



Federazione Nazionale
Collegi IPASVI



Rapporto del progetto nazionale di ricerca

Profilo di competenza e curriculum formativo
dell' Infermiere Specialista
nel Rischio Infettivo (ISRI)

DICEMBRE 2011

Come è nato il progetto di ricerca

Il Consiglio Direttivo ANIPIO del 1 dicembre 2007 ha deliberato il progetto "Profilo di competenza e curriculum formativo dell'Infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI)". La responsabilità del progetto è stata affidata alla Dr.ssa Maria Mongardi, il 21 gennaio 2008 con lettera, a firma della Presidente.



Responsabile del progetto: Maria Mongardi

Il rapporto è stato elaborato da Maria Mongardi

Hanno collaborato alla stesura del profilo di competenza e del curriculum formativo:

Orietta Valentini e Loredana Gamberoni.

Componenti del gruppo di lavoro:

Rappresentanti dell'Università e dell'Educazione Continua in Medicina

Marisa Dellai	(Università degli Studi di Verona-Trento)
Loredana Gamberoni	(Università degli Studi di Ferrara)
Lorena Martini	(Centro di Formazione, I.N.M.I. "L. Spallanzani"- I.R.C.C.S. - Roma)
Orietta Valentini	(Università degli Studi di Bologna)
Margherita Vizio	(Università degli Studi di Genova)

Federazione Nazionale IPASVI

Annalisa Silvestro

Infermieri addetti al controllo delle infezioni del Consiglio Direttivo ANIPIO

Anita Caminati	(Regione Emilia Romagna)
Concetta Francone	(Regione Toscana)
Patrizia Lobati	(Regione Marche)
Giovanni Walter Marmo	(Regione Trentino Alto Adige)
Teresa Rea	(Regione Campania)
Cristina Tentori	(Regione Lombardia)
Grazia Tura	(Regione Emilia Romagna)

Hanno inoltre partecipato:

Roberto Dal Pozzo (Psicologo consulente, formatore)

Ezio Scatolini (Psicologo della sicurezza del lavoro, consulente, formatore)

Alberto Crescentini (Psicologo, Dottore di ricerca in psicologia sociale e dello sviluppo)

Matteo Munari (Statistico)

Hanno collaborato:

a) I conduttori dei Focus group di ogni Regione:

<i>Regione</i>	<i>Nominativi</i>
Piemonte – Valle D’Aosta	Paola Occelli, Vilma Rigobello
Lombardia	Cristina Tentori
Trentino A.Adige	Doriana Del Dot, Giovanni Walter Marmo
Friuli Venezia Giulia	Renata Fabro
Veneto	Cristina Disconzi, Raffaella Marchetto
Liguria	Arianna Centi, Ines Samengo
Regione Emilia Romagna	Anita Caminati, Grazia Tura
Toscana	Daniela Accorgi, Concetta Francone
Marche	Maria Stella Baldelli, Patrizia Lobati
Umbria	Patrizia Valentinucci
Lazio	Lorena Martini, Elisabetta Salena
Abruzzo	Milena De Leonardis, Rosetta Persiani
Molise	Anna Maria Buono, Egiziaca Diana Di Cesare
Puglia	Antonia Bisceglie, Angela Mancini
Campania	Caterina Cusano, Teresa Rea
Basilicata	Maddalena Barisano
Calabria	Antonio Mancini
Sicilia	Zina Picciuca
Sardegna	-----

b) Gli infermieri addetti al controllo delle infezioni coinvolti nel focus group:

<i>Regione</i>	<i>Nominativi</i>
Piemonte – Valle D’Aosta	
Lombardia	Giussani Eleonora, Colusso Giorgio, Cappaia Stefania, De Rosa Anna, Ottelli Anna
Trentino Alto Adige	Paola Dallapé, Luisa Scartezzini, Giannina Piccini, Renata Lazzeri
Friuli Venezia Giulia	Rebi Milva, Durì Giacinta, Stalio Patrizia, Di Pietro Graziella, Milillo M.Grazia, Germanis Luciana, Tignonsini Daniela, Faruzzo Alda
Veneto	Bello Grazia, Tonelli Cecilia, Ramon Raffaella, Schena Alessandra, Morandin Maria Rita, Carraro Mara
Liguria	
Regione Emilia Romagna	Babina Maria Chiara, Guidi Paolina, Valentini Claudia, Garlotti Amalia, Bertozzi Lucia, Orsi Alessandra, Silingardi Roberta, Parenti Mita
Toscana	Cairo Carmina, Brandani Simonella, Farneti Serena, Rosseti Rossella, Greco Francesca, Pulci Maria Beatrice, Magistri Lea, Manetti Daniela
Marche	Bocchini Patrizia, Gentilozzi Bianca Maria, Oloni M. Patrizia, Feriozzi Saura, Magli Maria Grazia, Bellanova Anna Maria, Calabria Lucia, Mercatelli Silvia
Lazio	Darelli Gianna, Lupo Carmela, Maccioni Piera, Inguì Maria, Salera Elisabetta, Beggiato Simonetta
Abruzzo	D’Agostino Gabriella, Silvery Filomena, Fecchio Rosa, Ranalli Lucia, Di Federico Tiziana, Dall’Osa Massimo; Cotellessa Sandra, Canonico Franca.
Molise	Di Cesare Egiziaca Diana , Zappone Assunta, Buono Annamaria
Puglia	Ruffini Natalina, Vantaggiato Severina, Inglese Agostino, Alessandri Cosima, Carlucci Vincenzo, Palermo Rosa Anna, Losito Maria, Lapesa Maria Adelaide
Campania	Cattolico Rosa, De Gruttola Annunziata, Fina Egidio, Colella Olimpia, Lombardi Simona, Liparulo Domenico, Pagano Liliana, Sardalietto Rosario, Cusano Rocco, Di Pinto Patrizia
Basilicata	

Sicilia

Antonino Marino, Pumo Carmela, Morabito Tiziana, Ruffino
Maria, Cimino Liliana, Diliberto Angela, Ghetta Gaetano.

Il focus group non è stato eseguito nelle seguenti Regioni: Calabria, Umbria, Sardegna.

c) Gli infermieri addetti al controllo delle infezioni che hanno aderito alla ricerca tramite la compilazione del questionario:

<i>Regione</i>	<i>Nominativi</i>
Abruzzo	De Leonardis Milena, Lucia Ranalli, Rosa Fecchio, Rosetta Persiani;
Campania	Lanzieri Michele, Liliana Pagano, Maria Rosaria Esposito, Rita Dello Russo, Rosa Cattolico, Teresa Rea;
Emilia Romagna	Alessandra Amadori, Amalia Garlotti, Anna Acacci, Anna Olivieri, Annita Caminati, Brazzioli M.Cristina, Chiara Sita, Cinzia Pozzetti, Ciro Tenace, Claudia Gallerani, Emilia Romagna Claudia Valentini, Dalpozzo Valentina, Donatella Bernardelli, Elena Gatta, Emanuela Callea, Giliola Bianchini, Giuseppa Raneri, Grazia Antonella Tura, Laura Alvoni, Lucia Bertozzi, Luciarosa Grassi, M Cristina Galli, Maria Angela Dondolin, Maria Bonacini, Maria Chiara Manzalini, Marietta Lorenzani, Marilena Castellana, Marina Assirelli, Monia Malavolti, Monica Barbieri, Monica Grossi, Nicol Marcatelli, Paola Ceccarelli, Paola Cugini, Paolina Guidi, Patrizia Tassoni, Rita Benedetti, Rita Bergamini, Rita Masina, Roberta Silingardi, Roberta Suzzi, Sabina Barison, Silvia Ferri, Valeria Bedronici;
Lombardia	Marco Ferrari, Marina Busnelli, Mirella Sgobbi, Pieranna Lucini Paioni, Rosanna Terni, Simona Cimetti, Simona Cutti, Stefania Pesenti;
Marche	Annamaria Bellanova, Bianca Maria Gentilozzi, Ciacci Monica, De Leonardis Milena, Maria Grazia Magli, Maria Stella Baldelli, Olori Maria Patrizia, Patrizia Lobati;
Piemonte	Angela Pernecco, Armando Lazzarin, Bello Manuela, Berto Paola, Carla Maria Guenzi, Claudia Degiovanni, Cossu Maria Pasqua, Desantis Palma Maria, Donatella Barberis, Elena Migliore, Elisabetta Ferrando, Emanuele Coppini, Fanton Catia, Gerbaudo Susanna, Gilberto Casazza, Giordana Marinella, Giuseppina Arditi, Giuseppina Marchese, Graziella Zanon, Laura De Giorgis, Luciana Bisogni, Luisella Liggera, Manuela Franchino, Mara Bignaminis, Maria Rosa Badagliacca, Paola Bianco, Paola Ocelli, Paolo Castagno, Pozzebon Mirella, Rita Negri,

	Roberta Pesce, Silvia Bagnato, Silvia Naretto, Simonetta Fantino, Vilma Rigobello;
Puglia	Angela Mancini, Cosima Alessandrì, Francesca Fallacara - Triggiano, Maria Losito, Rufini Mastropasqua Natalina, Severina Avantaggiato;
FVG	Arianna Sellan, Elisabetta Giurini, Graziella Dipietro, Luana Sandrin, Luciana Germanis, Maria Grazia Milillo, Milva Rebi, Renata Fabro, Sara Zobec, Tignonsini Daniela;
Lazio	Antonella Costantini, Antonella Rao, Carmela Lupo, Cristina Cherubini, Daniela Batticciocca, Daniela De Giorgio, Elisabetta Salera, Ilaria Giuri, Lorena Martini, Maria Inguì, Maria Pia Gramenzi, Maria Rivoli, Maurizio Tassa, Miriana Bartolozzi, Paola Bonforte, Simonetta Beggiano, Stefania Berdini, Tosti Alberto;
Liguria	Antonella Talamini, Arianna Centi, Assensi Marina, Battistini Angela, Bellina Dorotea, Francesca Vassallo, Ines Samengo, Ivana Baldelli, Montoro Silvana, Nadia Cenderello, Paola Fabbri, Sabrina Penazzo, Sacco Rosa Anna;
Lombardia	Angela Gangemi, Anna De Rosa, Annise Grandi, Barbara Radice, Camozzini Elena, Caterina Masia, Cristina Ghigna, Cristina Tentori, Emma Rusconi, Flavia Regazzoni, Franca Cerri, Giussani Eleonora, Loredana Bonvini, Lorenza Camponovo;
Sardegna	Lucia Manca, Sabina Bellu;
Sicilia	Grazia Fabio, Impelizzeri Filippo, Leggio Maria, Liliana Cimino, Marino Antonino, Tiziana Morabito, Vicari Anna Maria, Zina Picciuca;
Toscana	Barbara Rosadoni, Brandani Simonella, Carmina Cairo, Castellani Roberta, Concetta Francone, Daniela Accorgi, Daniela Manetti, Enrica Lacerenza, Lea Magistri, Lucia Settesoldi, Maria Beatrice Pulci, Rossella Rosseti, Serena Farneti, Stefania Baratta;
Trentino	Donatella Soletti, Doriana Del Dot, Giannina Piccini, Haller Helmut, Lazzeri Renata, Luisa Scartezzini, Paola Dallapé, Peter Josef Santa, Seiwald Rita;
Valle D'Aosta	Canta Maria Grazia, Marisa Mastaglia;

Veneto

Alessandra Schena, Carraro Mara, Dametto Maria Pia,
Disconzi Cristina, Giorgio Nicolis, Lorella Ruffo, Lorella
Tessari, Lucia Rosato, Marchetto Raffaella, Paola Cazzola,
Ramon Raffaella, Tonelli Cecilia;

SOMMARIO

PARTE 1: IL PROGETTO	12
INTRODUZIONE	12
IL RAZIONALE DEL PROGETTO	14
LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	14
LE DIRETTIVE NAZIONALI ED EUROPEE	15
LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA ED IN EUROPA	15
<i>LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA</i>	15
<i>I Percorsi formativi dell'infermiere in Italia</i>	17
<i>I Percorsi formativi dell'ICI in ambito europeo e internazionale</i>	18
<i>L'infection control nurse (ICN) nel Regno Unito</i>	19
<i>L'infermiere addetto al controllo delle infezioni negli Stati Uniti</i>	20
<i>L'infection control practitioner (ICP) in Europa</i>	22
<i>L'infermiere addetto al controllo delle infezioni in Italia</i>	23
OBIETTIVI DEL PROGETTO	24
FASI DEL PROGETTO	24
IL DISEGNO DELLO STUDIO	25
MATERIALI E METODI	25
MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELLA RICERCA	26
<i>INDAGINE QUALITATIVA</i>	26
<i>INDAGINE QUANTITATIVA</i>	27
DATA ENTRY E ANALISI DEI DATI	27
PARTE 2: I RISULTATI	28
RISULTATI DELLA RICERCA QUALITATIVA	28
OBIETTIVO	28
INTRODUZIONE E QUADRO TEORICO DEL PROCESSO DI ANALISI	28
CONSIDERAZIONI PRELIMINARI	30
METODOLOGIA ADOTTATA	31
RISULTATI	33
CONCLUSIONI	44
RISULTATI DELLA RICERCA QUANTITATIVA	47
<i>RISPONDEZZA ALL'INDAGINE</i>	47
<i>DIMENSIONE DEMOGRAFICA DELL'ICI</i>	50
<i>DIMENSIONE PROFESSIONALE</i>	51
<i>DIMENSIONE ORGANIZZATIVA E FUNZIONALE</i>	52
<i>DIMENSIONE FORMAZIONE</i>	53
<i>COMPLETEZZA DEL QUESTIONARIO PER I RISPONDENTI</i>	99
STIMA DELLA DOTAZIONE DOTAZIONE DELL'ICI	100

PARTE 3: EVOLUZIONE PROFESSIONALE	102
EVOLUZIONE DEL NOMINATIVO “INFERMIERE ADDETTO AL CONTROLLO DELLE INFEZIONI” (ICI)	102
PROFILO DI COMPETENZA DELL’INFERMIERE SPECIALIZZATO NEL RISCHIO INFETTIVO (ISRI)	103
DEFINIZIONE DELL’INFERMIERE SPECIALIZZATO NEL RISCHIO INFETTIVO (ISRI):	103
PROFILO DI COMPETENZA DELL’INFERMIERE SPECIALIZZATO NEL RISCHIO INFETTIVO	103
DEFINIZIONE DEL CURRICULUM FORMATIVO DELL’INFERMIERE SPECIALIZZATO NEL RISCHIO INFETTIVO	104
DAL CORE COMPETENCE AL CORE CURRICULUM	104
CORE CURRICULUM	104
<i>I DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.</i>	105
<i>PROPOSTA DI CONTENUTI CORE</i>	106
<i>CONCLUSIONI</i>	108
<i>COMUNICAZIONE DEI RISULTATI</i>	109
BIBLIOGRAFIA	110
BIBLIOGRAFIA RICERCA QUALITATIVA	110
DOCUMENTI DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE	110
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO PER LA PROFESSIONE INFERMIERE	111
ARTICOLI	111
SITOGRAFIA	114

PARTE 1: IL PROGETTO

Introduzione

La figura dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) nasce in Italia negli anni '80 e la circolare n. 52/1985 del Ministero della Sanità ne descrive le funzioni.

L'introduzione di questa figura nel Sistema socio-sanitario nazionale è stata un processo lento, non uniforme e ancora incompleto; alcune Regioni, come Piemonte, Emilia-Romagna e Marche, hanno attivato negli anni '90 corsi di formazione sul lavoro, per fornire a questi professionisti le conoscenze e gli strumenti essenziali per svolgere l'attività di controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Sono seguiti nell'ultimo decennio Corsi master di 1° livello nelle Regioni Piemonte, Campania e Lazio e in Provincia di Trento. Nel frattempo, quest'attività è stata organizzata, a livello di ogni singola Regione, secondo obiettivi, priorità e risorse differenti.

In questo ultimo decennio, due elementi hanno influenzato in modo evidente lo scenario correlato all'attività di prevenzione e controllo delle infezioni:

- il primo è rappresentato dal fenomeno delle infezioni sostenute da microrganismi multiresistenti, dal cambiamento della tecnologia sanitaria e delle procedure diagnostiche, dall'aumento dell'età dei pazienti e delle poli-patologie cronico degenerative, i nuovi luoghi di cura (le strutture residenziali per anziani e il domicilio), ecc.;
- il secondo è dato dall'acquisito e sempre più consolidato obiettivo della sicurezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che ogni cittadino e il Servizio socio-sanitario richiedono alle istituzioni e ai singoli professionisti per l'impatto che le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (ICA) hanno sulla salute dei cittadini in termini di morbilità, mortalità, aspetto economico e sociale ed etico deontologico.

Dagli anni '80 sono stati condotti numerosi studi e sono state intraprese numerose iniziative rivolte a prevenire, controllare e sorvegliare le ICA, sia a livello nazionale che a livello regionale, seppure con modalità diverse. A livello nazionale emerge ancora la carenza di politiche nazionali sul tema., seppure nell'ultimo decennio il Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute ha promosso progetti a livello nazionale sulle ICA. Inoltre l'evoluzione culturale dei cittadini ha aumentato la consapevolezza dei rischi correlati alle pratiche sanitarie in generale, per cui c'è sempre più attenzione a conoscere le misure di prevenzione e controllo degli eventuali eventi avversi messe in atto dalla struttura sanitaria e socio-sanitaria; sempre più frequenti sono anche le richieste di motivazioni e risarcimento in caso di evento avverso, se - secondo la percezione dei cittadini stessi - è correlato a *malpractice* e/o a responsabilità della struttura.

Un altro elemento è rappresentato dall'evoluzione della professione infermieristica avvenuta sia a livello formativo sia in termini di riconoscimento di autonomia e responsabilità professionale.

Per gestire la complessità che emerge dallo scenario descritto si rende necessario disporre di un professionista formato e con competenze distintive nonché di un approccio multidisciplinare. Ciò che al momento emerge in Italia è invece la mancanza di un curriculum formativo e di un profilo di competenza condiviso a livello nazionale; le obsolete funzioni elencate nella Circolare ministeriale n. 52/1985 rendono l'ICI italiano talvolta inadeguato, sia in termini di formazione sia per competenze e abilità. Ne consegue un mancato riconoscimento della specificità professionale e un basso livello di responsabilità e autonomia.

Nei Paesi anglosassoni la figura dell'ICI è nata nel 1955 e a tutt'oggi la sua presenza è considerata una misura essenziale per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Tale professionista è individuato sulla base del possesso di competenze relative all'attività di prevenzione, controllo e sorveglianza che derivano da conoscenze e abilità pluri-assistenziali, da competenze clinico-assistenziali, relazionali e organizzativo-gestionali, di educazione terapeutica e di ricerca. Un infermiere con alcuni anni di esperienza offre al *team* che si occupa di controllo delle infezioni un valore aggiunto che, unitamente ad altre competenze specialistiche - come quelle dell'infettivologo, del microbiologo, dell'epidemiologo ecc. -, permette di governare il rischio infettivo correlato alle cure sanitarie. La richiesta di un impegno e di un lavoro costanti nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni, portarono a individuare nell'infermiere la figura "ideale" per questo genere di attività (Quattrin *et al.*, 2004).

Per le suddette motivazioni l'Associazione nazionale infermieri prevenzione infezioni ospedaliere (ANIPIO) e i suoi iscritti hanno sentito la necessità di promuovere una ricerca nazionale per studiare le competenze attualmente agite, le responsabilità assegnate, il livello di autonomia e di formazione di questo professionista. Sulla base dei risultati è stato definito un profilo di competenza e una proposta di curriculum formativo dell'ICI, affinché questo professionista possa contribuire, anche in Italia, alla prevenzione e al controllo delle infezioni ospedaliere, nel rispetto della sua competenza, responsabilità e autonomia professionale. Sarà anche attivato un percorso per raccogliere il consenso sulle proposte elaborate. Tale studio è stato inoltre utilizzato per cambiare il termine "infermiere addetto al controllo delle infezioni", denominazione che risente del periodo storico in cui è nata questa figura professionale, con un nuovo termine in linea con il percorso formativo e professionale proposto.

Il razionale del progetto

In Italia, l'evoluzione della professione infermieristica, dalla formazione di base a quella post base, da un ruolo di dipendenza all'autonomia professionale, il cambiamento del contesto sanitario e socio sanitario, la cultura della sicurezza delle prestazioni sanitarie ecc., hanno stimolato e reso necessario ripensare il ruolo dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni (così denominato dalla circolare N. 52 del 20 dicembre 1985 del Ministero della Sanità). Tale professionista che opera in ambito multidisciplinare, e nel rispetto del proprio profilo professionale, ha avvertito il bisogno di esprimere la propria competenza e autonomia professionale nella prevenzione e controllo delle infezioni per contribuire alla sicurezza delle prestazioni sanitarie fornite ai cittadini. I contesti sanitari e socio sanitari regionali, ognuno con le proprie peculiarità in tema di prevenzione e controllo delle ICA, necessitano di professionisti con competenze distintive sul tema delle ICA requisito indispensabile se si vuole controllare l'impatto delle ICA sulla salute dei cittadini e sull'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Fino ad oggi l'infermiere addetto al controllo delle infezioni, ha offerto, a vari livelli, un importante contributo, nel realizzare le campagne contro le infezioni, ha contribuito a progetti di ricerca e d'intervento, ha condotto interventi di formazione degli operatori sanitari, ha organizzato e gestito interventi di controllo delle infezioni, nella consapevolezza che spesso il proprio ruolo professionale era mal interpretato, poco conosciuto, speculare ad alcune situazioni contingenti e talvolta inespresso per vari motivi.

Proprio da questa consapevolezza, consolidata nel tempo, si è concretizzato questo progetto di ricerca, con l'obiettivo di definire il profilo di competenza e il curriculum formativo di questo professionista, di migliorarne la competenza e di chiarire lo specifico professionale per darne conoscenza alla comunità scientifica, al sistema sanitario e socio sanitario e alla realtà Accademica.

Le infezioni correlate all'assistenza

Le infezioni ospedaliere, attualmente denominate infezioni correlate all'assistenza, sono la complicanza più frequente e più grave dell'assistenza sanitaria; sono definite un problema di sanità pubblica. Negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni '90 è aumentato il numero sia dei pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia dei luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Da qui emerge la necessità di ampliare il concetto d'infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (ICA). La causa delle ICA è quasi sempre il contatto tra fonte-veicolo-ospite. Il veicolo più frequente sono le mani degli operatori coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche e assistenziali. A queste si aggiungono l'invasività di alcuni approcci diagnostici e

terapeutici, anch'essi veicolo di microrganismi e le condizioni generali del paziente che spesso è anziano, con polipatologie ad andamento cronico o immunodepresso. Altro fattore importante, causa di ICA, è dato dai microrganismi multiresistenti agli antibiotici, prodotto dell'antibioticoresistenza che è un fenomeno scarsamente controllato correlato alla eccessivo e/o inappropriato utilizzo di terapia antibiotica nella pratica assistenziale quotidiana.

Se le strutture sanitarie e socio sanitarie conducono politiche di prevenzione e controllo, le ICA rientrano a pieno titolo in quest'ottica essendo prevenibili e controllabili in una percentuale elevata e in alcuni casi anche azzerabili. Pertanto, i principali sforzi saranno rivolti ad interventi di prevenzione avvalendosi di strategie multimodali come la formazione degli operatori, l'implementazione dell'audit, ecc.

Le direttive Nazionali ed Europee

Gli indirizzi nazionali sulla lotta contro le infezioni ospedaliere nascono nel lontano dicembre dell'anno 1985 con la circolare n. 85 del 20 dicembre 1985 dal titolo "Lotta contro le infezioni ospedaliere" seguita dalla circolare n. 8 del 30 gennaio 1988 dal titolo "Lotta contro le infezioni ospedaliere": la sorveglianza. Il tempo trascorso dalla loro emanazione, le ha rese inadeguate ai bisogni odierni, anche se alcuni principi di prevenzione e controllo sono tuttora attuali. Queste circolari, considerate le pietre miliari del controllo delle ICA in Italia, sono state supportate, nei vari anni, da obiettivi riportati nei vari piani sanitari e socio sanitari nazionali e regionali. Nell'ultimo decennio infine il Ministero della Salute ha promosso progetti nazionali, attraverso il Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), per la prevenzione e la sorveglianza dell'evento ICA.

A livello europeo, oltre ai richiami dell'OMS al controllo delle malattie infettive, è stata recentemente emessa una raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea datata 5 giugno 2009 dal titolo "Raccomandazione del Consiglio n. 10120/09 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria". I punti salienti della raccomandazione sono: il coinvolgimento dei cittadini, la definizione di strategie per il controllo delle ICA con particolare attenzione agli antimicrobici, la definizione di risorse finanziarie, il cambiamento dei comportamenti professionali e dell'organizzazione, la definizione delle responsabilità a tutti i livelli, la sorveglianza del fenomeno e infine, ma non meno importante, il ricorso a personale specializzato nel controllo delle infezioni ecc.

La professione infermieristica in Italia ed in Europa

La professione infermieristica in Italia

L'infermiere non è più "l'operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante ma il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica che assiste la persona e la collettività

attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali (Silvestro, 2009).

Infatti secondo il DM 739/94, l'infermiere è un operatore sanitario che ha conseguito il diploma universitario, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, abilitato all'esercizio della professione, previa l'iscrizione al relativo Albo professionale. L'infermiere secondo norma è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Il profilo professionale individua chi è l'infermiere e il suo contenuto contribuisce, così come sancito nella successiva Legge n. 42 del 26 febbraio 1999, a determinare per questa figura professionale "un campo proprio di attività e di responsabilità", unitamente ai contenuti degli ordinamenti didattici, del rispettivo corso di laurea e di formazione post-base, nonché dello specifico codice deontologico e ne sancisce la perdita della denominazione "ausiliario" a fronte di una specifica identità di professione sanitaria. L'art. 1 comma 2 della Legge n. 42/1999 riporta:

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

Dal Profilo professionale emergono sei funzioni, intese come area di responsabilità che l'infermiere ricopre:

- funzione di prevenzione/diagnosi precoce ed educazione alla salute;
- funzione di assistenza comprensiva di tutti gli interventi di pianificazione, attuazione e valutazione dell'assistenza;
- funzione di educazione terapeutica;
- funzione di gestione;
- funzione di formazione;
- funzione di ricerca.

L'art. 1, comma 3 della suddetta Legge riporta:

l'infermiere

- *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- *identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- *pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*

- *agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- *per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*
- *svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.*

Segue la Legge 251/2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”, che all’art. 1 comma 1 sancisce che gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono in autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione dell’assistenza per obiettivi.

I percorsi formativi dell’infermiere in Italia

Prima di una breve descrizione dei percorsi formativi a livello nazionale dell’infermiere addetto al controllo delle infezioni, si riporta nella tabella l’articolazione della formazione infermieristica presente oggi in Italia, come cornice di riferimento per l’elaborazione del profilo di competenza dell’ICI.

Il DM 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere” all’art. 1 comma 4 riporta:

L’infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca

e al comma 5 precisa:

La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche ..., inoltre il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l’esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative ...; questo percorso formativo oggi corrisponde al master universitario di I livello.

I principali riferimenti normativi riguardanti la formazione delle professioni sanitarie sono:

- DLgs n. 502/1992, art. 6, comma 3, che, in materia di formazione universitaria per le professioni sanitarie, richiama le Regioni e le Università a definire intese e rapporti di convenzione a supporto della stessa formazione;
- DLgs n. 517/1993 che conferma la necessità che in tali rapporti siano considerate le strutture e le attività essenziali allo svolgimento delle funzioni della didattica e di ricerca delle Università anche per la formazione delle professioni sanitarie;
- Decreto MURST n. 509/1999 che, in materia di regolamentazione dell'autonomia universitaria, detta le disposizioni sui criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari;
- Decreto MURST del 2/4/2001 che prevede l'istituzione dei Corsi di laurea triennali per le professioni sanitarie;
- Decreto MIUR n. 270/2004 che modifica alcune norme del DM n. 509/1999 in materia di ordinamento degli studi universitari);
- DPCM del 25/1/2008 concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica.

I percorsi formativi dell'ICI in ambito Europeo e Internazionale

Nel panorama internazionale, la bibliografia riguardante l'ICI suddivide questo ruolo in tre figure professionali:

- *infection control – clinical nurse specialist (IC-CNS)*,
- *infectious disease - clinical nurse specialist (ID-CNS)*
- *infectious disease – adult nurse (ICN)*.

Questi professionisti si differenziano tra loro sia per la tipologia di formazione che per le funzioni espletate nei vari ambiti di cura.

Le figure di Clinical nurse specialist sono comuni a tutti i Paesi anglosassoni e si configurano come infermieri in possesso di un titolo specialistico, mentre l'*adult nurse practitioner (ANP)* è una figura professionale peculiare degli Stati Uniti d'America, che non trova corrispettivo professionale nel Regno Unito e in Italia (Jenner, Wilson, 2000; King, 2005).

Occorre inoltre specificare che l'insieme dei professionisti (infermieri, medici, ecc.), che si occupano di controllo delle infezioni, sono riportati nella letteratura come *infection control professional (ICP)*. Il rapporto dello Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control, condotto negli Stati Uniti nel 1980, è il primo documento che descrive la figura degli ICP. Lo studio SENIC

fornì inoltre informazioni sul numero di infermieri da impiegare nelle strutture sanitarie, fissando il rapporto di un ICI ogni 250 posti letto, oltre a definire indispensabile un programma specifico per la prevenzione e il controllo delle infezioni, ed evidenziò che il 94% di tutti i professionisti addetti al controllo delle infezioni nosocomiali era costituito da infermieri, dimostrando la validità dell'intuizione, che risale a più di 20 anni prima, di affidare agli infermieri le attività di controllo delle infezioni (Goldrick, 2007).

L'infection control nurse (ICN) nel Regno Unito

Negli anni 90 gli ICN hanno avviato il processo di individuazione delle loro competenze *core*, a seguito della sempre maggiore importanza attribuita al ruolo di ICN nelle strutture sanitarie britanniche. Lo studio delle competenze *core* ha permesso di:

- definire standard di pratica riconosciuti e accettati dalla professione;
- valorizzare il ruolo di questi professionisti nei confronti delle istituzioni sanitarie e dei cittadini;
- creare i pre-requisiti per lo sviluppo delle stesse abilità e i presupposti, per gli enti formativi, per l'organizzazione di corsi specifici nell'ambito delle ICA;
- verificare il livello della pratica quotidiana attraverso strumenti di auto-accertamento e *peer evaluation* (King, 2005).

L'ultima riforma del sistema sanitario inglese, avvenuta nel 1999, ha posto molta attenzione alla qualità e all'efficacia delle cure sanitarie in termini di *outcome*. Sono nati i sistemi di *clinical governance*, strutture organizzative preposte ad assicurare i processi di miglioramento della qualità, programmi di riduzione del rischio e sistemi per l'individuazione di eventi avversi. Gli ICN sono stati coinvolti nei processi di accertamento e gestione del rischio e nei programmi di monitoraggio delle ICA (Jenner, Wilson, 2000).

In questo nuovo contesto sanitario, nel 1999 l'Infection Control Nurses Association (ICNA) ha deciso di sviluppare un profilo di competenze per i propri membri. Le prime competenze *core* proposte dall'ICNA sono state sviluppate mediante un *consensus meeting* al quale hanno partecipato ICN con diversi livelli di esperienza, infermieri del mondo accademico e specialisti della formazione in ambito di prevenzione e controllo delle infezioni. Dal *meeting* è emerso che il livello di formazione più pertinente richiesto per un ICN fosse un diploma di Master (King, 2005). In seguito alla pubblicazione del primo profilo di competenze degli ICN inglesi, fu elaborato uno strumento di autovalutazione, affinché ogni professionista potesse accertare le proprie *performance* professionali e identificare aree della pratica quotidiana dove potesse essere auspicabile uno sviluppo del ruolo di ICN. Il modello di riferimento (Benner, 1984) per la

misurazione delle competenze, che ha fornito indicatori e standard per la valutazione, distingue i seguenti livelli: novizio, principiante avanzato, competente, abile ed esperto. Il documento definitivo prodotto dall'ICNA, contenente anche lo strumento di auto-accertamento e pubblicato nel 2001, prevedeva una modifica sostanziale delle funzioni e delle competenze di un ICN ed è stato preso come riferimento per creare un percorso universitario specialistico nell'ambito delle ICA (King 2005).

Nel Regno Unito, l'individuazione delle funzioni *core* ha permesso all'ICNA di stabilire che la formazione minima, per svolgere le funzioni richieste dal ruolo, è la Laurea di I livello in infermieristica. Questo pre-requisito era peraltro già stato considerato basilare nell'articolo di Hamric, nel quale venivano sintetizzate le caratteristiche dei CNS (Ormond-Walsh, Burke, 2001).

L'*infection control nurse* esercita la propria attività nell'ambito della prevenzione e controllo delle ICA presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie, oltre che nei Servizi di sanità pubblica. Svolge le proprie funzioni in un *team* multidisciplinare e, nonostante il rapporto di ICN inglesi per posti letto non sia corrispondente a quanto riportato in letteratura (1:347 vs 1:250), la loro presenza è molto diffusa.

Le funzioni sono espletate tramite interventi di formazione degli operatori sanitari e di educazione di pazienti e familiari, elaborazione di protocolli e procedure, attività di sorveglianza e monitoraggio, gestione di eventi epidemici acuti e continuo supporto al personale sanitario in tema di igiene e controllo del rischio infettivo (Chief Nursing Officer, 2005). A proposito di queste attività, diversi autori sottolineano l'importanza del continuo aggiornamento delle proprie funzioni e dei propri compiti professionali, in relazione al continuo evolvere dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (King, 2005; Perry 2005). All'ICN sono richieste competenze di gestione del *budget* e attitudine alla *leadership*. Come *leader*, gli ICN hanno la necessità di mantenere alto il proprio livello di conoscenze e di mantenere un continuo rapporto con gli ambiti di pratica clinica; la loro attività è infatti maggiormente proiettata - rispetto a quella di altre figure professionali - ad influenzare altri operatori sanitari, per migliorare la *best practice*. In quest'ottica, l'esperienza clinica è vista come una *conditio sine qua non* dell'ICN, poiché rappresenta la base della sua attività quotidiana (Ormond-Walsh, Burke, 2001; Perry, 2005).

L'infermiere addetto al controllo delle infezioni negli Stati Uniti

Nel 1980 l'Associazione dei professionisti addetti al controllo delle infezioni (APIC) ha sviluppato 8 standard di formazione, ai quali gli enti formativi dovevano attenersi nell'organizzazione di corsi nell'ambito del controllo delle infezioni: epidemiologia, microbiologia, malattie infettive, sterilizzazione-disinfezione e sanificazione, assistenza diretta ai pazienti, formazione, *management*, comunicazione e medicina del lavoro. Questi standard, oltre ad aver costituito la prima sistematizzazione delle attività peculiari degli ICI americani, hanno permesso all'Ente per la

certificazione nell'ambito del controllo delle infezioni e dell'epidemiologia (Certification Board of Infection Control and Epidemiology - CBIC) di condurre nel 1982 uno studio sulle attività professionali svolte dagli ICI nella quotidianità. L'analisi dei risultati ha portato all'identificazione di 60 mansioni associate con le 8 aree (standard formativi) dell'attività di controllo delle infezioni. L'insieme di queste attività ha rappresentato anche il riferimento per mettere a punto il primo esame di certificazione nell'ambito del controllo delle infezioni, proposto negli Stati Uniti nel 1983, e, inoltre, l'APIC ha definito e descritto per la prima volta gli obiettivi del controllo delle infezioni, fissando il punto di partenza per i futuri progressi e cambiamenti della professione (Goldrick, 2007). Questi ultimi sono stati sintetizzati negli anni successivi in quattro ulteriori analisi delle attività professionali (*Practice Analysis* o *Job Analysis*) proposte dal CBIC, che da una parte hanno determinato una diminuzione delle aree o funzioni, dall'altra hanno portato a un sostanziale aumento delle singole attività professionali di competenza degli ICI (Goldrick, 2007).

La certificazione è definita dal Collegio americano delle specializzazioni infermieristiche (ABNS – American Board of Nursing Specialities) come il

“riconoscimento formale di conoscenze specialistiche, abilità ed esperienze dimostrate nel raggiungimento di standard (di pratica professionale) identificati da una specializzazione infermieristica per promuovere outcome di salute ottimali (ABNS, 2006)”

Tale certificazione, volontaria e ottenuta attraverso organismi specifici per ogni specializzazione infermieristica, è attualmente considerata come lo standard attraverso il quale il pubblico (organizzazioni e relativi utenti) riconosce l'assistenza infermieristica di qualità.

Negli Stati Uniti, i percorsi formativi rivolti a infermieri interessati alla prevenzione e al controllo delle infezioni sono molteplici. Gli enti formativi predispongono abitualmente tre percorsi formativi diversi, finalizzati all'acquisizione di una *expertise* nell'ambito del controllo delle infezioni e delle malattie infettive. In particolare vengono organizzati due Master rivolti ai *clinical nurse specialist* (CNS), e uno indirizzato agli *adult nurse practitioner* (ANP). All'interno della figura dei CNS, i due percorsi di formazione post-base si pongono l'obiettivo di preparare gli *infection control – CNS* e gli *infectious disease – CNS*, mentre per gli ANP si configura soltanto il ruolo di *infectious disease – ANP*. I *curricula* formativi di tutti i percorsi riportati prevedono la frequenza di corsi *core* e di corsi specifici per singolo ruolo. Il *clinical nurse specialist*, la cui funzione può essere assunta dall'infermiere che ha completato un master ed è in grado di assicurare le componenti della pratica infermieristica esperta, opera nell'ambito della pratica infermieristica avanzata.

L'attività dell'IC-CNS è proiettata maggiormente a una pratica assistenziale specializzata, che il professionista espleta mediante l'integrazione dei risultati derivanti dalla sorveglianza, applicando le linee guida, gli standard di controllo delle infezioni. Egli fornisce un'assistenza esperta, mirata alla prevenzione e al controllo delle infezioni; mantiene stretti contatti con i *caregiver*; si assicura

che vengano mantenute le misure di asepsi e che siano implementate le precauzioni di barriera e le linee guida, ecc.

Lo scopo della pratica professionale dell'ID-CNS è quello di fornire un parere esperto circa le malattie infettive presenti all'interno di un ambito clinico. Questo professionista dirige e coordina la gestione clinica dei pazienti con malattia infettiva in atto e supporta lo *staff* assistenziale nella pianificazione delle cure, ad es. programmando le misure di isolamento.

Le funzioni dell'ID-ANP sono rivolte verso un'attività di *primary care* della persona, all'interno di un contesto di assistenza multidisciplinare. Egli richiede e interpreta test diagnostici, prescrive terapia farmacologica e non, effettua procedure diagnostiche e attiva, se necessario, la collaborazione con altri specialisti (Gail *et al.*, 2003).

L'infection control practitioner (ICP) in Europa

A livello europeo, una recente indagine pubblicata nell'ambito del programma IPSE (Improving Patient Safety in Europe) ha evidenziato come soltanto un terzo degli Stati membri disponga di un *curriculum* formativo specifico per infermieri e medici che si occupano di prevenzione e controllo delle infezioni e come soltanto otto Paesi riconoscano queste figure a livello legislativo,. Questa eterogeneità incide in maniera importante sulla potenzialità che i singoli Paesi hanno nel gestire il problema delle ICPA.

In seguito a questo studio, l'ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) ha espresso la necessità di predisporre un *curriculum* appropriato per gli ICP europei. Va specificato che, alla stregua degli Stati Uniti, tutte le figure che si occupano di prevenzione e controllo delle infezioni sono denominate *infection control practitioner*.

Il documento prodotto è frutto di un *consensus*, avvenuto a livello delle diverse organizzazioni professionali degli Stati membri dell'Unione europea e di altri Stati che si occupano di ICPA, le quali hanno avvertito la necessità di creare uniformità in termini di formazione e funzioni espletate dagli ICP europei.

Il profilo di competenze, prodotto in seguito al processo di consenso, è indirizzato soprattutto alle organizzazioni professionali dei singoli Stati responsabili della formazione degli ICP, ma anche alle strutture sanitarie che definiscono autonomamente i profili di competenze per gli ICP, soprattutto in mancanza di indicazioni nazionali sulla formazione e sulle attività di questa particolare figura professionale. Oltre a fungere da riferimento, il *core curriculum* potrebbe rappresentare un punto di partenza per instaurare un dialogo a livello europeo sulla specializzazione e riconoscimento degli ICP. In questi termini l'indagine condotta, il coinvolgimento delle associazioni professionali responsabili della formazione degli ICP e il consenso raggiunto nella produzione del *core curriculum* potrebbero essere l'inizio di questo confronto fra gli Stati membri (ESCMID, 2008).

L'infermiere addetto al controllo delle infezioni in Italia

Come riportato nell'introduzione la figura dell'ICI nasce in Italia con le circolari del Ministero della sanità n. 52/1985 e n. 8/1988, nelle quali sono riportate sia gli obiettivi da perseguire per la prevenzione e il controllo delle ICA, sia le funzioni di questo professionista che si riportano:

1. Sorveglianza delle infezioni ospedaliere (rilevazione dei dati ed analisi periodica, indagini di eventi epidemici).
2. Educazione-insegnamento (programmi di aggiornamento nuovi assunti ecc.) nei confronti del personale di assistenza.
3. Collegamento tra il Comitato per le Infezioni ospedaliere e le diverse aree ospedaliere (applicazione delle misure di controllo decise).
4. Modificazione dei comportamenti del personale di assistenza.

Mentre la circolare 8/1988, ricorda gli standard di dotazione del personale della Organizzazione Mondiale della Sanità che suggerisce l'impiego di un infermiere o caposala ogni 250-400 posti letto ovvero sulla base della tipologia dei reparti e delle competenze, ogni 9000 – 10.000 ricoveri annui.

Le figure professionali addette al governo delle infezioni correlate all'assistenza sono rappresentate da diverse professionalità (medici di Direzione, infettivologi, microbiologi, infermieri, medici specialisti, ecc.), che costituiscono il CIO (Comitato infezioni ospedaliere). Storicamente, questa commissione è presieduta da un medico di Direzione sanitaria e da un infermiere i quali hanno la responsabilità operativa dell'attività di prevenzione e controllo delle ICA.

Oggi, sia il medico che l'infermiere acquisiscono le conoscenze e le abilità sul campo, senza il supporto di un percorso formativo che li renda professionisti più competenti nelle attività che svolgono. Dalla fine degli anni '90, alcune Regioni (es. Piemonte, Liguria, Marche, Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Trentino Alto Adige) hanno promosso corsi di specializzazione secondo l'ordinamento didattico dell'Università e corsi di formazione-lavoro, considerati a tutti gli effetti eventi di formazione continua seppure organizzati con un monte ore teorico e pratico di circa 700 ore. Negli ultimi anni, alcune Università hanno attivato corsi master di I livello, corsi di perfezionamento, corsi di alto perfezionamento, con *curricula* formativi diversi a parità di corso, e rivolti o ai soli infermieri o a più professioni.

Il vuoto normativo nazionale e la situazione di incertezza sul percorso formativo da intraprendere sono stati in parte colmati dall'attivazione di master o corsi di perfezionamento sul *risk management*, sul governo clinico, sull'infermiere di sanità pubblica, ecc.

A livello nazionale, l'infermiere addetto al controllo delle infezioni presenta gradi di autonomia molto diversi: si va dalla piena autonomia a situazioni di totale dipendenza da altre professioni; da

un'invasione di funzioni e attività che appartengono ad altre professioni, all'impossibilità di esprimere il proprio specifico professionale.

In questo scenario d'incertezze, di grandi cambiamenti e di nuove necessità di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, l'Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere (ANIPIO) ha ascoltato la voce dei propri iscritti e ha sentito la necessità e la responsabilità di pianificare e realizzare uno studio, sul profilo di competenza dell'ICI e il relativo curriculum formativo, affinché l'infermiere possa espletare le funzioni e le attività di prevenzione e controllo adeguate al proprio profilo professionale.

Obiettivi del progetto

- A) Descrivere le funzioni e le attività dell'ICI nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie a livello nazionale.
- B) Analizzare le funzioni e le attività percepite dagli *stakeholder* rispetto al contributo dell'ICI nella prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA.
- C) Elaborare, a livello nazionale, il profilo di competenza e le *job description* dell'infermiere con funzioni di prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali in ambito sanitario e socio-sanitario, da sottoporre a un percorso di validazione.
- D) Valutare contestualmente l'opportunità di modificare l'attuale denominazione di ICI (infermiere addetto al controllo delle infezioni), sulla base del profilo professionale definito.
- E) Formulare una proposta di curriculum formativo post-base dell'ICI, nel rispetto delle competenze multidisciplinari coinvolte nel governo delle ICA.
- F) Redigere un documento di sintesi, quale contributo per la comunità scientifica, l'Università e le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Fasi del progetto

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati, si riportano le fasi del progetto che è iniziato a giugno 2008 e si è concluso nel settembre del 2010.

Obiettivi A e B

- Fase A - Definizione degli obiettivi e articolazione del progetto
- Fase B - Ricerca e analisi della letteratura
- Fase C - Indagine qualitativa e indagine quantitativa
- Fase D - Analisi e commento dei dati delle tre indagini

Obiettivi C e D

- Fase E - Ricerca, analisi e confronto dei *curricula* formativi e dei profili di competenza
- Fase F - Definizione del profilo di competenza e di una proposta di curriculum formativo

Obiettivo E

- Fase G - Stesura di un documento di sintesi del progetto e dei risultati
- Fase H - Definizione e realizzazione del piano di comunicazione e di pubblicazione dei risultati

Il disegno dello studio

Si è trattato di uno studio di tipo descrittivo in cui la popolazione, rappresentata da infermieri o assistenti sanitari che a tempo pieno o a tempo parziale svolgevano l'attività di controllo delle infezioni, coinvolta in un'indagine qualitativa tramite la tecnica del *focus group*, e in un'indagine quantitativa tramite questionario.

L'indagine qualitativa ha riguardato la raccolta, attraverso il metodo del *focus group*, delle informazioni relative all'esperienza professionale di ciascuno, in termini di attività svolta, livelli di autonomia e responsabilità, nonché il grado di integrazione multiprofessionale. Tale indagine è stata rivolta a un campione significativamente rappresentativo di tutta la popolazione in studio.

L'indagine quantitativa aveva l'obiettivo di studiare, sulla base delle informazioni emerse dall'indagine qualitativa, le funzioni, i livelli di autonomia, di responsabilità, di integrazione multiprofessionale dell'ICI. Lo strumento utilizzato è stato un questionario strutturato.

Materiali e metodi

La popolazione in studio è stata individuata nel periodo compreso tra l'1 luglio e il 30 settembre 2008. Il numero di ICI individuato a livello nazionale sono la popolazione per l'indagine nazionale effettuata tramite questionario. Per l'indagine qualitativa è stato coinvolto un campione casuale di ICI per ogni regione corrispondente a n. 4 ICI con massimo cinque anni di attività nel ruolo di ICI e n. 4 ICI con più di cinque anni di attività. Il denominatore nazionale di ICI è stato individuato tramite una telefonata effettuata direttamente al Responsabile infermieristico e tecnico di ogni Ospedale/Azienda sanitaria/IRCCS in ogni Regione, quando non era disponibile un elenco regionale dei nominativi degli ICI; laddove era invece presente un elenco regionale, è stato eseguito un controllo nominale per verificare la rispondenza tra i nominativi in elenco e la loro posizione in essere. Sono stati esclusi i professionisti che collaboravano saltuariamente a progetti nell'ambito del controllo delle infezioni e gli infermieri o gli assistenti sanitari referenti o

appartenenti a reti di professionisti coinvolti periodicamente o continuativamente nelle attività dei progetti stessi.

Il *format* della telefonata utilizzata per l'individuazione della popolazione in studio prevedeva la presentazione dello scopo dello studio e la richiesta della presenza o meno, presso il proprio ospedale/Azienda/Servizio territoriale, di un infermiere o assistente sanitario a tempo pieno o a tempo parziale che si occupava di prevenzione, controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Per l'indagine qualitativa è stato reclutato un gruppo di ICI rappresentativo di tutte le Regioni italiane, ad eccezione della Sardegna (per impossibilità delle ICI contattate), a ricoprire il ruolo di conduttore del *focus group*. Complessivamente, il gruppo dei conduttori (24) è rappresentato da uno o due ICI per Regione e il reclutamento è avvenuto tramite chiamata diretta da parte del responsabile di progetto.

In ogni Regione è stato condotto un *focus group*, che ha coinvolto un massimo di 8 ICI; se presenti in numero inferiore, la metodica coinvolgeva tutta la popolazione presente. Nelle Regioni dove il numero era superiore a otto ICI, è stato eseguito un campionamento casuale per individuare i partecipanti al *focus group*. Il criterio di scelta dei cinque anni d'esperienza è derivato dalle indicazioni contrattuali degli infermieri, per i quali dopo cinque anni di attività in uno specifico settore può essere definito, in termini contrattuali, infermiere esperto.

La modalità di campionamento è avvenuta in due fasi:

1. un sorteggio eseguito dal responsabile del progetto che ha coinvolto tutti gli ICI di ogni Regione, definendo una lista regionale dei nominativi con ordine casuale;
2. suddivisione del denominatore regionale di ICI precedentemente costituito in due gruppi equi, eseguita dai conduttori dei *focus group* di ogni regione, sulla base della durata dell'attività nella funzione di ICI (superiore o inferiore a 5 anni); di questi due gruppi sono selezionati 4 ICI del primo gruppo e 4 ICI del secondo gruppo. Gli otto ICI così selezionati costituiscono il campione per il *focus group*. Se nella Regione non sono disponibili 4 ICI con esperienza inferiore a 5 anni e 4 ICI con esperienza superiore a 5 anni, si raggiunge il numero di 8 ICI indipendentemente dalla loro distribuzione.

Modalità di svolgimento della ricerca

Indagine qualitativa

La scelta della tecnica del *focus group* nasce dalla necessità di esplorare il fenomeno oggetto di studio e il contesto in cui esso si manifesta. Le finalità dell'uso del *focus group* sono principalmente due: far emergere, tramite discussioni di gruppo, una serie di aspetti delle funzioni e attività dell'ICI e cogliere i concetti vicini all'esperienza di vita professionale, per meglio definire il questionario per l'indagine nazionale; per assicurarsi di includere nel questionario gli aspetti ritenuti rilevanti dal

target, per individuare la gamma delle possibili opinioni sul tema; per apprendere il linguaggio utilizzato dalla popolazione *target*, quando parla dell'oggetto di studio; per cogliere spunti dalle discussioni di gruppo per la formulazione di domande e categorie di risposta, che possano essere accettate e ben comprese dagli intervistati (tutti gli ICI individuati a livello nazionale).

In preparazione alla conduzione dei *focus group* sono stati identificati uno o due ICI per ogni Regione ed è stato realizzato un evento formativo sul metodo di conduzione di un *focus group*; l'incontro ha avuto la durata di una giornata ed è stato svolto da un docente, psicologo, esperto in psico-sociologia del lavoro.

A ogni conduttore-moderatore è stato consegnato un manuale elaborato a seguito dell'evento formativo per la conduzione del *focus group* ed è stata consigliata la lettura di due testi di riferimento.

La conduzione dei *focus group* secondo le indicazioni riportate nel manuale é avvenuta nel mese di gennaio 2009. Il giorno è stato scelto a discrezione dei conduttori regionali e il reclutamento dei componenti ICI del *focus group* (8 in totale) è avvenuto secondo le modalità descritte nel protocollo di studio. La conduzione dei *focus group* è stata supportata da una traccia, nella quale erano riportate alcune domande. I *file* audio del *focus group* sono stati inviati al responsabile del progetto che ha provveduto a consegnarli ad una ditta esperta per la sbobinatura.

I risultati della sbobinatura dei *file* audio sono stati oggetto di discussione del Gruppo di progetto per la condivisione e i commenti dei testi.

Indagine quantitativa

Sulla base dei risultati emersi dai *focus group* è stata revisionata la bozza del questionario già elaborata dal Gruppo di progetto. Il questionario è stato testato con uno studio pilota e inviato tramite email a tutti gli ICI individuati a livello nazionale, pre-allertati e informati al momento del contatto telefonico dal delegato regionale ANIPIO o dal responsabile del progetto. I questionari sono stati inviati nel mese di maggio 2009 e raccolti dal responsabile del progetto nei mesi di maggio, giugno e luglio 2009.

Data entry e analisi dei dati

Il *data entry* dei questionari è stato effettuato da una ditta specializzata di servizi informatici.

L'analisi dei dati è stata condotta da uno statistico e i risultati sono stati oggetto di discussione del Gruppo di progetto.

PARTE 2: I RISULTATI

Risultati della ricerca qualitativa

Obiettivo

Descrivere le funzioni e le attività dell'ICI nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie a livello nazionale.

L'azione relativa all'analisi dei focus group ha un obiettivo specifico declinato dal progetto come segue: "le informazioni relative all'esperienza professionale di ciascuno, in termini di attività svolta, livelli di autonomia e responsabilità, nonché il grado di integrazione multiprofessionale".

L'obiettivo del lavoro è quindi una più precisa definizione del ruolo professionale dell'ICI. Allo stato attuale gli infermieri addetti al controllo infezioni (ICI) devono affrontare un'estrema varietà di contenuti operativi non essendo riconosciute univocamente le attività tipiche/distintive della professione.

Promossa da ANIPIO, scaturisce quindi l'esigenza da una parte di stimolare il riconoscimento e lo sviluppo degli operatori sanitari (infermieri e non) impegnati nella prevenzione delle infezioni legate alle pratiche assistenziali, e dall'altra di far emergere quali sono i temi centrali per la definizione di questa professionalità, e quali i suoi saperi distintivi.

Introduzione e quadro teorico del processo di analisi

Il materiale di dati raccolto è frutto di una serie di focus-group condotti in diverse regioni italiane (Piemonte e Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Veneto, Trentino, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Molise, Abruzzo, Campania, Lazio, Basilicata, Puglia, Sicilia), e la metodologia utilizzata si inserisce nel filone delle analisi di contenuto.

La paternità scientifica delle analisi di contenuto viene fatta risalire a Lasswell (1927) con il suo classico lavoro sulla propaganda di guerra durante la prima guerra mondiale, successivamente lo stesso Lasswell (1949 ma anche Lasswell e Kaplan, 1950) apporterà notevoli modifiche alle modalità di azione ma anche a i presupposti logici e teorici dell'analisi stessa. Una possibilità è quindi di collocare nel 1927 la nascita formale, anche se è stato fatto notare (Krippendorff, 1983) come il primo esempio di analisi del contenuto sia decisamente precedente. L'autore riporta infatti uno studio svolto in Svezia nel XVII secolo su i "Canti di Sion"; in questa analisi vennero calcolate le frequenze dei simboli religiosi e furono poi confrontate con quelle dei canti ufficiali per verificarne coerenze o discordanze. La prima formalizzazione viene comunque uniformemente riconosciuta essere quella di Lasswell, che nei suoi lavori si pose l'obiettivo di formare un insieme di regole stabili per poter studiare i mezzi di comunicazione. La presenza di regole certe e condivise¹

¹ Quanto il problema della condivisione sia in realtà non ancora superato totalmente lo si può ricavare dallo sforzo che devono fare i newcomers. Un dibattito attualmente (e.g. Whitemore et al, 2001) in corso vede i ricercatori "qualitativi" (se questa etichetta ha poi ancora un senso) discutere sull'utilizzo dei termini dei "quantitativi" per

all'interno della comunità scientifica avrebbe garantito, a parere del nostro, la possibilità di meglio comunicare al suo interno e, verso l'esterno, di acquisire credibilità riguardo i risultati delle proprie analisi.

Da un punto di vista generale l'analisi del contenuto (content analysis) consiste in una serie di operazioni, svolte su di un corpus informativo², volte a individuare al suo interno caratteristiche tali da poterne restituire una sintesi che ne mantenga il contenuto. Non si tratta quindi esclusivamente di analisi statistiche ma anche di riproduzione del senso a partire dalle analisi stesse. In questo senso un esempio può essere la domanda del genitore: "cosa hai fatto ieri sera?". La narrazione precisa risponde alla domanda posta ma in realtà ciò che viene richiesto è un atto di valutazione rispetto a delle esperienze e caratteristiche che esistono al di là dell'esperienza stessa, ma che di fatto le danno senso.

La necessità di una modalità di confronto con dei dati secondo un modello quantitativo nacque successivamente da due bisogni concomitanti. Da un lato la diffusione dei giornali sempre crescente con il coesistente sviluppo delle tecniche di comunicazione e propaganda e, dall'altro, la necessità di trovare dei criteri "oggettivi" di valutazione di questa comunicazione.

Come bene ha mostrato Luzzi (2003) il dibattito tradizionale sull'analisi di contenuto verte su quattro condizioni che devono essere soddisfatte perché se ne possa parlare: obiettività, sistematicità, approccio quantitativo, contenuto manifesto. Queste quattro condizioni sono quelle presentate nella classica definizione di Berelson "Content analysis is a research technique for the objective, systematic, and quantitative description of the manifest content of communication"³ (1952, p. 18). L'obiettività alla quale si fa riferimento è quella volta a dare "un risultato di ricerca ottimale che non lascia spazio alla discrezionalità" (p. 11). La sistematicità riguarda il percorrere tutti gli elementi del corpus seguendo regole costanti e valide. Dell'approccio quantitativo abbiamo già parzialmente detto. Riguardo allo studio manifesto, giova ricordare come un perseguire esclusivamente lo studio del contenuto manifesto mantenendo unicamente questo piano di valutazione porti con sé l'impossibilità di attuare un processo interpretativo obbligando a mantenere solo il piano descrittivo dell'analisi.

Il processo operativo dell'analisi di contenuto consiste nella scomposizione del messaggio comunicativo in unità minime di senso, in modo da poterle successivamente porre a confronto o in relazione per studiare il contenuto del corpus. Le modalità con le quali il messaggio iniziale viene scomposto sono estremamente differenziate e vanno da quelle più qualitative (ad esempio

valutare la loro ricerca. Questo dibattito ha come sfondo la presenza di regole condivise da un gruppo alle quali gli altri si sentono di dover aderire anche se non ne riconoscono l'applicabilità.

² Il materiale oggetto di analisi prende il nome di corpus. Il corpus raccoglie tutti e solo gli oggetti che devono essere analizzati. La modalità di raccolta del materiale naturalmente ha margini di discrezionalità che dialogano con la ostensibilità dei criteri. Nella analisi di contenuto la raccolta del corpus precede l'analisi dello stesso e i criteri di analisi dovrebbero essere definiti precedentemente all'analisi ed essere utilizzati in maniera analoga per tutti i materiali da analizzare.

³ Traduzione; " l'analisi di contenuto è una tecnica di ricerca per la descrizione obiettiva, sistematica e quantitativa del contenuto manifesto della comunicazione."

l'attribuzione di codici che corrisponde all'attribuzione manuale di una variabile) a quelle più quantitative (un esempio è la scomposizione nelle singole parole del testo per poi utilizzare le tecniche lessico metriche di analisi).

Per alcune tipologie di comunicazione nel corso degli anni sono andati strutturandosi software che affiancano il ricercatore nella sua analisi. Nel campo delle analisi dei testi, ad esempio, gli apparati lessicometrici hanno fornito un supporto fondamentale all'affermazione del modello di analisi e allo stesso tempo sono andati affermandosi anche strumenti per le analisi di tipo code and retrieve⁴ legate alla logica della codifica manuale. La maggioranza dei media attendono però degli strumenti che permettano al ricercatore di scomporre in modo automatico il messaggio perdendo una quantità limitata di informazioni⁵. Le più interessanti sperimentazioni in questo senso sono sempre state legate a materiale tendenzialmente strutturato e con variabili ben definite. Sino ad ora esistono strumenti efficaci quasi esclusivamente per le analisi d'informazioni testuali; anche se le tipologie di scomposizione dei testi sono di per sé molto differenziate, esistendo sia tradizioni sia paradigmi tra loro concorrenti.

In modo piuttosto lineare è possibile vedere come le suggestioni proprie dell'evoluzione dei metodi delle scienze sociali trovino, in questo campo, un eco particolarmente forte. Si contrappone una lettura del mondo che sostiene la necessità di arrivare a descrivere la verità ad un'altra che ha come obiettivo di descrivere i processi interpretativi attraverso i quali i soggetti assegnano senso alla realtà (Mazzara, 2008). Parafrasando Boudon (1985) l'analisi di contenuto serve a rispondere a interrogativi sulla realtà e non a spiegare la realtà.

Le registrazioni dei focus-group sono state condotte da infermieri (ICI) che erano stati precedentemente formati alla conduzione dell'intervista di gruppo; l'intervista è di tipo strutturato con una serie di domande "chiave" stabilite a priori in fase di definizione operativa della ricerca.

Considerazioni preliminari

Prima di descrivere compiutamente il processo di analisi devono essere fatte due considerazioni in merito alla qualità dei testi analizzati. Queste osservazioni sono rilevanti soprattutto in riferimento a quanto potrebbe essere fatto in un successivo momento mentre poco peso hanno relativamente a possibili interventi di regolazione su quanto già in nostro possesso.

Una prima osservazione inerente al materiale obbliga a rilevare come purtroppo la conduzione dei gruppi sia stata fatta da persone con una formazione non omogenea e con un'appartenenza al medesimo gruppo professionale che veniva coinvolto. Questa pratica stigmatizzata dai principali testi di riferimento può generare delle dinamiche collusive o conflittuali e delle cecità non prevedibili da parte del conduttore. Questa pratica, senza nulla togliere alla buona volontà dei

⁴ Traduzione: "codifica e recupera"

⁵ Agli autori non sfugge come anche in un testo spesso il contenuto sia tra le righe piuttosto che sulle righe; ciononostante, per molteplici scopi, un'analisi che sovrapponga lingue e parole (per usare la classica distinzione di De Saussure, 1922) può permettere di rispondere appieno agli obiettivi che ci si pone.

conduttori, ha portato a un'elevata disarmonia delle gestioni e alla presenza di conflitti nella relazione che probabilmente non hanno permesso un'espressione completa da parte dei partecipanti.

Una seconda osservazione deve essere fatta relativamente al processo di trascrizione dei focus group. Innanzitutto si deve puntualizzare come la letteratura e la pratica sottolineino come la fase di trascrizione sia a tutti gli effetti parte della fase di analisi e che quindi questa sia, nei limiti del possibile, da svolgere a cura del conduttore. Inoltre la raccolta delle informazioni si è protratta per diversi mesi e questo non ha permesso di potersi accorgere della cattiva qualità di alcune registrazioni (rese a tutti gli effetti inutilizzabili). Se infatti a fronte di una rilevazione rapida sarebbe stato possibile recuperare se non i testi almeno i contenuti principali ciò non è stato nel caso specifico possibile. Questa considerazione è particolarmente rilevante in relazione alla dichiarazione di "rappresentatività"⁶ del campione in sede progettuale. Inoltre il fatto che i testi siano stati raccolti in un lasso di tempo estremamente lungo pone alcuni dubbi sulla confrontabilità in relazione alla presenza di variabili intervenienti difficilmente prevedibili.

Metodologia adottata

La metodologia adottata s'inserisce nel novero delle Mixed Methodologies (Teddlie e Tashakkori, 2009). Per aumentare il livello di affidabilità si utilizzano infatti modalità differenti e incrociate di analisi delle informazioni di modo da ottenerne delle conclusioni che quanto più possibile rispecchino il dato reale. L'analisi si è svolta tramite un processo ricorsivo d'interpretazione e verifica incrociando sistemi quantitativi e qualitativi legati alla analisi di contenuto.

Per l'elaborazione del materiale (verbale) raccolto si sono utilizzati due software che permettono sia l'analisi di tipo lessicometrico che un'analisi testuale delle informazioni. L'analisi lessicometrica prende in considerazione le singole parole e la loro sequenza, mentre l'analisi del discorso fa riferimento ad unità di testo più ampie considerandone la dimensione di senso.

Nel primo caso usando un software ad-hoc (T-LAB) sono stati analizzati i focus group come un corpus unitario con l'obiettivo di individuare le trame portanti ma anche di identificare le categorie che avrebbero potuto essere usate per analizzare più in profondità i testi. Le categorie individuate sono state successivamente utilizzate per una analisi maggiormente orientata a esplorare in profondità i testi preservandone la ricchezza. Si è utilizzato in questo senso un software differente (Atlas.ti) che permette di costruire dei modelli di sintesi. Questa seconda parte si è resa necessaria anche a partire dalla differenza tra i prodotti raccolti.

La prima fase del lavoro in ambito lessicometrico è consistita nella pulitura dei testi iniziali per cercare di eliminare delle parole che possono essere fuorvianti e per normalizzare i testi

⁶ Il problema della rappresentatività è particolarmente rilevante in un lavoro che abbia come obiettivo una mappatura di una popolazione ma non si deve trascurare il fatto che la rappresentatività assoluta non esista se non raccogliendo le informazioni di tutta la popolazione. Qualsiasi rappresentatività è relativa alle caratteristiche che si ritengono rilevanti in fase di progettazione.

correggendo errori di battitura e scrittura. Questa operazione è inversamente proporzionale nei tempi alla qualità delle trascrizioni. Si rende necessaria per le modalità di analisi semi automatiche che vengono svolte dai software. La seconda operazione di pulitura è legata alla regolazione del vocabolario interno e delle gergalità presenti nei testi. Devono essere disambiguate le possibili omografie (ad esempio la presenza del termine personale nel senso di proprio “un caso personale” dell’individuo o di caratteristico della organizzazione “la gestione del personale”) e aggregate le possibili differenze tra forma e lemma (si tratta in questo caso di individuare parole differenti che veicolano il medesimo concetto). Questa prima fase di lavoro permette di valutare la presenza “multiwords” ovvero parole che hanno un significato specifico nel loro essere aggregate in una determinata sequenza (un esempio può essere “gestione del personale”). Arrivati a questo punto il nuovo testo, composto da tutti i testi aggregati e normalizzato con le operazioni precedenti, è composto da lemmi quanto più possibile univoci e può quindi essere sottoposto a delle operazioni di analisi automatizzate. Le unità di analisi in questo caso sono le singole parole o lemmi che nelle loro relazioni e sequenze sono produttrici di significato.

T-LAB è costituito da un insieme di strumenti software per l'analisi dei testi: strumenti di esplorazione, di analisi e di supporto all'interpretazione. Gli strumenti implementati in T-LAB sono stati selezionati con l'obiettivo di consentire, in modo rapido ed affidabile, l'estrazione, la comparazione e la mappatura dei contenuti presenti in testi di varia natura: trascrizioni di discorsi, articoli di giornali, documenti, materiali scaricati da Internet, testi legislativi, libri, etc.

Il processo di analisi è consistito in un lavoro di scomposizione e ricomposizione, e si è trattato di passare dalle parole alle parole ricostruendo un discorso a partire da altri discorsi. Come nel Tangram si tratta di far emergere delle nuove immagini a partire da immagini già esistenti.

Innanzitutto utilizzando T-LAB abbiamo esplorato il contenuto dei focus. Sono stati usati due tipi di strumento: l'analisi delle co-occorrenze e le analisi tematiche delle unità di contesto. L'analisi delle co-occorrenze ci ha permesso di identificare quali parole fossero maggiormente associate alle parole chiave dei nostri obiettivi. Abbiamo scelto di utilizzare il “Coseno” come indice di valutazione. Nei grafici di associazione che saranno riportati, la distanza, ove non altrimenti specificato, è indicativa del valore del chi quadro come indice di associazione. Il secondo passaggio è consistito in un lavoro di clusterizzazione del testo per poter ottenere una rappresentazione del corpus attraverso un numero di cluster limitato.

La seconda parte dell'analisi è consistita nella analisi dei focus di tipo qualitativo ispirata ad una analisi discorsiva del testo. È stato utilizzato il software Atlas.ti per affiancare il lavoro di ricerca e permettere una maggiore sistematicità delle operazioni di analisi e di sintesi. Atlas.ti è un software che supporta l'interpretazione del materiale audio raccolto e facilita la connessione e la comparazione tra alcuni segmenti di testo emersi dal corpus testuale analizzato. Permette quindi di visualizzare tali connessioni attraverso alcuni reticoli che sono l'output grafico del programma utilizzato. Il tipo di analisi è stato ispirato sia dagli obiettivi definiti da progetto sia dalle emergenze

legate alle analisi quantitative ponendo a verifica i risultati lessicometrici. Non deve essere infatti trascurata la dimensione di incontro tra il ricercatore e il set di informazioni con il quale si trova a lavorare.

Risultati

Le analisi sono state condotte sui focus di 16 regioni. Da queste una deve essere non conteggiata a causa di un testo estremamente limitato e di un'altra regione dobbiamo tenere conto di una qualità particolarmente scadente della registrazione e di conseguenza della trascrizione. I focus utilizzati sono quindi 14 e le regioni coinvolte sono 15. Uno dei focus ha visto infatti i partecipanti di Valle d'Aosta e Piemonte. I focus group utilizzati sono quindi: Piemonte e Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Trentino, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Molise, Abruzzo, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia). Non sono state analizzate le informazioni relative a cinque regioni (Liguria, Lazio, Calabria, Sardegna e Umbria).

Inizialmente si è posta la questione di comprendere quali fossero i temi emergenti del testo ovvero quali fossero i contenuti propriamente espressi dai partecipanti ai focus. Questa prima analisi consente di comprendere di cosa abbiano effettivamente parlato i partecipanti al focus group durante la sessione. È emerso un modello interpretativo nel quale cinque temi permettono di spiegare adeguatamente il testo. I cinque temi sono sintetizzabili con le etichette “ruolo”, “infermiere”, “infezione”, “azioni” e “possibilità di espressione”. È importante rilevare come le parti di testo dedicate alle azioni effettivamente compiute (azioni) si trovino spesso distanti da quelle definite e percepite come parte del ruolo. Questa prima analisi ha spinto nella direzione di prestare particolare attenzione ad approfondire la relazione tra ruolo e azioni degli ICI.

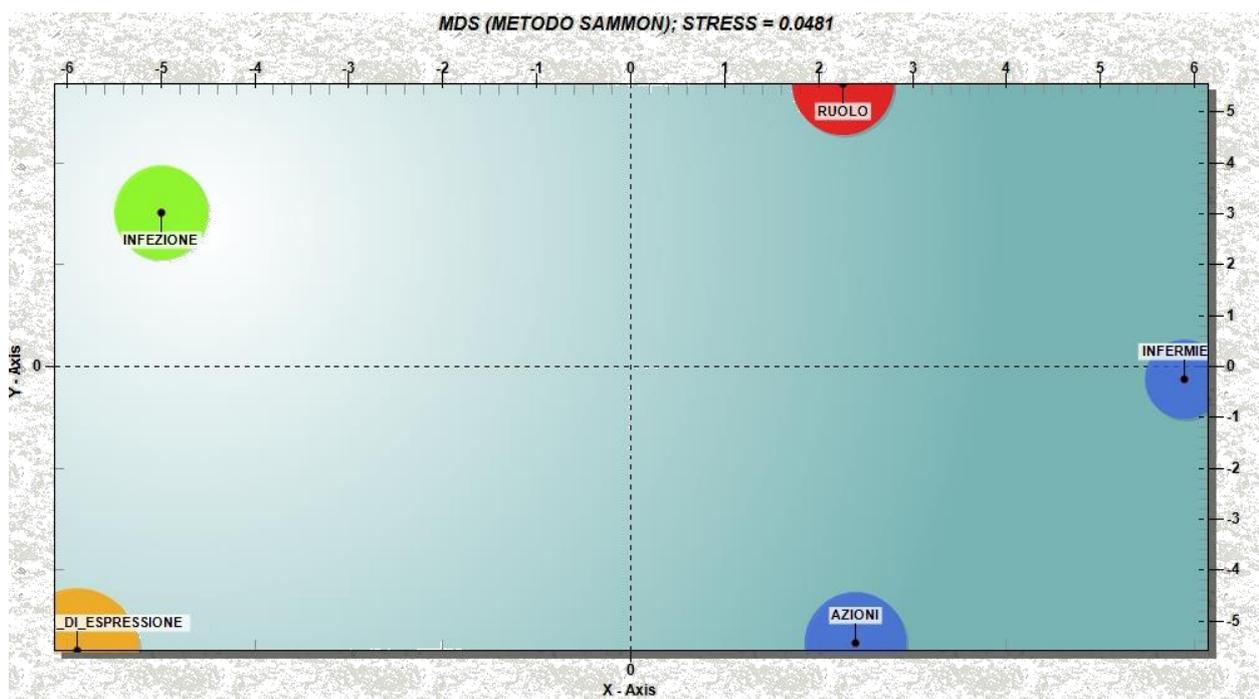


Figura 1: temi emergenti

Il primo obiettivo che ci si è posti è stato di riflettere sulle persone e sul loro contesto di lavoro cercando di enucleare quali tipi di operazioni permettano agli ICI di gestire l'interazione con il loro ambiente e con il loro compito (e quindi relazioni con gli oggetti, con le procedure, con le persone). L'avvio dell'analisi va nella direzione di cercare di capire come il lavoratore si muova e sulla base di quali processi e risorse risponda alle domande ambientali. Ci si è domandati quali siano le competenze (intese come "conoscenze in atto"⁷) richieste e quali quelle agite, come è mediamente "rappresentato" il profilo dell'ICI dalla comunità stessa degli operatori sanitari dedicati alla prevenzione delle infezioni legate alle pratiche assistenziali, ed infine quale sia il sapere distintivo di tale professionalità. Dai risultati ottenuti con le analisi effettuate con T-lab sono emersi alcuni temi centrali per la definizione del ruolo professionale dell'ICI (vedi Figura 1).

Per quanto riguarda le **attività** svolte, l'analisi quantitativa mostra come si identifichino alcune attività proprie della figura professionale, ossia: attività di **sorveglianza**, attività di **formazione sul campo** e attività di **consulenza** (sia telefonica che di presenza); accanto a queste attività ve ne sono altre di tipo **burocratico-amministrativo/segretariale** legate alla direzione sanitaria.

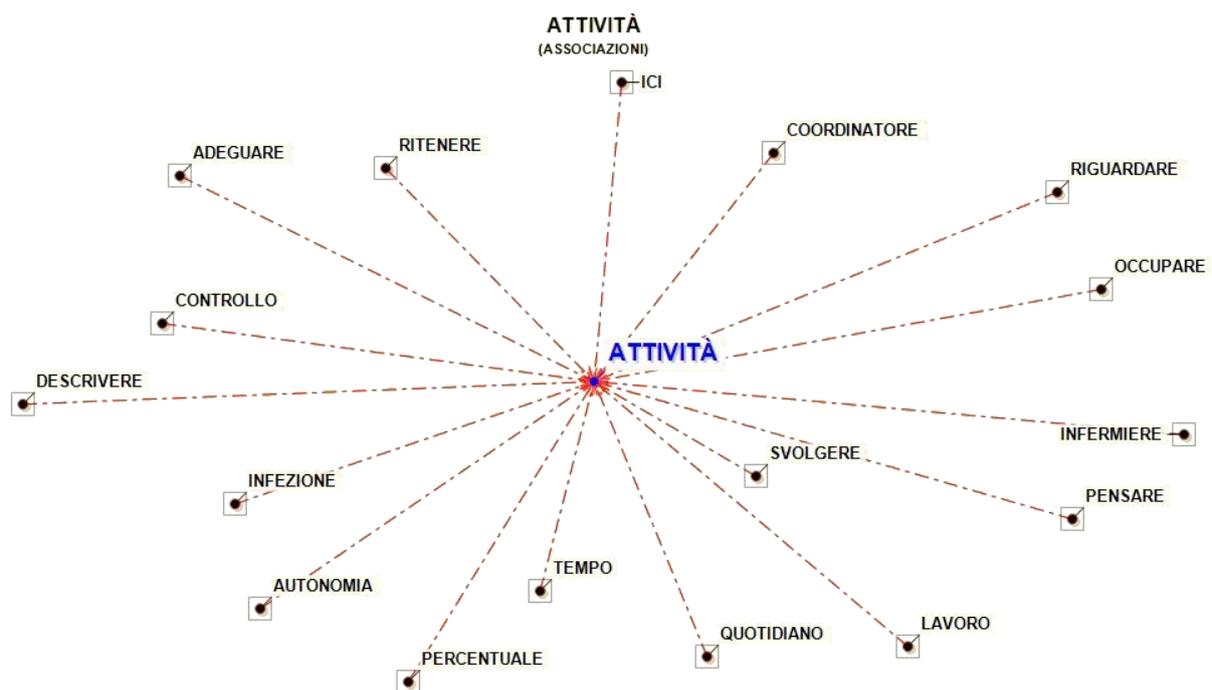


Figura 2: Analisi delle associazioni con "Attività"

L'indagine qualitativa ha permesso di individuare dei nuclei di attività dichiarate dai partecipanti come parte della professione dell'ICI, vi sarebbero quindi almeno quattro aree:

1. le attività di cura e assistenza rivolte ai pazienti e ai colleghi;
2. le attività di formazione e consulenza rivolte a colleghi, operatori, volontari e pazienti;

⁷ La definizione del termine competenze risulta particolarmente problematica ma vale la pena di usare come riferimento l'utilizzo fattone da Levati e Saraò nel 1998.

3. le attività amministrative (sorveglianza e controllo, redazione registri, appalti, etc.);
4. attività di ricerca e rilevazione.

La figura professionale che emerge possiede un profilo liminale⁸, che sta un po' fuori e un po' dentro all'azienda ospedaliera, e comunque necessita del continuo "sostegno" del dirigente medico per poter esprimere pienamente il suo "sapere". In questo senso non vi è un riconoscimento di sapere distintivo da parte di questa categoria infermieristico-professionale. Ad esempio viene riportato il caso in cui per organizzare una formazione ci si sia dovuti rivolgere ad un medico per avere la "legittimazione" del contenuto da parte sua.

Le attività che vengono compiute sono estremamente differenziate in relazione alla presenza di una maggiore o minore complessità della struttura organizzativa ospedaliera. La possibilità di insistere su un singolo luogo di lavoro o di dover ruotare su sedi plurime è una delle dimensioni che differenzia i compiti che individualmente sono svolti. In diversi casi la figura è rappresentata come in staff alla direzione mentre in altre compare come in line. Questa distinzione non sempre appare definita da necessità organizzative riconosciute dalle ICI. Da non trascurare è il dato che riportano diversi ICI riportano, ovvero svolgere attività indistinte e poco identificabili come proprie della professionalità distintive: *"È difficile definire di che cosa mi occupo, nel senso che è di tutto e di più. Tutto quello che è urgente"*. La dimensione dell'urgenza, che potrebbe essere tradotta con "essere in balia delle richieste", è indicativa della ridotta possibilità negoziale che le persone hanno all'interno dell'organizzazione.

Dal punto di vista delle **competenze** le analisi lessicometriche mostrano come vi sia una prevalenza di affermazioni che fanno riferimento primariamente alle dimensioni teoriche che presiedono all'agire professionale, mentre sono in secondo piano il richiamo alle dimensioni pratiche, che rievocano le tecnicità del "fare". Peraltro la rappresentazione che emerge è quella di un sentimento di poca adeguatezza in merito alle competenze attese per gestire la complessità di tale incarico.

⁸ La caratteristica di liminalità, che è proprio delle figure professionali che svolgono compiti di interfaccia, è una delle dimensioni che tradizionalmente rendono problematico il riconoscimento intra-organizzativo. Viene infatti a essere difficoltoso il processo di rispecchiamento che permette di riconoscersi tra uguali. Il lavoro sui confini connota in termini peculiari il ruolo professionale il che può funzionare in termini di distintività tanto quanto in termini di esclusione dalla compartecipazione alla cultura istituzionale.

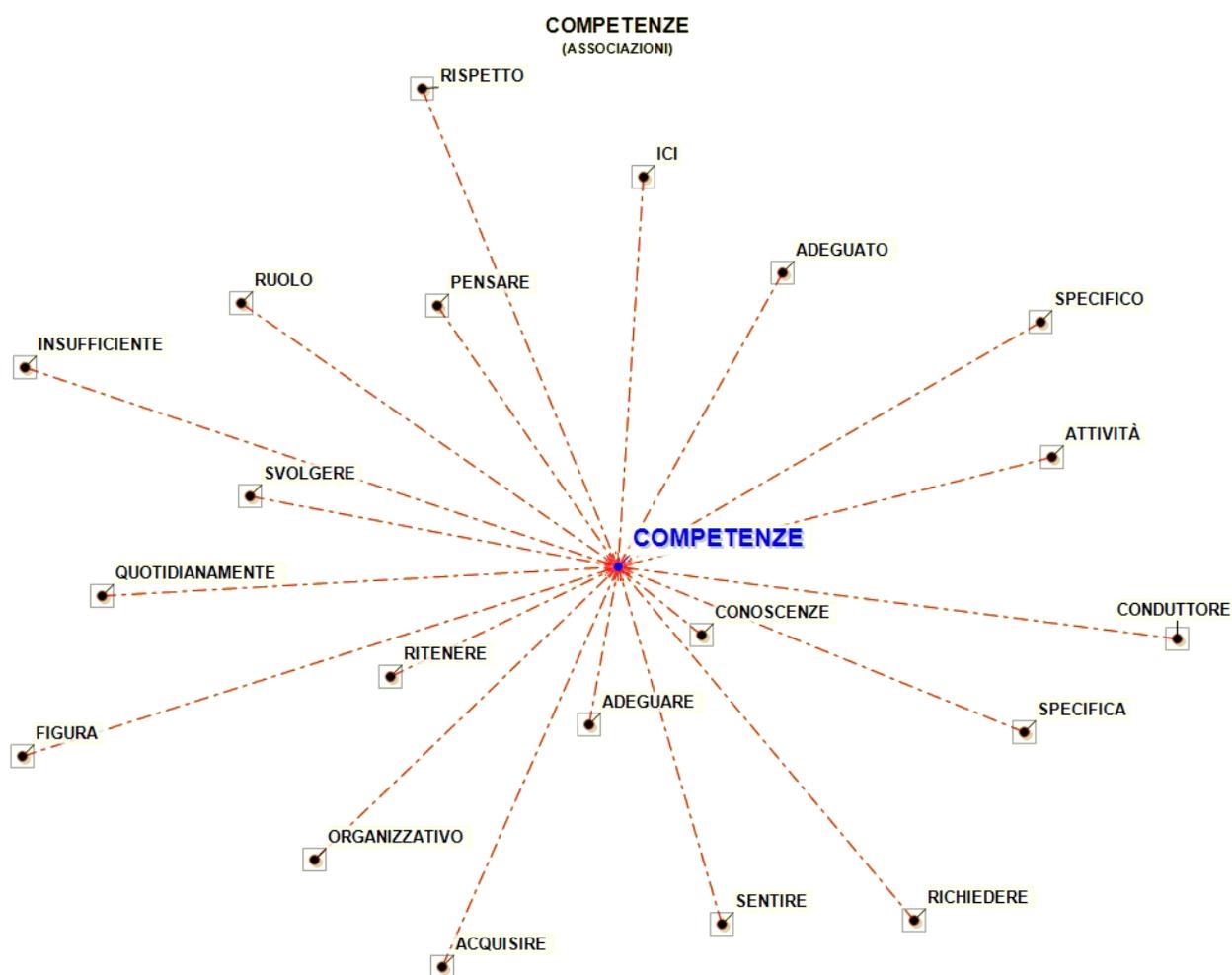


Figura 3: Analisi delle associazioni con "Competenze"

Nelle analisi qualitative emerge la forte interconnessione fra le attività di cura, di formazione e quelle amministrative; questo implica la necessità di una forte competenza di "visione di sistema" organizzativo che, essenzialmente, viene percepita come mancante. La possibilità della visione di sistema oltre che nel percorso formativo è legata alla possibilità di interazione operativa quotidiana con la direzione e con i luoghi della decisione. In diversi casi infatti le ICI fanno riferimento al lavoro infermieristico come maggiormente definiente della propria identità professionale. Il ruolo di ICI sembra in taluni casi essere una mansione che viene svolta piuttosto che uno strumento di identificazione professionale. Infermiere si è, l'ICI si fa "sono un infermiera prima".

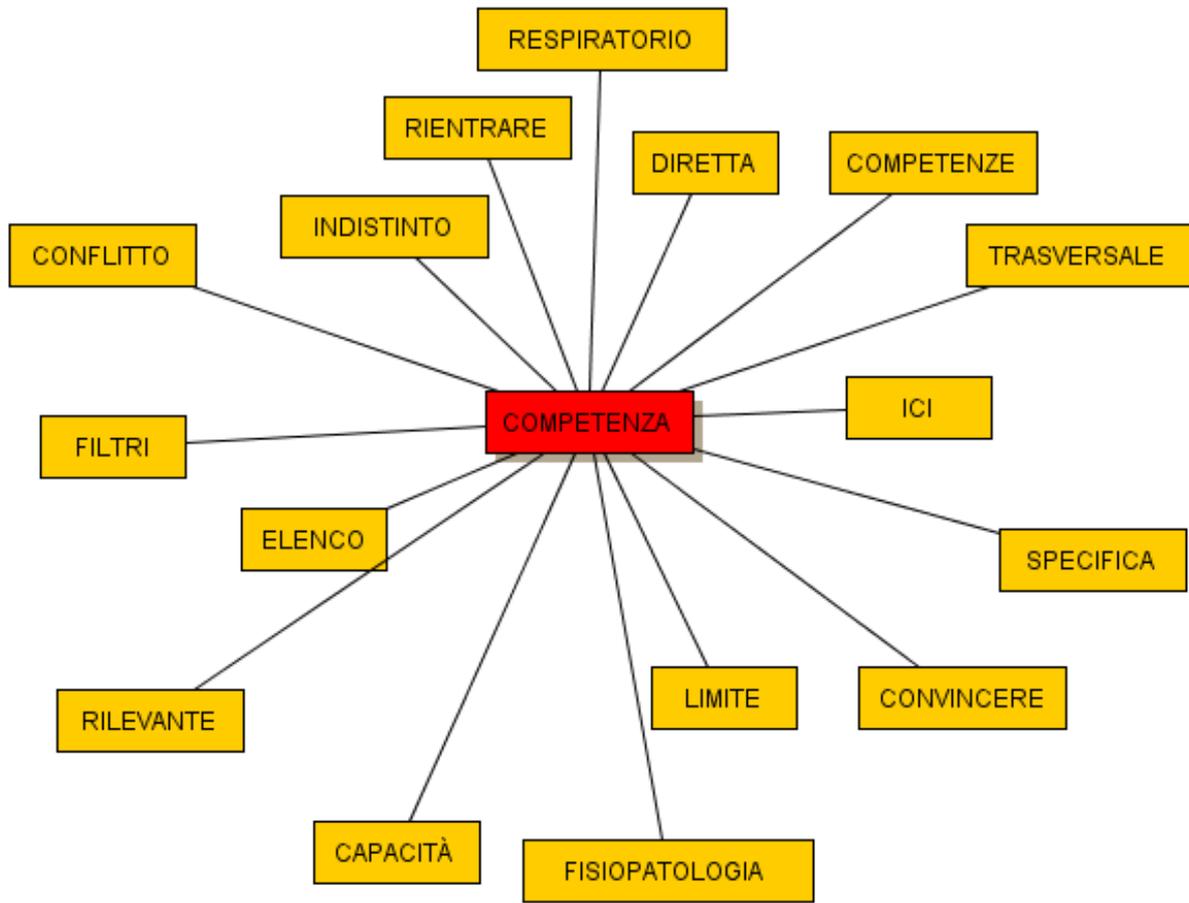


Figura 4: Associazioni con il lemma "Competenza"

In sostanza, se definiamo la competenza come la relazione tra le risorse della persona, il repertorio di abilità delle quali è fornito e il contesto organizzativo di riferimento, possiamo dedurre dal materiale esaminato che a fronte di una buona stima di sé e un buon sentimento di autoefficacia (vedi Bandura, 2000) non corrisponda una forte identità professionale. E che nella dinamica lavorativa l'aspetto di relazione (soprattutto in linea orizzontale) sovrasti la dimensione tecnica, procedurale, etc.. Quindi come dire che la dimensione accessoria "relazionale" è predominante rispetto alla dimensione principale "tecnica". Questo in un contesto che per sua natura è centrato sulla presenza di saperi distinti tecnici legati ad "atti" che possono o meno venir compiuti rende più complesso il riconoscimento della professionalità.

Emerge forte anche la dimensione del riconoscimento delle competenze possedute tanto dal contesto organizzativo quanto da quelli che ricoprono ruoli differenti all'interno dell'organizzazione. In questo senso sono da rilevare le grandi variabilità all'interno dei differenti focus group ovvero delle differenti regioni. È possibile ipotizzare che laddove sia stato condotto un percorso condiviso di sviluppo del profilo queste competenze hanno ottenuto un riconoscimento istituzionale con una maggiore soddisfazione da parte degli stessi ICI mentre ove questo percorso non sia stato

possibile la soddisfazione è più limitata e le competenze non sono riconosciute ed in alcuni casi addirittura avversate.

Le professionalità contigue sentono in alcuni casi una “erosione” degli spazi di negoziazione nei quali possono muoversi. Questa erosione è peraltro verbalizzata chiaramente dalle ICI dichiarando delle posizioni di differenziazione certamente non a-conflittuali “*per cui da una parte c'erano i caposala che si occupavano del personale e di certe attività che poi noi ci siamo prese*” “*lavorando sempre in gruppo con le caposala per venti anni, poi ritrovarsi non voglio dire dall'altra parte*” e che raramente hanno avuto istituzionalmente gli adeguati spazi di negoziazione relazionale. Inoltre gli intervistati hanno la sensazione di non avere loro stessi le risorse sufficienti per affrontare questa varietà del contenuto del lavoro e questo percepito aumento del carico di lavoro, dove per risorse si fa riferimento sia al piano delle competenze individuali che all'organico di personale disponibile per svolgere quelle attività.

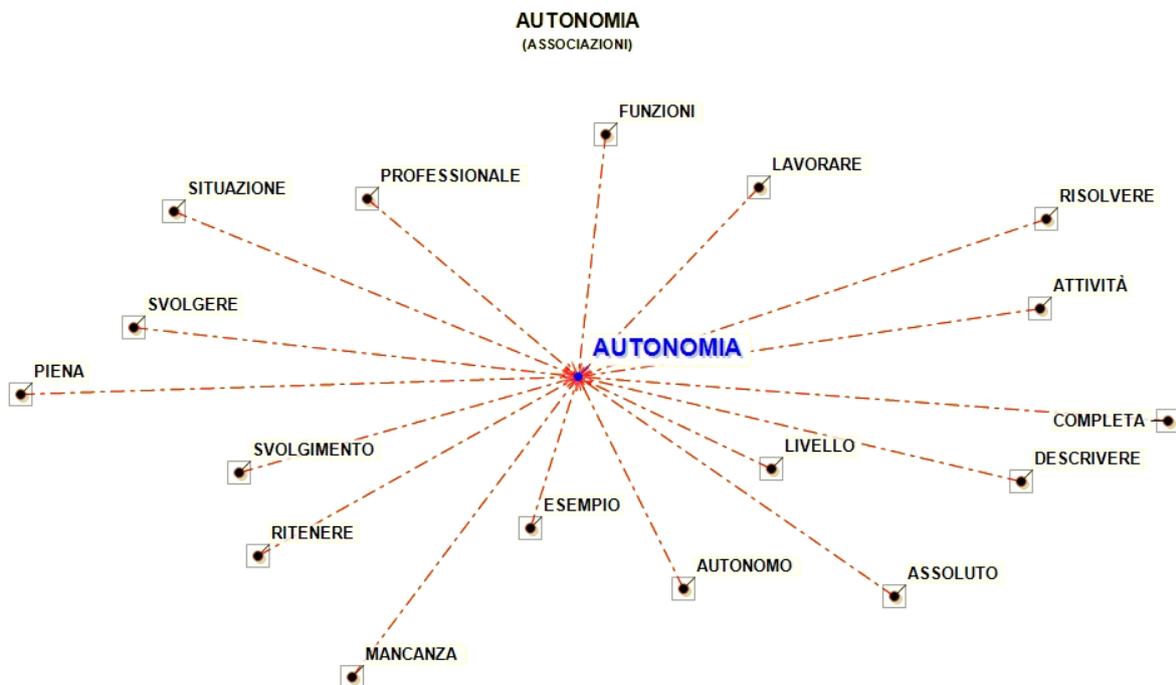


Figura 5: Analisi delle associazioni con "Autonomia"

Esplorando le relazioni con il lemma competenza (Figura 4), che è collegato con la dimensione di **distintività della competenza**, scaturiscono, da una parte, una serie di riferimenti connessi alle operazioni materiali proprie del ruolo (Filtro, Respiratorio, Fisiopatologia, Limite) e d'altra parte emergono anche delle relazioni proprie di un ruolo di mediazione e amministrazione (Conflitto, Convincere, Trasversale, Indistinto, Rientrare). Questo spinge a riflettere come nel loro insieme i focus group catturino una situazione diversificata che permette solo parzialmente e in maniera a volte forzata di identificare delle dimensioni che unifichino tutte le rappresentanti del territorio. Le dimensioni distintive andrebbero, forse più proficuamente, rilevate differenziando in relazione alle

specificità territoriali e storiche. Una riflessione propria è relativa alla possibilità di identificare delle competenze trasversali proprie della professione ICI che richiederebbero un lavoro organizzativo specifico.

Alla valutazione delle competenze è collegato in modo quasi diretto il tema dell'**autonomia**. L'autonomia si declina nella possibilità di prendere decisioni e nel possesso del potere organizzativo per poterle attuare. Le persone partecipanti ai focus ritengono da un lato di avere dei compiti di responsabilità, dall'altro che la loro autonomia sia gestita in maniera discrezionale dal direttore sanitario, e quindi che alcune volte sia sufficiente o completa mentre altre volte che non vi sia alcuna libertà di movimento.

Il tema dell'autonomia, come emerge dalle analisi quantitative, è peraltro un aspetto difficile da decifrare e da generalizzare poiché il concetto di "autonomia" è in funzione di un ruolo organizzativo, e il ruolo si "ritaglia" in un contesto dato. La definizione di ruolo è infatti sempre l'esito di almeno tre tipi di aspettative: quelle proprie, quelle degli altri (pari, superiori e utenti) e quelle dell'organizzazione.

Le "autonomie" dichiarate nei focus-group, ed evidenziate dalla analisi discorsive, possiedono qualità molto diverse tra loro: alcune più decisionali, altre più operative, spesso emerge che una certa "autonomia" nello svolgere le proprie mansioni assuma una connotazione negativa, venendo percepita come "solitudine" dall'operatore *"io la vivo perché mi sento molto sola nel fare, non supportata da altre figure. Mi servirebbe un gruppo di lavoro che è sulla carta ma inesistente dal punto di vista pratico"*. Altre volte l'autonomia viene intesa in modo confusivo dall'ICI *"...sono autonomo perché non devo riportare niente a nessuno"*, poiché non si capisce qual è il senso e il valore aggiunto di questo comportamento in un'ottica organizzativa e quindi con degli obiettivi di funzionamento oppure in una direzione completamente opposta si evidenzia l'assenza completa di qualsiasi autonomia *"Fermo restando comunque che io non ho nessuna autonomia"*. In nessun caso la dimensione dell'autonomia è stata associata con una rivendicazione di ruolo professionale. Sembra che gli ICI percepiscano la propria **figura professionale**, in questo momento, come fumosa e poco definita e che il loro ruolo professionale, poco chiaro anche a loro, non sia chiaro né quindi riconosciuto neanche dagli altri (verosimilmente questo appare uno dei punti cruciali di tutta l'analisi effettuata). In un'ottica di relazionalità istituzionale risulta estremamente difficoltoso che una figura nuova senza una chiara coscienza di ruolo e senza un mandato ad occuparlo possa guadagnare uno spazio precedentemente occupato da altri.

Questa difficoltà potrebbe essere legata a molteplici fattori personali, culturali e organizzativi, tra gli altri ci sentiamo di ricordare: una serie di attività molto differenziate tra loro, sia sul piano del contenuto, sia sul piano del valore percepito, sia sul piano del livello di preparazione richiesto (in termini di competenze e di responsabilità), che danno luogo ad una percezione di scarsa specializzazione della figura; scarso supporto organizzativo da parte della struttura; scarso riconoscimento istituzionale relativamente alla dimensione di autonomia. Queste dimensioni

entrano in gioco a livello di definizione del ruolo e del profilo ma anche di valore percepito della mansione e della persona.



Figura 6: Temi collegati al profilo

Dall'analisi del testo emerge la percezione da parte degli infermieri che la loro attività quotidiana sia eccessivamente sbilanciata sulla formazione, sull'inserimento dati e sulle attività amministrative e poco dedicata invece alla cura e all'assistenza (e questo in più parti diviene anche elemento di insoddisfazione da parte degli infermieri intervistati) e solo raramente alla ricerca. Questo tema diviene particolarmente sensibile in relazione alla definizione delle competenze distintive che vengono a far parte del profilo identitario. Il passaggio dal profilo infermieristico a quello di ICI

appare essere avvenuto non ancora in modo completo e, come altra faccia della stessa medaglia, di non essere ancora diventato motivo di riconoscimento ed orgoglio da parte degli stessi ICI.

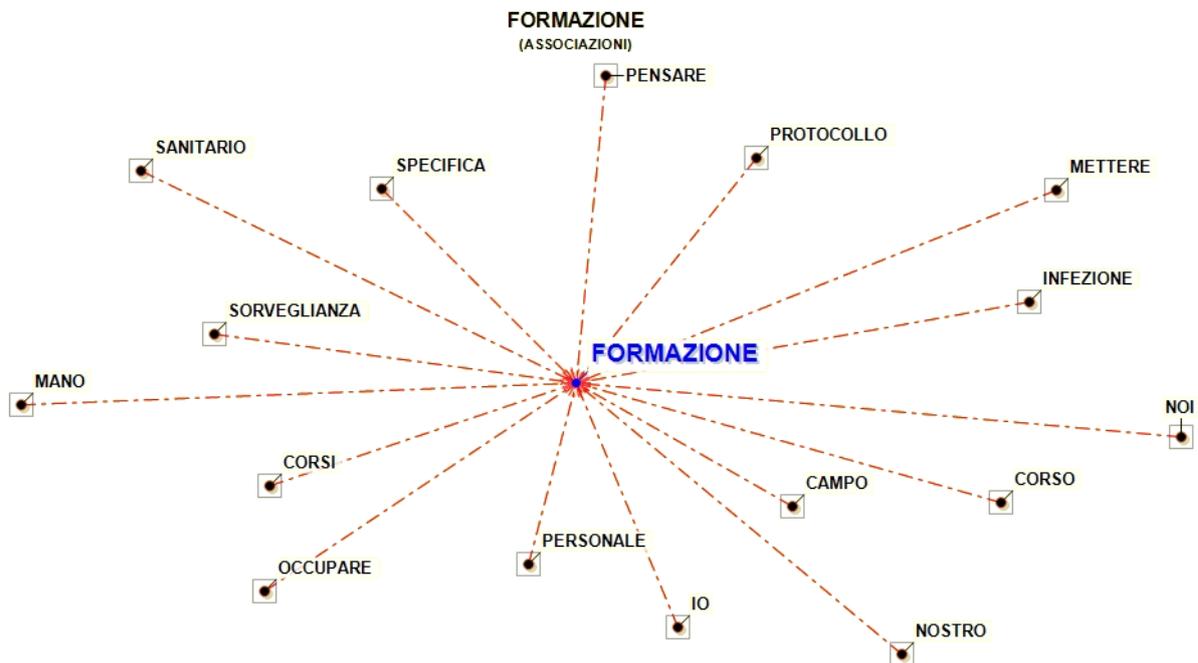


Figura 7: Analisi delle associazioni con "Formazione"

Nella Figura 6 sono state identificate le relazioni esistenti con il profilo dell'ICI. L'ICI non si percepisce come facente un'attività definita da un profilo ben definito e differenziato, di base c'è una matrice infermieristica. Si constata quindi l'esigenza di darsi una identità forte con una definizione curriculare (di base, ma anche da evolvere post con processi di formazione continua), ma emerge anche un bisogno di istituzionalizzarsi con un profilo maggiormente riconosciuto sia a livello locale sia a livello nazionale (agenzia, nazionale, sanità, progetto). Inoltre risulta interessante la centralità di ANIPIO in questo reticolo che ha a che fare con la definizione di competenze e del curriculum; un curriculum dell'ICI che deve essere pertinente alla nuova figura di ICI rispetto alle richieste dei presidi medici.

Da un punto di vista psicologico potremmo asserire che gli Infermieri Controllo Infezioni sanno cosa NON sono, sanno cosa fanno (come si declinano nell'azione), ma non sanno cosa SONO (scarsa definizione del sé).

Per quanto riguarda la **formazione**, il discorso, carico di connotati positivi, si organizza nelle analisi lessicometriche intorno alla figura dell'ICI in quanto erogatore di formazione verso altre figure professionali e no. La formazione si configura come un ambito di soddisfazione importante, sia per chi riceve formazione sia per chi la trasmette.

Allo stesso tempo, dalle analisi qualitative, emerge un senso di insicurezza circa la propria preparazione, sia sulle competenze specifiche richieste dal ruolo, sia sulle capacità richieste per

una professionalità ancora poco definita e impegnata contemporaneamente su tipologie di lavoro diverse. Una richiesta che appare connessa con queste dimensioni è la presenza di una formazione specifica in grado di assicurare sulle competenze individuali e di strutturare meglio i contorni del ruolo professionale. *“...Faccio un sacco di cose, non so più cosa sono...”* è un commento molto significativo e in qualche modo evocativo del vissuto professionale di molti di questi operatori *“al di là delle mie ore, non riesco a dedicare il tempo che mi servirebbe fuori per poter approfondire questo argomento, per cui mi sembra di camminare sul ghiaccio. Questo mi rende molto insicura e probabilmente meno incisiva in certe situazioni in cui, pur conoscendo le cose, non riesco a imporle perché non sono sicura”*.

Discorso differente va fatto rispetto al ricevere formazione. Su questo tema ogni volta che è stato toccato si è prodotta una convergenza. Tutte le persone si sono espresse positivamente riguardo al partecipare a corsi di formazione anche laddove vi erano state esperienze non soddisfacenti su i piani della gestione e della conduzione. Questo sia nella formazione continua sia in quella di base. Nell'analisi delle triadi (Figura 8) (in giallo le parole antecedenti, in blu le conseguenti) la triade più frequente riguardo le competenze prende in considerazione conoscenze-competenze-adequate rimarcando da un lato la relazione tra conoscenza e competenza e dall'altro la necessità di un loro adeguamento rispetto alle sfide diverse che i soggetti si trovano a dover sostenere. Come è stato visto precedentemente la dimensione delle conoscenze che vengono ad essere messe in gioco è molto differenziata e complessa e già nell'individuare quali sono quelle usate per definirsi si può vedere come il profilo sia complesso (la distanza della singola parola è relativa alla distanza statistica individuata con il metodo Jaccard).

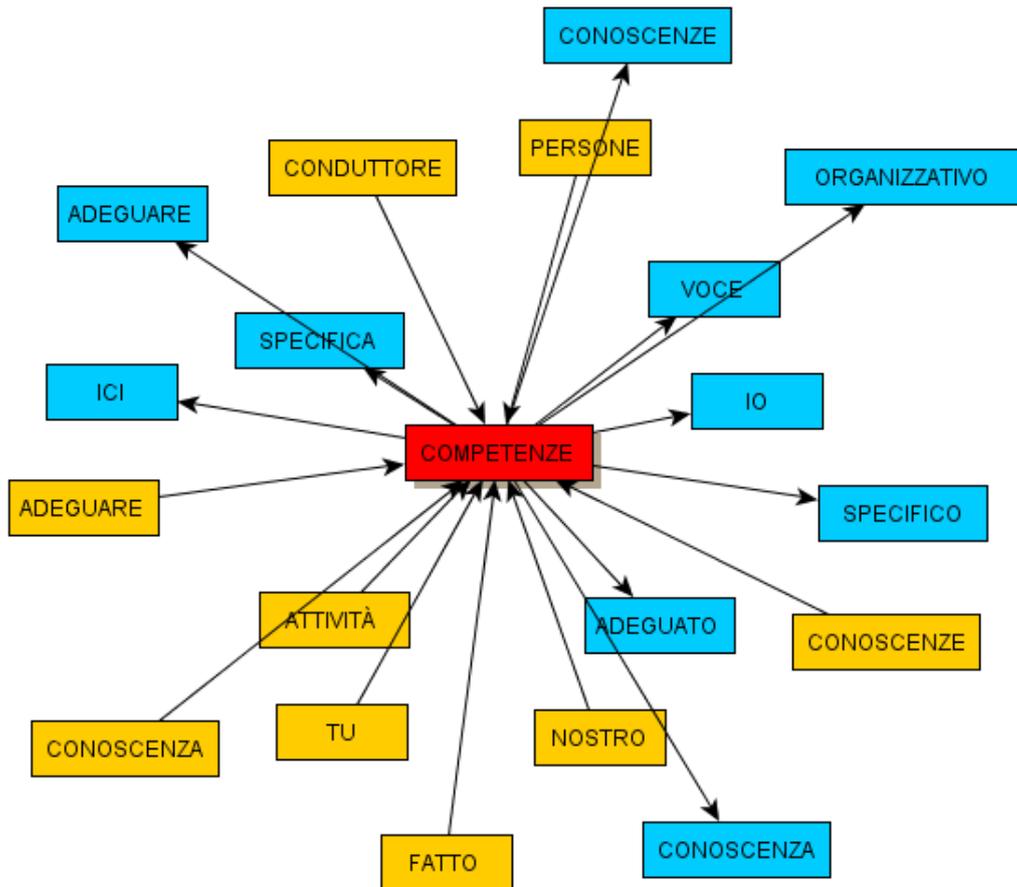


Figura 8: Triadi "Competenze"

Il processo di attribuzione della gerarchia è orientato in senso verticale verso i medici e verso la direzione sanitaria: i medici sono considerati carenti sul piano formativo e poco competenti in materia, la direzione è un elemento istituzionale che ha tanta discrezionalità ed agisce in maniera poco chiara sull'organizzazione del lavoro. Allo stesso tempo però i colleghi e altri operatori (relazione orizzontale) rappresentano un elemento di appoggio importante, dove si esercitano temi come la collaborazione, la solidarietà e l'apprendimento.

La definizione di soddisfazione appare come complessa ed in parte riassuntiva di quanto emerso nelle analisi precedenti. Se infatti consideriamo il network semantico (Figura 9) presentato di seguito possiamo vedere come la insoddisfazione presenti delle associazioni con l'autonomia, le competenze, il ruolo e il riconoscimento. Questo ci permette di sostenere che la possibilità di costruire un profilo professionale forte e riconosciuto all'interno dell'istituzione è ritenuta una cosa che dia soddisfazione e che quindi potenzialmente debba essere perseguita.

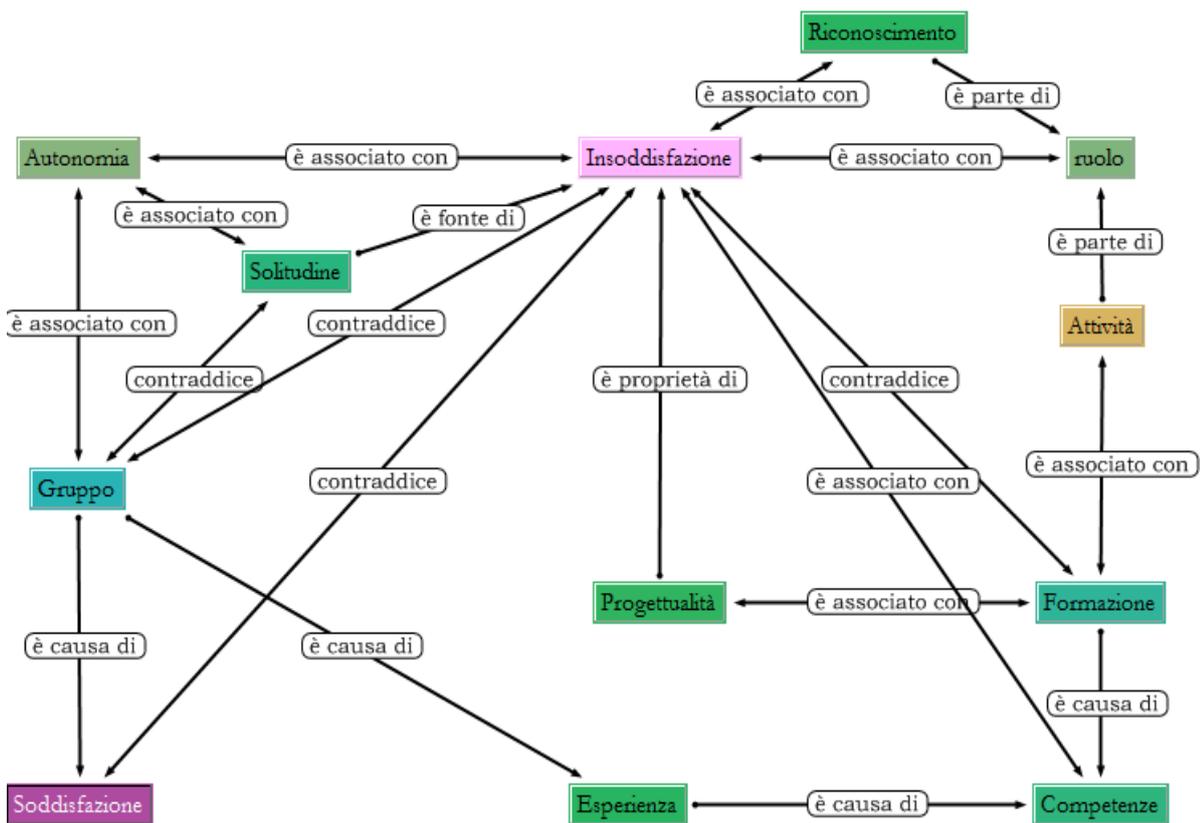


Figura 9: Network relativo alla Insoddisfazione

L'erogare formazione è inoltre una fonte di soddisfazione (contraddicendo la insoddisfazione) questo anche per il riconoscimento implicito a chi conduce e gestisce attività formative. Le fonti principali di sofferenza possono essere individuate nella gestione o costruzione carente del ruolo che ha delle ricadute nel riconoscimento e nelle attività che all'ICI sono richieste e/o permesse ma anche nella possibilità di gestire in modo autonomo il ruolo.

Questa autonomia che spesso viene richiesta e ricercata è in alcuni casi identificata come un abbandono da parte dell'istituzione che pare non investire nel ruolo professionale e nella costruzione di un'equipe di riferimento. In questo senso può essere letta l'apparente incoerenza relativa alla autonomia che appare come ricercata e allo stesso tempo come fonte di insoddisfazione. L'estremizzazione dell'autonomia è infatti l'agire in solitudine senza riscontri ne possibilità di confronti con i colleghi.

Conclusioni

Tutte le valutazioni che sono state tratte e che saranno in parte sintetizzate di seguito sono frutto delle analisi dei focus group. Questa premessa si rende necessaria in quanto non si può pensare ad esse in termini assoluti quanto piuttosto come espressione di opinioni da parte dei soggetti coinvolti. Si dovrebbe quindi sempre premettere come la percezione da parte di rappresentanti di un gruppo non sia "in sé" corrispondente alla realtà fattuale e che quindi la si debba considerare

anche in relazione alle potenziali dinamiche collusive e reattive che possono essersi attivate all'interno di una istituzione ospedaliera. In questo senso si deve quindi valutare come il dire che la figura professionale non è riconosciuta dagli altri corrisponde più propriamente a dire che "gli ICI ritengono che la loro figura professionale non sia riconosciuta" e quanto questo renda difficile e faticosa la lettura è evidente.

Sintetizzando possiamo affermare che l'infermiere addetto alla prevenzione e al controllo delle infezioni possiede ancora un ruolo che presenta dei confini delimitati in modo lasco. La figura che viene tratteggiata è ricca di sfaccettature e di potenzialità di sviluppo ma quest'ultimo è lasciato in carico allo sviluppo di relazioni sia formali sia informali ma entrambe prevalentemente istituite su di un piano individuale. Il fatto che si tratti di un profilo che si trova ad agire su i confini offre importanti possibilità di sviluppo ma richiede una trasformazione della struttura d'identità professionale soprattutto per quanti provengono da una esperienza professionale consolidata.

Le motivazioni che possono spiegare la delimitazione non stretta sono emerse chiaramente dalle analisi dei focus group a fianco di motivazioni esterne al ruolo stesso. Infatti la continua evoluzione della materia e soprattutto il rapido susseguirsi di modifiche legislative (ad es. si veda dalla 626/94 alla 81/08 in materia di sicurezza e prevenzione della salute sul lavoro) ha sicuramente inciso sulla definizione del ruolo dell'ICI sia per quanto riguarda la definizione che ogni operatore dà di sé, sia per quello che concerne il riconoscimento esterno. D'altra parte un "debole" (nel senso di poco definito) percorso formativo ha evidenziato come per la maggioranza degli operatori la definizione del profilo sia avvenuta attraverso fasi estemporanee nelle quali l'operatore frequentava corsi ad hoc che soddisfacevano il bisogno formativo del momento, senza che ci fosse una sequenzialità o una attribuzione di senso alle varie fasi di apprendimento lavorativo. A questo aggiungiamo che la professionalità dell'ICI è relativamente recente (negli anni '90 alcune regioni aprono i corsi di formazione a fronte di una data di nascita formale che risale a metà degli anni '80) e che per la natura stessa del loro agire (cura, ma soprattutto formazione, consulenza ed attività amministrative) gli operatori ICI tendano a rappresentarsi come personale di staff, e quindi di supporto alla direzione sanitaria, piuttosto che una professionalità forte ed autonoma da quest'ultima. A tal proposito emerge, in modo per certi versi sorprendente, che solo pochi operatori/trici intervistati nelle 15 regioni affermino di essere un ICI, bensì di essere un'infermiere. La specificità di ruolo risulta così sfumata di fronte a una autodefinizione più generica del proprio agire quotidiano ma più riconosciuta nel contesto dello stesso.

Non ultima, la presenza di figure professionali che sono convergenti su questo ruolo, ci riferiamo prevalentemente ai medici, alle caposala e al personale tecnico-amministrativo che presiede alla prevenzione, controllo e vigilanza della salute degli operatori e dei pazienti, che non permettono una piena legittimazione del ruolo di ICI per effetto di sovrapposizioni (talvolta vere e proprie "invasioni di campo") di mansioni o più "semplicemente" per esercizio di azioni che permettono così di consolidare posizioni di potere conquistate all'interno dell'organizzazione.

Risultati della Ricerca quantitativa

Rispondenza all'Indagine

La popolazione iniziale alla quale è stato sottoposto il questionario conta di 496 elementi (ICI censiti a livello nazionale al 31/12/2008), dai quali abbiamo ottenuto un tasso di risposta del 43,3% pari a 215 questionari spediti dai vari ICI. Va sottolineato come l'infermiere a cui è stato sottoposto il questionario sia stato scelto anche in base ad un criterio di continuità di attività ICI, quindi si è operato alla base un campionamento volto ad orientare l'analisi su soggetti maggiormente consapevoli delle problematiche e delle difficoltà connesse alla professione.

La distribuzione per regione delle nostre risposte, come possiamo notare dalle tabelle seguenti, appare piuttosto disomogenea tra nord e sud. Il nostro campione è composto per il 68,4% da rispondenti che al 31/12/08 lavoravano in strutture del nord, per il 18,6% del centro e solo il 13% del sud. Confrontando questi dati con la composizione del nostro denominatore originario possiamo dire che il nostro campione rappresenta bene la situazione nel nord e nel centro, mentre percentualmente il sud è sottostimato.

Area Geografica	Composizione Campione	Composizione Denominatore
Italia Settentrionale	68,4%	58,7%
Italia Centrale	18,6%	15,7%
Italia Meridionale (più Isole)	13,0%	25,6%
Totale	100%	100%

Tabella 1: Composizione per Area Geografica del nostro Campione a confronto con quella del denominatore

Questo dato non può non essere tenuto in considerazione quando si va ad affrontare il dato disaggregato (ovvero si analizzano le risposte divise per singola area geografica). In particolare, abbiamo difficoltà a paragonare il trend di risposta degli intervistati del nord e del centro Italia con quelli del sud, dove il numero di questionari in nostro possesso appare abbastanza esiguo.

Regione	Questionari Ricevuti	Denominatore (31/12/08)	Tasso di Risposta
Emilia Romagna	44	55	80,0%
Piemonte	35	39	89,7%
Lombardia	22	120	18,3%
Lazio	18	27	66,7%
Toscana	14	28	50,0%
Liguria	13	16	81,3%
Veneto	12	32	37,5%
Friuli Venezia Giulia	10	17	58,8%
Trentino	9	9	100,0%
Marche	8	19	42,1%
Sicilia	8	24	33,3%
Campania	6	15	40,0%
Puglia	6	42	14,3%
Abruzzo	4	31	12,9%
Basilicata	2	3	66,7%
Sardegna	2	3	66,7%
Valle d'Aosta	2	3	66,7%
Calabria	0	6	0%
Molise	0	3	0%
Umbria	0	4	0%
Totale Italia	215	496	43,3%

Tabella 2: Distribuzione dei questionari e tasso di risposta per regione

Nella tabella numero 3 e dalla seguente figura possiamo notare la divisione per area geografica, nella quale abbiamo evidenziato il numero di questionari ricevuti e il tasso di risposta che ne consegue.

Nell'Italia Settentrionale contiamo Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Trentino, Valle d'Aosta e Veneto. L'Italia Centrale è rappresentata da Lazio, Marche e Toscana, mentre l'Italia Meridionale da Abruzzo, Basilicata, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Area Geografica	Questionari ricevuti	Denominatore (31/12/08)	Tasso di risposta
Italia Settentrionale	147	291	50,5%
Italia Centrale	40	78	51,3%
Italia Meridionale (più Isole)	28	127	22,0%
Totale Italia	215	496	43,3%

Tabella 3: Distribuzione dei questionari e tasso di risposta per area geografica

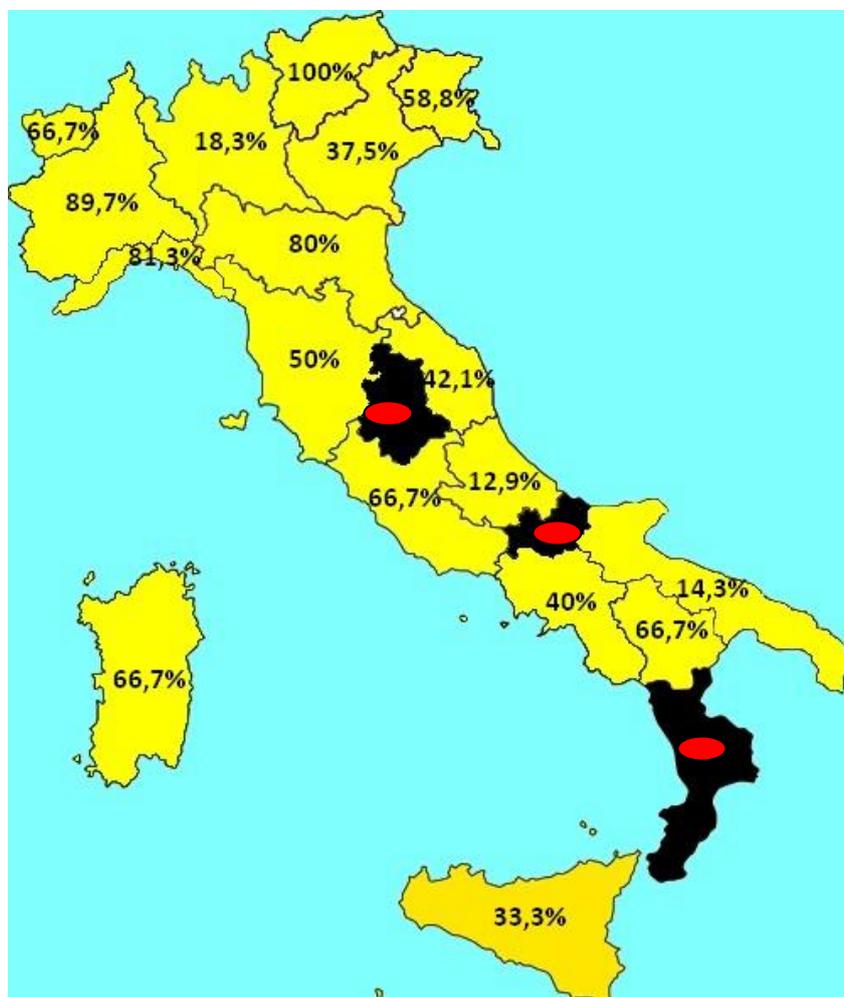


Figura 11: Tasso di risposta ai questionari

● Regioni che non hanno risposto al questionario

Dimensione Demografica dell'ICI

Di seguito si descrive il profilo dell'infermiere ICI che risulta dagli esiti dei questionari dal punto di vista anagrafico. Per semplificare la lettura dei risultati, tale profilo è stato diviso in quattro dimensioni: demografica, professionale, organizzativa-funzionale e formazione continua.

Genere	N° Risposte	Percentuale
Femminile	201	93,5%
Maschile	14	6,5%
Totale	215	

Tabella 4: Rispondenti per genere

Fasce d'età	N° Risposte	Percentuale
< 30 anni	1	0,5%
31 – 40 anni	22	10,2%
41 – 50 anni	137	63,7%
> 50 anni	54	25,1%
Non Risponde	1	0,5%
Totale	215	

Tabella 5: Rispondenti per età

Dalle tabelle 6 e 7 emerge chiaramente come l'ICI italiano sia nella quasi totalità dei casi di genere femminile e sopra i quarant'anni. In particolare il 93,5% dei nostri rispondenti è donna e l'88,8% ha più di quarant'anni.

Dimensione Professionale

Qualifica Professionale	N° Risposte	Percentuale
Infermiere	120	55,8%
Coordinatore Infermiere	77	35,8%
Assistente Sanitario	14	6,5%
Dirigente Infermiere	3	1,4%
Non Risponde	1	0,5%
Totale	215	

Tabella 6: Qualifica Professionale

Sei titolare di una posizione organizzativa?	N° Risposte	Percentuale
Sì	41	19,1%
No	170	79,1%
Non Risponde	4	1,9%
Totale	215	

Tabella 7: titolarità di posizione organizzativa

Le qualifiche professionali predominanti tra i nostri rispondenti sono quella di infermiere e quella di coordinatore infermiere che insieme coprono oltre il 90% dei casi, mentre quasi l'80% non è titolare di una posizione organizzativa.

Range d'attività	N° Risposte	Percentuale
< 1 anno	16	7,4%
1 – 4 anni	46	21,4%
5 – 9 anni	62	28,8%
> 10 anni	87	40,5%
Non Risponde	4	1,9%
Totale	215	

Tabella 8: Anni di attività ICI

Quasi il 70% dei rispondenti svolge le attività di ICI da più di 5 anni.

ICI a Tempo Pieno	N° Risposte	Percentuale
Sì	122	56,7%
No	93	43,3%
Totale	215	
Ore Settimanali	N° Risposte	Percentuale
< 10 ore	39	41,9%
10 – 20 ore	35	37,6%
> 20 ore	18	19,4%
Non Risponde	1	1,1%
Totale	93	

Tabella 9: ICI a tempo pieno

Dei 215 questionari ricevuti il 56,7% svolge le sue funzioni di ICI a tempo pieno. Il 43,3% di infermieri che svolge le mansioni di ICI a tempo parziale si ripartisce così: il 41,9% per meno di 10 ore, il 37,6% dalle 10 alle 20 ore settimanali e il restante 19,4% per più di 20 ore settimanali (1,1% non risponde).

Dimensione Organizzativa e Funzionale

Servizio d'Appartenenza	N° Risposte	Percentuale
Direzione Medica	135	62,8%
Direzione Infermieristica	42	19,5%
Altro (non specificato)	28	13%
Dipartimento di Igiene	9	4,2%
Laboratorio d'Analisi	1	0,5%
Totale	215	

Tabella 10: Servizio d'appartenenza

	Da chi dipendi?		A chi rispondi?	
	N° Risposte	Percentuale	N° Risposte	Percentuale
Medico	141	65,6%	171	79,5%
Dirigente Infermieristico	41	19,1%	17	7,9%
Coordinatore Infermieristico	28	13%	25	11,6%
Non Risponde	5	2,3%	2	1%
Totale	215		215	

Tabella 11: Da chi dipende e a chi risponde l'ICI

Il 62,8% dei rispondenti al nostro questionario appartiene alla direzione medica, mentre il 19,5% alla direzione infermieristica. Il 65,6% dipende dal medico, ma ancora di più (il 79,5%) ne risponde. Da notare come trenta ICI non dipendono gerarchicamente dal medico ma ne rispondono; d'altro canto ventiquattro ICI pur dipendendo gerarchicamente dal dirigente infermieristico non rispondono formalmente a questa figura.

Dimensione Formazione

	N° Risposte	Percentuale
Diploma Ante Riforma	153	71,2%
Diploma Universitario o Laurea di 1° Livello	30	13,9%
Laurea Magistrale	31	14,4%
Non Risponde	1	0,5%
Totale	215	

Tabella 12: Titoli di studio più elevati

Tra i rispondenti al questionario annotiamo come il 71,2% ha conseguito come titolo di studio più elevato il Diploma Ante Riforma, quasi uguale tra loro invece la percentuale di chi ha conseguito come titolo di studio più elevato il Diploma Ante Riforma/Laurea di 1° Livello e la Laurea Magistrale.

	N° Risposte	Percentuale
Sì	201	93,5%
No	14	6,5%
Totale	215	

Tabella 13: Formazione continua sulle ICA negli ultimi cinque anni – Corsi di aggiornamento

Ben oltre il 90% degli intervistati ha frequentato negli ultimi cinque anni un corso di aggiornamento sulla prevenzione e controllo delle infezioni.

	N° Risposte	Percentuale
Sì	96	44,7%
No	106	49,3%
Non Risponde	13	6%
Totale	215	

Tabella 14: Formazione continua sulle ICA – Corsi di Formazione Post Laurea

Solo il 44,7% dei rispondenti ha frequentato un corso di formazione post laurea specifico nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni. Di seguito possiamo osservare come si distribuisce per tipologia di corso frequentato questa percentuale di rispondenti.

	N° Risposte	Percentuale
Corso di Perfezionamento Universitario	34	35,4%
Master di 1° Livello Universitario	30	31,3%
Corso di Perfezionamento Regionale	24	25%
Corso di Alta Formazione Universitario	3	3,1%
Non Risponde	5	5,2%
Totale	96	100%

Tabella 15: Tipologia di formazione post laurea

Prevenzione e Controllo delle Infezioni: le attività svolte

AREA 1 – Prevenzione e controllo	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre		
Totale area 1	13,4%	11,3%	18,8%	22,5%	32,7%	1%	0,2%
1. Collaborazione nell'elaborazione di un programma ospedaliero aziendale di prevenzione e controllo delle infezioni	5,6%	7,4%	18,1%	18,1%	49,8%	0,9%	0%
2. Collaborazione nell'individuazione e rimozione dei fattori di rischio per l'insorgenza di ICA (es: persone, dispositivi medici, ambiente)	1,9%	4,7%	24,7%	32,1%	34,4%	2,3%	0%
3. Definizione e attuazione di misure di controllo nei confronti del paziente	0,9%	4,7%	16,3%	30,2%	46,5%	0,9%	0,5%
4. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti del personale	2,8%	10,7%	24,7%	33,5%	27,9%	0,5%	0%
5. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti dell'ambiente	3,3%	8,8%	20,5%	34,9%	32,1%	0%	0,5%
6. Partecipazione all'attività di progettazione architettonica e funzionale delle unità operative o servizi	49,3%	19,1%	22,8%	5,6%	2,8%	0,5%	0%
7. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dei rifiuti	18,1%	19,1%	21,9%	18,1%	22,3%	0%	0,5%
8. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'aria	37,7%	16,7%	22,8%	13,5%	7,9%	0,9%	0,5%
9. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'acqua	18,1%	14%	22,8%	24,2%	19,1%	1,4%	0,5%
10. Utilizzo di strategie efficaci per coinvolgere i professionisti sanitari e operatori di supporto nella prevenzione e controllo delle infezioni	1,4%	6,5%	26,5%	27,4%	37,7%	0,5%	0%
11. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione	46,5%	21,4%	13,5%	10,2%	7,9%	0,5%	0%

AREA 1 – Prevenzione e controllo	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre		
degli alimenti							
12. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione della biancheria	20%	18,6%	25,1%	19,1%	15,3%	1,4%	0,5%
13. Collaborazione all'attuazione di misure di controllo in caso di eventi infettivi (es. cluster epidemici, evento epidemico, ecc.)	2,8%	3,3%	9,3%	20,9%	63,3%	0%	0,5%
14. Funzione di guida e sostenimento dei colleghi nell'adottare comportamenti per evitare la trasmissione delle infezioni	1,9%	2,3%	11,2%	26%	58,6%	0%	0%
15. Partecipazione a riunioni a diversi livelli (es: direzione medica, CIO, unità operative) per favorire la diffusione dei dati sulle infezioni.	3,7%	7%	12,6%	23,3%	53%	0,5%	0%
16. Collaborazione nella stesura di report e divulgazione dei risultati dell'attività di controllo delle infezioni .	5,6%	12,6%	14,4%	18,1%	48,4%	0,9%	0%
17. Collabora con altri professionisti (infettivologo, microbiologo, farmacista) nella revisione periodica di politiche e procedure sulla prevenzione delle infezioni (isolamento e precauzioni speciali, decontaminazione e sterilizzazione dei dispositivi medici,	7%	12,1%	13%	20,9%	47%	0%	0%
18. Promozione della diffusione e applicazione di linee guida, procedure, documenti, <i>consensus conference</i> sulla prevenzione delle infezioni	1,4%	4,7%	12,6%	27%	54%	0%	0,5%
19. Identificazione di barriere alla compliance ed utilizzo di strategie di coinvolgimento degli operatori	7%	10,2%	22,3%	28,8%	27,4%	3,3%	0,9%
20. Collaborazione nella revisione dei programmi di controllo delle infezioni, tenendo in considerazione le nuove evidenze scientifiche disponibili, le raccomandazioni e i risultati di audit di sorveglianza	8,4%	10,2%	15,3%	21,9%	43,3%	0,9%	0%

AREA 1 – Prevenzione e controllo	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre		
21. Formulazione di strategie per promuovere e facilitare la revisione della pratica clinica, in seguito ai risultati della sorveglianza	9,8%	13,5%	20,9%	24,7%	29,8%	1,4%	0%
22. Progettazione di attività di audit su pratiche assistenziali correlate alle infezioni (es. c. vescicale, c. venoso centrale...)	16,3%	12,6%	17,2%	23,3%	29,3%	1,4%	0%
23. Collaborazione nella realizzazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, integrando le attività di controllo delle infezioni	19,1%	16,7%	21,9%	20%	19,5%	2,8%	0%
24. Supervisione dell'attività di sterilizzazione dei dispositivi medici	22,8%	14,4%	15,8%	21,9%	21,9%	2,8%	0,5%
25. Collaborazione alla stesura di capitolati per l'acquisizione di beni/servizi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, appalti...)	23,7%	12,6%	24,7%	20%	18,1%	0,9%	0%

Tabella 16: attività di Prevenzione e Controllo (S.R. sta per “senza risposta”)

Sorveglianza delle Infezioni: le attività svolte

AREA 2 . Sorveglianza	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
Totale Area 2	20,7%	12,9%	16,3%	17,3%	30,6%	2%	0,2%
1. Raccolta dati sulla frequenza e sulle caratteristiche delle infezioni	6%	7%	15,8%	21,9%	48,8%	0,5%	0%
2. Collaborazione alla costruzione del data entry	29,3%	12,6%	10,2%	15,8%	20,9%	10,7%	0,5%
3. Costruzione di strumenti informativi per raccogliere i dati (es: moduli sorveglianza, schede...)	8,8%	8,8%	21,9%	18,6%	41,4%	0,5%	0%
4. Collaborazione nell'elaborazione ed interpretazione dei dati di sorveglianza	10,2%	10,2%	19,1%	20,9%	38,1%	1,4%	0%
5. Collaborazione nell'identificazione di cluster epidemici, anche attraverso l'attivazione di sistemi di alert	14,9%	4,2%	11,6%	20,5%	47,9%	0,9%	0%
6. Gestione di indagini epidemiologiche di cluster infettivi	14%	7,4%	12,6%	19,1%	45,6%	1,4%	0%
7. Individua aree che richiedono l'attivazione di programmi di sorveglianza delle infezioni	9,8%	14%	23,7%	20%	29,8%	2,8%	0%
8. Facilitazione del follow up post dimissione di pazienti esposti a malattie infettive durante il ricovero in ospedale	42,8%	18,6%	14,4%	6,5%	14%	3,3%	0,5%
9. Collaborazione con altri professionisti (es. infettivologo, microbiologo,) nell'elaborazione di attività di sorveglianza	7,9%	15,3%	20%	19,5%	35,8%	1,4%	0%
10. Partecipazione a programmi di sorveglianza sulle infezioni	7%	7,4%	14,9%	21,4%	49,3%	0%	0%
11. Partecipazione ad audit sull'utilizzo degli antibiotici a scopo terapeutico e profilattico	31,6%	20,9%	19,1%	12,6%	14%	1,4%	0,5%
12. Promozione dell'integrazione e della collaborazione con gli altri servizi coinvolti nell'attività di sorveglianza delle infezioni (es. laboratorio, servizio	7,9%	12,1%	19,5%	27,4%	31,2%	1,9%	0%

AREA 2 . Sorveglianza	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
farmacia, servizi territoriali							
13. Interpretazione di dati microbiologici per favorire la prevenzione e il controllo delle infezioni	11,6%	16,7%	19,5%	22,3%	28,4%	1,4%	0%
14. Collaborazione nella gestione di epidemie infettive	4,2%	7%	14%	25,1%	48,8%	0,9%	0%
15. Interpretazione e diffusione dei risultati provenienti da indagini epidemiologiche	11,6%	14,9%	15,8%	23,7%	31,2%	1,4%	1,4%
16. Valutazione periodica dell'efficacia dei programmi di sorveglianza	18,1%	13%	22,3%	18,6%	25,1%	1,9%	0,9%
17. Collaborazione nell'analisi e nell'individuazione della tendenza degli incidenti dovuti ad esposizione occupazionale	41,4%	22,3%	16,3%	5,6%	12,1%	2,3%	0%
18. Collaborazione alla realizzazione di programmi di immunizzazione degli operatori sanitari	52,6%	16,3%	12,1%	3,3%	14%	1,9%	0%
19. Raccolta dati sul rischio di esposizione occupazionale a malattie infettive attraverso una classificazione dei rischi per Servizio/Dip.	62,8%	16,3%	7,4%	5,1%	6%	2,3%	0%

Tabella 17: Attività di Sorveglianza

AREA 3. Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
Totale Area 3	12,9%	12,2%	20,5%	23,1%	26,4%	2,4%	2,5%
1. Collaborazione nella supervisione e formazione del personale per favorire lo sviluppo professionale specifico	10,2%	8,8%	20,9%	29,3%	27,9%	0,9%	1,9%
2. Utilizzo di strategie di comunicazione efficaci per sensibilizzare e coinvolgere gli operatori nella prevenzione delle infezioni	5,6%	6%	22,3%	28,8%	34%	1,4%	1,9%
3. Analisi dei bisogni formativi degli operatori sul controllo delle infezioni	14,4%	12,1%	27,4%	21,4%	21,9%	0,9%	1,9%
4. Pianificazione e attuazione di eventi formativi (es. lezioni, workshop, discussioni) su argomenti correlati alle infezioni	6%	6%	20,5%	22,3%	41,9%	0,9%	2,3%
5. Valutazione dell'efficacia della formazione e dei risultati sugli operatori (es. livello di compliance, cambiamento dei comportamenti...)	9,8%	12,1%	26%	25,6%	23,3%	1,4%	1,9%
6. Analisi dei bisogni formativi/informativi dei pazienti e dei familiari sul controllo delle infezioni	42,3%	25,1%	12,6%	11,2%	4,7%	2,3%	1,9%
7. Partecipazione al programma aziendale di orientamento del personale sanitario neo assunto	45,6%	12,6%	10,2%	9,8%	17,2%	2,3%	2,3%
8. Promozione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale per la prevenzione delle infezioni	14,4%	13%	18,6%	26%	23,3%	1,4%	3,3%
9. Promozione della diffusione di evidenze scientifiche	9,3%	11,6%	19,1%	26%	30,7%	1,4%	1,9%
10. Applicazione dei risultati della ricerca nella pratica quotidiana	7,9%	16,7%	24,2%	22,8%	20,9%	4,7%	2,8%
11. Partecipazione ad attività di ricerca sulla prevenzione e controllo delle	15,3%	20%	22,8%	19,5%	17,2%	2,3%	2,8%

AREA 3. Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
infezioni							
12. Analisi del proprio livello di competenza, dei propri bisogni formativi e riconoscimento dei punti di forza e di debolezza	7,4%	8,8%	20%	27,4%	29,8%	3,3%	3,3%
13. Aggiornamento delle conoscenze ed abilità, in relazione al proprio ruolo nella prevenzione e controllo delle infezioni	1,9%	8,4%	26%	27,4%	32,6%	0,9%	2,8%
14. Individuazione di opportunità per lo sviluppo personale e professionale	9,8%	12,1%	23,7%	22,8%	20,9%	7,4%	3,3%
15. Supporto ai colleghi nell'autovalutazione delle loro conoscenze nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni	8,8%	16,3%	20%	23,7%	24,7%	3,7%	2,8%
16. Sostenimento dei colleghi nel trasferimento delle conoscenze teoriche alla pratica	5,6%	9,3%	22,8%	26,5%	30,2%	2,3%	3,3%
17. Consulenza per la prevenzione e il controllo delle infezioni	4,7%	8,8%	11,6%	22,3%	47,4%	2,8%	2,3%

Tabella 18: formazione e ricerca

AREA 4. Leadership e Management	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
Totale Area 4	9,1%	9,3%	20,9%	24,1%	32,9%	3,5%	0,2%
1. In relazione agli obiettivi da raggiungere decidi se lavorare in autonomia o ricercando collaborazione con altri professionisti	1,4%	4,7%	17,2%	22,8%	51,6%	1,9%	0,5%
2. Conduzione gruppi di lavoro	10,7%	9,3%	29,3%	23,3%	27%	0,5%	0%
3. Promozione di attività di benchmarking	25,1%	16,3%	20%	17,2%	12,6%	8,4%	0,5%
4. Lavoro autonomo e ricerca di relazioni collaborative con altri professionisti	5,6%	13%	16,3%	21,4%	40,9%	2,3%	0,5%
5. Costruzione e mantenimento di relazioni positive	1,9%	1,9%	14%	33%	46,5%	2,3%	0,5%
6. Gestione dei conflitti	7,9%	12,6%	24,7%	30,7%	21,9%	2,3%	0%
7. Formulazione e sostegno della <i>vision</i> (obiettivi futuri) sulle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e le integra nelle organizzazioni	13,5%	12,1%	21,9%	24,2%	20,9%	7,4%	0%
8. Valorizzazione dei risultati raggiunti dai gruppi di lavoro	9,8%	9,8%	28,4%	21,4%	25,6%	5,1%	0%
9. Fornitura di consulenza sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali	6,5%	3,7%	16,3%	22,8%	49,3%	1,4%	0%

Tabella 19: Leadership e Management

Area	*	Totale	Nord	Centro	Sud
Area 1 Prevenzione e controllo	1	13,4%	11,6%	13,2%	22,9%
	2	11,3%	9,9%	11,4%	18,9%
	3	18,8%	18,7%	15,7%	23,9%
	4	22,5%	23,6%	23%	16,3%
	5	32,7%	35,5%	35,8%	13,7%
	N.S.	1%	0,5%	0,8%	3,6%
	S.R.	0,2%	0,1%	0,1%	0,9%
Area 2 Sorveglianza	1	20,7%	19,2%	18,3%	31,6%
	2	12,9%	11,3%	14,7%	18,8%
	3	16,3%	16,1%	18,9%	13,7%
	4	17,3%	18,4%	15,4%	13,7%
	5	30,6%	33,2%	31,4%	16%
	N.S.	2%	1,5%	0,9%	6%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Area 3 Formazione e ricerca	1	12,9%	12,3%	11,6%	17,9%
	2	12,2%	12%	10,6%	16%
	3	20,5%	19,2%	20%	27,9%
	4	23,1%	25,2%	17,6%	20,2%
	5	26,4%	28,6%	27,4%	13,4%
	N.S.	2,4%	1,9%	2,5%	4,6%
	S.R.	2,5%	0,8%	10,3%	0%
Area 4 Leadership e management	1	9,1%	7,6%	5,8%	22,2%
	2	9,3%	8,2%	11,1%	11,9%
	3	20,9%	20,6%	19,2%	24,6%
	4	24,1%	25,9%	23,3%	15,5%
	5	32,9%	34,5%	35,3%	21%
	N.S.	3,5%	2,9%	5%	4,4%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%

* 1. Mai, 2. Raramente, 3. Qualche volta, 4. Spesso, 5. Sempre, S.R. Senza Risposta.

Tabella 20: Aree di Interesse per Area Geografica

Area	*	Totale	Post Laurea ICA	Senza Post Laurea ICA
Area 1 Prevenzione e controllo	1	13,4%	11%	16,2%
	2	11,3%	11,2%	12%
	3	18,8%	17,3%	19,2%
	4	22,5%	23,4%	22,1%
	5	32,7%	35,5%	29,7%
	N.S.	1%	1,4%	0,7%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,2%
Area 2 Sorveglianza	1	20,7%	18%	23,4%
	2	12,9%	12,5%	13,1%
	3	16,3%	16,6%	15,3%
	4	17,3%	17,4%	17,1%
	5	30,6%	33,4%	28,5%
	N.S.	2%	2%	2,2%
	S.R.	0,2%	0,1%	0,3%
Area 3 Formazione e ricerca	1	12,9%	9,7%	16%
	2	12,2%	11,4%	13,1%
	3	20,5%	18,1%	21,8%
	4	23,1%	25%	21,9%
	5	26,4%	30,2%	22,5%
	N.S.	2,4%	2,3%	2,6%
	S.R.	2,5%	3,2%	2,1%
Area 4 Leadership e management	1	9,1%	6,7%	12,1%
	2	9,3%	9%	9,9%
	3	20,9%	20,5%	20,9%
	4	24,1%	24,4%	23,5%
	5	32,9%	36,3%	30,5%
	N.S.	3,5%	2,8%	3,1%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,1%

* 1. Mai, 2. Raramente, 3. Qualche volta, 4. Spesso, 5. Sempre, S.R. Senza Risposta.

Tabella 21: Totali per area d'interesse per ogni punteggio relativamente al possesso o meno di formazione post laurea sulle ICA

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	11%	11,2%	17,3%	23,4%	35,5%	1,4%	0,2%
1. Collaborazione nell'elaborazione di un programma ospedaliero aziendale di prevenzione e controllo delle infezioni	7,3%	4,2%	14,6%	18,8%	53,1%	2,1%	0%
2. Collaborazione nell'individuazione e rimozione dei fattori di rischio per l'insorgenza di ICA (es: persone, dispositivi medici, ambiente)	2,1%	3,1%	26%	30,2%	35,4%	3,1%	0%
3. Definizione e attuazione di misure di controllo nei confronti del paziente	2,1%	5,2%	13,5%	27,1%	49%	2,1%	1%
4. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti del personale	3,1%	11,5%	25%	31,3%	28,1%	1%	0%
5. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti dell'ambiente	4,2%	8,3%	19,8%	29,2%	38,5%	0%	0%
6. Partecipazione all'attività di progettazione architettonica e funzionale delle unità operative o servizi	34,4%	25%	30,2%	5,2%	4,2%	1%	0%
7. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dei rifiuti	15,6%	21,9%	20,8%	18,8%	22,9%	0%	0%
8. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'aria	30,2%	19,8%	24%	13,5%	10,4%	2,1%	0%
9. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'acqua	12,5%	17,7%	18,8%	24%	24%	2,1%	1%
10. Utilizzo di strategie efficaci per coinvolgere i professionisti sanitari e operatori di supporto nella prevenzione e controllo delle infezioni	1%	5,2%	24%	33,3%	36,5%	0%	0%
11. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione	39,6%	27,1%	16,7%	10,4%	6,3%	0%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
degli alimenti							
12. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione della biancheria	20,8%	18,8%	20,8%	20,8%	16,7%	2,1%	0%
13. Collaborazione all'attuazione di misure di controllo in caso di eventi infettivi (es. cluster epidemici, evento epidemico, ecc.)	2,1%	2,1%	11,5%	19,8%	63,5%	0%	1%
14. Funzione di guida e sostenimento dei colleghi nell'adottare comportamenti per evitare la trasmissione delle infezioni	2,1%	0%	12,5%	24%	61,5%	0%	0%
15. Partecipazione a riunioni a diversi livelli (es: direzione medica, CIO, unità operative) per favorire la diffusione dei dati sulle infezioni.	4,2%	8,3%	7,3%	21,9%	58,3%	0%	0%
16. Collaborazione nella stesura di report e divulgazione dei risultati dell'attività di controllo delle infezioni .	5,2%	12,5%	3,1%	17,7%	60,4%	1%	0%
17. Collabora con altri professionisti (infettivologo, microbiologo, farmacista) nella revisione periodica di politiche e procedure sulla prevenzione delle infezioni (isolamento e precauzioni speciali, decontaminazione e sterilizzazione dei dispositivi medici,	7,3%	13,5%	7,3%	19,8%	52,1%	0%	0%
18. Promozione della diffusione e applicazione di linee guida, procedure, documenti, <i>consensus conference</i> sulla prevenzione delle infezioni	1%	3,1%	9,4%	28,1%	58,3%	0%	0%
19. Identificazione di barriere alla compliance ed utilizzo di strategie di coinvolgimento degli operatori	6,3%	6,3%	19,8%	36,5%	28,1%	2,1%	1%
20. Collaborazione nella revisione dei programmi di controllo delle infezioni, tenendo in considerazione le nuove evidenze scientifiche disponibili, le raccomandazioni e i risultati di audit di sorveglianza	5,2%	6,3%	15,6%	24%	46,9%	2,1%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
21. Formulazione di strategie per promuovere e facilitare la revisione della pratica clinica, in seguito ai risultati della sorveglianza	7,3%	11,5%	15,6%	37,5%	27,1%	1%	0%
22. Progettazione di attività di audit su pratiche assistenziali correlate alle infezioni (es. c. vescicale, c. venoso centrale...)	9,4%	8,3%	16,7%	25%	37,5%	3,1%	0%
23. Collaborazione nella realizzazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, integrando le attività di controllo delle infezioni	15,6%	17,7%	20,8%	22,9%	18,8%	4,2%	0%
24. Supervisione dell'attività di sterilizzazione dei dispositivi medici	16,7%	10,4%	13,5%	24%	30,2%	4,2%	1%
25. Collaborazione alla stesura di capitolati per l'acquisizione di beni/servizi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, appalti...)	19,8%	11,5%	26%	20,8%	20,8%	1%	0%

Tabella 22: Attività dell'ICI in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 2: Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	18%	12,5%	16,6%	17,4%	33,4%	2%	0,1%
1. Raccolta dati sulla frequenza e sulle caratteristiche delle infezioni	5,2%	5,2%	13,5%	20,8%	54,2%	1%	0%
2. Collaborazione alla costruzione del data entry	29,2%	9,4%	9,4%	21,9%	22,9%	7,3%	0%
3. Costruzione di strumenti informativi per raccogliere i dati (es: moduli sorveglianza, schede...)	9,4%	5,2%	19,8%	20,8%	44,8%	0%	0%
4. Collaborazione nell'elaborazione ed interpretazione dei dati di sorveglianza	8,3%	8,3%	14,6%	26%	41,7%	1%	0%
5. Collaborazione nell'identificazione di cluster epidemici, anche attraverso l'attivazione di sistemi di alert	14,6%	4,2%	10,4%	21,9%	49%	0%	0%
6. Gestione di indagini epidemiologiche di cluster infettivi	11,5%	6,3%	18,8%	13,5%	49%	1%	0%
7. Individua aree che richiedono l'attivazione di programmi di sorveglianza delle infezioni	9,4%	9,4%	15,6%	22,9%	39,6%	3,1%	0%
8. Facilitazione del follow up post dimissione di pazienti esposti a malattie infettive durante il ricovero in ospedale	40,6%	17,7%	12,5%	10,4%	14,6%	4,2%	0%
9. Collaborazione con altri professionisti (es. infettivologo, microbiologo,) nell'elaborazione di attività di sorveglianza	7,3%	13,5%	20,8%	18,8%	37,5%	2,1%	0%
10. Partecipazione a programmi di sorveglianza sulle infezioni	4,2%	8,3%	15,6%	18,8%	53,1%	0%	0%
11. Partecipazione ad audit sull'utilizzo degli antibiotici a scopo terapeutico e profilattico	30,2%	24%	19,8%	12,5%	11,5%	1%	1%
12. Promozione dell'integrazione e della collaborazione con gli altri servizi coinvolti nell'attività di sorveglianza delle infezioni (es. laboratorio, servizio	8,3%	11,5%	20,8%	22,9%	35,4%	1%	0%

AREA 2: Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
farmacia, servizi territoriali							
13. Interpretazione di dati microbiologici per favorire la prevenzione e il controllo delle infezioni	6,3%	15,6%	21,9%	20,8%	33,3%	2%	0%
14. Collaborazione nella gestione di epidemie infettive	4,2%	8,3%	13,5%	20,8%	52,1%	1%	0%
15. Interpretazione e diffusione dei risultati provenienti da indagini epidemiologiche	6,3%	12,5%	19,8%	17,7%	41,7%	1%	1%
16. Valutazione periodica dell'efficacia dei programmi di sorveglianza	16,7%	10,4%	16,7%	25%	29,2%	2,1%	0%
17. Collaborazione nell'analisi e nell'individuazione della tendenza degli incidenti dovuti ad esposizione occupazionale	34,4%	25%	20,8%	7,3%	10,4%	2,1%	0%
18. Collaborazione alla realizzazione di programmi di immunizzazione degli operatori sanitari	45,8%	20,8%	17,7%	3,1%	9,4%	3,1%	0%
19. Raccolta dati sul rischio di esposizione occupazionale a malattie infettive attraverso una classificazione dei rischi per Servizio/Dip.	51%	21,9%	13,5%	4,2%	5,2%	4,2%	0%

Tabella 23: Attività dell'ICI in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 3: Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai %	Raramente %	Qualche Volta %	Spesso %	Sempre %	%	%
	9,7	11,4	18,1	25	30,2	2,3	3,2
1. Collaborazione nella supervisione e formazione del personale per favorire lo sviluppo professionale specifico	6,3	6,3	20,8	30,2	32,3	1	3,1
2. Utilizzo di strategie di comunicazione efficaci per sensibilizzare e coinvolgere gli operatori nella prevenzione delle infezioni	6,3	6,3	13,5	34,4	35,4	1	3,1
3. Analisi dei bisogni formativi degli operatori sul controllo delle infezioni	10,4	14,6	24	26	21,9	0	3,1
4. Pianificazione e attuazione di eventi formativi (es. lezioni, workshop, discussioni) su argomenti correlati alle infezioni	5,2%	6,3%	13,5%	26%	45,8%	0%	3,1%
5. Valutazione dell'efficacia della formazione e dei risultati sugli operatori (es. livello di compliance, cambiamento dei comportamenti...)	9,4%	6,3%	18,8%	32,3%	28,1%	2,1%	3,1%
6. Analisi dei bisogni formativi/informativi dei pazienti e dei familiari sul controllo delle infezioni	38,5%	26%	13,5%	14,6%	2,1%	2,1%	3,1%
7. Partecipazione al programma aziendale di orientamento del personale sanitario neo assunto	39,6%	12,5%	11,5%	11,5%	18,8%	3,1%	3,1%
8. Promozione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale per la prevenzione delle infezioni	10,4%	13,5%	16,7%	27,1%	26%	2,1%	4,2%
9. Promozione della diffusione di evidenze scientifiche	4,2%	7,3%	17,7%	27,1%	39,6%	1%	3,1%
10. Applicazione dei risultati della ricerca nella pratica quotidiana	4,2%	11,5%	26%	27,1%	24%	4,2%	3,1%
11. Partecipazione ad attività di ricerca sulla prevenzione e controllo delle	12,5%	21,9%	22,9%	17,7%	19,8%	2,1%	3,1%

AREA 3: Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai %	Raramente %	Qualche Volta %	Spesso %	Sempre %	%	%
infezioni							
12. Analisi del proprio livello di competenza, dei propri bisogni formativi e riconoscimento dei punti di forza e di debolezza	5,2	8,3%	19,8%	20,8%	40,6%	1%	4,2%
13. Aggiornamento delle conoscenze ed abilità, in relazione al proprio ruolo nella prevenzione e controllo delle infezioni	0%	9,4%	18,8%	22,9%	44,8%	1%	3,1%
14. Individuazione di opportunità per lo sviluppo personale e professionale	5,2%	13,5%	20,8%	24%	27,1%	6,3%	3,1%
15. Supporto ai colleghi nell'autovalutazione delle loro conoscenze nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni	4,2%	14,6%	20,8%	27,1%	24%	6,3%	3,1%
16. Sostenimento dei colleghi nel trasferimento delle conoscenze teoriche alla pratica	2,1%	8,3%	19,8%	34,4%	29,2%	3,1%	3,1%
17. Consulenza per la prevenzione e il controllo delle infezioni	2,1%	7,3%	9,4%	21,9%	54,2%	2,1%	3,1%

Tabella 24: Attività dell'ICI in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 4. Leadership e Management	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	6,7%	9%	20,5%	24,4%	36,3%	2,8%	0,2%
1. In relazione agli obiettivi da raggiungere decidi se lavorare in autonomia o ricercando collaborazione con altri professionisti	1%	3,1%	15,6%	21,9%	57,3%	1%	0%
2. Conduzione gruppi di lavoro	4,2%	9,4%	33,3%	25%	28,1%	0%	0%
3. Promozione di attività di benchmarking	21,9%	18,8%	17,7%	18,8%	14,6%	7,3%	1%
4. Lavoro autonomo e ricerca di relazioni collaborative con altri professionisti	5,2%	10,4%	16,7%	20,8%	44,8%	2,1%	0%
5. Costruzione e mantenimento di relazioni positive	3,1%	0%	15,6%	32,3%	46,9%	1%	1%
6. Gestione dei conflitti	5,2%	11,5%	22,9%	29,2%	29,2%	2,1%	0%
7. Formulazione e sostegno della <i>vision</i> (obiettivi futuri) sulle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e le integra nelle organizzazioni	10,4%	11,5%	24%	25%	21,9%	7,3%	0%
8. Valorizzazione dei risultati raggiunti dai gruppi di lavoro	4,2%	14,6%	24%	24%	29,2%	4,2%	0%
9. Fornitura di consulenza sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali	5,2%	2,1%	14,6%	22,9%	55,2%	0%	0%

Tabella 25: Attività dell'ICI in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	16,2%	12%	19,2%	22,1%	29,7%	0,7%	0,2%
1. Collaborazione nell'elaborazione di un programma ospedaliero aziendale di prevenzione e controllo delle infezioni	4,7%	10,4%	19,8%	18,9%	46,2%	0%	0%
2. Collaborazione nell'individuazione e rimozione dei fattori di rischio per l'insorgenza di ICA (es: persone, dispositivi medici, ambiente)	0,9%	6,6%	23,6%	34%	33%	1,9%	0%
3. Definizione e attuazione di misure di controllo nei confronti del paziente	0%	4,7%	17%	33%	45,3%	0%	0%
4. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti del personale	1,9%	11,3%	22,6%	36,8%	27,4%	0%	0%
5. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti dell'ambiente	2,8%	9,4%	19,8%	41,5%	25,5%	0%	0,9%
6. Partecipazione all'attività di progettazione architettonica e funzionale delle unità operative o servizi	63,2%	15,1%	16%	3,8%	1,9%	0%	0%
7. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dei rifiuti	19,8%	17,9%	21,7%	17%	22,6%	0%	0,9%
8. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'aria	45,3%	16%	20,8%	12,3%	4,7%	0%	0,9%
9. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'acqua	24,5%	10,4%	26,4%	22,6%	15,1%	0,9%	0%
10. Utilizzo di strategie efficaci per coinvolgere i professionisti sanitari e operatori di supporto nella prevenzione e controllo delle infezioni	1,9%	8,5%	28,3%	21,7%	38,7%	0,9%	0%
11. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione	53,8%	17%	10,4%	8,5%	9,4%	0,9%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
degli alimenti							
12. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione della biancheria	20,8%	18,9%	27,4%	17,9%	14,2%	0,9%	0%
13. Collaborazione all'attuazione di misure di controllo in caso di eventi infettivi (es. cluster epidemici, evento epidemico, ecc.)	3,8%	4,7%	6,6%	21,7%	63,2%	0%	0,0%
14. Funzione di guida e sostenimento dei colleghi nell'adottare comportamenti per evitare la trasmissione delle infezioni	1,9%	4,7%	9,4%	28,3%	55,7%	0,0%	0%
15. Partecipazione a riunioni a diversi livelli (es: direzione medica, CIO, unità operative) per favorire la diffusione dei dati sulle infezioni.	3,8%	5,7%	16%	25,5%	48,1%	0,9%	0%
16. Collaborazione nella stesura di report e divulgazione dei risultati dell'attività di controllo delle infezioni .	6,6%	12,3%	23,6%	20,8%	35,8%	0,9%	0%
17. Collabora con altri professionisti (infettivologo, microbiologo, farmacista) nella revisione periodica di politiche e procedure sulla prevenzione delle infezioni (isolamento e precauzioni speciali, decontaminazione e sterilizzazione dei dispositivi medici,	7,5%	11,3%	17,9%	23,6%	39,6%	0%	0%
18. Promozione della diffusione e applicazione di linee guida, procedure, documenti, <i>consensus conference</i> sulla prevenzione delle infezioni	1,9%	6,6%	14,2%	27,4%	49,1%	0%	0,9%
19. Identificazione di barriere alla compliance ed utilizzo di strategie di coinvolgimento degli operatori	8,5%	14,2%	22,6%	23,6%	26,4%	3,8%	0,9%
20. Collaborazione nella revisione dei programmi di controllo delle infezioni, tenendo in considerazione le nuove evidenze scientifiche disponibili, le raccomandazioni e i risultati di audit di sorveglianza	12,3%	13,2%	14,2%	21,7%	38,7%	0%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
21. Formulazione di strategie per promuovere e facilitare la revisione della pratica clinica, in seguito ai risultati della sorveglianza	13,2%	16%	24,5%	14,2%	30,2%	1,9%	0%
22. Progettazione di attività di audit su pratiche assistenziali correlate alle infezioni (es. c. vescicale, c. venoso centrale...)	24,5%	17%	17%	21,7%	19,8%	0%	0%
23. Collaborazione nella realizzazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, integrando le attività di controllo delle infezioni	22,6%	15,1%	23,6%	16%	20,8%	1,9%	0%
24. Supervisione dell'attività di sterilizzazione dei dispositivi medici	29,2%	17,9%	16%	19,8%	16%	0,9%	0%
25. Collaborazione alla stesura di capitolati per l'acquisizione di beni/servizi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, appalti...)	29,2%	14,2%	21,7%	19,8%	14,2%	0,9%	0%

Tabella 26: Attività dell'ICI non in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 2. Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	23,4%	13,1%	15,3%	17,1%	28,5%	2,2%	0,3%
1. Raccolta dati sulla frequenza e sulle caratteristiche delle infezioni	7,5%	9,4%	15,1%	23,6%	44,3%	0%	0%
2. Collaborazione alla costruzione del data entry	29,2%	15,1%	10,4%	9,4%	20,8%	14,2%	0,9%
3. Costruzione di strumenti informativi per raccogliere i dati (es: moduli sorveglianza, schede...)	9,4%	12,3%	23,6%	14,2%	39,6%	0,9%	0%
4. Collaborazione nell'elaborazione ed interpretazione dei dati di sorveglianza	13,2%	12,3%	21,7%	17%	34%	1,9%	0%
5. Collaborazione nell'identificazione di cluster epidemici, anche attraverso l'attivazione di sistemi di alert	15,1%	3,8%	13,2%	19,8%	46,2%	1,9%	0%
6. Gestione di indagini epidemiologiche di cluster infettivi	17%	8,5%	5,7%	26,4%	40,6%	1,9%	0%
7. Individua aree che richiedono l'attivazione di programmi di sorveglianza delle infezioni	10,4%	17,9%	31,1%	17%	20,8%	2,8%	0%
8. Facilitazione del follow up post dimissione di pazienti esposti a malattie infettive durante il ricovero in ospedale	42,5%	19,8%	16%	2,8%	15,1%	2,8%	0,9%
9. Collaborazione con altri professionisti (es. infettivologo, microbiologo,) nell'elaborazione di attività di sorveglianza	9,4%	17%	19,8%	17,9%	34,9%	0,9%	0%
10. Partecipazione a programmi di sorveglianza sulle infezioni	10,4%	6,6%	13,2%	23,6%	46,2%	0%	0%
11. Partecipazione ad audit sull'utilizzo degli antibiotici a scopo terapeutico e profilattico	33%	17%	18,9%	11,3%	17,9%	1,9%	0%
12. Promozione dell'integrazione e della collaborazione con gli altri servizi coinvolti nell'attività di sorveglianza delle infezioni (es. laboratorio, servizio	8,5%	10,4%	17,9%	33%	27,4%	2,8%	0%

AREA 2. Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
farmacia, servizi territoriali							
13. Interpretazione di dati microbiologici per favorire la prevenzione e il controllo delle infezioni	17%	17,9%	17,9%	21,7%	24,5%	0,9%	0%
14. Collaborazione nella gestione di epidemie infettive	4,7%	6,6%	12,3%	29,2%	46,2%	0,9%	0%
15. Interpretazione e diffusione dei risultati provenienti da indagini epidemiologiche	17,9%	16%	10,4%	29,2%	22,6%	1,9%	1,9%
16. Valutazione periodica dell'efficacia dei programmi di sorveglianza	21,7%	15,1%	25,5%	14,2%	19,8%	1,9%	1,9%
17. Collaborazione nell'analisi e nell'individuazione della tendenza degli incidenti dovuti ad esposizione occupazionale	47,2%	19,8%	11,3%	4,7%	14,2%	2,8%	0%
18. Collaborazione alla realizzazione di programmi di immunizzazione degli operatori sanitari	57,5%	12,3%	6,6%	3,8%	18,9%	0,9%	0%
19. Raccolta dati sul rischio di esposizione occupazionale a malattie infettive attraverso una classificazione dei rischi per Servizio/Dip.	73,6%	11,3%	0,9%	6,6%	6,6%	0,9%	0%

Tabella 27: Attività dell'ICI non in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 3: Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	16%	13,1%	21,8%	21,9%	22,5%	2,6%	2,1%
1. Collaborazione nella supervisione e formazione del personale per favorire lo sviluppo professionale specifico	15,1%	10,4%	19,8%	29,2%	23,6%	0,9%	0,9%
2. Utilizzo di strategie di comunicazione efficaci per sensibilizzare e coinvolgere gli operatori nella prevenzione delle infezioni	5,7%	6,6%	29,2%	24,5%	31,1%	1,9%	0,9%
3. Analisi dei bisogni formativi degli operatori sul controllo delle infezioni	18,9%	9,4%	28,3%	18,9%	21,7%	1,9%	0,9%
4. Pianificazione e attuazione di eventi formativi (es. lezioni, workshop, discussioni) su argomenti correlati alle infezioni	7,5%	6,6%	25,5%	18,9%	37,7%	1,9%	1,9%
5. Valutazione dell'efficacia della formazione e dei risultati sugli operatori (es. livello di compliance, cambiamento dei comportamenti...)	11,3%	16%	32,1%	21,7%	17%	0,9%	0,9%
6. Analisi dei bisogni formativi/informativi dei pazienti e dei familiari sul controllo delle infezioni	45,3%	24,5%	11,3%	8,5%	6,6%	2,8%	0,9%
7. Partecipazione al programma aziendale di orientamento del personale sanitario neo assunto	49,1%	13,2%	9,4%	8,5%	16%	1,9%	1,9%
8. Promozione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale per la prevenzione delle infezioni	18,9%	11,3%	19,8%	24,5%	21,7%	0,9%	2,8%
9. Promozione della diffusione di evidenze scientifiche	15,1%	14,2%	18,9%	28,3%	20,8%	1,9%	0,9%
10. Applicazione dei risultati della ricerca nella pratica quotidiana	12,3%	21,7%	21,7%	19,8%	17%	4,7%	2,8%
11. Partecipazione ad attività di ricerca sulla prevenzione e controllo delle	17%	19,8%	21,7%	21,7%	14,2%	2,8%	2,8%

AREA 3: Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	16%	13,1%	21,8%	21,9%	22,5%	2,6%	2,1%
infezioni							
12. Analisi del proprio livello di competenza, dei propri bisogni formativi e riconoscimento dei punti di forza e di debolezza	9,4%	10,4%	18,9%	32,1%	20,8%	5,7%	2,8%
13. Aggiornamento delle conoscenze ed abilità, in relazione al proprio ruolo nella prevenzione e controllo delle infezioni	3,8%	8,5%	32,1%	31,1%	20,8%	0,9%	2,8%
14. Individuazione di opportunità per lo sviluppo personale e professionale	14,2%	11,3%	25,5%	20,8%	16%	8,5%	3,8%
15. Supporto ai colleghi nell'autovalutazione delle loro conoscenze nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni	12,3%	17,9%	18,9%	20,8%	25,5%	1,9%	2,8%
16. Sostenimento dei colleghi nel trasferimento delle conoscenze teoriche alla pratica	8,5%	10,4%	23,6%	20,8%	31,1%	1,9%	3,8%
17. Consulenza per la prevenzione e il controllo delle infezioni	7,5%	10,4%	13,2%	22,6%	41,5%	2,8%	1,9%

Tabella 28: Attività dell'ICI non in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

AREA 4: Leadership e Management	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	12,1%	9,9%	20,9%	23,5%	30,5%	3,1%	0,1%
1. In relazione agli obiettivi da raggiungere decidi se lavorare in autonomia o ricercando collaborazione con altri professionisti	1,9%	6,6%	18,9%	22,6%	47,2%	1,9%	0,9%
2. Conduzione gruppi di lavoro	17,9%	9,4%	23,6%	21,7%	27,4%	0%	0%
3. Promozione di attività di benchmarking	28,3%	15,1%	21,7%	16%	11,3%	7,5%	0%
4. Lavoro autonomo e ricerca di relazioni collaborative con altri professionisti	6,6%	16%	17%	18,9%	40,6%	0,9%	0%
5. Costruzione e mantenimento di relazioni positive	0,9%	3,8%	12,3%	34,9%	45,3%	2,8%	0%
6. Gestione dei conflitti	11,3%	13,2%	27,4%	30,2%	16%	1,9%	0%
7. Formulazione e sostegno della <i>vision</i> (obiettivi futuri) sulle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e le integra nelle organizzazioni	17%	14,2%	17,9%	24,5%	19,8%	6,6%	0%
8. Valorizzazione dei risultati raggiunti dai gruppi di lavoro	16%	5,7%	31,1%	18,9%	22,6%	5,7%	0%
9. Fornitura di consulenza sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali	8,5%	4,7%	17,9%	23,6%	44,3%	0,9%	0%

Tabella 29: Attività dell'ICI non in possesso di formazione post laurea specifica sulle ICA

Aree di Interesse per Qualifica Professionale

Area	*	Totale	Infermieri	Coordinatori Infermieri
Area 1 Prevenzione e controllo	1	13,4%	13,8%	12,6%
	2	11,3%	11,9%	11%
	3	18,8%	18,2%	18,6%
	4	22,5%	22,6%	22,4%
	5	32,7%	32,3%	33,9%
	N.S.	1%	0,9%	1,4%
	S.R.	0,2%	0,3%	0,2%
Area 2 Formazione e ricerca	1	20,7%	20,7%	20,8%
	2	12,9%	12,2%	12,8%
	3	16,3%	15,7%	16,2%
	4	17,3%	20,3%	13,1%
	5	30,6%	29,1%	34,2%
	N.S.	2%	1,8%	2,7%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,2%
Area 3 Formazione e Ricerca	1	12,9%	13,7%	11,3%
	2	12,2%	12,9%	11%
	3	20,5%	19,6%	20,6%
	4	23,1%	22,7%	25,3%
	5	26,4%	25,2%	28,2%
	N.S.	2,4%	2,4%	2,2%
	S.R.	2,5%	3,4%	1,4%
Area 4 Leadership e management	1	9,1%	10,6%	6,9%
	2	9,3%	9,8%	7,6%
	3	20,9%	20,7%	19,8%
	4	24,1%	24,4%	25,5%
	5	32,9%	30,3%	36,9%
	N.S.	3,5%	4,1%	3%
	S.R.	0,2%	0,2%	0,1%

* 1. Mai, 2. Raramente, 3. Qualche volta, 4. Spesso, 5. Sempre, S.R. Senza Risposta.

Tabella 30: totali per area d'interesse per ogni punteggio relativamente alle due qualifiche professionali più presenti tra i rispondenti

Tabella 29: Attività di Infermiere

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	13,8%	11,9%	18,2%	22,6%	32,3%	0,9%	0,3%
1. Collaborazione nell'elaborazione di un programma ospedaliero aziendale di prevenzione e controllo delle infezioni	5%	8,3%	17,5%	20%	48,3%	0,8%	0%
2. Collaborazione nell'individuazione e rimozione dei fattori di rischio per l'insorgenza di ICA (es: persone, dispositivi medici, ambiente)	2,5%	5,8%	27,5%	28,3%	34,2%	1,7%	0%
3. Definizione e attuazione di misure di controllo nei confronti del paziente	1,7%	5%	14,2%	30%	47,5%	0,8%	0,8%
4. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti del personale	3,3%	12,5%	24,2%	33,3%	26,7%	0%	0%
5. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti dell'ambiente	5%	9,2%	21,7%	34,2%	30%	0%	0%
6. Partecipazione all'attività di progettazione architettonica e funzionale delle unità operative o servizi	46,7%	24,2%	19,2%	7,5%	1,7%	0,8%	0%
7. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dei rifiuti	18,3%	20%	15%	20%	25,8%	0%	0,8%
8. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'aria	40%	15,8%	22,5%	12,5%	7,5%	0,8%	0,8%
9. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'acqua	19,2%	13,3%	24,2%	23,3%	18,3%	0,8%	0,8%
10. Utilizzo di strategie efficaci per coinvolgere i professionisti sanitari e operatori di supporto nella prevenzione e controllo delle infezioni	2,5%	7,5%	25,8%	25%	39,2%	0%	0%
11. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione	49,2%	20,8%	13,3%	7,5%	8,3%	0,8%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
degli alimenti							
12. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione della biancheria	23,3%	18,3%	25%	16,7%	15%	1,7%	0%
13. Collaborazione all'attuazione di misure di controllo in caso di eventi infettivi (es. cluster epidemici, evento epidemico, ecc.)	2,5%	3,3%	10%	23,3%	60%	0%	0,8%
14. Funzione di guida e sostenimento dei colleghi nell'adottare comportamenti per evitare la trasmissione delle infezioni	2,5%	2,5%	11,7%	27,5%	55,8%	0%	0%
15. Partecipazione a riunioni a diversi livelli (es: direzione medica, CIO, unità operative) per favorire la diffusione dei dati sulle infezioni.	2,5%	7,5%	10%	25,8%	54,2%	0%	0%
16. Collaborazione nella stesura di report e divulgazione dei risultati dell'attività di controllo delle infezioni .	5%	15%	12,5%	18,3%	47,5%	1,7%	0%
17. Collabora con altri professionisti (infettivologo, microbiologo, farmacista) nella revisione periodica di politiche e procedure sulla prevenzione delle infezioni (isolamento e precauzioni speciali, decontaminazione e sterilizzazione dei dispositivi medici,	5,8%	9,2%	12,5%	23,3%	49,2%	0%	0%
18. Promozione della diffusione e applicazione di linee guida, procedure, documenti, <i>consensus conference</i> sulla prevenzione delle infezioni	1,7%	5,8%	11,7%	25%	55,8%	0%	0%
19. Identificazione di barriere alla compliance ed utilizzo di strategie di coinvolgimento degli operatori	6,7%	14,2%	22,5%	28,3%	25%	1,7%	1,7%
20. Collaborazione nella revisione dei programmi di controllo delle infezioni, tenendo in considerazione le nuove evidenze scientifiche disponibili, le raccomandazioni e i risultati di audit di sorveglianza	6,7%	12,5%	13,3%	25,8%	40,8%	0,8%	0%

AREA 1. Prevenzione e Controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
21. Formulazione di strategie per promuovere e facilitare la revisione della pratica clinica, in seguito ai risultati della sorveglianza	9,2%	15%	20%	25,8%	29,2%	0,8%	0%
22. Progettazione di attività di audit su pratiche assistenziali correlate alle infezioni (es. c. vescicale, c. venoso centrale...)	13,3%	13,3%	22,5%	22,5%	27,5%	0,8%	0%
23. Collaborazione nella realizzazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, integrando le attività di controllo delle infezioni	21,7%	15%	21,7%	18,3%	21,7%	1,7%	0%
24. Supervisione dell'attività di sterilizzazione dei dispositivi medici	23,3%	10%	14,2%	25%	21,7%	5%	0,8%
25. Collaborazione alla stesura di capitolati per l'acquisizione di beni/servizi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, appalti...)	28,3%	13,3%	23,3%	18,3%	15,8%	0,8%	0%

Tabella 31: Attività di Infermiere

AREA 2: Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	20,7%	12,2%	15,7%	20,3%	29,1%	1,8%	0,2%
1. Raccolta dati sulla frequenza e sulle caratteristiche delle infezioni	5%	8,3%	10,8%	30%	45%	0,8%	0%
2. Collaborazione alla costruzione del data entry	30,8%	11,7%	10,8%	20%	16,7%	9,2%	0,8%
3. Costruzione di strumenti informativi per raccogliere i dati (es: moduli sorveglianza, schede...)	8,3%	8,3%	17,5%	24,2%	40,8%	0,8%	0%
4. Collaborazione nell'elaborazione ed interpretazione dei dati di sorveglianza	10,8%	10%	16,7%	27,5%	33,3%	1,7%	0%
5. Collaborazione nell'identificazione di cluster epidemici, anche attraverso l'attivazione di sistemi di alert	11,7%	4,2%	12,5%	24,2%	46,7%	0,8%	0%
6. Gestione di indagini epidemiologiche di cluster infettivi	13,3%	5%	18,3%	19,2%	43,3%	0,8%	0%
7. Individua aree che richiedono l'attivazione di programmi di sorveglianza delle infezioni	9,2%	14,2%	22,5%	20%	30%	4,2%	0%
8. Facilitazione del follow up post dimissione di pazienti esposti a malattie infettive durante il ricovero in ospedale	40,8%	20,8%	14,2%	6,7%	14,2%	2,5%	1%
9. Collaborazione con altri professionisti (es. infettivologo, microbiologo,) nell'elaborazione di attività di sorveglianza	6,7%	15%	18,3%	25%	34,2%	0,8%	0%
10. Partecipazione a programmi di sorveglianza sulle infezioni	5,8%	7,5%	15,8%	24,2%	46,7%	0,0%	0%
11. Partecipazione ad audit sull'utilizzo degli antibiotici a scopo terapeutico e profilattico	33,3%	21,7%	16,7%	11,7%	15%	1,7%	0%
12. Promozione dell'integrazione e della collaborazione con gli altri servizi	4,2%	12,5%	17,5%	34,2%	30%	1,7%	0%

AREA 2: Sorveglianza delle Infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
coinvolti nell'attività di sorveglianza delle infezioni (es. laboratorio, servizio farmacia, servizi territoriali)							
13. Interpretazione di dati microbiologici per favorire la prevenzione e il controllo delle infezioni	9,2%	14,2%	22,5%	23,3%	29,2%	1,7%	0%
14. Collaborazione nella gestione di epidemie infettive	4,2%	4,2%	13,3%	30,8%	46,7%	0,8%	0%
15. Interpretazione e diffusione dei risultati provenienti da indagini epidemiologiche	10,8%	13,3%	20%	25,8%	27,5%	1,7%	0,8%
16. Valutazione periodica dell'efficacia dei programmi di sorveglianza	20%	12,5%	20,8%	20,8%	23,3%	1,7%	0,8%
17. Collaborazione nell'analisi e nell'individuazione della tendenza degli incidenti dovuti ad esposizione occupazionale	43,3%	21,7%	15%	7,5%	11,7%	0,8%	0%
18. Collaborazione alla realizzazione di programmi di immunizzazione degli operatori sanitari	58,3%	14,2%	9,2%	4,2%	13,3%	0,8%	0%
19. Raccolta dati sul rischio di esposizione occupazionale a malattie infettive attraverso una classificazione dei rischi per Servizio/Dip.	67,5%	12,5%	6,7%	5,8%	5,8%	1,7%	0%

Tabella 32: Attività di Infermiere

AREA 3 : Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	13,7%	12,9%	19,6%	22,7%	25,2%	2,4%	3,4%
1. Collaborazione nella supervisione e formazione del personale per favorire lo sviluppo professionale specifico	11,7%	10,8%	19,2%	30,8%	23,3%	1,7%	2,5%
2. Utilizzo di strategie di comunicazione efficaci per sensibilizzare e coinvolgere gli operatori nella prevenzione delle infezioni	6,7%	7,5%	18,3%	31,7%	31,7%	1,7%	2,5%
3. Analisi dei bisogni formativi degli operatori sul controllo delle infezioni	15,8%	14,2%	25,8%	20%	20%	1,7%	2,5%
4. Pianificazione e attuazione di eventi formativi (es. lezioni, workshop, discussioni) su argomenti correlati alle infezioni	5,8%	7,5%	20,8%	25,8%	35%	1,7%	3,3%
5. Valutazione dell'efficacia della formazione e dei risultati sugli operatori (es. livello di compliance, cambiamento dei comportamenti...)	12,5%	11,7%	25,8%	24,2%	21,7%	1,7%	2,5%
6. Analisi dei bisogni formativi/informativi dei pazienti e dei familiari sul controllo delle infezioni	48,3%	24,2%	9,2%	10%	3,3%	2,5%	2,5%
7. Partecipazione al programma aziendale di orientamento del personale sanitario neo assunto	50,8%	13,3%	8,3%	6,7%	16,7%	1,7%	2,5%
8. Promozione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale per la prevenzione delle infezioni	13,3%	13,3%	19,2%	25,8%	23,3%	0,8%	4,2%
9. Promozione della diffusione di evidenze scientifiche	9,2%	13,3%	21,7%	22,5%	29,2%	1,7%	2,5%
10. Applicazione dei risultati della ricerca nella pratica quotidiana	7,5%	15%	25%	24,2%	20,8%	3,3%	4,2%
11. Partecipazione ad attività di ricerca sulla prevenzione e controllo delle infezioni	15%	19,2%	24,2%	19,2%	15,8%	2,5%	4,2%

AREA 3 : Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
12. Analisi del proprio livello di competenza, dei propri bisogni formativi e riconoscimento dei punti di forza e di debolezza	5%	9,2%	20%	23,3%	34,2%	4,2%	4,2%
13. Aggiornamento delle conoscenze ed abilità, in relazione al proprio ruolo nella prevenzione e controllo delle infezioni	1,7%	7,5%	25%	26,7%	34,2%	0,8%	4,2%
14. Individuazione di opportunità per lo sviluppo personale e professionale	8,3%	15%	26,7%	18,3%	19,2%	8,3%	4,2%
15. Supporto ai colleghi nell'autovalutazione delle loro conoscenze nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni	10%	20%	15,8%	23,3%	25%	1,7%	4,2%
16. Sostenimento dei colleghi nel trasferimento delle conoscenze teoriche alla pratica	5%	10,8%	18,3%	30,8%	27,5%	2,5%	5%
17. Consulenza per la prevenzione e il controllo delle infezioni	5,8%	6,7%	10%	23,3%	48,3%	2,5%	3,3%

Tabella 33: Attività di Infermiere

AREA 4 : Leadership e Management	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	10,6%	9,8%	20,7%	24,4%	30,3%	4,1%	0,2%
1. In relazione agli obiettivi da raggiungere decidi se lavorare in autonomia o ricercando collaborazione con altri professionisti	2,5%	4,2%	14,2%	23,3%	51,7%	3,3%	0,8%
2. Conduzione gruppi di lavoro	13,3%	8,3%	31,7%	24,2%	21,7%	0,8%	0%
3. Promozione di attività di benchmarking	25,8%	20%	20%	16,7%	8,3%	8,3%	0,8%
4. Lavoro autonomo e ricerca di relazioni collaborative con altri professionisti	7,5%	12,5%	11,7%	25,8%	40%	2,5%	0%
5. Costruzione e mantenimento di relazioni positive	2,5%	1,7%	12,5%	31,7%	48,3%	3,3%	0%
6. Gestione dei conflitti	9,2%	13,3%	26,7%	30%	18,3%	2,5%	0%
7. Formulazione e sostegno della <i>vision</i> (obiettivi futuri) sulle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e le integra nelle organizzazioni	14,2%	12,5%	24,2%	23,3%	17,5%	8,3%	0%
8. Valorizzazione dei risultati raggiunti dai gruppi di lavoro	10%	10,8%	32,5%	20,8%	20%	5,8%	0%
9. Fornitura di consulenza sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali	10%	5%	13,3%	23,3%	46,7%	1,7%	0%

Tabella 34: Attività di Infermiere

AREA 1. Prevenzione e controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	12,6%	11%	18,6%	22,4%	33,9%	1,4%	0,2%
1. Collaborazione nell'elaborazione di un programma ospedaliero aziendale di prevenzione e controllo delle infezioni	5,2%	7,8%	15,6%	15,6%	54,5%	1,3%	0%
2. Collaborazione nell'individuazione e rimozione dei fattori di rischio per l'insorgenza di ICA (es: persone, dispositivi medici, ambiente)	1,3%	3,9%	18,2%	39%	33,8%	3,9%	0%
3. Definizione e attuazione di misure di controllo nei confronti del paziente	0%	5,2%	16,9%	29,9%	46,8%	1,3%	0%
4. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti del personale	2,6%	9,1%	27,3%	29,9%	29,9%	1,3%	0%
5. Definizione ed attuazione di misure di controllo nei confronti dell'ambiente	1,3%	10,4%	18,2%	36,4%	32,5%	0%	1,3%
6. Partecipazione all'attività di progettazione architettonica e funzionale delle unità operative o servizi	49,4%	15,6%	27,3%	2,6%	5,2%	0%	0%
7. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dei rifiuti	16,9%	19,5%	32,5%	15,6%	15,6%	0%	0%
8. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'aria	35,1%	18,2%	20,8%	16,9%	7,8%	1,3%	0%
9. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione dell'acqua	18,2%	15,6%	18,2%	28,6%	16,9%	2,6%	0%
10. Utilizzo di strategie efficaci per coinvolgere i professionisti sanitari e operatori di supporto nella prevenzione e controllo delle infezioni	0%	6,5%	24,7%	29,9%	37,7%	1,3%	0%
11. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione	45,5%	20,8%	13%	14,3%	6,5%	0%	0%

AREA 1. Prevenzione e controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
degli alimenti							
12. Proposizione di misure adeguate di controllo delle infezioni per la gestione della biancheria	13,0%	19,5%	28,6%	22,1%	14,3%	1,3%	1,3%
13. Collaborazione all'attuazione di misure di controllo in caso di eventi infettivi (es. cluster epidemici, evento epidemico, ecc.)	3,9%	3,9%	7,8%	15,6%	68,8%	0%	0%
14. Funzione di guida e sostenimento dei colleghi nell'adottare comportamenti per evitare la trasmissione delle infezioni	1,3%	2,6%	11,7%	19,5%	64,9%	0%	0%
15. Partecipazione a riunioni a diversi livelli (es: direzione medica, CIO, unità operative) per favorire la diffusione dei dati sulle infezioni.	5,2%	7,8%	15,6%	16,9%	53,2%	1,3%	0%
16. Collaborazione nella stesura di report e divulgazione dei risultati dell'attività di controllo delle infezioni .	7,8%	9,1%	10,4%	18,2%	54,5%	0%	0%
17. Collabora con altri professionisti (infettivologo, microbiologo, farmacista) nella revisione periodica di politiche e procedure sulla prevenzione delle infezioni (isolamento e precauzioni speciali, decontaminazione e sterilizzazione dei dispositivi medici,	10,4%	16,9%	10,4%	14,3%	48,1%	0%	0%
18. Promozione della diffusione e applicazione di linee guida, procedure, documenti, <i>consensus conference</i> sulla prevenzione delle infezioni	0%	3,9%	11,7%	29,9%	53,2%	0%	1,3%
19. Identificazione di barriere alla compliance ed utilizzo di strategie di coinvolgimento degli operatori	7,8%	3,9%	20,8%	31,2%	29,9%	6,5%	0%
20. Collaborazione nella revisione dei programmi di controllo delle infezioni, tenendo in considerazione le nuove evidenze scientifiche disponibili, le raccomandazioni e i risultati di audit di sorveglianza	11,7%	6,5%	15,6%	15,6%	49,4%	1,3%	0%

AREA 1. Prevenzione e controllo delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
21. Formulazione di strategie per promuovere e facilitare la revisione della pratica clinica, in seguito ai risultati della sorveglianza	11,7%	9,1%	20,8%	23,4%	33,8%	1,3%	0%
22. Progettazione di attività di audit su pratiche assistenziali correlate alle infezioni (es. c. vescicale, c. venoso centrale...)	15,6%	9,1%	11,7%	28,6%	32,5%	2,6%	0%
23. Collaborazione nella realizzazione dei programmi aziendali di gestione del rischio, integrando le attività di controllo delle infezioni	14,3%	16,9%	23,4%	26%	14,3%	5,2%	0%
24. Supervisione dell'attività di sterilizzazione dei dispositivi medici	20,8%	20,8%	16,9%	16,9%	24,7%	0%	0%
25. Collaborazione alla stesura di capitolati per l'acquisizione di beni/servizi (dispositivi medici, antisettici e disinfettanti, appalti...)	16,9%	11,7%	28,6%	23,4%	18,2%	1,3%	0%

Tabella 35: Attività di Coordinatore Infermieristico

AREA 2: Sorveglianza delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	20,8%	12,8%	16,2%	13,1%	34,2%	2,7%	0,2%
1. Raccolta dati sulla frequenza e sulle caratteristiche delle infezioni	7,8%	2,6%	22,1%	10,4%	57,1%	0%	0%
2. Collaborazione alla costruzione del data entry	23,4%	14,3%	7,8%	11,7%	28,6%	14,3%	0%
3. Costruzione di strumenti informativi per raccogliere i dati (es: moduli sorveglianza, schede...)	9,1%	7,8%	22,1%	13%	48,1%	0%	0%
4. Collaborazione nell'elaborazione ed interpretazione dei dati di sorveglianza	10,4%	9,1%	19,5%	9,1%	50,6%	1,3%	0%
5. Collaborazione nell'identificazione di cluster epidemici, anche attraverso l'attivazione di sistemi di alert	19,5%	2,6%	9,1%	14,3%	53,2%	1,3%	0%
6. Gestione di indagini epidemiologiche di cluster infettivi	13%	10,4%	6,5%	18,2%	49,4%	2,6%	0%
7. Individua aree che richiedono l'attivazione di programmi di sorveglianza delle infezioni	10,4%	13%	22,1%	23,4%	29,9%	1,3%	0%
8. Facilitazione del follow up post dimissione di pazienti esposti a malattie infettive durante il ricovero in ospedale	45,5%	14,3%	13%	6,5%	15,6%	5,2%	0%
9. Collaborazione con altri professionisti (es. infettivologo, microbiologo,) nell'elaborazione di attività di sorveglianza	10,4%	11,7%	19,5%	13%	42,9%	2,6%	0%
10. Partecipazione a programmi di sorveglianza sulle infezioni	9,1%	5,2%	13%	18,2%	54,5%	0%	0%
11. Partecipazione ad audit sull'utilizzo degli antibiotici a scopo terapeutico e profilattico	28,6%	22,1%	22,1%	11,7%	13%	1,3%	1,3%
12. Promozione dell'integrazione e della collaborazione con gli altri servizi	13%	10,4%	23,4%	15,6%	35,1%	2,6%	0%

AREA 2: Sorveglianza delle infezioni	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
coinvolti nell'attività di sorveglianza delle infezioni (es. laboratorio, servizio farmacia, servizi territoriali)							
13. Interpretazione di dati microbiologici per favorire la prevenzione e il controllo delle infezioni	11,7%	20,8%	11,7%	23,4%	31,2%	1,3%	0%
14. Collaborazione nella gestione di epidemie infettive	3,9%	9,1%	15,6%	16,9%	53,2%	1,3%	0%
15. Interpretazione e diffusione dei risultati provenienti da indagini epidemiologiche	13%	13%	10,4%	20,8%	39,0%	1,3%	2,6%
16. Valutazione periodica dell'efficacia dei programmi di sorveglianza	15,6%	10,4%	24,7%	18,2%	28,6%	2,6%	0%
17. Collaborazione nell'analisi e nell'individuazione della tendenza degli incidenti dovuti ad esposizione occupazionale	41,6%	26%	19,5%	1,3%	6,5%	5,2%	0%
18. Collaborazione alla realizzazione di programmi di immunizzazione degli operatori sanitari	49,4%	19,5%	16,9%	0%	10,4%	3,9%	0%
19. Raccolta dati sul rischio di esposizione occupazionale a malattie infettive attraverso una classificazione dei rischi per Servizio/Dip.	61%	20,8%	9,1%	2,6%	2,6%	3,9%	0%

Tabella 36: Attività di Coordinatore Infermieristico

AREA 3. Formazione e Ricerca	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	11,3%	11%	20,6%	25,3%	28,2%	2,2%	1,4%
1. Collaborazione nella supervisione e formazione del personale per favorire lo sviluppo professionale specifico	6,5%	5,2%	23,4%	31,2%	32,5%	0%	1,3%
2. Utilizzo di strategie di comunicazione efficaci per sensibilizzare e coinvolgere gli operatori nella prevenzione delle infezioni	3,9%	5,2%	26%	26%	36,4%	1,3%	1,3%
3. Analisi dei bisogni formativi degli operatori sul controllo delle infezioni	11,7%	7,8%	29,9%	26%	23,4%	0%	1,3%
4. Pianificazione e attuazione di eventi formativi (es. lezioni, workshop, discussioni) su argomenti correlati alle infezioni	6,5%	5,2%	15,6%	18,2%	53,2%	0%	1,3%
5. Valutazione dell'efficacia della formazione e dei risultati sugli operatori (es. livello di compliance, cambiamento dei comportamenti...)	6,5%	10,4%	24,7%	29,9%	26%	1,3%	1,3%
6. Analisi dei bisogni formativi/informativi dei pazienti e dei familiari sul controllo delle infezioni	32,5%	24,7%	19,5%	13%	6,5%	2,6%	1,3%
7. Partecipazione al programma aziendale di orientamento del personale sanitario neo assunto	37,7%	11,7%	11,7%	13%	19,5%	3,9%	2,6%
8. Promozione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale per la prevenzione delle infezioni	14,3%	14,3%	16,9%	27,3%	23,4%	2,6%	1,3%
9. Promozione della diffusione di evidenze scientifiche	7,8%	7,8%	15,6%	31,2%	35,1%	1,3%	1,3%
10. Applicazione dei risultati della ricerca nella pratica quotidiana	6,5%	18,2%	23,4%	23,4%	20,8%	6,5%	1,3%
11. Partecipazione ad attività di ricerca sulla prevenzione e controllo delle infezioni	13%	23,4%	20,8%	20,8%	18,2%	2,6%	1,3%

12. Analisi del proprio livello di competenza, dei propri bisogni formativi e riconoscimento dei punti di forza e di debolezza	10,4%	9,1%	15,6%	39%	23,4%		1,3%	1,3%
13. Aggiornamento delle conoscenze ed abilità, in relazione al proprio ruolo nella prevenzione e controllo delle infezioni	2,6%	9,1%	26%	29,9%	31,2%		0%	1,3%
14. Individuazione di opportunità per lo sviluppo personale e professionale	11,7%	7,8%	18,2%	32,5%	23,4%		5,2%	1,3%
15. Supporto ai colleghi nell'autovalutazione delle loro conoscenze nell'ambito della prevenzione e controllo delle infezioni	9,1%	10,4%	24,7%	24,7%	24,7%		5,2%	1,3%
16. Sostenimento dei colleghi nel trasferimento delle conoscenze teoriche alla pratica	7,8%	6,5%	28,6%	20,8%	33,8%		1,3%	1,3%
17. Consulenza per la prevenzione e il controllo delle infezioni	3,9%	10,4%	10,4%	23,4%	48,1%		2,6%	1,3%

Tabella 37: Attività di Coordinatore Infermieristico

AREA 4: Leadership e Management	PUNTEGGI						
	1	2	3	4	5	Non So	S.R.
	Mai	Raramente	Qualche Volta	Spesso	Sempre		
	6,9%	7,6%	19,8%	25,5%	36,9%	3%	0,1%
1. In relazione agli obiettivi da raggiungere decidi se lavorare in autonomia o ricercando collaborazione con altri professionisti	0%	3,9%	19,5%	26%	50,6%	0%	0%
2. Conduzione gruppi di lavoro	5,2%	9,1%	27,3%	26%	32,5%	0%	0%
3. Promozione di attività di benchmarking	23,4%	11,7%	19,5%	18,2%	18,2%	9,1%	0%
4. Lavoro autonomo e ricerca di relazioni collaborative con altri professionisti	2,6%	13%	20,8%	15,6%	44,2%	2,6%	1,3%
5. Costruzione e mantenimento di relazioni positive	1,3%	2,6%	14,3%	33,8%	46,8%	1,3%	0%
6. Gestione dei conflitti	3,9%	10,4%	22,1%	32,5%	28,6%	2,6%	0%
7. Formulazione e sostegno della <i>vision</i> (obiettivi futuri) sulle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e le integra nelle organizzazioni	13%	9,1%	19,5%	28,6%	24,7%	5,2%	0%
8. Valorizzazione dei risultati raggiunti dai gruppi di lavoro	10,4%	7,8%	18,2%	24,7%	33,8%	5,2%	0%
9. Fornitura di consulenza sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali	2,6%	1,3%	16,9%	24,7%	53,2%	1,3%	0%

Tabella 38: Attività di Coordinatore Infermieristico

Aree di Interesse per Modalità di Analisi

	Collaborazione / Partecipazione / Proposizione	Definizione / Identificazione / Progettazione	Applicativo	Supervisione
1. Mai	16,8%	6,7%	1,6%	22,8%
2. Raramente	12,5%	10,1%	4,4%	14,4%
3. Qualche volta	18,5%	20,3%	18,8%	15,8%
4. Spesso	19,6%	29,2%	26,7%	21,9%
5. Sempre	31,6%	32,2%	48,1%	21,9%
N.S. Non So	0,9%	1,2%	0,2%	2,8%
S.V.	0,2%	0,3%	0%	0,5%

Tabella 39: totali per modalità d'analisi linguistica per l'area 1

	Collaborazione / Partecipazione	Individuazione / Interpretazione / Valutazione	Applicativo
1. Mai	20,7%	12,8%	26,9%
2. Raramente	12,8%	14,7%	11,6%
3. Qualche volta	15,7%	20,3%	14,4%
4. Spesso	17,2%	21,2%	14,2%
5. Sempre	31,2%	28,6%	31,2%
N.S. Non So	2,3%	1,9%	1,6%
S.V.	0,1%	0,6%	0,1%

Tabella 40: totali per modalità d'analisi linguistica per l'area 2

	Collabora / Sostiene	Pianifica	Applicativo	Consulenza
1. Mai	17,1%	8,5%	12,9%	4,7%
2. Raramente	13,4%	10,1%	12,7%	8,8%
3. Qualche volta	19,3%	23,4%	21,3%	11,6%
4. Spesso	21,8%	23,6%	23,9%	22,3%
5. Sempre	23,4%	28,7%	24,7%	47,4%
N.S. Non So	2,3%	3,3%	2%	2,8%
S.V.	2,6%	2,5%	2,4%	2,3%

Tabella 41: totali per modalità d'analisi linguistica per l'area

Completezza del Questionario per i Rispondenti

	N° Risposte	Percentuale
Si	190	88,4%
No	17	7,9%
Non Risponde	8	3,7%
Totale	215	

Tabella 42: Qualità e Completezza del questionario

Infermieri addetti al controllo Infezioni presenti a livello nazionale e stima della dotazione in base ai posti letto pubblici per pazienti acuti e non acuti.

L'indagine è stata rivolta agli infermieri ICI presenti nei vari presidi ospedalieri e nelle aziende sanitarie alla data del 31/12/08. Il denominatore, al momento dello studio era di 496 infermieri ICI distribuiti sulle varie regioni. Si propone una comparazione tra gli ICI presenti al 31/12/2008 e una stima basata sulla circolare del Ministero della Sanità n. 8 del 30 gennaio 1988 con oggetto: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza". Tale circolare fa riferimento a quanto riporta l'OMS che suggerisce l'impiego di un infermiere o caposala ogni 250-400 posti letto"; nelle seguenti due tabelle vi proponiamo dunque gli ICI reali al 31/12/08 e delle stime basate sulle indicazioni della circolare, calcolate sui posti letto per acuti pubblici e su quelli per non acuti pubblici. La stima è stata fatta sia per il rapporto "1 ICI ogni 250 posti letto" che per quello "1 ICI per 400 posti letto".

Regione	Stima ICI per Posti Letto Acuti Pubblici	Stima ICI per Posti Letto Non Acuti Pubblici	ICI Effettivi al 31/12/08
Piemonte e Valle d'Aosta	55	8	42
Lombardia	121	19	120
Trentino	14	1	9
Veneto	65	10	32
Friuli Venezia Giulia	17	1	17
Liguria	26	2	16
Emilia Romagna	57	9	55
Toscana	50	2	28
Umbria	11	1	4
Marche	20	1	19
Lazio	76	7	27
Abruzzo	20	1	31
Molise	6	1	3
Campania	57	2	15
Puglia	51	5	42
Basilicata	8	1	3
Calabria	22	1	6
Sicilia	61	4	24
Sardegna	24	1	3
Totale Italia	761	77	496

° N. posti letto tratti dal flusso informativo Ministero della Salute.

Tabella 43: ICI effettivi per regione al 31/12/08 e stime basate sulla circolare n. 8 del 30 gennaio 1988 (1 ICI ogni 250 posti letto)

Regione	Stima N. ICI per Posti Letto Acuti Pubblici [°]	Stima N. ICI per Posti Letto Non Acuti Pubblici [°]	N. ICI Effettivi al 31/12/08
Piemonte e Valle d'Aosta	34	5	42
Lombardia	75	12	120
Trentino	9	1	9
Veneto	41	6	32
Friuli Venezia Giulia	11	1	17
Liguria	16	1	16
Emilia Romagna	36	5	55
Toscana	31	1	28
Umbria	7	1	4
Marche	13	1	19
Lazio	48	4	27
Abruzzo	12	1	31
Molise	4	1	3
Campania	36	1	15
Puglia	31	3	42
Basilicata	5	1	3
Calabria	14	0	6
Sicilia	38	3	24
Sardegna	15	0	3
Totale Italia	476	48	496

[°] N. posti letto tratti dal flusso informativo Ministero della Salute.

Tabella 44: ICI effettivi per regione al 31/12/08 e stime in base all'indice riportato nella circolare n. 8 del 30 gennaio 1988 (1 ICI ogni 400 posti letto)

PARTE 3: EVOLUZIONE PROFESSIONALE

Evoluzione del nominativo “Infermiere addetto al controllo delle Infezioni” (ICI)

Sulla base dei risultati della ricerca, i componenti del gruppo di progetto hanno preso in analisi e discusso approfonditamente alcuni possibili nominativi per rinominare l’Infermiere addetto al controllo delle Infezioni (nominativo che ha origine dalla circolare del Ministero della Sanità del 1985), obsoleto per il profilo dell’infermiere italiano, vedi Decreto 14 settembre 1994, N. 739.

I nominativi presi in analisi sono stati i seguenti:

- Infermiere Specializzato Rischio Infettivo (ISRI)
- Infermiere Esperto nel Controllo delle Infezioni (IECI)
- Infermiere con Competenza Avanzata nel Rischio Infettivo (ICARI)

Per ogni nominativo sono state analizzate le coerenze con la legislazione professionale e formativa dell’infermiere e tenendo conto dei risultati della ricerca.

Il profilo di competenza e il curriculum formativo è stato presentato e raccolto il consenso, nell’ambito dell’ VIII Convegno Nazionale ANIPIO, a Orvieto 2010, oltre ad essere stato direttamente consegnato a tutti i partecipanti il profilo di competenza.

La motivazione principe del nuovo nominativo è stata presa sulla base *della Legge l 1 febbraio 2006 N. 43*, dal titolo “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico- sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”, l’ *art. 6, comma 1, lettera c*, **riporta “professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche** rilasciato dall’università ai sensi dell’articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell’Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, N. 509, e dell’articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell’istruzione, dell’università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

Il gruppo di progetto ha scelto il seguente nominativo “Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo” perché ritiene esprima, quanto riportato nelle leggi sulla professione, e l’evoluzione del profilo di competenza e del curriculum formativo derivati dai risultati della ricerca.

Il nuovo nominativo è pertanto: **Infermiere specializzato nel Rischio Infettivo (ISRI)**; si riportano di seguito il profilo di competenza e il curriculum formativo.

Profilo di competenza dell’Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo (ISRI)

I risultati della ricerca hanno messo in evidenza le competenze che questo professionista deve possedere per operare in autonomia e in collaborazione con altri professionisti e la lettura della letteratura di riferimento ha permesso la definizione del profilo di competenza.

Definizione dell’Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo (ISRI):

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.

L’ISRI 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.

Profilo di competenza dell’Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo

L’Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo:

- **Partecipa** alla definizione delle politiche sanitarie e socio sanitarie a livello nazionale, regionale e locale per tutelare la salute e la sicurezza del cittadino.
- **Partecipa** alla identificazione del rischio infettivo nei contesti sanitari e socio sanitari pubblici e privati.
- **Pianifica, gestisce e valuta** gli interventi di prevenzione, controllo, sorveglianza del rischio infettivo, in un ambito multi professionale e multidisciplinare.
- **Pianifica, gestisce e valuta** progetti di formazione, ricerca e innovazione nell’ambito del rischio infettivo.
- **Garantisce** attività di supervisione e consulenza sul controllo del rischio infettivo basati sulle evidenze scientifiche evidence based.
- **Utilizza**, nel controllo del rischio infettivo, metodi e strumenti per orientare le scelte e migliorare la qualità degli interventi, in relazione all’evoluzione tecnologica e delle conoscenze.
- **Gestisce** relazioni efficaci, attraverso l’utilizzo di tecniche di comunicazione finalizzate al coinvolgimento dell’utente, del caregiver e degli operatori per il controllo del rischio infettivo.
- **Promuove** il cambiamento nei diversi contesti organizzativi, favorendo l’adesione alle buone pratiche nel controllo del rischio infettivo
- **Adotta** strategie di autoapprendimento e aggiornamento continuo delle proprie conoscenze e competenze specialistiche.

Definizione del curriculum formativo dell’Infermiere Specializzato nel Rischio

Infettivo

Dal core competence al Core Curriculum

Lo sforzo di costruzione di un Core Curriculum altro non è che la definizione più precisa, completa e puntuale di tutto ciò che è necessario e sufficiente per acquisire una competenza avanzata e autonoma, prerequisito per avere un professionista competente, autonomo e un’efficace collaborazione nell’ambito della multidisciplinarietà e multi professionalità.

Il Core Curriculum coincide con la definizione degli obiettivi educativi che s’identificano quasi totalmente con lo specifico Profilo professionale di riferimento e che definiscono ciò che la persona deve essere capace di fare in relazione ai problemi della salute della società.

Questi obiettivi sono da ritenersi necessari e sufficienti per fare del soggetto un professionista con un bagaglio di competenze irrinunciabili e adeguate, cioè completo e permanente, per intraprendere lo specifico percorso professionale.

Per definire quali e quante devono essere le conoscenze irrinunciabili, il Core appunto inteso sia come Core contents che come Core competence, si deve partire dall’esperienza clinica per risalire ai bisogni reali di conoscenza. Un apprendimento mirato a definire ciò che è irrinunciabile alla luce dell’esperienza professionale.

Il punto di partenza è duplice: dai bisogni di salute presenti nella popolazione assistita e dal profilo del professionista che dovrà rispondere a tali bisogni.

Tutto questo porta a valorizzare all’interno del percorso di studi, come centrale il concetto di competenza rispetto a quelli più consueti e tradizionali di contenuti disciplinari, di discipline di studio, ecc.

Non è quindi sulla base della progressione delle conoscenze scientifiche, fortunatamente in crescita esponenziale, ma sulla base delle effettive sollecitazioni che giorno per giorno si pongono ai professionisti nell’esercizio del loro lavoro che va avviato e costruito il percorso di formazione.

Si tratta quindi di far acquisire competenze per gestire il passaggio dal saper fare al saper agire un saper cosa fare e sapere quando farlo in situazioni di lavoro.

Core Curriculum

Con il termine Core Curriculum derivato dall’inglese Core ovvero nucleo e dal latino curriculum ovvero percorso, si definisce l’insieme dei contenuti essenziali che ogni “studente” deve aver acquisito al termine del percorso di studi.

Il Curriculum è quindi un progetto educativo proposto a soggetti perché possano acquisire tutte le conoscenze, le competenze, le abilità pratiche e i comportamenti che saranno il punto di partenza per lo svolgimento della professione nell’ambito specifico e la base della crescita culturale e professionale.

Volendo procedere quindi all'elaborazione di un Core Curriculum, i fattori che concorrono alla sua costruzione sono:

1. definizione chiara e completa dei problemi prioritari di salute e di qualità dei servizi a cui riferire gli obiettivi da raggiungere per ciascuno degli ambiti caratterizzanti sia sotto il profilo culturale che professionale, cercando di superare i rischi di una dicotomia che contrapponga un approccio di natura teorica ad uno di tipo pratico;
2. selezionare i contenuti culturali essenziali rispetto ai diversi ambiti scientifico-disciplinari che caratterizzano il profilo dello studente a cui è rivolto il curriculum;
3. ipotesi di collocamento temporale di questi contenuti in rapporto alla rispettiva propedeuticità e alla organizzazione dei vari semestri;
4. descrizione puntuale delle competenze professionali che lo studente deve possedere al termine del corso di studi, precisando il livello di autonomia e abilità che deve raggiungere;
5. attribuzione dei crediti formativi, intesi come lavoro complessivo dello studente necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti;
6. segmentazione dei contenuti in temi omogenei e in unità didattiche elementari che consentano di dettagliare in modo più preciso possibile ciò che il docente dovrà insegnare e ciò che lo studente dovrà sapere, precisando il livello di approfondimento che lo studente dovrà raggiungere;
7. proposta della metodologia didattica considerata come la più efficace ed idonea per il raggiungimento degli obiettivi scelti;
8. ipotesi di suddivisione della quota oraria tra le diverse attività che lo studente deve svolgere per raggiungere i suoi obiettivi, con particolare attenzione al tempo di studio personale;
9. indicazione della metodologia di valutazione pertinente per la rilevazione dei risultati effettivamente raggiunti dagli studenti rispetto agli obiettivi proposti loro;
10. segnalazione della rilevanza professionale che ciascun obiettivo ha per gli studenti.

Il Core Curriculum è lo strumento che permettendo una pianificazione didattica adeguata e facilitante l'apprendimento dello studente, risulta particolarmente utile anche per condividere terminologie, contenuti ed obiettivi a livello nazionale, per favorire la comunicazione tra i docenti, per facilitare l'auto-programmazione degli studenti. La sua definizione è necessaria anche per facilitare il riconoscimento dei crediti tra le diverse sedi nazionali e, in futuro, potrà favorire la libera circolazione dei professionisti e garantire il riconoscimento dei titoli anche all'estero.

I documenti di riferimento.

Nell'elaborazione della proposta, si considerano documenti di riferimento:

- la normativa vigente italiana
- le raccomandazioni europee in materia di infezioni

- il profilo professionale dell'infermiere italiano
- il Codice Deontologico
- il documento IPSE
- i risultati della ricerca ANIPIO-IPASVI

Proposta di contenuti Core

Per la complessità del profilo atteso, per il contributo rilevante all'interno delle organizzazioni socio sanitarie che tale figura può apportare nonché per i benefici in termini di salute per i cittadini, si propone come percorso formativo un Master di 1° livello, articolato in 60 CFU, intitolato " Rischio infettivo".

Il requisito di accesso previsto è il diploma/laurea in infermieristica.

In relazione al profilo di competenza atteso dell'infermiere specializzato nel rischio infettivo, si propone, in questa sede, una traccia di riferimento comune per una successiva elaborazione più dettagliata del curriculum formativo.

Moduli	Conoscenze caratterizzanti	Principali contenuti
EPIDEMIOLOGIA E CLINICA DELLE INFEZIONI	MICROBIOLOGIA	- varie specie microbiche (batteri, miceti, virus, protozoi); - catena di trasmissione e di infezione
	IMMUNOLOGIA	la diagnostica
	IGIENE	le principali malattie infettive: - cenni clinici - agenti infettivi - diffusione - serbatoio - modalità di trasmissione - periodo di incubazione - periodo di contagiosità - suscettibilità - metodi di controllo: misure preventive; controllo pz/contatti/ambiente; misure in caso di epidemie; implicazioni in caso di disastro; misure internazionali.
PROGRAMMI, METODI E STRUMENTI PER IL CONTROLLO DELLE ICA	EPIDEMIOLOGIA e STATISTICA	- andamento epidemiologico malattie infettive e ICA - gli studi di prevalenza/incidenza - statistica sanitaria: Concetto di popolazione, dimensioni del campione e metodi di campionamento; Concetto di P o significatività statistica; Statistica inferenziale e descrittiva. - controllo: misure di prevenzione e sorveglianza (misurare il

		fenomeno in termini di impatto epidemiologico; le buone pratiche evidence based per prevenire infezione a livello lavorativo, scolastico e di comunità; monitoraggio secondo i vari sistemi di denuncia; monitoraggi ad hoc per le ICA
	EVIDENCE BASED PRACTICE	La ricerca della letteratura; concetti di EBN la ricerca degli articoli e l'identificazione del disegno di studio banche dati e strategie di ricerca
	QUALITA'	il risk management e gli strumenti di gestione del rischio (RCA, Audit, ..) - progetti di miglioramento
METODOLOGIE FORMATIVE E DI COMUNICAZIONE	DIDATTICA	- il processo di comunicazione - condurre una riunione - gestire conflitti - l'apprendimento in età adulta - gli strumenti (materiale informativo, strumenti mediatici) - la progettazione formativa
LEGISLAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA E DEL SISTEMA PROFESSIONALE INFERMIERISTICO	MANAGEMENT E LEADERSHIP	- Analisi sistemica delle organizzazioni sanitaria e sociale; progettualità di intervento - legislazione socio sanitaria - i setting di cura - programmazione e valutazione dei servizi sanitari
METODI E STRUMENTI DELLA RICERCA	RICERCA	I disegni di ricerca: osservazionali e sperimentali doppio cieco I Disegni degli studi randomizzazione Il consenso informato, il comitato etico, la good clinical practice Caratteristiche, regole, tipologie di dati, strumenti: schede di raccolta, questionari e interviste metodologia

Tratto e modificato da Infection Control Nurses Association, 2000 King D. Nurs Stand. 2005

Tipologie di attività previste:

- Attività didattica formale e studio individuale
- Tutorato individuale o in piccolo gruppo
- tirocinio professionalizzante da effettuarsi ad esempio nelle possibili sedi di :
 - laboratorio microbiologico
 - Centro EBN
 - Unità Operative
 - Affiancato ad un ISRI
- laboratori metodologici, per sperimentare in ambiente protetto ad esempio:
 - la costruzione di un questionario
 - la conduzione di una riunione
 - condurre un incontro di formazione destinato a professionisti
 - presentazione di report e dati
- Seminari di approfondimento
- Prova finale: Presentazione di un progetto di ricerca

Conclusioni

La definizione del profilo di competenza e del curriculum formativo dell'ISRI, avvalendosi dei risultati della ricerca ANIPIO-IPASVI, ha rappresentato un evento storico per il ruolo dell'Infermiere Specializzato nel Rischio Infettivo (ISRI) che, ad oggi, aveva come unico riferimento le funzioni descritte nella circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 20 dicembre 1985.

E' indubbio che questo professionista non potesse continuare ad operare nell'oscurità del proprio profilo di competenza acquisito prevalentemente sulla base dell'esperienza professionale.

Il bisogno di definire il profilo di competenza e il curriculum formativo è maturato nel tempo, anche grazie l'evoluzione del fenomeno "Infezioni correlate all'assistenza" oggi divenuto un problema di sanità pubblica, che ha reso necessari professionisti specialisti sul tema stesso. *L' ISRI è un infermiere, come descritto nel profilo di competenza, che opera in autonomia e in collaborazione con gli altri professionisti, nei vari contesti socio sanitarie, sia pubblici che privati.*

La sua core competence, che si esprime a vari livelli, 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.

Per espletare tale competenza l'ISRI necessita di un curriculum formativo che si acquisisce tramite un master di 1° livello, articolato in 60 CFU, per il quale è stato definito una traccia di riferimento comune per una successiva elaborazione più dettagliata del curriculum formativo.

La ricerca ha rappresentato inoltre una grande opportunità di confronto professionale e ha favorito il potenziamento di una rete degli ISRI che si sta consolidando. Dalla definizione del profilo di competenza dell'ISRI deriva la chiarezza e l'aggiornamento delle funzioni di questo professionista.

Il rigore metodologico della ricerca ha richiesto due anni di lavoro, ma è auspicabile che il contributo dei risultati possa favorire il singolo professionista nell'operare quotidiano e possa dare un valore aggiunto al controllo delle Infezioni correlate all'assistenza.

Inoltre auspichiamo che la diffusione capillare dei risultati della ricerca raggiunga il maggior numero di operatori sanitari e socio sanitari, le Istituzioni, le Aziende sanitarie e le Università affinché sia da stimolo per formare e utilizzare adeguatamente questo professionista e possa essere presente laddove necessario.

La circolare ministeriale 52/85 riporta quanto segue:

“l’infermiere addetta al controllo delle infezioni “una figura fondamentale per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere: è un’infermiera/e professionale con una precedente esperienza consolidata nel lavoro di reparto (chirurgico o medico) e coinvolta nel programma di controllo. Le sue funzioni sono..... . Tale figura dovrebbe essere identificata all’interno del personale esistente ed essere dotata di specifica committenza per assolvere alle sue mansioni”.

La ricerca ANIPIO - IPASVI, con i suoi risultati, ha semplicemente posto i prerequisiti per aggiornare e rendere attuale questo professionista sia alle normative professionali vigenti che alle necessità del contesto odierno.

Comunicazione dei risultati

Il piano di comunicazione dei risultati della ricerca è stato organizzato con la realizzazione di 18 seminari ANIPIO (eventi di formazione ECM) a livello nazionale, indicativamente uno per regione, da gennaio a novembre 2012.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia ricerca qualitativa

- Bandura, A. (2000). Autoefficacia: teoria e applicazioni. Trento: Erikson.
- Berelson B. (1952). Content analysis in communication Research. New York: Free Press.
- Boudon, R. (1985). Il posto del disordine: critica delle teorie del mutamento sociale. Bologna: Il Mulino.
- De Saussure F. (1922). Cours de linguistique générale. Paris: Payot & Cie.
- Krippendorff K. (1983). Analisi del contenuto. Introduzione metodologica. Torino: ERI.
- Lasswell H.D. (1927). Propaganda Technique in the World War. New York: Alfrd A. Knopf.
- Lasswell H.D. (1949). Why be quantitative? In H.D. Lasswell, N. Leites, and associates. Language of Politics: Studies in Quantitative Semantics. Cambridge: MIT Press.
- Lasswell H.D. e Kaplan A. (1950). Power and Society. A framework for political inquiry. London: Yale University Press.
- Levati, W. e Saraò, M.V. (1998). Il modello delle competenze: un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e sviluppo delle risorse umane. Franco Angeli: Milano.
- Luzzi A. (2003). L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca. Roma: Carocci.
- Mazzara B. (2008). I discorsi dei media e la psicologia sociale. Ambiti e strumenti di indagine. Roma: Carocci.
- Teddlie, C. e Tashakkori, A. (2009). Foundations of mixed methods research : integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. Thousand Oaks : Sage.
- Whittemore, R., Chase, S. K. and Mandle, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. Qualitative Health Research, Vol. 11, No. 4, 522-537

Documenti del Servizio socio-sanitario nazionale

- Piano sanitario sociale nazionale 2008-2010
- Documento sul Risk Management. DM 5 marzo 2003
- Ministero della sanità: Circolare Ministeriale n. 52 /1985 "Lotta contro le infezioni ospedaliere".
- Ministero della sanità: Circolare n. 8 del 30/01/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, poi DLgs 517/93 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo I della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (art. 6). Aggiornato con

DLgs 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Ssn, a norma dell’art. i della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

Documenti di riferimento per la professione infermiere

- Codice civile art. 2229 “Esercizio delle professioni intellettuali”.
- DM 14 settembre 1994 n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.
- Decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509 “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”.
- Legge 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”
- DM 2 aprile 2001 “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”.
- DPCM del 25/1/2008 concernente la disciplina per l’accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica.

Articoli

- Aboelela SW, Stone PW, Larson EL. (2007). Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*. 6: 101-108.
- American Board of Nursing Specialties - I. (2002). A position statement on the value of specialty nursing certification. Available at: http://nursingcertification.org/pdf/value_certification.pdf
- American Board of Nursing Specialties – II. (2002). Value of certification survey executive summary. Available at: http://nursingcertification.org/pdf/executive_value.pdf
- APIC (2006). APIC Vision 2012. Available at: <http://www.apic-va.com/files/APIC>
- Brusaferrò S, Quattrin R, Barbone F, D’Alessandro D, Finzi GF, GISIO. (2003). Factors influencing hospital infection control policies in Italian Hospitals. *Journal of Hospital Infection*. 53: 268-273.
- Brusaferrò S, Quattrin R., Gasparini V, GISIO. (2001). Indagine sulla diffusione e le caratteristiche dei comitati di controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. *Annali di Igiene*. 13: 481-501.
- Carrico RM et al. Infection prevention and control competencies for hospital-based health care personnel. *AJIC* . 36 (10): 691-701.

- Curchoe B, Fabrey L, LeBlanc M. (2008). The changing role of infection prevention practice as documented by the Certification Board of Infection Control and Epidemiology practice analysis survey. *AJIC*. 36 (4): 241-249.
- Chalmers C, Straub M. (2006). Infection control education for undergraduates. *Nursing Standard*. January 4.
- Chief Nursin Officer. (2005). *Infection Control Nursing. A way forward*.
- Cookson B, Drasar B. (2006). Diploma in Hospital Infection Control –important changes to the accreditation of prior experiential learning and up date. *Journal of Hospital Infection*. 62: 507-510.
- Dawson SJ. (2003). The role of the infection control link nurse. *Journal of Hospital Infection*. 54: 251-257.
- De Toma R, Dimonte V. (2008). Autonomia infermieristica nella Primary Care. *Management Infermieristico*. 2: 5-13.
- Dellai M, Ruocco M, Roat O, Dallapè F. (2006). La consulenza infermieristica. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 25 (2): 98-100.
- ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease) (2008). IPSE Framework. European Core Curriculum for training Infection Control Practitioners. Versione 5 maggio 2008.
- Farrington M. (2007). Infection Control Education: how to make an impact-tools for the job. *Journal of Hospital Infection*. 65 (S2): 128-132.
- Farruggia P, Suzzi R, Zanni A. (2003). Servizio Igiene Ospedaliera e Comitato Infezioni: esperienza di un modello organizzativo. *Orientamenti ANIPIO*, 6: 22-31.
- Gail C, Field KW, Simpson T, Bond EF. (2003). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: Complementary roles for infectious and infection control. *American Journal of Infection Control*, 32(4): 239-242.
- Goldrick BA, Dingle DA, Gilmore GK, Curchoe RM, Plackner CL, Fabrey LJ. (2002). Practice analysis for infection control and epidemiology in the new millennium. *American Journal of Infection Control*. 30 (8): 437-448.
- Goldrick BA. (2007). The Certification Board of Infection Control and Epidemiology white paper: The value of certification for infection control professionals. *American Journal of Infection Control*. 35 (3): 150-156.
- Horan-Murphy E, Barnard B, Chenoweth C, et al. (1999). APIC-CHICA – Canada Infection control and epidemiology: Professional and practice standards. *American Journal of Infection Control*. 27: 45-51.
- Jenner EA, Wilson JA. (2000). Educating the infection control team – pas, present and future. A British perspective. *Journal of Hospital Infection*. 46: 96-105.

- King D. (2005). Development of core competencies for infection prevention and control. *Nursing Standard*. 19 (41): 50-54.
- Murphy D, Carrico R, Warye K. (2008). Building the infection prevention system of tomorrow: Proceedings of the 2007, APIC Futures Summit. *AJIC*. May 2008.
- Marmo GW. L'infermiere con formazione avanzata nella prevenzione e controllo delle ICA: Revisione della letteratura sulle competenze e sui percorsi formativi. Tesi di Master di I livello in "Nursing avanzato per la sorveglianza epidemiologica e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali". Università degli studi di Verona, Facoltà di Medicina e chirurgia. Anno accademico 2006-2007.
- Mongardi M. Un'indagine sui Servizi infermieristici e tecnici delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna: i risultati della ricerca". Tesi di Laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Università degli studi di Ferrara. Anno accademico 2006-2007.
- Ormond-Walsh SE, Burke K. (2001). The role of the infection control nurse as a clinical nurse specialist or advanced nurse practitioner. *Journal of Nursing Management*. 9: 209-212.
- Palese A. (2007). Building up new opportunities abroad. Qualificazioni, percorsi formativi e posizioni di carrier all'estero. In Del Zotto S. *English writing for nurses* (pp. 103-120). Milano: McGraw-Hill.
- Perry C. (2005). The Infection Control Nurse in England. Past, Present and Future. *British Journal of Infection Control*. 6 (5): 18-21.
- Quattrin R, Pecile A, Conzut L, Majori S, Brusaferrò S, The GISIO Group. (2004). Infection Control Nurse: a national survey. *Journal of Nursing Management*. 12: 375-380.
- Stricof RL, Schabses KA, Tserenpuntsag B. (2007). Infection Control resources in New York State Hospitals. *AJIC*. 36 (10): 702-705.
- Regione Piemonte, Assessorato alla sanità. (2001). Requisiti minimi per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte. Circolare n. 1950 del 6 febbraio 2001.
- Tsuchida T, Makimoto K, Tok M, Sakai K, Onaka E, Otani Y. (2007). The effectiveness of a nurse-initiated intervention to reduce catheter-associated bloodstream infections in an urban acute hospital: An intervention study with before and after comparison. *International Journal of Nursing Studies*. 44: 1324-1333.
- Turner JG, Kolenc KM, Docken L. (1999). Job Analysis 1996: Infection Control professional. *American Journal of Infection Control*. 27 (2): 145-157
- Valentini O. (2008). Il profilo professionale dell'infermiere. Il curriculum formativo della professione sanitarie di infermiere. *Professione Infermiere, Periodico del Collegio IPASVI di Bologna*. n. 3 ottobre 2008.

- Warye KL, Murphy DM. (2008). Targeting zero health care-associated infections. AJIC. 36 (10): 683-684.
- Weaving P, Cooper T. (2006). Infection control is everyone's business. Nursing Management. 12 (10): 18-22.

Sitografia

- Association of Perioperative Registered Nurses, <http://www.aorn.org/>
- Association Professionals Infection Control and Epidemiology, <http://www.apic.org>
- Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere, <http://www.anipio.it>
- Associazione Italiana Studio Lesioni Cutanee, <http://aislec.it>
- Associazione Nazionale infermieri di area critica, <http://aniarti.it>
- Associazione per la prevenzione e lo studio delle infezioni, <http://www.apsi.it/>
- Center Diseases Control, <http://www.cdc.gov/>
- Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, http://www.ccm-network.it/progetti_index
- Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales L'interrégion nord, <http://www.cclinparisnord.org/>
- Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales L'interrégion sudouest, <http://www.cclin-sudouest.com/>
- European Centre for Disease Prevention and Control, <http://www.ecdc.eu.int/>
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri, <http://www.ipasvi.it>
- Improving Patient Safety in Europe, <http://www.ipse.org>
- Infection Prevention Society, <http://www.ips.uk.net/>
- Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza Lavoro, <http://www.ispesl.it>
- Istituto Superiore Sanità, <http://www.iss.it>
- Ministero della salute, <http://www.ministerosalute.it>
- Organizzazione Mondiale della Sanità, <http://www.who.int/en/>
- Public Health Agency of Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php>
- Public Health Laboratory, <http://www.phls.co.uk/>
- Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore Sanità, http://www.snlg-iss.it/altri_documenti_evidence_based
- Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie, <http://www.simpios.org>

Bologna 25 settembre 2008, evento formativo per i conduttori dei focus group:
alcune foto del gruppo con il docente Dott. Roberto Dalpozzo.



La ricerca è stata possibile grazie al contributo economico di:

