti e visitatori sono incluse nel programma di controllo delle infezioni.

1.6. Gli obiettivi sono riesaminati periodicamente a scadenze prefissate (gli obiettivi a lungo periodo almeno una volta ogni tre anni, gli obiettivi a breve periodo annualmente) e comunque quando necessario.

Il riesame si rende necessario in caso di :

- * modifiche dell'articolazione organizzativa per aggiornamenti legislativi o normativi nazionali e/regionali.
- * cambiamento del ruolo dell'Azienda.
- * sostanziali aggiornamenti delle conoscenze professionali e/o procedure e/o delle tecnologie
- * estensione o riduzione delle unità operative o delle aree dipartimentali
- * cambiamento dell'organizzazione del personale

1.6. Esiste documentazione che gli obiettivi sono conosciuti dal personale delle Unità Operative, del Dipartimento, dalla Direzione Sanitaria (mediante comunicazione scritta) e sono resi sinteticamente accessibili ai pazienti (mediante opportuna documentazione scritta).

È prevista un'attività di valutazione degli obiettivi con la partecipazione degli operatori dell'area interessata.

2. Articolazione organizzativa - Comitato CIO

2.1 E' definita l'articolazione organizzativa del Comitato CIO.

Bisogna sempre tenere presente il numero del personale presente prima di determinare il numero totale di individui da includere nel comitato/nucleo. E' importante includere personaggi influenti sul piano accademico o politico: se non possono garantire una partecipazione continua allora possono partecipare in modo part-time

La definizione dei compiti/autorità del Comitato viene rivista ed approvata ogni due anni dall'amministrazione.

Il Comitato formula ed approva i criteri per definire le infezioni ospedaliere.

Le responsabilità degli interventi stabiliti dal Comitato vengono assegnate e definite per iscritto

È documentata l'attività di ricerca svolta, completa di lavori pubblicati su riviste e di presentazioni a convegni (locali, nazionali, internazionali) da parte dei componenti del Comitato.

Il Comitato effettua riunioni periodiche e/o programmate (con relativa documentazione: verbale ed elenco dei partecipanti). Il Comitato si riunisce almeno una volta ogni tre mesi

Sono documentate le principali attività svolte dal Comitato negli ultimi 12 mesi (formazione del personale, counselling alle unità operative/dipartimenti, elaborazione protocolli/linee guida, sorveglianza)

2.2. All'interno della Comitato CIO è prevista la figura dell'infermiere epidemiologo (figura con speciale conoscenza, interesse ed esperienza nel controllo delle infezioni). Sono enunciate chiaramente le sue funzioni/responsabilità.

Si dedica a tempo pieno alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle IO.

2.3. È definita l'articolazione organizzativa del Nucleo Operativo che si occupa stabilmente delle infezioni ospedaliere (tipologia delle diverse figure professionali, funzioni, responsabilità).

È nominato il responsabile del Nucleo Operativo e ne è definito la qualifica e l'indirizzo (Tel. - Fax - E-mail).

Le figure addette dovranno aver ricevuto educazione, formazione e tirocinio relativi alla sorveglianza, prevenzione e controllo delle IO.

È assicurata 24h/24h l'operatività dell'infermiere epidemiologo, del medico di Direzione Sanitaria e di medici specialisti (microbiologo, infettivologo, etc.).

2.4. Per ogni Unità Operativa, andrà formalizzato l'obbligo per la individuazione, di un medico e di una figura infermieristica, referenti per le problematiche collegate alle IO.

2.5 Il laboratorio, soprattutto microbiologico e sierologico, dovrà assicurare un adeguato supporto:

servizio sierologico 6 giorni la settimana:

servizio microbiologico 7 giorni la settimana:

attività di striscio, microscopia e isolamento 24 ore su 24

2.6. Saranno costituiti gruppi di lavoro tra operatori delle diverse Aree Dipartimentali per la definizione di protocolli/procedure tecniche operative comuni.

2.7. Il Comitato CIO si è attivato sui piani per la gestione del rischio biologico fornendo informazioni agli operatori e agli utenti.

Gestione risorse materiali - strutture, attrezzature, dotazioni-

3.1. Per evitare il contagio da patogeni respiratori ed ematici è previsto l'acquisto di presidi adeguati alla necessità di ridurre il rischio di esposizione a materiale biologico: camici, copricamici di gomma, guanti (appropriati modelli e misure in relazione al tipo di procedura, attività ed esposizione), occhialini e schermi protettivi, mascherine, contenitori rigidi per aghi e taglienti, contenitori per il trasporto e sterilizzazione dei presidi, introduzione di sistemi di prelievo a vuoto - maschere di sicurezza (P2) o (P3), valvolate.

3.2. Definire protocolli scritti relativi alla disponibilità di sufficienti strumenti e materiali per la prevenzione delle infezioni nei reparti di assistenza.

I dirigenti delle unità operative e gli operatori che effettivamente utilizzano i dispositivi medici partecipano alla definizione dei criteri per la scelta e la valutazione del materiale e delle forniture.

Le richieste, da parte delle unità operative, di dispositivi di protezione individuale (DPI), seguono percorsi facilitati e vengono integralmente e puntualmente evase. Sono previste sistematiche verifiche con indicatori che dimostrino un utilizzo congruo dei presidi barriera.

3.3. Esiste un elenco completo ed aggiornato degli antibiotici, dei disinfettanti e dei presidi.

3.4 La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature sanitarie obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, è a corredo dello strumento e deve contenere chiare indicazioni circa l'eventuale trattamento di disinfezione/sterilizzazione.

E' assicurata una attività di consulenza sulle metodiche per l'uso di tutte le attrezzature e materiali utilizzati per la sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione.

Gestione risorse umane - formazione del personale, sicurezza e soddisfazione degli operatori

4.1. È definito l'insieme delle funzioni, delle responsabilità e del piano di attività per ciascuna figura professionale della struttura operativa relativamente alla problematica delle IO.

4.2. Sarà predisposta una modalità formalizzata per favorire interventi formativi del personale di nuova acquisizione, all'atto del trasferimento o cambiamento di mansioni, all'introduzione di nuove attrezzature o nuove tecnologie.

4.3. E' predisposto ed è documentabile un piano di formazione degli operatori contenente l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione delle modalità di acquisizione e di valutazione.

Sono predisposti protocolli scritti, adeguatamente pubblicizzati e/o fatti oggetto di corsi di formazione specifica da redigere, organizzare e aggiornare almeno annualmente in tema di procedure da prendere e misure igieniche da osservare per evitare i rischi da esposizione a materiali biologici. Utilizzo di DPI.

Formazione di base:

1. elaborazione di programmi d'igiene per gli studenti di medicina, infermieristica, terapeuti, etc,
2. per il personale non curante, per esempio l'amministrazione, al fine di permettere una fattiva collaborazione con il Comitato (per esempio rapporto costi/vantaggi di certe misure preventive;
3. per il personale di ditte esterne che intervengono nell'ospedale (per esempio servizi di pulizia) perché siano consci dei pericoli per loro e per i pazienti e applichino i protocolli stabiliti dal Comitato per la pulizia e l'uso dei disinfettanti;

Formazione permanente

1. definizione e messa a punto di programmi speciali per il personale infermieristico che desidera approfondire le conoscenze in igiene ospedaliera o un servizio particolare; educazione dei malati e dei non malati
 1. programmi di educazione e di informazione per i degenti specie negli ospedali che dispongono di sistemi di televisione interna
 2. elaborazione di opuscoli per i visitatori ed i pazienti in servizi ambulatoriali al fine di educarli ad un comportamento sano e non pericoloso in ospedale (pericoli per loro, i malati ed il personale)
 3. programmi speciali per gli studenti che iniziano la loro pratica in ospedale.

4.4. Il coordinamento e la responsabilità del piano di formazione è esercitata congiuntamente da un medico di Direzione Sanitaria e dall'infermiere epidemiologo.

Sono predisposte

- almeno una iniziativa di formazione/aggiornamento annua interna/esterna, per ciascuna figura professionale;
- iniziative interne di aggiornamento (nell'ambito delle singole Unità Operative), riunioni, gruppi di studio, socializzazione delle conoscenze acquisite in altre sedi, etc.
- nell'ultimo anno, almeno il 40% di ciascuna figura professionale, abbia partecipato ad attività di formazione/aggiornamento nel tema specifico.

4.5. Occorre assicurare una adeguata dotazione di testi e riviste attinenti le infezioni ospedaliere ed un collegamento informatico a banche dati (facilmente fruibile: orario e luogo).

4.6. Sono effettuate indagini epidemiologiche sulle IO e sui fattori di rischio.

4.7. E' predisposta una documentazione da cui risulti che sono attuate le procedure di valutazione, di prevenzione, di controllo, di informazione e di formazione sui rischi biologici per il personale e anche per i visitatori.

4.8. Il personale è posto a conoscenza delle procedure da adottare per ridurre il rischio biologico, per la pulizia, la disinfezione e la manutenzione delle attrezzature.

4.9. Verifica della sussistenza e della congruità dei dispositivi di protezione individuale (DPI)* per fronteggiare le situazioni a rischio in ambiente di lavoro.

*per DPI si intendono: guanti monouso, maschere, occhiali, grembiuli impermeabili, etc.; ambiente di lavoro = sede fisica abituale e luoghi in cui gli operatori svolgono la loro attività lavorativa.

4.10. E' valutata la documentazione (registro degli infortuni) dell'attività di sorveglianza continua o di censimento periodico degli infortuni da rischio biologico e delle malattie professionali ad esso collegate.

Nella struttura è predisposta la sistematica rilevazione delle infezioni di rilevanza epidemiologica, insorte tra il personale.

4.11. Esiste una procedura adeguata* codificata per la notifica e sorveglianza delle esposizioni professionali a materiale biologico:

*per adeguata si intende:

- coordinata ed effettuata dalla Direzione Sanitaria o da altri operatori delegati da essa;
- è adeguatamente pubblicizzata la necessità che i lavoratori notifichino qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;
- sono previste soluzioni organizzative che prevedano la possibilità di accesso a questo servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi;

4.12. In un apposito documento è definito, il ruolo e gli obiettivi del servizio di medicina preventiva nell'ambito del programma di controllo delle infezioni.

4.13. Il personale sanitario (medico ed infermieristico) è sottoposto alla vaccinazione contro HBV all'assunzione ed il servizio (medicina preventiva) è in grado di provvedere a vaccina-

re il personale già in servizio e non vaccinato all'assunzione ed effettuare un programma efficace per garantire il richiamo vaccinale dopo 5-7 anni

4.14. Sono messe in atto procedure per la riduzione del rischio di malattia tubercolare:

- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- con controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi;
- sono previste norme scritte per l'isolamento respiratorio stretto dei pazienti a cui viene posta diagnosi di infezione tubercolare;
- la struttura ha a disposizione stanze di degenza ritenute idonee per un paziente affetto da tubercolosi in fase contagiosa;
- il personale ha a disposizione maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate) per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa;
- il personale viene adeguatamente e periodicamente informato sul rischio di contagio tubercolare;

4.15. E' predisposta periodicamente una indagine sul grado di soddisfazione degli operatori.

4.16. È proposto un sistema premiante interno, collegato al raggiungimento degli obiettivi.

Gestione sistema informativo - documentazione

L'organizzazione indaga i rischi, tassi e trends delle IO. Il monitoraggio include l'uso degli indicatori relativi alle infezioni che sono epidemiologicamente importanti per l'organizzazione. L'organizzazione usa le relative informazioni per modificare i processi in modo da ridurre le IO a livelli più bassi possibili.

5.1. Il sistema informativo del servizio, dotato di supporti informatici, è integrato nella rete aziendale e fornisce le seguenti prestazioni relative a:

- archivio pazienti
- dati amministrativi (contabilità per centro di costo, DRGs)
- dati sanitari (posti letto, numero di prestazioni erogate durante l'anno, reparti di alta o media specializzazione, degenza media, indice di turnover, indice di occupazione, giornate di degenza e decessi attribuibili alle infezioni o a specifiche procedure, riammissioni non pianificate entro 3 mesi, ritorni non pianificati in sala operatoria, complicanze post-operatorie, interventi chirurgici non necessari, etc)
- statistiche

5.2. Il Comitato CIO v'è dotato di un adeguato* sistema di archiviazione per:

- A. atti della commissione
- B. corrispondenza
- C. protocolli operativi
- D. deliberazioni aziendali
- E. normative (regionali, nazionali, europee)

*per *adeguato* si intende presenza dell'archivio e aggiornamento. Gli archivi a, c, e, sono ritenuti rilevanti.

5.3. Sono impiegati "media" per la circolazione delle informazioni (es. bacheca e/o fogli informativi interni, etc.).

5.4. Il verbale delle riunioni è trasmesso alla Direzione Aziendale.

Le indicazioni del Comitato sono portate a conoscenza delle aree Dipartimentali. La relazione è portata a conoscenza degli operatori delle Aree Dipartimentali, del Consiglio dei Sanitari, delle persone responsabili delle attività di valutazione della qualità della assistenza nel Policlinico.

È redatta la relazione annuale sullo stato/attività del Comitato che è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati.

5.5. La relazione annuale sullo stato/attività del Comitato contiene informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati, sui problemi aperti e sui problemi prioritari da affrontare (in particolar modo dati di mortalità/morbidità con i relativi impatti economici)
La relazione deve comprendere i metodi di sorveglianza adottati, i dati relativi all'impatto delle infezioni sull'esito del ricovero, i risultati degli studi condotti (se effettuati), i risultati delle attività di sorveglianza (le decisioni stabilite dal Comitato), l'attività formativa, le modificazioni significative delle politiche e delle procedure assistenziali, la situazione delle infezioni insorte nel personale, etc.

5.6. E' predisposta una forma di registrazione (cartacea, o computerizzata) della comunicazione di infezione ospedaliera, archiviata ed accessibile.

5.7. Sono definite procedure scritte che descrivono il tipo di sorveglianza stabilita per rivelare i tassi, i rischi ed i trends delle IO, i metodi adottati per raccogliere ed analizzare i dati, l'uso di indicatori epidemiologicamente importanti per l'organizzazione.

5.8. L'attività di sorveglianza si basa

- sorveglianza estesa a tutto l'ospedale
- sorveglianza mirata a specifici problemi/priorità
- sorveglianza orientata in risposta ad una epidemia

5.9. Per le Unità Operative è prevista la notifica di infezione ospedaliera alla Direzione Sanitaria, che prevede specifiche informazioni.

Sono definite e documentate le procedure per garantire la confidenzialità delle informazioni gestite.

5.10. Esiste un responsabile del sistema informativo del Comitato CIO.

5.11. L'organizzazione paragona i suoi risultati di controllo con quelli di altre strutture tramite l'uso di database paragonabili.

A tale scopo sono stabiliti rapporti con Aziende USL e Ospedaliere, Istituto Superiore della Sanità, I.R.C.S.S., etc..

Procedure specifiche tecniche

6.1. Sono formulati per iscritto e verificati nel tempo linee-guida di comportamento pratico e protocolli sugli aspetti diagnostico-terapeutici, medico-legali, di igiene e profilassi, gestionali-organizzativi, al fine di adottare le decisioni più appropriate nella gestione del controllo e sorveglianza delle IO. Essi sono corredati di nome degli autori e di data dell'ultima revisione

	presenza		nome autori		data revisione	
	si	no	si	no	si	no
LINEE-GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE						
assistenza respiratoria	•	•	•	•	•	•
cateterismo vescicole	•	•	•	•	•	•
chemioprolassi chirurgica	•	•	•	•	•	•
Dialisi	•	•	•	•	•	•
gestione delle ferite e delle stomie	•	•	•	•	•	•
piaghe da decubito	•	•	•	•	•	•
procedure chirurgiche	•	•	•	•	•	•
procedure da adottare dopo la morte	•	•	•	•	•	•
procedure neonatali	•	•	•	•	•	•
procedure ostetriche	•	•	•	•	•	•
procedure sull'apparato gastrointestinale	•	•	•	•	•	•
raccolta campioni di sangue e altri liquidi biologici	•	•	•	•	•	•
tecniche endovenose e dispositivi intravascolari	•	•	•	•	•	•
terapia antibiotica della sepsi	•	•	•	•	•	•
trattamento delle ustioni	•	•	•	•	•	•
LINEE-GUIDA MEDICO-LEGALI						
malattie soggette a notifica	•	•	•	•	•	•
LINEE-GUIDA DI IGIENE E PROFILASSI						
asepsi chirurgica	•	•	•	•	•	•
sterilizzazione e disinfezione	•	•	•	•	•	•
Tempi di conservazione dei materiali sterili	•	•	•	•	•	•
riuso delle attrezzature monouso	•	•	•	•	•	•
manutenzione e monitoraggio delle attrezzature sterili	•	•	•	•	•	•
chemioprolassi dopo esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari	•	•	•	•	•	•
decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione degli strumenti ed accessori (tempi di conservazione dei materiali sterili)	•	•	•	•	•	•
esposizione a sangue potenzialmente infetto	•	•	•	•	•	•
indicazioni e modalità d'esecuzione delle vaccinazioni	•	•	•	•	•	•
lavaggio delle mani	•	•	•	•	•	•
misure di isolamento	•	•	•	•	•	•
1. isolamento specifico per categoria	•	•	•	•	•	•
2. specifico per malattia	•	•	•	•	•	•
misure preventive delle IVU	•	•	•	•	•	•
modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamenti	•	•	•	•	•	•
nutrizione entrale	•	•	•	•	•	•
procedure di prevenzione e controllo delle infezioni	•	•	•	•	•	•

trasmissibili per via ematica	•	•	•	•	•	•
pulizia (procedure e prodotti) degli ambienti	•	•	•	•	•	•
trattamento degli endoscopi	•	•	•	•	•	•
LINEE-GUIDA GESTIONALI ED ORGANIZZATIVE						
rifiuti sanitari - diminuzione dell'impatto dell'ospedale sull'ambiente (diminuzione del mercurio, della plastica)	•	•	•	•	•	•
preparazione pre-operatoria del paziente	•	•	•	•	•	•
sorveglianza delle IO nelle unità di terapia intensiva	•	•	•	•	•	•
abbigliamento del personale chirurgico e anestesisti	•	•	•	•	•	•
metodi per il controllo del traffico nelle aree chirurgiche e critiche	•	•	•	•	•	•
sorveglianza delle resistenze e del consumo degli antibiotici	•	•	•	•	•	•
valutazione di nuovi prodotti/presidi (disinfettanti, guanti)	•	•	•	•	•	•
lavanderia (adeguata raccolta e fornitura biancheria pulita), scelta di camici e teleria	•	•	•	•	•	•
modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria	•	•	•	•	•	•

6.2. I protocolli/linee guida devono essere facilmente accessibili, il personale è coinvolto nella elaborazione dei protocolli/linee guida.

6.3. È prevista periodicamente una verifica della corretta esecuzione delle principali procedure per il controllo delle IO ed in caso di tassi di ricorrenza anomali o di eventi sentinella.

7. Integrazione del programma di controllo delle IO con la Quality Management

7.1. Nella carta dei servizi della Azienda è prevista informazione del Comitato CIO, dei relativi obiettivi ed indicatori utilizzati che delineano le politiche/strategie di qualità del Comitato CIO.

I progetti di valutazione e miglioramento della qualità prevedono: identificazione di un problema - definizione di criteri e livelli sogli di qualità - progettazione ed effettuazione dell'intervento procedurale - valutazione a breve e medio termine dell'intervento - diffusione dei risultati ottenuti a tutti gli interessati.

Il piano è integrato in quello generale dei livelli organizzativi sovraordinati.

7.2. Il controllo delle IO è integrato con il programma di Valutazione e miglioramento della Qualità.

7.3. È formalmente nominato, tra il personale dirigente sanitario del Comitato CIO/nucleo operativo, un responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

7.4. Sono documentati i cambiamenti (organizzativi, procedurali, etc.) derivati dalla attività di miglioramento della qualità.