



---

## COMITATO DI REDAZIONE

**DIRETTORE:** MARIA MONGARDI

**COMITATO DI REDAZIONE:** ANGELA BATTISTINI

DANIELA BENDANTI

ORNELLA CAMPANELLA

CHIARA FOÀ

SILVIA GONELLA

TIZIANA LAZZAROTTO

CARLO TASCINI

MILKO ZANINI

**COORDINAMENTO (EDITING E IMPAGINAZIONE):** BARBARA PALTRINIERI

---

### **ORIENTAMENTI N.4 – DICEMBRE 2019**

© ANIPIO 2019. Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Disponibile on line all'indirizzo: **<http://www.anipio.it>**

## Sommario

<b>Editoriale</b>	4
<b>Sintesi dei contributi scientifici e messaggi chiave delle sessioni plenarie</b>	5
<b>Point ANIPIO - Laboratorio</b>	14
<b>Sintesi dei contributi scientifici e messaggi chiave delle sessioni parallele</b>	15
Lista degli acronimi	20

## Il nuovo Consiglio Direttivo ANIPIO 2019-2022

Il 7 dicembre 2019 il nuovo Consiglio direttivo ha nominato le cariche istituzionali. I Soci della Società scientifica hanno votato i membri del Consiglio e dell'Organo di controllo per il triennio 2019-2022 in occasione dell'Assemblea ordinaria del 23 novembre 2019.

Sono stati riconfermati alla guida di ANIPIO la Presidente, Maria Mongardi e la Vice-presidente, Mariantonietta Pompeo. Riconferma anche per la Tesoreria con Caterina Masia. Mentre per il prossimo triennio la Segreteria sarà curata da Maria Rosaria Esposito.

Nella foto, da sinistra, Maria Rosaria Esposito, Caterina Masia, Mariantonietta Pompeo, Catia Bedosti, Davide Brodesco, Gaetano Ciliento, in basso, Rosaria Palermo e Maria Mongardi.



# Editoriale

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



Così anche il 2019 è giunto alla fine. Un anno intenso di attività e sfide per ANIPIO, che ha visto negli ultimi mesi la realizzazione del nostro XI Congresso Nazionale e la nomina del nuovo Consiglio Direttivo per il triennio 2019-2022 (vedi pagina 3). Si apre, dunque, un nuovo ciclo a cui attendono scelte strategiche per la crescita della nostra Società Scientifica, peraltro anticipate anche nelle intense giornate del Congresso.

Congresso che è stato un vero successo: 78 relatori, 2 sessioni plenarie, 11 sessioni parallele con 50 interventi, 2 laboratori didattici, 14 aziende commerciali e circa 350 partecipanti all'evento. Questo solo per citare alcuni numeri dell'evento tenutosi a Roma il 18 e il 19 ottobre scorsi e che ha permesso il confronto con gli esperti, un test interattivo con la platea, un interessante *elevator pitch*, la premiazione dei poster, delle migliori idee innovative e della migliori tesi di master. Numerosa è stata la partecipazione e colgo l'occasione di scusarmi con i partecipanti che non sono riusciti a trovare un posto a sedere e per ringraziare tutti i relatori, i membri del Comitato Scientifico e del Comitato Organizzativo.

Graditissimo inoltre il *Laboratorio*, dove sono state simulate alcune buone pratiche, a partire dall'igiene delle mani, e il *Point Anipio*, un'occasione di incontro e scambio di esperienze, necessità e proposte di collaborazione *sull'infection control*. Fra i tanti temi trattati, la *leadership*, il ruolo delle Direzioni Aziendali nel controllo delle infezioni, il *pitch elevator*, una modalità di intervenire come relatore estremamente sintetica, riportando il proprio punto di vista, i punti di forza e di debolezza.

Questo numero speciale di Orientamenti è completamente dedicato al Congresso: trovate la sintesi dei messaggi chiave delle relazioni trattate e nel nostro sito web tutte le presentazioni dei relatori (che hanno dato la liberatoria per la pubblicazione).

Vorrei ricordare l'importanza di rinnovare l'iscrizione ANIPIO per l'anno 2020 o per il prossimo triennio, un segno importante per sostenere e far crescere la nostra Società scientifica: non ha un valore finanziario bensì di appartenenza a un gruppo di professionisti, il cui collante è la prevenzione, il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza. È una grande opportunità per partecipare e migliorare la sicurezza delle cure. Ricordate dunque di iscrivervi!

Infine i miei migliori auguri di un felice 2020, un augurio rivolto alla vostra salute e dei vostri cari e alla realizzazione dei vostri sogni professionali.



# Sintesi dei contributi scientifici e messaggi chiave delle sessioni plenarie

*Sintesi a cura di Palermo R.*

L'XI Congresso Nazionale ANIPIO ha visto coinvolti ben 80 relatori, di grande spessore, provenienti da tutte le Regioni d'Italia.

L'obiettivo del Congresso, pienamente raggiunto, è stato quello di approfondire il tema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) partendo dalle tematiche più scottanti in termini di impatto epidemiologico. Le sessioni plenarie si sono svolte nei giorni 18 mattina e 19 pomeriggio, per lasciar spazio nel resto delle due giornate agli approfondimenti sugli strumenti innovativi di governance delle ICA e su come migliorare la sicurezza delle cure.

L'apertura dei lavori è stata affidata al Presidente ANIPIO, Maria Mongardi, che ha moderato la sessione assieme al a Milko Zanini, dell'Università degli Studi di Genova.

## ICA, l'Europa allo specchio: *lectio magistralis*

*Elena Carrara, Università degli Studi di Verona*

1 - I dati dello Studio di Prevalenza Europeo dell'ECDC – PPS 2016/2017, pongono l'Italia al 5° posto in Europa (UE), dopo Grecia, Portogallo, Finlandia e Cipro, per prevalenza di ICA. Prevalenza ICA Italia 8% (13500 paz/die). Prevalenza media EU 6.5% (98000 paz/die).

2 – Tipo di ICA – ECDC PPS 2016/2017

- Polmoniti 21,4%
- Infezioni del tratto urinario 18,9%
- Infezioni del sito chirurgico 18,3%
- Batteriemie 10,8%
- Altre infezioni

3 – Non c'è *Infection Control* senza una appropriata sorveglianza

4 – Leadership e responsabilità. E' da preferire l'approccio dall'alto? Uno studio condotto in Gran Bretagna, sulla partecipazione alla Campagna Globale "*Clean your hands campaign*", tra il 2004-2008, ha dimostrato che l'approvvigionamento di molecola idroalcolica è stato associato alla riduzione dei tassi di MRSA, BSI e *C. difficile*.

5 – Conoscere le Linee Guida e farle rispettare.

6 – Utilizzare un approccio multimodale per ridurre le ICA, insistere, utilizzare un linguaggio semplice e comprensibile per tutti e convincente.

7 – Dare l'esempio e non smettere mai di studiare.



## Sorveglianza dei batteri resistenti agli antibiotici (MDRO)

Annalisa Pantosti – Istituto Superiore di Sanità

Diversi studi confermano che l'Italia è al primo posto tra i Paesi dell'EU per resistenza antimicrobica ai batteri. Da questo nasce il PNCAR (Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza) i cui capisaldi sono:

- Sorveglianza AMR
- Sorveglianza delle ICA
- Sorveglianza del consumo degli antibiotici
- Residui antibiotici
- Prevenzione delle ICA
- Prevenzione delle malattie infettive e delle zoonosi
- Uso corretto e prudente degli antibiotici
- Comunicazione
- Formazione
- Ricerca e sviluppo

Il 24 gennaio del 2019 è stata emanata una Circolare del Ministero della salute (AR-ISS) – Sistema di sorveglianza sentinella dell'antibiotico-resistenza i cui obiettivi sono:

- Coinvolgimento delle Regioni nella Sorveglianza
- Miglioramento della qualità dei dati, inclusi i dati anagrafici e delle strutture
- Miglioramento della trasmissione dei dati
- Inserimento delle reti Regionali esistenti
- Stimoli alle altre Regioni ad organizzare reti di sorveglianza AMR.

Patogeni sotto sorveglianza (solo infezioni invasive – sangue o liquor):

- Staphylococcus aureus
- Streptococcus pneumoniae
- Enterococcus faecium
- Enterococcus faecalis
- Escherichia coli
- Klebsiella pneumoniae
- Pseudomonas aeruginosa
- Acinetobacter baumannii group.

Lo studio di prevalenza italiano sulle Infezioni Correlate all'Assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC:

- 56 ospedali coinvolti
- 19 Regioni
- 14773 pazienti arruolati
- Monitorare e chiarire l'epidemiologia per stabilire priorità, politiche e strategie.
- Documentare l'impatto di un intervento, seguire i progressi verso un dato obiettivo (ad es. indicatori PNCAR).



## Contributo di Slow Medicine nell'Infection Control

Paola Arcadi – Università degli Studi di Milano

Le parole chiave per una cura "slow":

- Sobria
- Fare di più non vuol dire fare meglio, che implica la capacità di agire con moderazione
- Rispettosa
- Valori aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili
- Giusta
- Cure appropriate di buona qualità per tutti.

La standardizzazione, dunque, come principio cardine della cura senza intaccare la personalizzazione dell'assistenza.

Le strategie di *Infection Control* chiamano in causa l'identità professionale e la relazione tra professionisti.

Le mancate cure sono una faccia della medaglia che va ad incidere sulle ICA, così come la "fastizzazione" del tempo della cura.



## Antibiotico-resistenza in Italia: i problemi di oggi e le soluzioni per il domani

Carlo Tascini – Direttore Prima divisione Malattie Infettive, Ospedale Cotugno



Partendo dai dati sul consumo di antibiotici in Europa ci si chiede quali siano gli indicatori a cui fare riferimento per calcolare i decessi per sepsi e nello specifico per sepsi da MRSA, ESBL, AmpC, da KPC, da NDM e se siamo pronti a contrastare il fenomeno nel modo giusto. Lo screening per le Carbapenemasi In un contesto di KPC lo screening per le carbapenemasi diventa fondamentale per la gestione delle epidemie e dei nuovi farmaci. Da qui la raccomandazione del Ministero della Salute per l'implementazione delle batteriemie da Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae resistenti ai carbapenemici, nei pazienti a rischio o che sono stati già colonizzati/infetti o che provengono da zone endemiche. Nuovi antibiotici vengono utilizzati per contrastare queste infezioni, tra cui Ceftazidime Avibactam sfruttando il sinergismo con Meropenem e Gentamicina. Un sinergismo testato è anche quello tra Cazavi e Aztreonam contro Klebsiella metallo enzima e Ceftazidime ed Aztreonam da soli. Un farmaco in fase di studio è Aztreonam e Avibactam.

**Conclusioni.** Le regole della valutazione degli Ospedali devono cambiare. Bisogna curare lo staff sanitario e l'occupazione dei letti. Terapie innovative per germi MDR. Documentare l'impatto di un intervento, seguire i progressi verso un dato obiettivo (ad es. indicatori PNCAR).

## Leadership nell'attività di programmazione, prevenzione e controllo del rischio infettivo

Marcello Montomoli, Professional Coach – AUSL Toscana Sud Est, Siena



La leadership è un processo sociale di influenza finalizzato al raggiungimento di obiettivi o risultati. Troppe organizzazioni che non funzionano sono "over-managed" e "under led". Si è passati da un approccio paternalistico ad un approccio centrato sul paziente ad un ultimo approccio in cui il paziente supporta i professionisti. Si sovverte la piramide nelle Aziende Sanitarie, la base posta in alto dove sta il paziente, a scendere troveremo il personale di *front-line*, i supervisori e il Management intermedio e, per finire, i vertici aziendali. Vi sono diversi livelli di leadership:

- Leader strategico
- Leader operativo
- Leader di team

Per quanto riguarda le misure di prevenzione delle ICA, queste prevedono:

- Prevenzione e controllo delle infezioni, compreso: l'igiene delle mani, lo screening per i portatori/pazienti potenzialmente infetti da batteri multiresistenti, l'isolamento dei pazienti infetti o portatori;
- Programma di gestione degli antibiotici;
- Formazione del personale sanitario;
- Educazione e formazione dei pazienti;
- Sorveglianza delle ICA a livello locale e nazionale;
- Miglioramento del supporto da parte dei laboratori di microbiologia e nelle strutture di lungodegenza.

I contesti applicativi della leadership possono esprimersi a tutti i livelli. Infatti potremo avere:

- Leadership di sè stessi (*self-leadership*)
- Leadership individuale (*one-on-one leadership*)
- Leadership di Team
- Leadership a livello di U.O. e Dipartimenti
- Leadership a livello di intera organizzazione
- Alcune aree tematiche catturano la vera essenza della Leadership:
- La visione
- La creazione di una cultura di valori condivisi
- La pianificazione di una strategia e la sua attuazione
- L'empowerment ed engagement delle persone
- L'influenza, la capacità di motivazione ed ispirazione
- La capacità di percepire i limiti della propria cultura e continuare a svilupparle (sviluppo personale continuo).

La Leadership, dunque, passa attraverso l'espressione di comportamenti personali che sono:

- Etica
- Empatia
- Entusiasmo
- Resistenza
- Resilienza
- Capacità e coraggio di assumersi rischi.

Nella prevenzione del rischio infettivo lo stile di Leadership votato all'engagement fa sì che tutti siano responsabili e possano fare la loro parte per affrontare queste minacce per la salute umana, pazienti, medici, infermieri, farmacisti, ecc..

In tutto questo approccio alla complessità, ci dà una mano il *Coaching*, che secondo la "*International Coaching Federation*" è "una partnership con i clienti che, attraverso un processo creativo, stimola la riflessione, ispirandoli a massimizzare il proprio potenziale personale e professionale".

Performance, che cosa abbiamo imparato dal mondo dello sport e del business. L'elemento che maggiormente determina l'interesse ed il successo crescente del *Coaching* è il suo essere un processo orientato all'azione e al perseguimento di obiettivi e risultati, la sanità ne rappresenta pertanto un ambito privilegiato di espansione.

---

## Social network, social media e app per la comunicazione dell'Infection Control

*Eugenio Santoro, IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - Milano*



La medicina e la sanità trovano nuove opportunità di partecipazione non solo per i professionisti, ma anche per pazienti e familiari. La penetrazione di internet e dei nuovi media in Italia è sempre più crescente. I dati ci dicono che gli italiani (circa il 75% degli internauti) sono iscritti a Facebook, a seguire gli altri social. Più della metà inoltre si collega per avere informazioni sulla propria salute.

Emerge che, tuttavia, i social e le App sono strumenti poco usati in Italia per comunicare/promuovere la salute. Esistono poche evidenze di maggiore efficacia di questi strumenti rispetto a quelli tradizionali per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la loro gestione.

Sono necessarie solide sperimentazioni cliniche randomizzate per misurare l'efficacia dei social. Ospedali, ASL dovrebbero nel frattempo prendere in considerazione il loro impiego.

## Elevator Pitch

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Antonio Gutierrez, ha imposto in una in una delle riunioni che ognuno dei partecipanti parlasse non più di 3 minuti. Ma quando parliamo di *Elevator Pitch*, di cosa parliamo esattamente? La sfida posta, durante il Congresso, consiste nel comunicare un'idea, un concetto puntando direttamente ai contenuti più rilevanti e caratterizzanti. L'obiettivo è consentire a chiunque di comprendere il concetto, il tutto in un lasso di tempo ristretto che può andare dai 15 secondi ai 2 minuti, ossia il tempo necessario per percorrere svariati piani in ascensore.

Diversi relatori hanno partecipato all'*Elevator Pitch*, in cui sono stati concessi 6 minuti. Di seguito i messaggi chiave emersi da ogni relazione.



<p><b>Giovanni Mutillo</b>  <i>Dirigente Professioni Sanitarie,          ASL Teramo</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b>          Priorità etica e culturale          La nascita del Sistema SPINCAR porta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definire lo stato attuale delle misure applicate all'antibiogramma e a monitorarne i risultati</li> <li>• Portare entro marzo 2021 le percentuali in linea con quelle dei Paesi Europei più virtuosi</li> <li>• Dare la consapevolezza nei cittadini dell'importanza dell'uso appropriato degli antibiotici</li> <li>• Mappare le pratiche cliniche per realizzare un vero <i>patient engagement</i></li> </ul>
<p><b>Susanna Sodo,</b>  <i>Dirigente Infermieristico,          Policlinico Umberto I - Roma</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b>          Lavorare in un sistema complesso richiede di rivedere i punti di debolezza/rischi che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabilità dei processi</li> <li>• Alto grado di innovazione</li> <li>• Elevata frequenza di emergenze</li> <li>• Incertezza della pratica clinica</li> <li>• Vulnerabilità dei pazienti</li> </ul> <p>E focalizzarsi anche sui punti di forza che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership, mandato e accountability</li> <li>• Coinvolgimento attivo</li> <li>• Monitoraggio e feedback</li> <li>• Team multi-disciplinare</li> <li>• Formazione</li> </ul> <p>Tutto questo si governa attraverso un sistema di sorveglianza. Contrastare le ICA e misurare gli <i>outcome</i> infermieristici.</p>

<p><b>Tonino Aceti</b> <i>Portavoce FNOPI</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b> - Circolare Ministero della Salute n. 52 del 1985 “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere” - Importanza della mappatura degli ISRI in Italia e stato dell’arte</p>
<p><b>Simona Aurelia Bellometti</b> <i>Regione Veneto</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b> - Piano Nazionale di Contrasto dell’antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017/2020 e come lo si è delineato in Regione Veneto. <u>Che cosa manca:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione degli operatori</li> <li>• Carenza di responsabilità</li> <li>• Mancanza di risorse umane e finanziarie a livello nazionale e regionale</li> <li>• Mancata consapevolezza del rischio dei cittadini</li> </ul> <p><u>Che cosa già c’è:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stretta collaborazione tra istituzioni</li> <li>• Circolari, documenti tecnici/raccomandazioni</li> <li>• Sorveglianza del fenomeno e monitoraggio del consumo di antibiotici</li> <li>• Controllo della diffusione e della tipologia di infezioni</li> </ul>
<p><b>Tiziana Frittelli</b> <i>Policlinico Tor Vergata - Roma</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b> Sono state affrontate le tematiche del rischio infettivo, tenendo conto della complessità del tema e di come affrontarle in una grande Azienda Ospedaliera Universitaria</p>
<p><b>Serenella Mennilli</b> <i>Consigliere Nazionale CID Italia</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b> Opportunità/Ostacoli <u>Il sapere si declina attraverso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca</li> <li>• Dati</li> <li>• Formazione</li> <li>• Qualità</li> </ul> <p><u>Il saper fare si poggia su:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelte su modelli assistenziali</li> <li>• Scelte su politiche sanitarie</li> <li>• Scelte sui professionisti</li> <li>• Scelte nella formazione</li> <li>• Avere coraggio</li> <li>• Coinvolgimento cittadini/utenti</li> </ul> <p><u>Il saper essere passa attraverso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipartimento delle Professioni sanitarie</li> <li>• Accredimento</li> <li>• CCNL</li> <li>• Incarico</li> </ul>
<p><b>Monica Scateni</b> <i>Dirigente delle Professioni Sanitarie, Azienda Universitaria Pisana - Pisa</i></p>	<p><b>KEY POINTS</b> Per contrastare le ICA bisogna partire da un livello base di attenzione che volga lo sguardo verso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La quotidianità per garantire Standard elevati</li> <li>• La multidisciplinarietà e la multiprofessionalità</li> <li>• Le campagne informative</li> <li>• I Coordinatori infermieristici</li> <li>• Superare le occasionalità</li> <li>• I modelli organizzativi e i professionisti</li> </ul>

L'XI Congresso Nazionale ANIPIO si conclude con la sessione plenaria del pomeriggio del 19 ottobre 2019. La seduta viene moderata dal Vicepresidente ANIPIO, Maria Antonietta Pompeo e da Alessandro Sili, Dirigente Professioni Sanitarie, Policlinico Tor Vergata, Roma.

## Piano Nazionale Contrasto Antibiotico resistenza e ICA, un problema da affrontare

*Stefania Iannazzo, Ministero della Salute*



Le ICA sono una minaccia per la sicurezza dei pazienti in Europa ed è per questo che merita attenzione da parte di clinici e manager.

### I dati

In un giorno, in Europa, 1 su 15 pazienti ricoverati in ospedale ha almeno un ICA e 98000 pazienti hanno almeno un ICA. Circa 1/3 dei batteri sono resistenti agli antibiotici. Il 75% delle infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è rappresentato da ICA. 2 facce della stessa medaglia.

Nel 2015, in EU ed EEA, 671689 casi di infezioni antibiotico resistenti.

L'Italia è prima come numero assoluto di infezioni antibiotico-resistenti, due terzi dei quali si verifica in setting assistenziali.

Sempre nello stesso anno (2015) in EU e EEA, 33180 decessi attribuibili a AMR e anche in questo caso l'Italia è in cima alla classifica per numero assoluto di decessi attribuibili all'AMR.

Il processo di prevenzione e controllo delle ICA e dell'AMR deve essere caratterizzato da QUALITA' e richiede specifici requisiti:

- Capacità di prevedere
- Trasparenza
- Sistemi informativi informatizzati
- Condivisione delle informazioni
- Fluidità delle comunicazioni
- Protocolli
- Target e obiettivi
- Indicatori di processo e di esito.

Il contesto normativo va dalle due Circolari Ministeriali (n. 52/1985 – n. 8/1988) fino alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017.

Nel 2017 vede la luce il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017/2020, un documento di indirizzo coordinato per il contrasto dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale.

Gli ambiti di intervento nella lotta all'AMR inclusi nel PNCAR sono:

- Prevenzione
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza territoriale
- Politiche del farmaco
- Uso dei dispositivi medici
- Rischio clinico
- Risorse umane
- Ricerca.

Vi è quindi la necessità di un'azione coordinata e multidisciplinare in Italia per:

- Un approccio compatibile con le iniziative internazionali
- Potenziare quanto esiste
- Coordinare le iniziative a livello nazionale
- Trasformare le buone pratiche locali in buone pratiche nazionali
- Coinvolgere tutti gli stakeholder, inclusi i cittadini.

Molte delle azioni previste dal PNCAR competono e hanno impatto sul livello locale e in particolare quelle che concernono alla prevenzione delle infezioni, alla sorveglianza e alla formazione.

A livello regionale è previsto vi sia un:

- Referente regionale per il contrasto all'AMR
- Gruppo tecnico regionale
- Rapporti annuali di monitoraggio
- Documento regionale annuale di individuazione delle azioni efficaci
- Procedure di accreditamento regionali.

Diverse le azioni in corso per contrastare il fenomeno, tra cui l'individuazione di ambiti prioritari per la predisposizione di LG e Raccomandazioni e l'avvio collaborazione con SNLG su "Uso appropriato AB" e "Prevenzione ICA" e lo sviluppo di attività di formazione anche attraverso la piattaforma FAD online.

Inoltre vi è un programma CCM 2018 AC "SPiNCAR" per il supporto alle Regioni nella realizzazione del PNCAR. La lotta all'AMR ha un valore etico e sociale

## Prospettive future dell'Infection Control, il punto di vista di ANIPIO

*Maria Mongardi, Servizio Assistenza Ospedaliera, Regione Emilia Romagna – Presidente ANIPIO*



PNCAR, un continuum con le prospettive future di ANIPIO.

I programmi di intervento di *stewardship* ATB portano risultati concreti, diminuiscono le prescrizioni inappropriate, le spese, le ICA, la durata della degenza o la mortalità.

I 10 punti su cui lavora ANIPIO:

- La ricerca
- Le modalità organizzative dell'assistenza, i carichi di lavoro, il clima organizzativo
- Le buone pratiche *evidence based*
- L'adesione alle buone pratiche
- Le *missed care* e gli esiti sensibili alle cure infermieristiche
- La leadership infermieristica
- Le politiche e la struttura organizzativa dell'*Infection Control*
- La formazione di base, post-base e la *life-long learning*
- L'informazione ai cittadini e alle persone assistite
- Le reti nazionali ed europee sull'*Infection Control*.

Si deve puntare l'attenzione ai contesti e alle modalità organizzative, alla demotivazione dei professionisti, alla leadership dei professionisti infermieri di clinica e specialisti del rischio infettivo.

E' necessario migliorare la comunicazione tra professionisti, la consapevolezza dell'*Infection Control*, la cultura del rischio, la struttura organizzativa e il coinvolgimento del cittadino sui temi "caldi" delle nostre organizzazioni.

Bisogna inoltre comprendere e affrontare le sfide del lavoro infermieristico specifico. La prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria è una azione di sanità pubblica.

Le ICA si possono prevenire. Anche le migliori strutture sanitarie possono fare di più per prevenirle.

Sono presenti opportunità e ostacoli, tra questi ultimi vi sono quelli riconducibili ai professionisti dell'*Infection control* e l'evoluzione del loro ruolo e quelli riconducibili alla struttura organizzativa dell'*Infection Control* nelle Aziende Sanitarie.

Purtroppo i dati estrapolati dallo Studio di prevalenza delle ICA negli ospedali per acuti, 2016/2017 ci restituiscono uno scenario non del tutto corrispondente al vero, per quel che riguarda il numero di Infermieri e medici dedicati a tempo pieno o a tempo parziale all'attività di *Infection Control*.

Il ruolo dei professionisti che si occupano di *Infection Control* sta evolvendo o deve evolvere per rispondere alle minacce infettive dei nostri tempi.

E' aumentata la responsabilità e c'è bisogno di formazione soprattutto tra gli infermieri di clinica.

Gli infermieri di clinica quanto conoscono delle loro funzioni rispetto all'*Antimicrobial Stewardship*?

Occorre fare rete, creare delle squadre di professionisti che si occupino di *Infection Control*, occorre risvegliare il nostro orgoglio professionale. Occorre essere protagonisti del cambiamento, del miglioramento per salvare vite umane.

---

## La formazione

*Daniela D'Angelo, RN-PhD, CNEC (Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica e la sicurezza delle cure), ISS - Roma*



Nell'ultimo decennio il sistema universitario in Italia ha visto il susseguirsi di varie fasi di riforme con l'obiettivo di rendere la struttura, l'organizzazione e gli ordinamenti universitari sempre più rispondenti ad esigenze di efficace collegamento con i vari settori del lavoro, in armonia con le direttive politiche comunitarie.

La formazione deve avere un ruolo importante nell'evoluzione delle competenze infermieristiche, infatti avere degli infermieri con competenze specialistiche migliora gli *outcome* di salute per i pazienti e incide su:

- Mortalità
- Aderenza ai trattamenti
- Sintomatologia
- Ri-ospedalizzazioni -> durata della degenza -> costi sanitari
- Soddisfazione.

La formazione ha un ruolo anche nello sviluppo delle Linee Guida e in questo campo è fondamentale la presenza del Dottore di ricerca, che è colui che ha acquisito competenze specifiche nel campo della ricerca applicata alle Scienze Infermieristiche da mettere a disposizione della comunità scientifica nazionale ed internazionale.

In conclusione il sistema di formazione universitaria come base e sostegno di una cultura "*evidence based*" trasparente ed in grado di valorizzare le diverse parti coinvolte.

## Point ANIPIO

Tra i numerosi stand commerciali, una opportunità per prendere conoscenza delle nuove tecnologie, devices ed altro, era presente il POINT ANIPIO presidiato da componenti del Consiglio Direttivo, in particolare dalle colleghe Lorenza Camponovo e Carmela Lupo alle quali vanno rivolti sentiti ringraziamenti.

Grande Affluenza al Point ANIPIO: è stata un' importante opportunità di incontro-confronto con numerosi professionisti, scambio di esperienze, raccolta di quesiti e numerose conoscenze di colleghi provenienti da varie Regioni e iscrizioni ANIPIO.

Lo stand era ricco di materiale sull'igiene delle mani, sulla stewardship antimicrobica ,alcuni articoli della nostra rivista e vari gadget ANIPIO.



## Laboratorio didattico



L'idea di un laboratorio didattico nasce in seguito all'esigenza espressa da molti operatori sanitari di acquisire delle competenze pratiche, sia in ambito clinico, che in ambito formativo, attraverso delle simulazioni. Questo tipo di apprendimento può essere la via per sviluppare le conoscenze, le abilità e le attitudini degli operatori sanitari.

Un gruppo di infermieri (Marta Polonio, Giulia Moretti, Maria Cristina Manzolini, Maria Immacolata Tundo, Veruska Vicino), coordinati da due componenti del Direttivo ANIPIO (Davide Brodusco e Rosaria Palermo) si sono avvicendati nelle 5 postazioni allestite ai margini dell'XI Congresso Nazionale ANIPIO.

Grazie a particolari devices (box pedagogici per l'igiene delle mani, manichini, colori idrolavabili) hanno mostrato ai colleghi come e perché è importante lavarsi bene le mani, come gestire e fare la medicazione di un catetere venoso centrale, come indossare e rimuovere i dispositivi di protezione individuale, come eseguire un'emocoltura e per finire come implementare le buone pratiche, fra cui il lavaggio delle mani stesso. Tutto questo, inoltre è stato realizzato attraverso un tipo di formazione ludica, grazie anche all'uso del cacao o di colori idrolavabili, che ha permesso di imparare divertendosi.



# Sintesi dei contributi scientifici e messaggi chiave delle sessioni parallele

*Sintesi a cura di Campanella O.*

Le sessioni parallele si sono svolte nelle giornate di venerdì 18 e sabato 19 Ottobre riscontrando moltissimo interesse da parte dei partecipanti che hanno potuto scegliere così le tematiche di maggiore interesse per la propria area lavorativa di pertinenza. Questi i messaggi chiave emersi dai numerosi contributi che sono stati presentati durante la sessione plenaria del sabato per consentire a tutti gli intervenuti di cogliere elementi importanti che è possibile tradurre nella pratica clinica e contestualizzare nella propria realtà territoriale.



## Accessi vascolari

<p><i>Evoluzione e appropriatezza</i></p>	<p>Appropriatezza nella scelta-link ed app che propone un algoritmo verso un accesso appropriato al paziente.                      Acronimo DIVA per la difficoltà nell'accesso centrale.                      Strumento appropriato ma deve essere appropriata anche la scelta dell'<i>exit-site</i>.</p>
---	--

<i>Complicanze infettive</i>	<p>Allerta per sepsi da ago-cannula: basta un ago cannula per scatenare una sepsi o altra complicanza (ad esempio: fascite necrotizzante)</p> <p>Una pratica funziona solo se la fanno tutti.</p> <p>Non c'è un catetere con un rischio infettivo inferiore rispetto ad un altro: bisogna sfatare le bufale</p> <p>Abbassare le infezioni correlate ai DAV non è possibile se non si considerano anche le risorse dello <i>staffing</i></p> <p>I <i>bundle</i> funzionano se si coinvolgono tutti</p>
<i>Buona pratica</i>	<p>Devono essere considerate le preferenze dei pazienti nella scelta del <i>devices</i>.</p> <p>Integrare i pazienti nel processo decisionale e fare chiarezza sulla scelta del <i>devices</i> più adatto: educazione al paziente prima dell'inserimento e successivamente nella gestione</p> <p>Tracciare nella documentazione le prestazioni effettuate</p> <p>Processo decisionale per la valutazione dell'<i>exit-site</i> e tipo di medicazione rispetto allo score non è sempre standard</p> <p>La consulenza dell'esperto o di chi ha competenze deve essere richiesta particolarmente per chi non gestisce di routine i DAV.</p>
<i>Applicare le "Evidence"</i>	<p>Bisogno di aggiornamento continuo</p> <p>Bisogno di up-grade delle proprie competenze</p>
<i>Fare Network</i>	<p>Tra professionisti</p> <p>Tra organizzazioni</p>
<i>Tracciabilità</i>	<p>Necessari studi e sorveglianza del fenomeno</p> <p>Bisogno documentativo</p>
<i>Innovazione</i>	<p>Di metodo</p> <p>Di tecnologie</p>

## Infezioni in Cardiochirurgia e Dialisi

<i>Prevenzione delle Infezioni sito sternale (SWI)</i>	<p>Le SWI sono ancora un rilevante problema di salute (0-5,5) <i>mean</i> ECDC 2017 2,6%</p> <p>Indispensabile conoscere epidemiologia locale</p> <p>Approccio multimodale e multidisciplinare</p> <p>Valutazione Pre - Intra - Post Op</p> <p>Numerosi <i>Unresolved issues</i>: sono necessari trials randomizzati</p> <p>Iniziare dall'implementazione delle raccomandazioni più forti</p> <p>Grande impatto clinico ed economico delle SWI richiederebbe delle Linee guida specifiche per la Cardiochirurgia</p>
<i>Infezioni in Emodialisi (HD) e Dialisi peritoneale (DP)</i>	<p><i>Lock therapy</i> con citrato, efficace ma in casi selezionati</p> <p>Scelte vincenti: <i>Training</i> HD personale, DP Paziente e familiari</p> <p>Per la DP, analizzare accuratamente contesto sociale e culturale</p> <p>Inadeguato ricorso alla DP in molte strutture sanitarie</p> <p>Rapporto ideale Infermiere/paziente è 1:3</p> <p>Sorveglianza delle CRBSI più difficile (indicatore diverso)</p> <p>Sono 3 i momenti a maggior rischio: Attacco, Stacco, Medicazione</p>

## Igiene ambientale

<p><i>Ambienti e superfici</i></p>	<p>Ruolo considerato troppo spesso marginale e secondario            Alcune superfici e attrezzature sono più a rischio (maggiormente toccate dagli operatori)            Le nuove tecnologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La luce</li> <li>• Metodologia con AEROSOLIZZAZIONE NO TOUCH</li> <li>• Panni umidificati.</li> </ul> <p>Ospedale come SUPER-ORGANISMO con un proprio microbioma “patogeno”.            MICROBIOMA BALANCE: piuttosto che eliminare tutti i microbi, può essere più efficace sostituire i microbi «cattivi» con microbi «buoni», che combattono e rimpiazzano quelli «cattivi».</p> <p>RIDUZIONE GLOBALE: -52.1% ICA</p> <p>Valutare metodi innovativi di pulizia e sanificazione ma in funzione dell’efficacia sull’epidemiologia locale.</p> <p>Formazione continua e specifica, pensare a “pool” dedicati.</p> <p>Formulare proposte economicamente sostenibili.</p> <p>Implementare sistemi di monitoraggio per misurare efficacia delle strategie di sanificazione ambientale.</p> <p>Stesura dei capitolati d’appalto (coinvolgimento Infermiere).</p> <p>Misurabilità dei risultati (indicatori, processo, esito, <i>outcomes</i>, standard).</p> <p>Utilizzo di strumenti condivisi (schede, scale).</p> <p>Audit del controllo infettivo come strumento di cambiamento.</p> <p>Responsabilità dei professionisti infermieri nella gestione nell’igiene dell’ambiente.</p>
------------------------------------	--

## Igiene della persona e degli operatori

<p><i>Igiene paziente</i></p>	<p>Il paziente pulito e mantenuto tale durante la degenza rappresenta una barriera importante per la sua salute e contribuisce al contenimento delle infezioni.            Formazione adeguata del personale infermieristico (non è un argomento marginale).</p> <p>Migliorare la percezione degli operatori che l’igiene della persona contribuisce a prevenire le complicanze infettive e non solo come risposta alla dignità della persona.</p> <p>Utilizzo della Clorexidina da contestualizzare, sempre in base al <i>setting</i> del paziente valutandone anche l’impatto economico.</p> <p>L’approccio dell’<i>oral care</i> nei setting oncologici: valutazione del paziente multi-professionalità</p> <p>No clorexidina</p> <p>Procedure specifiche da implementare con approccio sistematico</p>
<p><i>Igiene operatore sanitario</i></p>	<p>L’igiene dell’operatore sanitario (mani, unghie, gioielli, indumenti, divisa, cellulari) è importante per controllare le fonti di contaminazione, ma per cambiare i comportamenti il professionista deve essere consapevole del rischio.</p>

## Dispositivi medici

<p><i>Catetere vescicale e prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate al device</i></p>	<p>In Italia, dopo il catetere venoso periferico, il catetere vescicale è quello maggiormente utilizzato (28.8% pazienti ricoverati).</p> <p><i>Bundle</i> di prevenzione infermieristico (inserimento, gestione, rimozione) approvati e condivisi da società scientifiche e organismi internazionali.</p> <p>Numerosi protocolli infermieristici di valutazione e rimozione del <i>device</i> di provata efficacia.</p> <p>La prima strategia di prevenzione delle infezioni associate al <i>device</i> è rimuoverlo prima possibile.</p>
---	--

## Pediatria

<p><i>Rischio infettivo in pediatria e AMS</i></p>	<p>Le pediatrie rappresentano il 3° reparto nei quali si prescrivono più antibiotici (dopo terapia Intensiva e neonatologia)          E' stato dimostrato che il <i>caregiver</i> non ha un ruolo determinante in termine di rischio di cross trasmissione intraospedaliera rispetto al personale di assistenza          L'ambiente rappresenta un fattore di rischio importante (es. giocattoli, spazi adeguati)          Raccogliere i dati per studiare i fenomeni locali e conoscere se e dove c'è un problema (Prevalenza e/o Incidenza)          Ratio Infermiere paziente spesso inadeguato          Formazione del personale ma anche dei genitori          Rischio elevato diffusione malattie esantematiche e rotavirus, non solo da MDRO: Misure di prevenzione specifiche per patologia          Numerose esperienze di strategie di formazione e informazione con tecniche "gentili" specie con i <i>caregivers</i>          Controllo della modalità di conservazione e somministrazione latte materno e artificiale          Politiche di AMS mandatorie per pediatria e neonatologie          L'assorbimento di numerosi farmaci (specie gli antimicrobici) in ambito pediatrico è molto diverso rispetto all'adulto → modificare modalità, via e tempi di somministrazione          Eseguire Tamponi di sorveglianza          La riduzione delle infezioni come obiettivo aziendale</p>
<p><i>Prevenzione infezioni accessi vascolari in pediatria</i></p>	<p>Le sepsi catetere correlate rappresentano l'infezione prevalente in ambito pediatrico e neonatale          Bundle consolidati dalle società scientifiche anche in ambito pediatrico e neonatale (numerosi studi di provata efficacia)          Tendere all'obiettivo "targeting zero"          Ridurre le manipolazioni del device          Scelta del dispositivo giusto in base alle necessità cliniche del paziente (es. peso, neonato, lattante)</p>

## Antimicrobial stewardship

<p><i>Ruolo dell'infermiere nelle politiche di Antimicrobial Stewardship (AMS)</i></p>	<p>Posizione chiave all'interno del team che si occupa di AMS.          Somministrare antimicrobici secondo prescrizione.          Promuovere e formare il personale in merito a raccolta campioni (evitare falsi positivi).          Coordinare invio campioni microbiologici in modo adeguato.          Suggestire ai medici prescrittori di documentare la loro rivalutazione della terapia per tutti i pazienti sotto antibiotici dopo 48-72 ore.          Informare il medico prescrittore o il farmacista se si nota che un paziente ha una prescrizione antibiotica superiore ai 7 giorni senza una durata specifica.          Segnalare eventuali eventi avversi della terapia antimicrobica.          Facilitare comunicazione tra farmacisti, infettivologi, microbiologia.          Coinvolgere attivamente il paziente e la famiglia (<i>empowerment</i>).          Monitorare le condizioni dei pazienti nelle 24 dopo inizio somministrazione.          Gestire riserve di antimicrobici e assicurare tracciabilità uso.          Se si notano membri del personale dell'ospedale o della struttura sanitaria che violano le linee guida o i protocolli, chiedere spiegazioni e fornire strumenti affinché capiscano dove stanno sbagliando.          Partecipare regolarmente a corsi di formazione e riunioni in merito all'uso prudente degli antibiotici, raccolta di campioni, prevenzione e controllo delle infezioni.</p>
--	--

## Vaccinazioni

La vaccinazione come strumento di prevenzione e parte del processo di cura dei soggetti fragili e non solo di quelli sani. Offerta vaccinale promossa in sinergia da tutti gli operatori sanitari intesi come professionalità con competenza specialistica.

La vaccinazione in ambito sanitario ha il triplice scopo di proteggere l'operatore, il paziente e tutela la tenuta del sistema sanitario.

L'offerta in campo vaccinale segue sempre il principio di evidenza e di efficacia.

L'offerta vaccinale deve tener conto del rischio specifico (caratteristica del soggetto cronico o del viaggiatore).

L'attività vaccinale è una pratica complessa, che richiede competenze specifiche.

La somministrazione del vaccino è solo l'ultimo atto di un percorso che, pur considerando le ovvie differenze, per complessità è paragonabile alla gestione di farmaci come chemioterapici o emoderivati.

Fondamentale la formazione continua del personale sanitario.

## Assistenza al paziente anziano

- Impegnarsi per una leadership efficace.
- Chiedere supporto dei link nurse delle RSA.
- Fare sorveglianza e identificare aree prioritarie di miglioramento.
- Condurre e promuovere audit clinici.
- Promuovere la formazione continua con metodologie innovative e coinvolgenti.
- Cogliere e intercettare un sospetto infettivo attraverso il riconoscimento di sintomi aspecifici.
- Promuovere una formazione efficace e innovativa (*blended...*).
- Proporre *retraining*.
- Implementare un'analisi di impatto attraverso audit clinici e feedback.

## Lista degli acronimi

**AmpC:** Enzima correlato alla resistenza alla penicilina

**AMR:** Antimicrobico Resistenza

**AMS:** Antimicrobial Stewardship

**BSI:** Infezione del Sistema sangue

**C. difficile:** Clostridium difficile

**CCM:** Centro Contro Malattie

**CCNL:** Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

**DIVA:** Difficult intravenous Access

**ECDC:** European Center Disease Control

**ECDC PPS:** Point Prevalence Survey di ECDC

**ESBL:** Enterobatteri produttori di  $\beta$ -lattamasi ad ampio spettro

**KPC:** Klebsiella pneumonia carbapenemasi

**ICA:** Infezioni correlate all'assistenza

**ISRI:** Infermiere Specialista nel Rischio Infettivo

**LG:** Linee Guida

**MDR:** Multi drug Resistance

**MRSA:** Stafilococco Aureo Meticillino Resistente

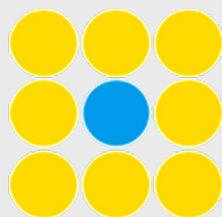
**NDM:** New Delhi metallo – beta lactamase

**PNCAR:** Piano Nazionale Contrasto Antibiotico Resistenza

**RSA:** Residenza sanitaria assistenziale

**SPINCAR:** Supporto al PNCAR

**VAD:** Accesso Vascolare Difficile



**ANIPIO**

SOCIETÀ SCIENTIFICA NAZIONALE  
INFERMIERI SPECIALISTI  
DEL RISCHIO INFETTIVO