



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 34/11 del 3.7.2018

**Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie  
per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo  
del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA)  
e lotta all'antimicrobico resistenza (AMR).**

---



## Sommario

1. Introduzione .....	3
2. Scopo.....	4
3. Requisiti .....	4
4. Modello Organizzativo .....	5
4.1 Livello regionale .....	5
4.2 Livello Aziendale .....	6
4.2.1 Composizione e funzioni del CICA delle Aziende Ospedaliere .....	6
4.2.2 Composizione e funzioni dei CICA dell'ATS Sardegna .....	7
4.2.3 Composizione e funzioni dell'Organismo di coordinamento dei CICA del'ATS Sardegna.....	8
4.3 Livello di Stabilimento Ospedaliero/distretti socio sanitari: il Gruppo Operativo (GO) .....	10
4.3.1 Composizione e funzioni del GO.....	10
4.4 Livello di Unità Operativa e Servizio: la Rete locale dei Referenti per la gestione del rischio infettivo .....	11
5. Rete regionale dei referenti.....	12
6. Sorveglianza epidemiologica delle ICA.....	12
7. Patogeni sentinella.....	13
8. Contrasto all'antimicrobico resistenza.....	14
9. Igiene delle mani.....	15
10. Formazione dei professionisti .....	17
11. Monitoraggio dei processi: indicatori e standard .....	17
11. Riferimenti normativi, Bibliografia e Sitografia.....	18

**Allegato A - Lista minima di microrganismi sentinella**

**Allegato B - Monitoraggio dell'uso degli antimicrobici**

**Allegato C – Scheda di osservazione igiene delle mani**



## 1. Introduzione

La sicurezza dei pazienti è una priorità per tutti i sistemi sanitari e rimane a tutt'oggi una sfida globale dell'assistenza sanitaria. Il rischio di contrarre un'infezione è un problema importante sia per l'aumento di pazienti fragili che per le complessità assistenziali correlate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, indica le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA - HAI nella terminologia anglosassone) come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante con conseguente aumento di costi diretti e indiretti, dovuti ad un prolungamento della durata della degenza, della disabilità a lungo termine e della mortalità.

Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle che si sviluppano fra il personale sanitario, gli studenti, il personale volontario ed i visitatori. Per definizione, quindi, le ICA sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti sanitari di ricovero (day-hospital, day-surgery, strutture residenziali di lungodegenza, ambulatori, centri di dialisi, assistenza domiciliare eccetera) correlate all'episodio assistenziale, non clinicamente manifeste o in incubazione al momento dell'ammissione. Le ICA possono quindi essere contratte in qualsiasi ambito sanitario dove si fornisca assistenza, potendo manifestarsi anche in seguito alla dimissione dalla struttura.

Parte delle ICA è prevenibile, infatti alcuni studi indicano che possono esserlo sino al 70% nel caso di batteriemie ed infezioni urinarie, entrambe correlate a catetere, e sino al 55% per le infezioni del sito chirurgico e per le infezioni respiratorie correlate a ventilazione assistita. Tra i fattori determinanti sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all'attuazione di pratiche assistenziali dimostrate efficaci e all'uso responsabile degli antibiotici.

Agire sui fattori modificabili può rappresentare l'arma vincente contro le ICA, ma è necessario un approccio omogeneo, integrato e coordinato all'interno delle strutture sanitarie.

Le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antibiomicobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici. L'antimicrobico resistenza rappresenta un'emergenza a livello mondiale in quanto è un fattore di rischio per l'insorgenza di infezioni gravi e di difficile trattamento. La situazione dell'antimicrobico resistenza in Europa varia a seconda del microrganismo e della regione geografica. Le percentuali inferiori di resistenza riportate in alcuni Paesi, nei quali sono state implementate con maggiore determinazione politiche per il controllo delle infezioni e migliori pratiche di utilizzo degli antinfettivi, testimoniano la possibilità di un efficace contrasto al fenomeno. La resistenza antimicrobica è quindi un fattore modificabile, in particolare la strategia di politica prescrittiva nota come *Antimicrobial stewardship* è divenuta uno strumento di fondamentale importanza per ottimizzare l'uso degli antinfettivi.

In Italia, dagli anni 2000 si è osservato un incremento dell'incidenza di antimicrobico resistenza sia per quelli di uso comune che per gli antibiotici utilizzati in ambito ospedaliero.

La lotta alle ICA e all'antimicrobico resistenza rientrano nella più ampia definizione di gestione del rischio infettivo, sono un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell'assistenza che deve essere garantita a tutti i cittadini.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel giugno del 2009 il Consiglio d'Europa, emanando la raccomandazione sulla "Sicurezza del paziente", ha chiesto agli Stati Membri di promuovere prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA attraverso l'attuazione di alcune azioni, tra le quali:

- dare priorità a prevenzione e controllo delle ICA nelle istituzioni sanitarie attraverso la definizione di responsabilità, risorse e sistemi di valutazione;
- impiegare personale specializzato nella tematica e favorire la collaborazione ed il supporto con il personale clinico e di assistenza;
- coinvolgere e responsabilizzare i pazienti e le altre figure coinvolte.

In accordo con la normativa europea, le Circolari Ministeriali n. 52 del 1985 e n. 8 del 1988, il Piano Nazionale (PNP) e Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 e gli indirizzi regionali (come la DGR 38/28 del 8.8.2017), il presente documento, attuando a livello regionale le azioni sopraelencate, ha il fine di definire per tutto il territorio della Sardegna un modello organizzativo omogeneo ed efficace per la gestione del rischio infettivo.

## 2. Scopo

Lo scopo di questo documento è la definizione di un modello organizzativo che permetta un'uniforme gestione del rischio infettivo nelle Aziende Sanitarie della Regione, attraverso l'individuazione di ruoli, responsabilità, obiettivi, attività, sistemi informativi e di monitoraggio.

Obiettivo generale di un programma di gestione del rischio infettivo è garantire che vengano adottate, a tutti i livelli e in tutte le sedi, le pratiche assistenziali dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e che venga promosso in qualsiasi ambito, sia umano che animale, l'uso responsabile degli antimicrobici.

L'utilizzo di standard uniformi è di fondamentale importanza per assicurare in ambito regionale un approccio integrato e coerente al problema e per consentire la raccolta, l'analisi e il confronto dei dati necessari al miglioramento.

## 3. Requisiti

Affinché il modello organizzativo di gestione del rischio infettivo sia efficace, devono essere soddisfatti alcuni requisiti di carattere generale:

- l'integrazione tra rischio clinico e rischio infettivo;
- l'integrazione tra le attività di controllo delle ICA e quelle per favorire l'uso responsabile degli antibiotici;
- la chiara definizione di responsabilità, approccio multidisciplinare e multiprofessionale, comunicazione aperta e sistemi di reporting;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la condivisione di azioni e percorsi di gestione del rischio tra ospedale e territorio;
- la definizione di obiettivi a livello aziendale;
- la disponibilità di risorse umane dedicate.

Il programma di gestione del rischio infettivo richiede l'assegnazione di personale esperto e in numero adeguato per assicurare il raggiungimento degli obiettivi, personale che dovrà garantire continuamente questa attività nell'ambito dei compiti ordinariamente attribuiti sia ai professionisti medesimi sia alle strutture organizzative di afferenza degli stessi. È necessario inoltre fornire un supporto informativo e statistico per le esigenze dei programmi di intervento.

## 4. Modello Organizzativo

Il modello organizzativo di gestione del rischio infettivo è articolato su quattro livelli:

- un livello Regionale;
- un livello Aziendale e di Area Socio Sanitaria Locale (solo per ATS Sardegna);
- un livello di stabilimento Ospedaliero e distretto socio sanitario (solo per ATS);
- un livello di Unità Operative/servizi, ospedalieri e territoriali.

Il modello organizzativo deve trovare applicazione in tutte le strutture sanitarie regionali.

### 4.1 Livello regionale

La Regione Autonoma della Sardegna, attraverso l'Assessorato all'igiene, sanità e assistenza sociale, ha il ruolo di indirizzo e di controllo della capacità di risposta delle Aziende Sanitarie al rischio infettivo, definendo le strategie comuni e monitorando gli esiti anche sulla base delle indicazioni nazionali e internazionali. Al Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (deliberazione n. 38/28 del 8/08/2017) è demandato il coordinamento tecnico in materia di rischio infettivo, in base agli indirizzi regionali e la promozione del miglioramento dell'attività verso gli obiettivi definiti.

Le funzioni del livello regionale sono:

- A. definire gli indirizzi regionali per la gestione del rischio infettivo e per il miglioramento del sistema;
- B. promuovere l'uso responsabile degli antimicrobici;
- C. promuovere l'attuazione di programmi formativi per gli operatori;
- D. promuovere i sistemi di sorveglianza e monitorare i flussi informativi;
- E. favorire l'implementazione delle attività di sorveglianza e prevenzione anche nelle strutture private accreditate;
- F. promuovere il coinvolgimento dei cittadini.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **4.2 Livello Aziendale**

L'organismo responsabile della prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'uso responsabile degli antimicrobici nelle Aziende Sanitarie regionali è il Comitato per la lotta alle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA).

Il CICA deve essere istituito in tutte le Aziende sanitarie regionali con un'articolazione differente tra Aziende Ospedaliere e ATS Sardegna, tenuto conto della peculiarità organizzativa di quest'ultima:

- nelle Aziende Ospedaliere il CICA è un organismo Aziendale, posto sotto il governo della Direzione Medica di Presidio unico;
- nell'ATS Sardegna è istituito un CICA in ciascuna ASL, posto sotto il governo della Direzione Medica del Presidio unico di area omogenea. E' istituito inoltre, a livello di Direzione Sanitaria Aziendale, un organismo di coordinamento dei CICA delle ASL (Co-CICA).

### **4.2.1 Composizione e funzioni del CICA delle Aziende Ospedaliere**

Il CICA è istituito con atto formale del Direttore Generale dell'Azienda. I componenti sono scelti sulla base del curriculum formativo, della competenza e della comprovata esperienza relativamente al tema del rischio infettivo.

Il CICA è composto dalle seguenti figure professionali:

1. Direttore del Presidio Ospedaliero, con funzioni di presidente;
2. Medico specialista in Igiene e medicina preventiva con formazione e esperienza nella gestione del rischio infettivo;
3. Medico specialista in Malattie Infettive, o, in assenza, medico con formazione ed esperienza in materia di rischio infettivo;
4. Medico o Biologo specialista in Microbiologia;
5. Infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI);
6. Farmacista o Farmacologo Clinico;
7. Risk manager;
8. Responsabile del Servizio delle professioni sanitarie;
9. Responsabile del Servizio tecnico;
10. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
11. Medico competente;
12. Un rappresentante per dipartimento/area funzionale;
13. Un funzionario amministrativo con compiti di segreteria;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Deve essere garantita, nel caso in cui il Presidio ospedaliero unico sia costituito da più stabilimenti, la rappresentatività dei Gruppi Operativi di cui al paragrafo 4.3.

La composizione può ricomprendere ulteriori figure professionali, qualora fossero individuate esigenze specifiche.

Obiettivo principale del CICA è quello di programmare e definire le priorità aziendali sulla base degli indirizzi regionali.

Nello specifico il CICA è chiamato a svolgere le seguenti funzioni:

1. Definire e approvare il programma annuale di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza, favorire la sua implementazione e monitorare i risultati, in particolare nei seguenti ambiti:
  - a. sorveglianza dei patogeni sentinella;
  - b. contrasto all'antimicrobicoresistenza, sia attraverso il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci antimicrobici sia con la promozione di politiche di antimicrobial stewardship;
  - c. sorveglianza epidemiologica delle ICA, garantendo almeno la sorveglianza del sito chirurgico, delle terapie intensive e gli studi di prevalenza;
  - d. promozione delle precauzioni standard e aggiuntive, con particolare attenzione all'igiene delle mani;
  - e. formazione dei professionisti;
2. approvare procedure e protocolli aziendali, promuoverne la diffusione e valutarne l'adesione;
3. definire metodi e mezzi per informare il personale sanitario sui risultati ottenuti;
4. promuovere iniziative atte al coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti nella lotta alle ICA

Il CICA è il referente del livello regionale in relazione al debito informativo: garantisce l'invio alla Regione, nei tempi e nei modi stabiliti, dei report periodici sull'epidemiologia dei patogeni sentinella, del report sul consumo dei farmaci antimicrobici, dei risultati riguardo i sistemi di sorveglianza delle ICA del sito chirurgico e nelle unità di terapia intensiva, della rilevazione annuale della prevalenza delle ICA e di eventuali altre attività di monitoraggio o sorveglianza

Il CICA si riunisce, su convocazione del Presidente, ordinariamente con frequenza almeno trimestrale e con riunioni straordinarie ogni qualvolta il Presidente lo ritenga opportuno.

Per ogni riunione deve essere redatto un verbale con indicazione delle tematiche affrontate, delle decisioni raggiunte, di tempi, responsabilità e risorse necessarie. Il verbale deve essere reso disponibile su supporto digitale ai componenti del CICA e alle strutture coinvolte.

#### **4.2.2 Composizione e funzioni dei CICA dell'ATS Sardegna**

Nell'ATS Sardegna è costituito un CICA in ciascuna ASSL con atto formale del Direttore Generale. Il CICA di ASSL ricomprende i professionisti previsti per i CICA delle Aziende Ospedaliere, tranne le figure di livello aziendale (es risk manager), ed è integrato con i seguenti professionisti, scelti sulla base del



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

curriculum formativo, della competenza e della comprovata esperienza relativamente al tema del rischio infettivo:

1. Coordinatore di ASSL del risk management
2. Medico e infermiere esperti in assistenza territoriale;
3. Medico di medicina generale;
4. Farmacista area territoriale;
5. Pediatra di libera scelta;
6. Veterinario, con formazione e esperienza in Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;

La composizione può ricomprendere ulteriori figure professionali, qualora fossero individuate esigenze specifiche. È auspicabile identificare un rappresentante delle strutture private accreditate, comprese, laddove presenti, le case di cura e le strutture residenziali territoriali.

I CICA delle ASSL svolgono tutte le funzioni individuate per i CICA delle AO riportate nel paragrafo 4.2.1, dal punto 1 al punto 4, più la seguente:

- elabora strategie di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza mirate non solo all'ambito ospedaliero pubblico, ma anche alle case di cura private accreditate (qualora presenti nel territorio di pertinenza) e ai servizi in ambito territoriale, con particolare riferimento alle cure primarie, alle cure domiciliari e specialistiche ambulatoriali, alle cure palliative e del dolore e all'assistenza in ambito carcerario e nelle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali, anche private accreditate .

Le strutture private accreditate che insistono nel territorio di riferimento (es Case di cura e RSA) devono essere attivamente coinvolte in modo tale da garantire la diffusione e l'implementazione nei rispettivi ambiti operativi delle politiche elaborate dal CICA di riferimento.

Particolare attenzione dovrà essere posta all'utilizzo appropriato degli antimicrobici nel campo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, con elaborazione di programmi specifici di controllo

Il CICA si riunisce, su convocazione del Presidente, ordinariamente con frequenza almeno trimestrale e con riunioni straordinarie ogni qualvolta il Presidente lo ritenga opportuno.

Per ogni riunione deve essere redatto un verbale con indicazione delle tematiche affrontate, delle decisioni raggiunte, di tempi, responsabilità e risorse necessarie. Il verbale deve essere reso disponibile su supporto digitale ai componenti del CICA e alle strutture coinvolte.

#### **4.2.3 Composizione e funzioni dell'Organismo di coordinamento dei CICA dell'ATS Sardegna**

Il Coordinamento dei CICA delle ASSL, denominato Co-CICA, costituito con atto formale del Direttore Generale dell'ATS, è un organismo che garantisce la globale ed omogenea gestione del rischio infettivo all'interno dell'Azienda.





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il Co-CICA è presieduto dal Direttore Sanitario dell'ATS ed è composto nel modo seguente:

1. Presidenti dei CICA delle ASSL o loro delegati;
2. Risk manager;
3. Medico specialista in Igiene e medicina preventiva con formazione nella gestione del rischio infettivo;
4. Medico specialista in Malattie Infettive;
5. Medico o Biologo specialista in Microbiologia;
6. Infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI);
7. Farmacista ospedaliero;
8. Farmacista territoriale;
9. Responsabile del Servizio delle professioni sanitarie;
10. Responsabile del Servizio tecnico;
11. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP);
12. Medico competente;
13. Un rappresentante per dipartimento / area funzionale;
14. Medico e infermiere esperti in assistenza territoriale;
15. Medico di medicina generale;
16. Pediatra di libera scelta;
17. Veterinario, con formazione ed esperienza in Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
18. Un funzionario amministrativo con compiti di segreteria.

I componenti possono essere integrati da ulteriori professionalità in caso di specifiche esigenze. È auspicabile identificare un rappresentante delle strutture private accreditate, comprese, laddove presenti, le case di cura e le strutture residenziali territoriali.

Il Co-CICA svolge le funzioni seguenti:

- garantisce l'uniforme applicazione delle linee di indirizzo regionali mediante il coordinamento, il monitoraggio delle attività e la valutazione dei risultati raggiunti;
- supporta, laddove sono rilevate criticità, l'implementazione delle azioni migliorative;
- è il referente del livello regionale in relazione al debito informativo: garantisce l'invio alla Regione, nei tempi e nei modi stabiliti, dei report periodici sull'epidemiologia dei patogeni sentinella, del report sul consumo dei farmaci antimicrobici, dei risultati riguardo i sistemi di sorveglianza delle ICA del sito chirurgico e nelle unità di terapia intensiva, della rilevazione annuale della prevalenza delle ICA e di eventuali altre attività di monitoraggio o sorveglianza.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

IL Co-CICA si riunisce su convocazione del Direttore Sanitario dell'ATS, ordinariamente con frequenza almeno semestrale, e con riunioni straordinarie ogni qualvolta il Direttore Sanitario lo ritenga opportuno.

Per ogni riunione deve essere redatto un verbale con indicazione delle tematiche affrontate, delle decisioni raggiunte, di tempi, responsabilità e risorse necessarie. Il verbale deve essere reso disponibile su supporto digitale ai componenti del Co-CICA e alle strutture coinvolte.

#### **4.3 Livello di Stabilimento Ospedaliero/distretti socio sanitari: il Gruppo Operativo (GO)**

Il Gruppo Operativo per la gestione del rischio infettivo (GO) è l'organismo responsabile della proposizione, attuazione e rendicontazione degli interventi programmati dal CICA, dell'attivazione di protocolli per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e dell'uso responsabile degli antimicrobici.

Il GO deve essere istituito in ogni Stabilimento di ciascun Presidio ospedaliero Unico o di Area omogenea e, nel caso dell'ATS, anche in ogni Distretto socio sanitario. Esso rappresenta il nucleo di professionisti che assicura in ciascun contesto operativo il corretto approccio quotidiano ai temi della prevenzione e sorveglianza delle ICA.

##### **4.3.1 Composizione e funzioni del GO**

Il GO è istituito con atto formale del Direttore Generale di ciascuna Azienda sanitaria, contestualmente alla costituzione dei CICA. I componenti sono scelti sulla base del curriculum formativo, di criteri di comprovata competenza ed esperienza nella gestione del rischio infettivo.

Il GO è composto dalle seguenti figure professionali:

1. Medico Igienista con funzione di coordinatore delle attività (una figura per ciascun stabilimento ospedaliero e, nel caso dell'ATS, anche per ciascun Distretto socio-sanitario);
2. Infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI) (una figura per ciascun stabilimento e, nel caso dell'ATS, anche per ciascun Distretto socio-sanitario);
3. Microbiologo (può essere un unico professionista di riferimento per tutti i GO);
4. Medico Specialista in Malattie Infettive o competente per la materia (può essere un unico professionista di riferimento per tutti i GO);
5. Farmacista ospedaliero (può essere un unico professionista di riferimento per tutti i GO di stabilimento ospedaliero);
6. Farmacista territoriale (solo per ATS) (può essere un unico professionista di riferimento per tutti i GO di Distretto socio-sanitario).

Il GO è responsabile, nell'ambito della Struttura di competenza (Stabilimenti Ospedalieri, Distretti), della gestione degli interventi definiti dal CICA o segnalati dai referenti per la gestione del rischio infettivo nelle Unità Operative e nei Servizi, e costituisce il necessario riferimento per gli operatori riguardo i temi del contrasto al rischio infettivo e dell'uso responsabile degli antibiotici.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le principali funzioni del GO sono:

1. attuare le misure di gestione delle ICA individuate dal CICA nel piano annuale:
  - a. sorveglianza dei patogeni sentinella;
  - b. attività di contrasto all'antimicrobico resistenza;
  - c. attività di sorveglianza epidemiologica delle ICA;
  - d. promozione dell'igiene delle mani e delle misure di protezione individuale;
2. favorire la formazione e l'aggiornamento del personale (in particolare quello neoassunto), studenti, tirocinanti e personale volontario prima dell'inserimento in reparto, valutando preliminarmente i bisogni del personale;
3. partecipare alla redazione di procedure e protocolli aziendali insieme ai referenti nelle unità operative, alla rete dei referenti individuati per le specifiche tematiche (vedasi paragrafo 4.4) e ad altri operatori sanitari esperti;
4. comunicare i risultati raggiunti e fornire un ritorno di informazione periodico alle unità operative, servizi e strutture coinvolte nella lotta alle ICA.

È necessario quantificare le ore di lavoro necessarie per la conduzione dei programmi, sia che le figure previste lavorino a tempo pieno sulle tematiche, sia per quelle appartenenti ad altre Unità Operative o servizi, che devono però dedicare formalmente parte della loro attività all'attuazione del programma.

Per assicurare un'effettiva operatività, il GO si riunisce con incontri frequenti (almeno mensili) convocati dal coordinatore. Delle attività effettuate e dei programmi in corso sarà redatto un report quadrimestrale da inviare al Presidente del CICA.

#### **4.4 Livello di Unità Operativa e Servizio: la Rete locale dei Referenti per la gestione del rischio infettivo**

L'attuazione delle strategie di intervento per la gestione del rischio infettivo richiede l'individuazione di figure di riferimento quali medici, infermieri e/o altre figure professionali sanitarie, all'interno delle singole Unità Operative e Servizi, che andranno a costituire la "Rete dei Referenti per la gestione del rischio infettivo".

Tali figure, che saranno formalmente identificate e appositamente formate, devono operare in stretta collaborazione e sotto la supervisione del GO e lavorare in rete per assicurare l'effettiva attuazione delle politiche di sorveglianza e controllo.

Allo scopo di garantire la gestione del rischio infettivo, la figura del referente deve essere prevista in tutte le Unità Operative e nei servizi nei quali viene erogata assistenza sanitaria e socio-sanitaria, comprese:

- a) servizio cure domiciliari;
- b) case della salute e servizi di assistenza ambulatoriale;
- c) case di cura private accreditate;
- d) strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali, anche private accreditate;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- e) hospice;
- f) medicina penitenziaria

In ciascuna Unità Operativa o Servizio, il referente collabora strettamente con il GO per l'attuazione delle seguenti azioni:

- promuovere la consapevolezza della rilevanza del rischio infettivo all'interno dell'Unità Operativa o Servizio, favorendo le buone pratiche ed il rispetto di protocolli e procedure e collaborando al monitoraggio delle difformità dei comportamenti;
- supportare il GO per l'implementazione delle misure di gestione delle ICA;
- raccogliere le segnalazioni in merito ai microrganismi sentinella o infezioni gravi o prevenibili ed eventi epidemici;
- monitorare le misure da attuare per limitare il rischio di epidemie ospedaliere;
- partecipare alla raccolta dei dati di sorveglianza epidemiologica delle ICA e restituire le informazioni relative al monitoraggio agli operatori della propria UO o Servizio;
- partecipare alla redazione di procedure e protocolli insieme ai referenti individuati per le specifiche tematiche e ad altri operatori sanitari esperti;
- collaborare alla raccolta dei bisogni formativi e alla formazione e aggiornamento del personale, in particolare con l'affiancamento sul campo;

L'impegno dedicato deve essere considerato parte integrante dell'attività istituzionale e valutato nell'ambito degli obiettivi di performance annualmente assegnati.

## 5. Rete regionale dei referenti.

È obiettivo prioritario realizzare uno standard uniforme in tutte le Aziende Sanitarie, i presidi e gli stabilimenti ospedalieri afferenti e tra tutte le ASSL dell'ATS. A tal fine è costituita una rete regionale di referenti per ciascuna delle azioni di governo principali per la gestione del rischio infettivo. In particolare: per le attività di controllo delle infezioni correlate alla assistenza, di sorveglianza microbiologica, di contrasto alla antimicrobicoresistenza e di promozione della corretta igiene delle mani. Le reti coinvolgeranno professionisti che sono individuati all'interno delle Reti locali dei Referenti per la gestione del rischio infettivo, tra coloro con maggiore competenza ed esperienza nell'ambito specifico. Le reti coinvolgeranno anche rappresentanti delle strutture private accreditate, in particolare quelle che erogano assistenza e cura in regime di degenza, come Case di Cura e Residenze Sanitarie Assistenziali.

## 6. Sorveglianza epidemiologica delle ICA

La sorveglianza è una componente essenziale di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni. Numerosi studi hanno dimostrato l'impatto positivo della sorveglianza in termini di riduzione (dal 30 al 50%) dell'incidenza di infezioni.

Un sistema di sorveglianza efficace dovrebbe monitorare i seguenti eventi:



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- infezioni associate a specifiche procedure assistenziali, quali le infezioni del sito chirurgico, le infezioni urinarie nei pazienti sottoposti a catetere vescicale, le batteriemie e sepsi correlate a catetere vascolare, le polmoniti correlate a ventilazione assistita;
- eventi sentinella, ossia casi singoli di malattie, insorte in pazienti o in operatori, incluse nelle classi II, III e V (secondo il DM 15/12/90), come morbillo (classe II), tubercolosi (classe III) o da *Clostridium difficile* (classe V) che siano state acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria o socio-sanitaria;
- eventi epidemici.

Per adeguarsi a quanto sopra indicato, ciascuna Azienda dovrà assicurare che:

- sia attivo nei reparti chirurgici un sistema di *sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico*;
- sia attivo nelle Unità di Terapia Intensiva un sistema di *sorveglianza delle infezioni*;
- venga effettuata, con cadenza annuale, una rilevazione di *prevalenza puntuale* delle infezioni associate all'assistenza, almeno nelle unità operative di degenza, coinvolgendo i servizi per gli aspetti di competenza (in particolare relativamente agli esiti degli esami diagnostici).

## 7. Patogeni sentinella

La sorveglianza dei patogeni sentinella permette l'identificazione tempestiva di microrganismi che, a causa della loro capacità di resistere ai trattamenti antimicrobici, rappresentano un pericolo per la salute di chi viene assistito nella rete sanitaria. Un sistema di sorveglianza attiva è indispensabile, quindi, per contenere la diffusione e ridurre il rischio di epidemie correlate all'assistenza.

Sulla base degli indirizzi regionali, è definita una lista minima di microrganismi che devono essere sempre inclusi in tutti i sistemi di sorveglianza; tale lista può venire integrata a livello locale nell'ambito di protocolli di prevenzione sulla base di quadri epidemiologici specifici.

Un primo elenco è allegato al presente documento (ALLEGATO A) e potrà essere aggiornato attraverso un atto dirigenziale di livello regionale.

La sorveglianza attiva dei patogeni sentinella coinvolge, in primo luogo, il medico che identifica, anche solo come sospetto, un caso di potenziale colonizzazione o infezione; devono quindi essere coinvolte le sezioni di Microbiologia dei laboratori che hanno il compito di utilizzare i più aggiornati standard per la diagnosi dei microrganismi ad elevata diffusibilità e l'individuazione dei meccanismi di antimicrobico resistenza. L'identificazione di un microrganismo sentinella deve essere seguita dalla sua segnalazione immediata e dalla successiva adozione di appropriate misure di controllo. È compito del Laboratorio comunicare la presenza dei microrganismi sentinella a:

- l'unità operativa o servizio che ha inviato il campione;
- Il GO per il controllo del rischio infettivo;
- la Direzione Medica del presidio ospedaliero o, nel caso di strutture territoriali o private, al Direttore medico di riferimento.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Per ogni tipologia di microrganismi sentinella va effettuata la valutazione del rischio e vanno definiti gli interventi da adottare secondo specifici protocolli aziendali, in particolare diffondendo e verificando l'applicazione delle misure preventive e protettive standard (da adottarsi sempre) e per definite categorie di rischio (contatto, droplet, aria, ecc.)

## 8. Contrasto all'antimicrobico resistenza

La prevenzione delle ICA sostenute da germi resistenti ad alcune classi di antimicrobici è un obiettivo di fondamentale importanza per un programma di gestione del rischio infettivo. L'inappropriato utilizzo ed il facile accesso agli antimicrobici ha incrementato il rischio di selezionare microrganismi resistenti responsabili di infezioni sempre più comuni e di difficile gestione clinica e terapeutica.

Uno degli scopi del programma di gestione del rischio infettivo è quindi promuovere l'*antimicrobial stewardship* per ottimizzare il controllo della prescrizione e relativa diffusione degli antifettivi. La prescrizione delle molecole maggiormente responsabili di antimicrobico resistenza dovrà essere preferibilmente effettuata dopo una consulenza con esperti nel settore (medici specialisti in malattie infettive o, dove non presente questa figura professionale, medici esperti in terapia antimicrobica) con il supporto del farmacista aziendale, comunque in coerenza con le indicazioni/raccomandazioni dell'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) e con il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR). Un elenco di valenza regionale, definito sulla base del periodico rapporto europeo di sorveglianza delle resistenze antimicrobiche (ECDC), delle indicazioni nazionali dell'Agenzia Italiana del Farmaco e della Commissione terapeutica ospedaliera regionale, è allegato al presente documento (ALLEGATO B) e potrà essere aggiornato attraverso atto dirigenziale di livello Assessoriale.

Oltre all'implementazione dei controlli in fase di prescrizione, si dovranno valutare eventuali distorsioni dall'appropriatezza prescrittiva in base ai controlli ex-post effettuati analizzando i report dei consumi dei medicinali a base di antimicrobici tramite indicatori quali-quantitativi (ALLEGATO B). Il CICA potrà tracciare l'andamento degli indicatori e potrà implementare l'elenco regionale delle molecole sottoposte a monitoraggio sulla base di eventuali criticità emerse dall'analisi dei report succitati.

Il CICA dovrà nominare, nell'ambito dei componenti dello stesso, i referenti della *antimicrobial stewardship* per le molecole sottoposte a monitoraggio:

- specialista in Igiene e Medicina Preventiva con specifica formazione in ambito di gestione del rischio infettivo;
- l'infermiere addetto al controllo delle infezioni (ICI);
- microbiologo;
- medico specialista in malattie infettive o, dove non presente questa figura professionale, medico esperto in terapia antimicrobica;
- farmacista.

Detti professionisti, che di norma sono gli stessi operatori sanitari che fanno parte del GO, dovranno attuare le seguenti azioni:



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Lo specialista in Igiene e Medicina Preventiva e l'ICI dovranno:

- valutare, attraverso indagini epidemiologiche, la diffusione dei microrganismi multiresistenti isolati attraverso le moderne metodiche;
- verificare le condizioni favorevoli alla trasmissione e la diffusione nei pazienti e nell'ambiente di assistenza;
- valutare l'efficacia delle misure per contenere la diffusione dei microrganismi responsabili delle ICA.

Il microbiologo dovrà:

- comunicare allo specialista in malattie infettive referente (o medico esperto in antimicrobico terapia) eventuali isolamenti di microrganismi sentinella e dei germi multiresistenti individuati.

Lo specialista in malattie infettive (o medico esperto in antimicrobico terapia) dovrà:

- valutare l'eventuale infezione o colonizzazione da parte dei microrganismi isolati;
- consigliare la prescrizione della terapia antimicrobica più adeguata;
- comunicare al coordinatore del GO la valutazione del caso clinico.

Il farmacista dovrà:

- verificare che la prescrizione sia conforme alle indicazioni/raccomandazioni AIFA e del PTR;
- autorizzare la fornitura dell'antimicrobico sottoposto a monitoraggio alla unità operativa o struttura.

Il CICA e il GO avranno il compito di:

- valutare la prescrizione degli antimicrobici in terapia e profilassi sulla base di linee guida nazionali/internazionali, indirizzi regionali e tenendo conto dei risultati della sorveglianza microbiologica locale eventualmente integrando la lista degli antimicrobici sottoposti a monitoraggio;
- valutare l'adeguatezza delle procedure di diagnosi microbiologica e di relativa comunicazione dei risultati, sia a livello locale sia quando sia indicato il riferimento a centri di livello superiore;
- incentivare e facilitare le consulenze dello specialista in malattie infettive o del referente in terapia antimicrobica.

## 9. Igiene delle mani

L'igiene delle mani è la misura più efficace per ridurre le infezioni correlate all'assistenza. Tuttavia, alcuni vincoli e fattori comportamentali ostacolano il raggiungimento di standard adeguati riguardo l'adesione. Una revisione dell'OMS indica che l'aderenza all'igiene delle mani è attuata in meno del 40% dei casi.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

È possibile migliorare le pratiche e giungere a una sostanziale riduzione della trasmissione attraverso strategie multimodali, volte a rafforzare le infrastrutture, la conoscenza e la cultura della sicurezza del paziente all'interno delle istituzioni sanitarie. Elementi essenziali per il successo sono l'utilizzo preferenziale di soluzioni a base alcolica per la frizione e l'identificazione dei momenti corretti nei quali praticarla durante le cure.

Dal 2005 l'OMS, nell'ambito del progetto "Sfida mondiale per la sicurezza del paziente" (*Global Patient Safety Challenge*), ha promosso la campagna "Cure pulite sono cure più sicure" (*Clean Care is Safer Care*) con l'obiettivo strategico di promuovere l'implementazione delle Linee Guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria e modificare il comportamento dei singoli operatori migliorando la sicurezza del paziente.

In base alle evidenze ed alle raccomandazioni fornite dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una strategia multimodale efficace è costituita dall'individuazione di 5 momenti del percorso assistenziale in cui deve essere applicata l'igiene delle mani:

- interventi organizzativi e cambiamenti di sistema, compresa la disponibilità al punto di assistenza del prodotto alcolico per l'igiene delle mani;
- addestramento/formazione degli operatori sanitari;
- osservazione delle pratiche di igiene delle mani e *feedback* (ALLEGATO C);
- "reminders" nel luogo di lavoro (poster e opuscoli informativi);
- promozione di un clima mirato alla sicurezza del paziente nell'istituzione.

Ciascuna Azienda sanitaria dovrà quindi aderire formalmente alla campagna dell'OMS "Cure pulite sono cure più sicure" e favorire le attività di promozione di igiene delle mani e di promozione di cultura della sicurezza che implica l'adesione alla campagna.

Gli infermieri addetti al controllo delle infezioni facenti parte della rete regionale dei referenti per l'igiene delle mani dovranno:

1. favorire la corretta informazione e formazione degli operatori sanitari sull'importanza dell'igiene delle mani, delle indicazioni e delle modalità di esecuzione;
2. migliorare l'aderenza alle buone pratiche e alle procedure corrette per la frizione e il lavaggio delle mani utilizzando presentazioni, moduli e-learning, poster, focus group, discussioni, video, moduli di autoapprendimento, dimostrazioni pratiche, feedback sulla valutazione, sistemi premianti o combinazioni di questi metodi;
3. valutare l'impatto della formazione sulle conoscenze del personale sanitario, per pianificare la formazione continua;
4. monitorare le pratiche di igiene delle mani e le conoscenze tra gli operatori sanitari, e restituire il feedback dei risultati al personale;





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5. stimolare un clima relazionale e comunicativo in grado di accrescere le motivazioni anche etiche per l'impegno nei confronti della sicurezza del paziente, rendendo l'igiene delle mani una priorità a tutti i livelli.

## 10. Formazione dei professionisti

La formazione sulla sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle ICA deve essere patrimonio dei professionisti fin dalla frequenza universitaria e proseguire con l'aggiornamento continuo.

Una migliore cultura sulla sicurezza del paziente può contribuire sia alla prevenzione che al controllo delle ICA. Tutto ciò presuppone l'attuazione di protocolli e buone pratiche preventive del rischio infettivo di riconosciuta validità scientifica a livello internazionale.

La formazione sul campo è essenziale per la prevenzione delle infezioni, soprattutto se prevede interventi multimodali e multidisciplinari (simulazione, addestramento pratico e *focus group* multidisciplinari). La formazione deve coinvolgere tutti i professionisti sanitari ad ogni livello. I programmi devono essere monitorati attraverso schede di valutazione dei risultati, includendo i miglioramenti nell'ambito dell'organizzazione relativamente alla riduzione misurabile del rischio infettivo.

La formazione dei professionisti sanitari deve avvenire attraverso la progettazione e realizzazione di percorsi formativi standardizzati a livello regionale e/o aziendale che tengano conto di:

1. definizione e condivisione di un glossario comune;
2. identificazione del rischio infettivo (conoscenza delle pratiche assistenziali, procedure a rischio di trasmissione delle ICA, individuazione dell'agente infettivo e modalità di trasmissione);
3. analisi del rischio attraverso l'attuazione di procedure basate sull'evidenza e sul corretto utilizzo delle precauzioni standard (igiene delle mani, supervisione dell'igiene degli ambienti e delle attrezzature, ecc.) e precauzioni aggiuntive;
4. monitoraggio e controllo attraverso l'audit clinico.

## 11. Monitoraggio dei processi: indicatori e standard

Per monitorare l'applicazione del modello organizzativo previsto nel presente documento e valutare il grado di adesione delle Aziende Sanitarie Regionali, sono stati individuati i seguenti indicatori:

- 1- delibera istitutiva dell'organizzazione, secondo le linee di indirizzo regionali con la quale si costituiscono gli organismi per il controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza;
- 2- evidenza dei verbali di riunioni periodiche previste;
- 3- definizione e approvazione da parte della Direzione Generale di un programma annuale di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza coerente con la programmazione e gli indirizzi regionali;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 4- redazione annuale da parte dei CICA e validazione da parte delle Direzioni Generali, di un rapporto delle attività che comprenda i dati dei sistemi di sorveglianza delle ICA e quelli sul consumo di antibiotici;
- 5- presenza nel Piano Annuale di Formazione di:
  - a. attività formative per gli operatori riguardo pratiche assistenziali basate sull'evidenza per la prevenzione e il controllo delle ICA e l'uso responsabile di antibiotici;
  - b. attività formative sul rischio infettivo specifiche per il personale neoassunto;
- 6- attivazione di strategie mirate a promuovere continuamente l'igiene delle mani in ospedale e nel territorio:
  - a. definizione e diffusione di un protocollo operativo aziendale basato sulle linee guida OMS;
  - b. attivazione di programmi di promozione e monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani;
  - c. monitoraggio del consumo annuale di soluzioni idroalcoliche secondo lo standard OMS di almeno 20 litri per 1000 giorni paziente;
  - d. compilazione della griglia di autovalutazione dell'OMS (frame work).
- 7- partecipazione a sistemi di monitoraggio continuo delle ICA:
  - sorveglianza almeno in terapia intensiva e chirurgia secondo le indicazioni della programmazione e degli indirizzi regionali;
  - partecipazione a studi nazionali o internazionali di prevalenza puntuale (*Point Prevalence Survey* ECDC)
- 8- produzione, condivisione ed evidenza di azioni di miglioramento basate su un report periodico (almeno quadrimestrale) sul consumo di farmaci antimicrobici, territoriale (per Distretto) e ospedaliero (per Unità Operativa);
- 9- produzione di un report periodico (almeno quadrimestrale) sull'epidemiologia dei microrganismi multi resistenti (sentinella), secondo le indicazioni della programmazione e degli indirizzi regionali.

## 11. Riferimenti normativi, Bibliografia e Sitografia

1. Circolare Ministero della Sanità n°52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
2. Circolare Ministero della Sanità n°8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
3. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;
4. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5. Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;
6. Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni n. 156/CRS del 13 novembre 2014);
7. Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 (DGR n. 30/21 del 16/06/2015);
8. Annualepidemiological report 2014 - Antimicrobialresistance and healthcare-associatedinfections; ECDC, Stockholm, April 2015;
9. Annualepidemiological Report 2013. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013;
10. Protocol for pointprevalencesurveys of healthcare-associatedinfections and antimicrobial use in European long-term care facilities; ECDC, Stockholm, May 2014;
11. Indagine di prevalenza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e dell'uso di antimicrobici nelle unità ospedaliere europee di terapia intensiva 2011-2012, ECDC, 2013;
12. Conclusioni del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza medica, compresi la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e della resistenza agli antimicrobici (2014/C 438/05);
13. Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Core competencies for infection control and hospital hygieneprofessionals in the European Union (Competenze di base per gli operatori addetti al controllo delle infezioni e all'igiene ospedaliera nell'Unione europea). Stoccolma: ECDC; 2013 <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>;
14. La formazione in tema di sicurezza delle cure e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza education and training in patientsafety and prevention and control of healthcareassociatedinfections descrizione: epidemiolprev 2014; 38(6) suppl 2: 1-158;
15. Concetti base nel controllo delle infezioni, International Federetion of Infection Control 2011, traduzione a cura di SIMPIOS (disponibile su )
16. Aspetti organizzativi, strutturali e di gestione per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ospedale: una revisione sistematica e consenso degli esperti. Anipio Orientamenti 1/2016
17. La formazione in tema di sicurezza delle cure e prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, EpidemiolPrev 201; 38(6) Suppl 2:1-158
18. Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici, pubblicate sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n. 92 parte 2 del 9/4/2013
19. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2660\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2660_allegato.pdf)



## ALLEGATO A

### Lista minima di microrganismi sentinella

- 1- Acinetobacter baumannii MDR
- 2- Aspergillus spp.in paziente immunocompromesso
- 3- Candida spp multiresistente
- 4- Clostridium difficile produttore di tossina
- 5- Legionella spp.
- 6- Klebsiella ESBL
- 7- Klebsiella spp. resistente ai carbapenemi (*secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute del 20.02.2013*)
- 8- Escherichia coli ESBL
- 9- Escherichia coli resistente ai carbapenemi
- 10-Staphylococcus aureus resistente a Oxacillina o Meticillina
- 11-Pseudomonas aeruginosa resistente ai carbapenemi e/o ad almeno tre antibiotici
- 12-Enterococcus faecalis o faecium resistente alla Vancomicina
- 13-Stenotrophomonas maltophilia
- 14- Serratia marcescens
- 15- Enterobacteriaceae CRE/CPE
- 16-Neisseria meningitidis
- 17- Mycobacterium tuberculosis complex (isolato da materiale respiratorio)
- 18- Ogni altro microrganismo che il Laboratorio ritenga opportuno segnalare come *alert* per motivi epidemiologici e/o clinici

## ALLEGATO B

### Monitoraggio dell'uso degli antimicrobici

#### 1. Report per il monitoraggio dell'uso di antimicrobici in ambito ospedaliero

La reportistica per monitorare i livelli di consumo degli antimicrobici utilizza l'unità di misura "DDD" (dose definita die) che permette di superare i diversi confezionamenti e dosaggi dei singoli principi attivi (ultimo livello della classe ATC) e poterli rapportare con i livelli superiori della classe terapeutica (quarto e, nel caso, terzo livello della classe ATC).

I dati relativi all'andamento delle DDD degli antimicrobici vengono estratti dal software di gestione amministrativo contabile AREAS-SISAR nel quale vengono registrati i movimenti di logistica dei magazzini di farmacia delle aziende sanitarie sarde.

Il numero di DDD utilizzate sono rapportati ad un valore rappresentativo della densità di esposizione che, per i consumi ospedalieri, è identificato con i giorni di degenza e con i giorni di degenza pesati per la complessità degli interventi terapeutici eseguiti (peso medio DGR). Le giornate di degenza e i relativi DGR, necessari per la definizione del peso, sono estratti dal sistema informativo ospedaliero ADT- SISAR.

Livelli utilizzo antimicrobici	Indicatore rappresentativo della densità di esposizione
DDD totali	DDD/100 gg DEGENZA
DDD totali	DDD/100 gg DEGENZA PESATE

Gli indicatori così ottenuti rientrano tra i 6 ambiti di intervento che il *Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020* (ratificato il 2 novembre 2017 dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano), ha individuato.

In particolare per il PNCAR saranno monitorati, tra il 2016 e 2020, i consumi degli antimicrobici in toto e la classe terapeutica dei fluorochinoloni con la finalità di raggiungere il target della riduzione dei consumi, rispettivamente, del 5% e del 10%:

<b>Indicatore n.1:</b> riduzione >5% del consumo di antimicrobici sistemici in ambito ospedaliero nel 2020 rispetto al 2016
• <b>Modalità di calcolo:</b> i consumi vengono calcolati in DDD/100 giornate di degenza
• <b>Formola per calcolare l'indicatore:</b> $[(\text{consumi } 2020/\text{consumi } 2016)-1]*100$ .
<b>Indicatore n.2:</b> riduzione >10% del fluorochinoloni in ambito ospedaliero nel 2020 rispetto al 2016
• <b>Modalità di calcolo:</b> i consumi vengono calcolati in DDD/100 giornate di degenza
• <b>Formola per calcolare l'indicatore:</b> $[(\text{consumi } 2020/\text{consumi } 2016)-1]*100$ .

Ai fini del calcolo degli indicatori le Direzioni Sanitarie comunicano, con periodicità almeno trimestrale, al Dirigente Farmacista referente del Comitato per le infezioni correlate all'assistenza (CICA) il numero di giornate di degenza delle UU.OO (sia grezze che pesate).

La regione Sardegna prevede di monitorare, oltre ai fluorichinoloni (ATC J01MA), anche altre classi terapeutiche di antimicrobici, valutando le percentuali di utilizzo delle varie molecole all'interno delle classi della seguenti ATC:

J01AA tetracicline

J01CR associazioni di penicilline inclusi inibitori delle betalattamasi



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- J01DD cefalosporine di III generazione
- J01DE cefalosporine di IV generazione
- J01DH carbapenemi
- J01DI altre cefalosporine e penemi
- J01XA antibatterici glicopeptidici-lipoglicopeptidi
- J01XX altri antibatterici

A livello regionale è auspicabile confrontare i valori degli indicatori delle varie realtà presenti nelle aziende sanitarie regionali, valutandoli per aree terapeutiche (MEDICA, CHIRURGICA, AREA CRITICA etc) in modo da ottenere degli indicatori non influenzati dalla qualità e dai volumi di attività dei singoli centri di costo.

Per questo fine l'Assessorato richiede alle Aziende Sanitarie la compilazione di un format specifico in formato excel con cadenza semestrale.

## 2. Report per il monitoraggio dell'uso di antimicrobici in ambito territoriale

La reportistica per monitorare i livelli di utilizzo degli antimicrobici utilizza l'unità di misura "DDD" (dose definita die) che permette di superare i diversi confezionamenti e dosaggi dei singoli principi attivi (ultimo livello della classe ATC) e poterli rapportare con i livelli superiori della classe terapeutica (quarto e, nel caso, terzo livello della classe ATC).

I dati relativi all'andamento delle DDD degli antimicrobici vengono estratti:

- a) dal software di gestione amministrativo contabile AREAS nel quale vengono registrati i movimenti di logistica dei magazzini di farmacia delle aziende sanitarie sarde dirette ai pazienti delle case circondariali e a quelli inseriti in ADI e nelle RSA .

I dati del numero di DDD utilizzate, raccolti dalle farmacie, saranno rapportati ad un valore rappresentativo della densità di esposizione che, per i consumi ADI/case circondariali/RSA, è identificato con la popolazione residente in questi ambiti.

Livelli utilizzo antimicrobici	Indicatore rappresentativo della densità di esposizione
DDD totali	DDD/1000 abitanti die

- b) dal database delle dispensazioni effettuate dalle farmacie di comunità che è alimentato dai record estratti dalla scansione delle ricette spedite dalle farmacie di comunità. I dati del numero di DDD utilizzate, raccolti dalle farmacie, saranno rapportati ad un valore rappresentativo della densità di esposizione che, per i consumi in ambito territoriale, è identificato con la popolazione residente e con la popolazione residente pesata.

Livelli utilizzo antimicrobici	Indicatore rappresentativo della densità di esposizione
DDD totali	DDD/1000 abitanti die
DDD totali	DDD/1000 abitanti pesati die

Gli indicatori così ottenuti rientrano tra i 6 ambiti di intervento che il *Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020* (ratificato il 2 novembre 2017 dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano), ha individuato.

In particolare per il PNCAR saranno monitorati, tra il 2016 e 2020, i consumi degli antimicrobici in toto e la classe terapeutica dei fluorochinoloni con la finalità di raggiungere il target della riduzione dei consumi del 10%:

1. <b>Indicatore n.1:</b> riduzione >10% del consumo di antimicrobici sistemici in ambito territoriale nel 2020 rispetto al 2016
• <b>Modalità di calcolo:</b> i consumi vengono calcolati in DDD/1000 abitanti-die
• <b>Formula per calcolare l'indicatore:</b> $[(\text{consumi } 2020/\text{consumi } 2016)-1]*100$ .
2. <b>Indicatore n.2:</b> riduzione >10% del consumo di fluorochinoloni nel 2020 rispetto al 2016
• <b>Modalità di calcolo:</b> i consumi vengono calcolati in DDD/1000 abitanti-die
• <b>Formula per calcolare l'indicatore:</b> $[(\text{consumi } 2020/\text{consumi } 2016)-1]*100$

La regione Sardegna prevede di monitorare, oltre ai fluorichinoloni (ATC J01MA), anche altre classi terapeutiche di antimicrobici, valutando le percentuali di utilizzo delle varie molecole all'interno delle classi della seguenti ATC:

J01AA tetracicline

J01CR associazioni di penicilline inclusi inibitori delle betalattamasi

J01DD cefalosporine di III generazione

J01DE cefalosporine di IV generazione

J01DH carbapenemi

J01DI altre cefalosporine e penemi

J01XA antibatterici glicopeptidici-lipoglicopeptidi

J01XX altri antibatterici

A livello regionale è auspicabile confrontare i valori degli indicatori delle varie realtà presenti nelle aziende sanitarie regionali, Per questo fine l'Assessorato richiede alle Aziende Sanitarie la compilazione di un format specifico in formato excel con cadenza semestrale.



### Principi attivi “sorvegliati”

Qui di seguito l'elenco dei principi attivi “sorvegliati” fin dalla loro prescrizione per le regole imposte da AIFA e dalla Commissione Terapeutica Regionale. Si ricorda che il loro elenco può variare e essere ridefinito sia in base agli aggiornamenti della clinica e della letteratura scientifica che in base a criticità emerse dall'analisi dei report regionali.

ATC	DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	CONDIZIONI PER AUTORIZZARE UTILIZZO ANTIMICROBICO
J01AA12	Tigeciclina	Il medicinale è compreso negli elenchi del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) che autorizza la prescrizione con richiesta motivata personalizzata (RMP) con la seguente restrizione prescrittiva: -esclusivamente in seconda linea in pazienti con infezioni microbiologicamente o clinicamente resistenti
J01XA02	Teicoplanina	Inserito in PTR prescrivibile con RMP.
J01XX09	Daptomicina	Inserito in PTR prescrivibile con RMP con la seguente restrizione prescrittiva: -esclusivamente in seconda linea in pazienti MRSA microbiologicamente o clinicamente resistenti o intolleranti ai farmaci di prima linea.
J01DI01	Ceftobiprole medicaril	Non inserito in PTR – da richiedere con modulo di scheda per la richiesta di farmaci non presenti in prontuario.
J01DI02	Ceftarolina fosamil	Inserito in PTR prescrivibile con RMP con la seguente restrizione prescrittiva: -esclusivamente in seguito ad assenza di risposta adeguata dopo tre giorni di terapia documentata dal mancato dimezzamento dei valori ematici della pro-calcitonina  Piano Terapeutico (PT) dell'AIFA secondo lo schema stabilito nella determinazione AIFA per l'indicazione “polmonite acquisita in comunità” (CAP)” (G.U. n.195/13).
J01DI54	Ceftolozano + Tazobactam	Inserito in PTR con la seguente restrizione prescrittiva: -prescrizione esclusivamente sulla base di antibiogramma che documenti la multi-Farmacoresistenza  PT dell'AIFA (G.U. n.231/16)
J01XA04	Dalbavancina	Inserito in PTR con la seguente restrizione prescrittiva: -esclusivamente nei pazienti con infezioni complicate della cute e dei tessuti sottocutanei  PT dell'AIFA (G.U. n.134/16)
J01XX01	Fosfomicina disodica	Inserito in PTR prescrivibile con RMP con la seguente restrizione prescrittiva: -esclusivamente nei pazienti con antibiogramma che indica la fosfomicina come unico antimicrobico sensibile
J01XX08	Linezolid	Inserito in PTR prescrivibile con RMP. - Dear Doctor letter- L'impiego prolungato del Linezolid è risultato associato a grave neuropatia periferica e a neuropatia ottica. Nella maggior parte dei casi la neuropatia ottica si risolve dopo sospensione del farmaco, a differenza della neuropatia periferica. E' raccomandato il monitoraggio attento dei pazienti che sono in trattamento con Linezolid per più di 28 giorni.
J01XX11	Tedizolid	Inserito in PTR prescrivibile con RMP con la seguente restrizione prescrittiva: - esclusivamente in pazienti con infezioni da batteri resistenti a meticillina dimostrata dall'antibiogramma  PT dell'AIFA (G.U. n.120 /17)
J01DD52	Ceftazidime e Avibactam	PT dell'AIFA (G.U. n.10/18)





## Scheda di osservazione

<b>Azienda Sanitaria:</b>	<input type="text"/>	<b>Numero periodo:</b>	<input type="text"/>	<b>Numero sessione:</b>	<input type="text"/>
<b>Struttura:</b>	<input type="text"/>	<b>Data:</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Osservatore:</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	(gg/mm/aa)	<input type="text"/> : <input type="text"/> / <input type="text"/> : <input type="text"/>	(iniziali)	<input type="text"/>
<b>Dipartimento:</b>	<input type="text"/>	<b>Inizio/fine: (hh:mm)</b>	<input type="text"/>	<b>Pagina N°:</b>	<input type="text"/>
<b>Servizio/ Reparto:</b>	<input type="text"/>	<b>Durata sessione: (mm)</b>	<input type="text"/>		
<b>Città:</b>	<input type="text"/>				
<b>Regione:</b>	<input type="text"/>				

Prof.catég		Prof.catég		Prof.catég		Prof.catég					
Codice		Codice		Codice		Codice					
Conta		Conta		Conta		Conta					
Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani
1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti



## Raccomandazioni generali (vedi il Manuale di Riferimento Tecnico sull'Igiene delle Mani)

- Le osservazioni devono essere effettuate apertamente e in modo diretto. L'osservatore quindi si presenta agli operatori sanitari ed al paziente quando appropriato, spiega i motivi della sua presenza e propone un feed-back immediato ed informale.
- L'operatore sanitario, appartenente ad una delle quattro principali categorie professionali indicate di seguito (vedi dopo), deve venire osservato durante attività di assistenza ai pazienti.
- Registrare i dati utilizzando una matita in modo da poterli correggere immediatamente, se necessario.
- Compilare l'intestazione della scheda prima di iniziare la rilevazione dei dati (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
- La sessione non deve durare più di 20 minuti ( $\pm$  10 minuti a seconda delle attività osservate); l'ora di fine e la durata della sessione di osservazione devono essere registrate alla fine della sessione di osservazione.
- Il rilevatore può osservare fino a 3 operatori sanitari in contemporanea, se il tipo di attività, in relazione alla densità di opportunità di igiene delle mani, lo consente.
- Ciascuna colonna della griglia per registrare le pratiche di igiene delle mani deve essere utilizzata per una solo tipo di figura professionale. Si possono includere, nella colonna dedicata alla loro specifica categoria, in modo sequenziale più operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione di osservazione. In alternativa, ciascuna colonna può essere utilizzata per registrare i dati di un solo operatore con la categoria professionale.
- Non appena viene individuata una opportunità di igiene delle mani, registrarla nella colonna appropriata barrando la casella corrispondente alla indicazione(i) rilevata(e). Registrare tutte le indicazioni che si applicano e poi la corrispondente azione di igiene delle mani osservata o non effettuata.
- Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata nella riga di una colonna; le righe sono indipendenti da colonna a colonna.
- Barrare le caselle quadrate (è possibile barrarne più di una per una sola opportunità) o i cerchi (barrarne solo uno per volta).
- Nel caso in cui vi siano diverse indicazioni per una sola opportunità, registrarle tutte barrando le caselle corrispondenti.
- Per ciascuna opportunità, registrare sempre se un'azione di igiene delle mani è stata effettuata o se non è stato fatto nulla.
- Registrare l'uso di guanti solo quando non è stata fatta alcuna azione di igiene delle mani da un operatore che indossava i guanti.

## Breve descrizione delle variabili

<b>Azienda Sanitaria:</b>	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
<b>Struttura:</b>	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
<b>Dipartimento:</b>	registrare utilizzando la seguente classificazione:	
	<b>medico</b> , inclusa dermatologia, neurologia, ematologia, oncologia, ecc.	<b>terapia intensiva e rianimazione</b>
	<b>ostetrico-ginecologico</b> (incluse le relative chirurgie)	<b>assistenza ambulatoriale</b> (incluse le relative chirurgie)
	<b>pediatrico</b> , (incluse le relative chirurgie)	<b>lungodegenza, riabilitazione</b>
	<b>chirurgico</b> , inclusa neurochirurgia, urologia, ORL, oftalmologia, ecc.	<b>altro</b> (specificare)
	<b>pronto soccorso</b>	
<b>Servizio/reparto:</b>	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
<b>Periodo, numero</b>	1) pre- / 2) post-intervento.	
<b>Data:</b>	giorno (gg) / mese (mm) / anno (aa)	
<b>Inizio/Fine:</b>	ora (hh) / minuti (mm).	
<b>Durata della sessione:</b>	calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione	
<b>Sessione N°:</b>	numero progressivo da attribuire al momento dell'input dei dati per l'analisi.	
<b>Osservatore:</b>	iniziali (cognome e nome), (l'osservatore è responsabile della raccolta dei dati e del controllo della loro accuratezza prima di inviare le schede per l'analisi).	
<b>Pagina N°:</b>	riempire solo quando viene utilizzata più di una scheda durante un'unica sessione di osservazione.	
<b>Prof.categ:</b>	registrare secondo la classificazione seguente:	
	<b>1. infermiere-a/ ostetrico-a</b>	1.1 infermiere-a, 1.2 ostetrico-a, 1.3 studente.
	<b>2. operatore di supporto all'assistenza</b>	(operatore sanitario specializzato-OSS; operatore tecnico dell'assistenza- OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)
	<b>3. medico</b>	3.1 medicina, 3.2 chirurgia, 3.3 anestesista/ rianimatore/ medico di pronto soccorso, 3.4 pediatra, 3.5 ginecologo, 3.7 studente di medicina.
	<b>4. altro operatore sanitario</b>	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista ...), 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio, 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali), 4.4 studente.
<b>Numero:</b>	registrare il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione e vengono identificate opportunità	
<b>Opportunità:</b>	viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani	
<b>Indicazione:</b>	ragione(i) che motiva(n) l'azione di igiene delle mani; registrare tutte le indicazioni che si verificano in un dato momento	
	<b>Pr-cont:</b> prima di un contatto con il paziente	<b>dp-fluido:</b> dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo
	<b>Pr-aseps:</b> prima di una manovra in asepsi	<b>dp-cont.:</b> dopo un contatto con il paziente
		<b>dp-circ.:</b> dopo un contatto con ciò che circonda il paziente
<b>Azione:</b>	Risposta ad una indicazione/i all'igiene delle mani; può essere un'azione positiva (frizione o lavaggio) oppure negativa	
	<b>frizione:</b> igiene delle mani mediante frizione con un prodotto a base alcolica,	<b>nulla:</b> non viene effettuata nessuna azione
	<b>lavaggio:</b> igiene delle mani con acqua e sapone	



## Scheda osservazione – Calcolo dell'adesione

Sessione N°	Struttura:			Periodo:			Ambito/contesto:			Totale per sessione					
	Prof.cat.			Prof.cat.			Prof.cat.			Prof.cat.					
	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
<b>Total</b>															
<b>Calcolo</b>	Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =		
	Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =		
<b>Adesione</b>															

$$\text{Adesione (\%)} = \frac{\text{Azioni}}{\text{Opportunità}} \times 100$$

### Istruzioni per l'uso

- Definire il contesto in relazione allo scopo dell'analisi e del report.
- Controllare i dati nella scheda di osservazione. Le azioni di igiene delle mani che non sono in relazione ad una indicazione non devono essere prese in considerazione.
- Riportare il numero della sessione e i relativi dati di osservazione sulla stessa riga. L'attribuire un numero a ciascuna sessione consente di verificare che tutti i dati siano stati effettivamente presi in considerazione nel calcolo dell'adesione.
- Risultati per categoria professionale e per sessione (in verticale):
  - Calcolare la somma delle opportunità per ogni categoria professionale e per ciascuna sessione e copiare il risultato nella casella corrispondente della scheda di calcolo.
  - Calcolare la somma delle azioni positive di igiene delle mani relative al totale delle opportunità prima registrate di ciascuna sessione, separatamente per il lavaggio delle mani e per la frizione: scrivere le somme nelle corrispondenti celle.
  - Procedere nello stesso modo per tutte le sessioni.
  - Sommare tutti i dati delle sessioni per ciascuna categoria professionale e utilizzare il risultato per calcolare il tasso di adesione (in percentuale).
- La somma dei risultati di ciascuna riga consente di avere l'adesione totale nell'ultima colonna di destra.

## Scheda Osservazione– Scheda opzionale di calcolo

(Adesione alla igiene delle mani in relazione all'indicazione)

Sessione N°	Struttura:						Periodo:			Ambito/Cont.					
	Prima del contatto con il paziente			Prima di una manovra in asepsi			Dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo			Dopo un contatto con il paziente			Dopo un contatto con ciò che circonda il paziente		
	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
<b>Totale</b>															
<b>Calcolo</b>	<b>Azioni (n) =</b>			<b>Azioni (n) =</b>			<b>Azioni (n) =</b>			<b>Azioni (n) =</b>			<b>Azioni (n) =</b>		
<b>Rapporto azioni/indicaz.*</b>	<b>Indic1 (n) =</b>			<b>Indic2 (n) =</b>			<b>Indic3 (n) =</b>			<b>Indic4 (n) =</b>			<b>Indic5 (n) =</b>		

### Istruzioni di uso

- Definire il contesto in relazione allo scopo dell'analisi e del report.
- Controllare i dati nella scheda di osservazione. Le azioni di igiene delle mani non in relazione ad una indicazione non devono essere prese in considerazione.
- Se vi sono diverse indicazioni per la stessa opportunità, ciascuna deve essere considerata separatamente come anche l'azione relativa.
- Riportare il numero della sessione e i relativi dati di osservazione sulla stessa riga. L'attribuire un numero a ciascuna sessione consente di verificare che tutti i dati siano stati effettivamente presi in considerazione nel calcolo dell'adesione.
- Risultati per indicazione (indic) e per sessione (verticale):
  - Calcolare la somma delle opportunità per indicazione e per ciascuna sessione e copiare il risultato nella casella corrispondente della scheda di calcolo.
  - Calcolare la somma delle azioni positive di igiene delle mani relative al totale delle opportunità prima registrate per ciascuna indicazione e sessione, separatamente per il lavaggio delle mani e per la frizione: scrivere le somme nelle corrispondenti celle.
  - Procedere nello stesso modo per tutte le sessioni.
  - Sommare tutti i dati delle sessioni per ciascuna indicazione e utilizzare il risultato per calcolare il tasso di adesione (in percentuale).

\*Nota: Questo calcolo non fornisce esattamente un dato di 'adesione, in quanto il denominatore è rappresentato da indicazioni piuttosto che da opportunità. Le azioni sono sovrastimate per ciascuna indicazione. Tuttavia, dà un'idea generale dei comportamenti degli operatori per tipo di indicazione.