

Documento ANIPIO-SIDMI

Linea d'indirizzo per la valorizzazione e il riconoscimento del ruolo di Infermiere Specialista di Rischio Infettivo (ISRI)



I programmi di prevenzione e controllo delle infezioni attuati nei diversi setting assistenziali ospedalieri e territoriali impattano direttamente sulla qualità e sulla sicurezza delle cure erogate, nonché sui costi sanitari associati e sulla sostenibilità dei Sistemi Sanitari stessi. Il macroorientamento attuale, sia nazionale che internazionale, è di costruire una cultura di sicurezza e qualità, in ottica *One-Health*, in cui il concetto di Salute è triadico e pervasivo (Uomo, Animale e Ambiente) (1).

In particolare, già da una decina d'anni almeno ed ancor di più ora in epoca post-pandemica, l'impatto delle infezioni correlate all'assistenza, delle resistenze antimicrobiche, del rischio potenziale di diffusione di ulteriori epidemie e pandemie ha portato tutti i governi e le organizzazioni sanitarie, a livello mondiale, ad attenzionare seriamente con programmi di sorveglianza e controllo specifici la diffusione di microorganismi potenzialmente patogeni. In particolare, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (AMR, Anti Microbial Resistance) viene riconosciuto dall'OMS come un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Nel 2017 una Visit Country dell'ECDC¹ ha evidenziato i seguenti limiti nazionali: mancanza di un supporto istituzionale a livello nazionale, regionale e locale; mancanza di leadership professionale a tutti i livelli; mancanza di atteggiamento responsabili a tutti i livelli; mancanza di coordinamento nell'azione tra i vari livelli e al loro interno; scarso senso di urgenza circa la situazione dell'AMR da parte della maggior parte degli stakeholder; scarsa tendenza a farsi carico del problema. Tutto ciò può essere affrontata solo con interventi coordinati multisettoriali e con approccio *One-Health*, elementi ripresi sia nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (2) che nel Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 (3) e successivo PNCAR 2022-2025 (4).

In Italia però, anacronisticamente rispetto ai tempi che stiamo vivendo, le specifiche inerenti ruoli e target d'azione degli infermieri che operano nel rischio infettivo risalgono alla seconda metà degli anni '80, con le circolari del Ministero della Sanità n. 52/1985 "Lotta contro le infezioni ospedaliere" e n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza". Nella prima viene istituito il Comitato Infezioni Ospedaliere e la figura dell'"infermiera addetta al controllo delle infezioni" (sic), con ruolo di sorveglianza sulle infezioni ospedaliere, di formazione e portatore di azioni di miglioramento verso i comportamenti degli operatori sanitari, nonché di collegamento con Comitato Infezioni Ospedaliere, con preparazione adeguata al ruolo ma non ulteriormente specificata; nella seconda invece si suggerisce la presenza di un infermiere per la sorveglianza attiva delle infezioni ospedaliere ogni 250-400 posti letto, oppure in base alla tipologia dei reparti, ogni 9000-10000 ricoveri.

L'evoluzione dalla figura di Infermiere addetto al Controllo delle Infezioni (ICI) introdotta nel 1985 a Infermiere Specialista nel Rischio Infettivo (ISRI) cui si sta tendendo è ancora in una fase di transizione. A fronte del quadro attuale di attenzione internazionale rispetto alle tematiche dell'IPC (*Infection Prevention & Control*), in Italia si rileva ancora, a distanza di quasi 4 decenni dalla prima circolare ministeriale, una situazione di non definizione e disomogeneità a livello nazionale per ruolo, target d'azione e formazione dell'infermiere che si occupa dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni.

1 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR-country-visit-Italy.pdf>



Queste disomogeneità si traducono poi a livello organizzativo aziendale in *collocazioni* a loro volta *disomogenee* negli organigrammi aziendali, con conseguenti mandati professionali e attività differenti e conseguente impatto sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e sulle resistenze antibiotiche oltre a *valorizzazioni* e *riconoscimenti* economici molto diversificati tra aziende anche della stessa regione.

Questa proposta di Linea di Indirizzo, redatta ad opera del Gruppo di Lavoro ANIPIO (Società Scientifica Nazionale degli Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo) mediante anche il confronto con rappresentanze di SIDMI (Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche) si propone di integrare i dati normativi con quanto rilevato dal recente censimento sugli ISRI a livello nazionale per mano della stessa Società Scientifica ANIPIO e conclusosi il 31.12.2023.

Obiettivi del presente documento:

1. Raggiungere gli standard di ISRI in base alle necessità della struttura al fine di garantire la sicurezza delle cure;
2. migliorare la formazione dell'ISRI che si è formato sul campo e implementare la formazione di nuovi ISRI secondo lo standard formativo proposto da ANIPIO (Master Universitario di I livello)
3. valorizzare le esperienze professionali, la motivazione personale e lavorativa, nonché l'interesse specifico degli ISRI attualmente impegnati in programmi di prevenzione e controllo delle infezioni nel Sistema Sanitario italiano, anche individuando criteri per uno standard di personale di riferimento per gli ISRI sul territorio nazionale, e dei percorsi formativi omogenei e specifici per tutti gli ISRI a livello nazionale e dei percorsi di riconoscimento e valorizzazione di ruolo;
4. valorizzare le esperienze professionali e formative dei professionisti in possesso del Master Universitario di II livello promuovendo posizioni di responsabilità come ad esempio la Direzione del Servizio di Infection Prevention & Control.

Definizione di ISRI

Secondo il documento ANIPIO-FNOPI (2011) (5), l'ISRI è un infermiere in possesso del Master di primo livello nel controllo del Rischio Infettivo che opera in autonomia e in collaborazione con gli altri professionisti, nei vari contesti sanitari e socio-sanitari, sia pubblici che privati, e che rappresenta un "professionista-risorsa" per i cittadini, per gli operatori e per le organizzazioni socio- sanitarie, al fine di garantire la tutela della salute della collettività. Secondo il documento ANIPIO-FNOPI (2011), "la sua core competence (...) trova piena applicazione nella pianificazione, gestione e valutazione degli interventi di prevenzione, controllo e sorveglianza del rischio infettivo, in ambito multiprofessionale e multidisciplinare, oltre a pianificare, gestire e valutare progetti di formazione, ricerca e innovazione nell'ambito dello stesso rischio". Le competenze e le conoscenze richieste oggi all'ISRI si articolano dunque sulle diverse aree citate, oltre che sull'aspetto del management.

Formazione

Come definito nel documento ANIPIO “Core Curriculum per lo sviluppo di competenze nella sorveglianza, nella prevenzione e nel controllo del rischio infettivo nella formazione infermieristica“(6), le competenze e conoscenze acquisibili con percorsi formativi base e post-base sono articolati su 2 livelli, base e specialistico (*advanced*). Nell’ambito della formazione di base, viene sottolineata l’importanza della pervasività del concetto di rischio infettivo, che si deve evincere dai diversi insegnamenti del Corso di Studi in Infermieristica, sia attraverso richiami mirati nei *Syllabus* degli insegnamenti, sia mediante la costruzione di laboratori irrinunciabili da erogare agli studenti fin dal primo anno di studi. Nell’ambito della formazione post-base, in particolare con il Master I livello (60 CFU) viene invece sollecitato l’approfondimento nelle macroaree microbiologia, igiene, immunologia, epidemiologia, statistica, EBP, didattica, management e leadership, ricerca. Nel Master di II livello si possono approfondire invece gli aspetti legati alla *governance* dei processi, al management delle risorse, alla pianificazione, valutazione e rendicontazione degli interventi messi in atto sulla base degli obiettivi strategici aziendali e dei bisogni rilevati, il tutto finalizzato a formare figure dirigenziali nell’ambito del rischio infettivo. Infine, nell’ambito della formazione post-base specialistica, è auspicata la ridefinizione del percorso di Laurea Magistrale verso l’acquisizione di conoscenze e competenze declinabili in specifiche aree cliniche, in cui la formazione specialistica dell’ISRI può trovare un valido compimento (7).

Contesto organizzativo

I contesti organizzativi in cui gli ISRI si trovano a lavorare sono altamente disomogenei, sia per quanto riguarda collocazione della struttura in toto cui risultano assegnati rispetto all’organigramma aziendale, sia per quanto riguarda il riconoscimento del ruolo e delle competenze proprie dell’ISRI e declinate in particolare dai percorsi formativi e professionali frequentati dal professionista. Manca ad oggi una fotografia *direzionale* e *strategica* del ruolo, della collocazione e dell’articolazione rispetto alle competenze dell’ISRI attualmente impiegato nelle realtà aziendali nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni.

Standard di personale di riferimento

Dall’analisi della situazione attuale possiamo ricavare che:

- la ratio 1:250 (ISRI: posti letto), sottolineata come vincolante per la sicurezza nelle cure erogate nel rispetto del rischio infettivo e più volte richiamata anche nei documenti WHO, non è pienamente descrittiva della eterogeneità e della complessità assegnata nelle diverse realtà nazionali ai programmi di prevenzione e controllo delle infezioni;
- il carico di lavoro (*workload*) assegnato agli *infection preventionists* e dunque agli ISRI è in continua ascesa anche a causa dell’enorme mole di dati che le organizzazioni sanitarie ricavano dalle innumerevoli sorveglianze;
- i programmi di controllo e prevenzione delle infezioni sono sempre più articolati;
- pur in presenza di una avanzata *health technology* e Intelligenza Artificiale, di fatto molti processi sono ancora uomo-dipendente.

Date queste premesse, secondo la letteratura in presenza di hub ospedalieri caratterizzati da una particolare intensità di volumi di pazienti, indagini diagnostiche, laboratoristiche e di interventi, il dato di ratio indicato come 1:250 non sia comprensivo dell'estrema complessità dei sistemi attuali e debba piuttosto essere ritenuto valido un rapporto da 1:100 a 1:150 a seconda della realtà ospedaliera considerata.

Di nuovo, ad oggi manca una analisi direzionale e strategica che dia contezza dei processi, delle risorse (umane e strutturali) e degli indicatori correlati ai programmi di prevenzione e controllo delle infezioni nelle diverse organizzazioni sanitarie italiane.

Interventi strategici finalizzati all'obiettivo

Per attuare l'obiettivo prefissato le Società Scientifiche ANIPIO e SIDMI chiedono l'impegno:

- (a) alle Direzioni Assistenziali/delle Professioni Sanitarie delle aziende ospedaliere di verificare l'effettivo raggiungimento dello standard previsto dalle Circolari Ministeriali 52/1985 e 8/1988, fermo restando che (i) tale standard deve necessariamente essere considerato di minima perché proposto in un momento evolutivamente acerbo per quanto riguarda i programmi nazionali di prevenzione e controllo delle infezioni, e che (ii) nel computo devono essere conteggiati i professionisti infermieri che si dedicano ai programmi di IPC per una durata congrua rispetto all'orario di lavoro, che sono inseriti in organigramma aziendale, con riconoscimento di ruolo e *job description* e con valorizzazione economica definita, nel rispetto delle *core competencies* e *standards* così come definite da documenti nazionali e sovranazionali (5, 6, 7, 8, 9, 10), fatta eccezione dei *link nurse*, o *link professional* o *infection-link nurse* presenti in seno alla maggior parte delle organizzazioni sanitarie. Questi ultimi infatti, pur rappresentando un valido modello di ruolo nelle realtà in cui operano, non vanno conteggiati come *infection preventionist* o ISRI perché, a differenza di questi, non sono dedicati ai programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, né lo fanno a tempo pieno, come per gli ISRI;
- (b) alle Direzioni Assistenziali/delle Professioni Sanitarie delle aziende territoriali a rispettare gli standard di ISRI sul territorio, in particolare nelle strutture residenziali territoriali, così come definito dai documenti WHO (11);
- (c) alle Direzioni Assistenziali/delle Professioni Sanitarie sia ospedaliere che territoriali di investire nella formazione specialistica degli ISRI (oggi non è più sufficiente svolgere questo ruolo solo sulla base dell'esperienza professionale) e possiamo avvalerci del supporto finanziario dedicato alla formazione degli operatori sanitari previsto dal PNRR Missione 6 per promuovere la formazione avanzata (master di 1 livello) degli ISRI formati sul campo o di neo formazione. Inoltre altro investimento formativo importante va rivolto alle realtà aziendali in cui i professionisti inseriti nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni sono definiti "*link nurse*" o "*link professional*" (spesso di fatto infermieri di clinica) con percorsi formativi frammentati, sporadici e insufficienti, che manifestano limitate possibilità progettuali concesse, che mancano di una vera rete di supporto e sostegno dei nodi, che svolgono le azioni richieste iso-risorse senza possibilità di contrattare il tempo-lavoro da dedicare ai programmi di IPC e si chiede l'impegno a rispettare i contenuti definiti dai documenti sovranazionali ECDC e WHO specifici (8, 9, 10, 11).

In riferimento al percorso formativo degli *Infection Control Link Nurse* (ICLN) ANIPIO si impegna a chiedere l'Endorsement del documento di indirizzo in corso di stesura sul ruolo, formazione e declinazione organizzativa dell' ICLN;



- (d) alle Direzioni Assistenziali/delle Professioni Sanitarie di promuovere la sensibilizzazione anche delle rispettive Direzioni Sanitarie, in modo tale da garantire il raggiungimento degli esiti attesi, mediante obiettivi strategici definiti di concerto, pervasivi della realtà aziendale in cui queste operano, e che contemplino la crescita del professionista ISRI e di tutti gli altri professionisti che, insieme all'ISRI, si adoperano per il raggiungimento e il mantenimento degli standard attesi.

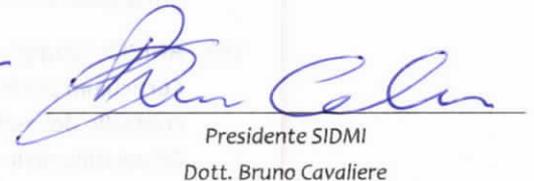
Indicatori e criteri

ANIPIO e SIDMI si impegnano a monitorare il riconoscimento degli ISRI nelle aziende sanitarie nazionali in termini di numero, percorso formativo e posizione di ruolo. Tale monitoraggio prevede la realizzazione di una survey nazionale che descriva il tempo zero e sarà ripetuta dopo un anno dalla descrizione dello stato attuale.

Bologna, 13 aprile 2024



Presidente ANPIO
Dott.ssa Maria Mongardi



Presidente SIDMI
Dott. Bruno Cavaliere



Bibliografia

- (1) World Health Organization (2022). A health perspective on the role of the environment in One Health. Disponibile on line: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354574/WHO-EURO-2022-5290-45054-64214-eng.pdf?sequence=1>
- (2) Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile on line: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf
- (3) Ministero della Salute (2017). Piano nazionale di contrasto dell' AMR (PNCAR) 2017-2020. Disponibile on line: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2660_allegato.pdf
- (4) Ministero della Salute (2022). Piano nazionale di contrasto dell' AMR (PNCAR) 2022-2025. Disponibile on line: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3294_allegato.pdf
- (5) ANIPIO-FNOPI (2011). Rapporto del progetto nazionale di ricerca. Profilo di competenza e curriculum formativo dell' Infermiere Specialista nel Rischio Infettivo (ISRI). Disponibile on line: <https://www.rischioinfettivo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/400>
- (6) ANIPIO - Gruppo di Lavoro Multidisciplinare sulla Formazione Universitaria. Core Curriculum per lo sviluppo di competenze nella sorveglianza, nella prevenzione e nel controllo del rischio infettivo nella formazione infermieristica. Marzo 2023. Disponibile on line: <http://www.rischioinfettivo.it>
- (7) FNOPI (2022). CONSENSUS CONFERENCE - Documento di consenso. Disponibile on line: https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/FNOPI_Consensus-2023.pdf
- (8) European Centre for Disease Prevention and Control (2013). Core competencies for infection control and hospital hygiene professionals in the European Union. Disponibile on line: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>
- (9) World Health Organization (2020). Core competencies for infection prevention and control professionals. Disponibile on line: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011656>
- (10) World Health Organization (2019). Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Disponibile on line: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>
- (11) World Health Organization (2021). Strengthening infection prevention and control in primary care. A collection of existing standards, , measurements and implementation resources. Disponibile on line: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345276/9789240035249-eng.pdf?sequence=1>