

STANDARD 1

SONO DEFINITE LE RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE, DEI DIPARTIMENTI E SERVIZI NELLA GESTIONE DEI PROBLEMI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NELLE STRUTTURE SANITARIE

CRITERIO 1.1: Il programma di prevenzione del rischio infettivo nella struttura sanitaria è sviluppato con il supporto della Direzione Generale ed è approvato dalla stessa in modo formale.

➡ **Indicatore 1.1.1:** E' presente un Atto formale (es. programma firmato) che evidenzi l'assunzione di responsabilità da parte della Direzione Generale nella realizzazione del programma di prevenzione del rischio infettivo?
Il programma è stato inviato, qualora richiesto, all'Autorità Regionale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Atto formale del Direttore Generale
- ◆ Evidenza di trasmissione del programma all'Autorità Regionale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

CRITERIO 1.2: Esiste evidenza di una assegnazione di responsabilità alle Unità nella gestione degli interventi

➡ **Indicatore 1.2.1:** E' disponibile uno schema organizzativo che definisca le responsabilità per Dipartimenti, Servizi, Comitato Infezioni Ospedaliere, Unità per la Prevenzione delle Rischio Infettivo (UPRI) all'interno dell'Azienda nella gestione dei problemi di prevenzione del rischio infettivo?

Documentazione a supporto:

- ◆ Atto Aziendale che definisce i compiti in tema di prevenzione dei Dipartimenti e dei Servizi, i rapporti con il CIO e con l'UPRI, oppure regolamenti di Dipartimento

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

CRITERIO 1.3: Ogni anno i risultati del programma di prevenzione del rischio infettivo sono formalmente presentati alla Direzione della struttura sanitaria, alla Direzione Sanitaria Aziendale, ai Responsabili di Dipartimento con documentazione scritta della riunione.

➤ **Indicatore 1.3.1:** Esiste una relazione scritta sui risultati dell'attività di prevenzione del rischio infettivo sottoposta al Direttore Generale da CIO e UPRI ed eventualmente trasmessa all'Autorità Regionale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Report annuale
- ◆ Evidenza di trasmissione del report all'Autorità Regionale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del report
- ◆ Presa visione della lettera di trasmissione

➤ **Indicatore 1.3.2 :**E' disponibile il verbale della riunione annuale di presentazione del report ai Responsabili di Dipartimento o evidenza di diffusione/discussione dei dati con i Responsabili?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbale della riunione annuale o Atti di trasmissione dati

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

L'Ospedale S. Reginaldo è diretto da un Direttore Generale. Annualmente è definito, su proposta dell'UPRI (Unità per la Prevenzione del Rischio Infettivo), sulla base di un confronto con i Dipartimenti, Direzione Sanitaria Aziendale, CIO, un programma di attività. A questo scopo una bozza è preparata dall'UPRI e discussa con i vari attori (Primari e capi Dipartimento) prima dell'approvazione finale. Il programma sottoscritto dal Direttore Generale è annualmente inviato e discusso in Regione.

Il Programma è inserito nel Piano annuale aziendale di attività e costituisce vincolo operativo per gli operatori, attraverso l'inserimento negli obiettivi dei Servizi e il sistema premiante.

Il Piano è formalmente comunicato alle Unità e all'UPRI che ne dirige la realizzazione.

Esiste un Piano di Organizzazione Aziendale (Collegamento con altre funzioni) che prevede una organizzazione dipartimentale. I Dipartimenti hanno un regolamento che esplicita i compiti in tema di prevenzione individuando attività e responsabilità nonché i rapporti in tema di prevenzione con CIO e UPRI.

Dai verbali delle riunioni dipartimentali è evidente un coinvolgimento del CIO e UPRI nella fasi di ristrutturazione di servizi, adozione di nuove tecnologie.

Ogni anno è stilato un Report sulle attività svolte, presentato al Direttore Sanitario e al Direttore Generale che lo approvano firmandolo; il Report è trasmesso all'Assessorato alla Sanità della Regione. In una riunione i risultati sono presentati e discussi con i Direttori di Dipartimento ed eventualmente trasmessi ai Responsabili dei Servizi medici e infermieristici tramite lettera.

STANDARD 2

LE MISURE PREVENTIVE DEL RISCHIO INFETTIVO NELLE STRUTTURE SANITARIE SONO GESTITE DA STRUTTURE QUALIFICATE CHE ELABORANO, COORDINANO, ATTUANO E VALUTANO LE ATTIVITÀ ANNUALMENTE PREVISTE

CRITERIO 2.1: Esiste una Unità Operativa per la Prevenzione del Rischio Infettivo

➤ **Indicatore 2.1.1:** Esiste un Atto formale di costituzione di una Unità Operativa semplice o complessa per la Prevenzione del Rischio Infettivo (UPRI) adeguata alle caratteristiche dell'ospedale? (Orientativamente l'Unità complessa può rendersi necessaria in ospedali con un numero di posti letto superiore a 1000 o con particolare specializzazione e complessità)

Documentazione a supporto:

- ◆ Delibera istitutiva dell'UPRI

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.2: L'UPRI è costituita da un medico con qualifica di Responsabile di struttura complessa, impiegato a tempo pieno ogni 800/1000 posti letto od ogni struttura territoriale di 200.000 abitanti, un infermiere addetto al controllo delle Infezioni (ICI) ogni 250 posti letto o 7000 ricoveri e 1 ogni 300.000 abitanti per le strutture territoriali; adeguato personale amministrativo. Nelle strutture con meno di 800/1000 posti letto, al responsabile della prevenzione del rischio infettivo possono essere affidati i compiti di Responsabile della funzione igienica complessiva. Nelle struttura di dimensioni superiori devono essere assegnate proporzionalmente figure mediche aggiuntive. In mancanza di figure interne il servizio può essere svolto in convenzione.

Orientativamente

STRUTTURE DI 800/1000 O PIU' POSTI LETTO

➤ **Indicatore 2.2.1:** L'UPRI è costituita da: 1 medico responsabile impiegato a tempo pieno, 1 figura medica aggiuntiva ogni 1000 posti letto oltre 1000, 4 ICI (+ 1 ogni 250 posti letto oltre 1000), 1 impiegato amministrativo ogni 1000 posti letto?
Sono definite le responsabilità di ciascuna figura professionale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Atto aziendale che definisca le figure dell'UPRI e i relativi compiti

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

STRUTTURE CON MENO DI 800 POSTI LETTO

➤ **Indicatore 2.2.1:** L'UPRI è costituita da: 1 medico responsabile impiegato non necessariamente a tempo pieno, da un adeguato numero di ICI, 1 impiegato amministrativo?
Sono definite le responsabilità di ciascuna figura professionale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Atto aziendale che definisca le figure dell'UPRI e i relativi compiti

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.3: Il Medico responsabile dell'UPRI deve rispondere ai seguenti requisiti: specializzazione in igiene o microbiologia o malattie infettive, o in una branca clinica con specifica competenza organizzativa, programmatoria e tecnica nel campo della sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere

➡ **Indicatore 2.3.1:** Il medico responsabile è in possesso di una specializzazione in Igiene e Medicina preventiva o microbiologia o malattie infettive ed è in possesso di un adeguato curriculum formativo che attesti la frequenza a corsi, attività scientifica supportata da pubblicazioni, attività didattica?

Oppure

Il medico responsabile è in possesso di una specializzazione clinica ed ha partecipato per almeno tre anni ad attività preventive specifiche a livello sovradivisionale ed è in possesso di un adeguato curriculum formativo che attesti la frequenza a corsi, attività scientifica supportata da pubblicazioni, attività didattica?

Documentazione a supporto:

- ◆ Curriculum formativo

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.4: L'ICI deve essere in possesso di certificato di specializzazione per infermieri addetti alla prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, riconosciuto dallo Stato o, in via transitoria, sino all'ottenimento di detta formazione anche a livello regionale, di sufficiente formazione specifica (attività clinica di almeno tre anni con formazione specifica)

➡ **Indicatore 2.4.1:** L'ICI è in possesso di certificato di specializzazione per infermieri addetti alla prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere?

Oppure

L'ICI è in possesso di esperienza clinica di almeno tre anni e curriculum che attesti la formazione specifica (corsi, convegni, seminari, ...)?

Documentazione a supporto:

- ◆ Curriculum formativo

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.5: L'UPRI deve riunirsi almeno una volta al mese, per la programmazione dell'attività

➡ **Indicatore 2.5.1:** Sono presenti verbali delle riunioni di attività di programmazione?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.6: Esiste un CIO (Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere) di supporto all'UPRI

➡ **Indicatore 2.6.1:** Esiste un Atto formale di costituzione del CIO e di definizione del suo ruolo di supporto all'Unità Operativa?

Documentazione a supporto:

- ◆ Delibera istitutiva del CIO

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.7: Il CIO è composto da: un igienista, un microbiologo, un farmacista, un ICI, un medico del lavoro, un infettivologo anche in convenzione, non più di 6 clinici ed è diretto dalla figura del medico responsabile precedentemente definita

➤ **Indicatore 2.7.1:** Il CIO è composto da: un igienista, un microbiologo, un farmacista, un ICI, un medico del lavoro, un infettivologo anche in convenzione, non più di 6 clinici ed è diretto dalla figura del medico responsabile precedentemente definita?

Documentazione a supporto:

- ◆ Delibera istitutiva del CIO

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.8: Il CIO si riunisce almeno tre volte all'anno

➤ **Indicatore 2.8.1:** Esiste evidenza di almeno tre verbali annuali scritti delle riunioni svolte dal CIO?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.9: La funzione di prevenzione del rischio infettivo è attiva 24 ore su 24

➤ **Indicatore 2.9.1:** E' evidente l'esistenza di deleghe formali relative alla gestione delle emergenze preventive (es. attuazione di misure di isolamento, attività di sterilizzazione, profilassi post-esposizione)? Sono individuate figure responsabili dell'attuazione delle misure preventive al fine di ottenere la copertura sulle 24 ore?

Documentazione a supporto:

- ◆ Protocolli, deleghe, Atto formale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 2.10: Gruppi formali di coordinamento garantiscono l'integrazione fra le strutture che si occupano della prevenzione del rischio infettivo tra i pazienti e tra gli operatori.

➤ **Indicatore 2.10.1:** Esiste una commissione composta dai rappresentanti delle strutture addette alla prevenzione del rischio infettivo (CIO, UPRI, SPP, Servizio Medico Competente, Servizio Tecnico) ?

Documentazione a supporto:

- ◆ Atto formale di istituzione della commissione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 2.10.2:** Esiste evidenza che strutture diverse addette alla prevenzione del rischio infettivo hanno attività in comune ?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

L'ospedale S. Cassiano sede di DEA di II livello, con 1000 posti letto ha costituito, con Atto aziendale formale, una Unità Operativa per la Prevenzione del Rischio Infettivo. L'UPRI è diretta da un medico specializzato in Igiene e Medicina Preventiva che da alcuni anni dirige il CIO, ha frequentato corsi specifici, è in possesso di curriculum che attesta la sua attività scientifica in campo preventivo mediante pubblicazioni su riviste con impact factor e ha partecipato negli ultimi anni ai più importanti congressi in materia. L'UPRI si compone anche di 4 ICI di cui 2 in possesso di certificato di specializzazione per infermieri addetti alla prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere rilasciato dall'Autorità Regionale, 2 con una esperienza triennale di attività clinica e in possesso di un curriculum formativo specifico. L'UPRI è supportata da una figura amministrativa a tempo pieno.

L'ospedale ha costituito un CIO, diretto dalla stessa figura medica definita precedentemente, costituito da un microbiologo, un farmacista, un ICI, un medico del lavoro, un infettivologo in convenzione, 5 clinici. Il CIO si riunisce ogni primo martedì del mese, ogni due mesi e redige verbali riguardanti la sua attività con indicazione dei partecipanti. Gli argomenti trattati concernono le fasi di realizzazione del Programma con analisi dei compiti svolti dai singoli componenti.

I responsabili delle diverse strutture che si occupano di prevenzione del rischio infettivo si riuniscono ogni qualvolta sussista la necessità di prendere decisioni formali.

STANDARD 3

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO È PARTE FONDAMENTALE NELLO SVILUPPO O MODIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI DIPARTIMENTI E SERVIZI

CRITERIO 3.1: Le modifiche del Prontuario dei Presidi medico-chirurgici sono sottoposte alla valutazione dell'UPRI.

➡ **Indicatore 3.1.1:** Esiste evidenza scritta di valutazione da parte dell'UPRI delle modifiche del Prontuario dei Presidi medico-chirurgici almeno per i presidi concordati come fondamentali per la prevenzione del rischio infettivo da UPRI e Servizio Farmaceutico?

Documentazione a supporto:

- ◆ Pareri formali firmati dal Responsabile dell'UPRI

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 3.2: Il responsabile dell'UPRI, col supporto del CIO, dà parere scritto per quanto concerne i principali aspetti igienici in caso di acquisto di attrezzature o presidi medici.

➡ **Indicatore 3.2.1:** Esistono documenti formali che attestino il parere favorevole del Responsabile dell'UPRI ed eventualmente del CIO in caso di acquisto di attrezzature o presidi medici con rilevanza igienica?

Documentazione a supporto:

- ◆ Documenti formali firmati dal Responsabile dell'UPRI

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 3.3: Il Responsabile dell'UPRI, col supporto del CIO, dà parere scritto per quanto concerne gli aspetti igienici in caso di progettazioni e ristrutturazioni edilizie.

➤ **Indicatore 3.3.1:** Esistono documenti formali che attestino il parere igienico del Responsabile dell'UPRI e, se necessario, del CIO in caso di progettazioni e ristrutturazioni edilizie?

Documentazione a supporto:

- ◆ Evidenza di pareri scritti del Responsabile dell'Unità operativa o del CIO in tutti i casi di progettazioni o ristrutturazioni edilizie, sia nelle fasi preliminari sia nella gestione dell'intervento (es. adozione di misure preventive in caso di contaminazione da Aspergillo)

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 3.4: Il Responsabile dell'UPRI, col supporto del CIO, dà parere scritto per quanto concerne gli aspetti igienici in tutte le fasi contrattuali che riguardano l'acquisizione di servizi con rilevanza igienica (lavanderia, rifiuti, pulizia, cucine).

➤ **Indicatore 3.4.1:** Esistono documenti formali che attestino il parere del Responsabile dell'UPRI in caso di acquisizione di servizi con rilevanza igienica?

Documentazione a supporto:

- ◆ Documenti formali che attestino il parere del Responsabile dell'UPRI circa i contenuti tecnici dei capitolati con rilevanza igienica

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

Nell'Ospedale S. Ubaldo l'Amministrazione ha, con atto formale, stabilito che il Prontuario dei presidi medico-chirurgici sia aggiornato con parere di UPRI/CIO. Inoltre i Servizi tecnici competenti hanno ricevuto disposizioni affinché nel caso di ristrutturazione edilizia con rilevanza igienica sia acquisito il parere dell'UPRI per quanto concerne gli aspetti igienici. Nei casi più rilevanti è previsto il coinvolgimento del CIO. Nella istruzione delle pratiche i pareri sono formalmente acquisiti.

In effetti all'inizio dell'anno nell'ambito dell'ammodernamento dell'Ospedale l'Amministrazione ha deciso di ristrutturare il DEA. Il progetto preliminare è stato affidato a un professionista. Il progetto è stato valutato anche dall'UPRI che ha avanzato riserve circa l'assenza di sistemi di condizionamento. Le osservazioni sono state recepite ed hanno portato alla stesura del progetto finale.

Nel mese di marzo dello stesso anno si è proceduto ad iniziare le attività di costruzione del BAR interno. Su segnalazione dell'Ufficio Tecnico il responsabile della Sicurezza, il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e l'UPRI hanno effettuato una valutazione congiunta dei rischi per i pazienti ed elaborato una serie di disposizioni per controllare il rischio da *Aspergillus* per i pazienti.

Successivamente il Dipartimento Chirurgico ha proposto l'apertura di un ambulatorio di fibroscopia per l'O.R.L. con annesso un sistema di disinfezione. La proposta è stata sottoposta all'UPRI che ha fornito specifiche a valutazioni circa la compatibilità igienica dei locali e il tipo di disinfezione richiesta. In particolare ha definito la necessità di piastrellatura dell'area riservata alla disinfezione e l'acquisto di un sistema di disinfezione a base di acido peracetico.

Su disposizione dell'UPRI è stata sospesa la pratica di utilizzare guaine protettive per la protezione dei fibroscopi, sostituita con le pratiche di disinfezione routinarie.

STANDARD 4

ESISTE UN PROGRAMMA ANNUALE DI ATTIVITÀ CHE INTERESSA TUTTA L'AZIENDA CON OBIETTIVI DEFINITI.

CRITERIO 4.1: Il Responsabile dell'UPRI, con la collaborazione del CIO e sentiti i Responsabili di Dipartimento e dei Servizi Infermieristici, elabora un programma annuale di attività, coerente con i presenti standard e basato sull'analisi dei problemi prioritari della struttura.

➤ **Indicatore 4.1.1:** E' disponibile un programma annuale delle attività dell'UPRI per la prevenzione del rischio infettivo?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma annuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 4.1.2:** Esiste evidenza scritta della partecipazione del CIO alla stesura del programma annuale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni attestanti la partecipazione del CIO alla stesura del programma ed alla sua valutazione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 4.1.3:** Esiste evidenza scritta che sono stati consultati i Responsabili di Dipartimento e dei Servizi Infermieristici per la stesura del programma?

Documentazione a supporto:

- ◆ Evidenza (lettere, pareri) di partecipazione dei Responsabili di Dipartimento ed eventualmente dei Servizi Infermieristici alla stesura del programma

Modalità di verifica:

- ◆ presa visione del documento

➤ **Indicatore 4.1.4:** Il programma annuale è coerente con tutti i presenti standard (attività, requisiti organizzativi, sorveglianza, prevenzione, controllo, formazione)?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma annuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➡ **Indicatore 4.1.5:** Il programma è organizzato in un'analisi di problemi prioritari della struttura, da cui discendono obiettivi misurabili, piani operativi, responsabilità? Gli obiettivi identificati sono coerenti con i piani operativi?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma annuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 4.2: Il programma è inserito nelle intese triennali di programma e nel piano annuale di attività.

➡ **Indicatore 4.2.1:** Le priorità identificate nel programma annuale di attività sono inserite per iscritto nei piani di attività triennali della struttura sanitaria?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piani triennali di attività della struttura sanitaria

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 4.3: Il programma è formalmente approvato dal Direttore Generale di Azienda.

➡ **Indicatore 4.3.1:** Esiste un documento ufficiale di approvazione del programma da parte del Direttore Generale Aziendale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Delibera o atto formale di assunzione del programma da parte del Direttore Sanitario della struttura e del Direttore Generale di ASL

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 4.4: Il programma prevede criteri di valutazione del raggiungimento di obiettivi ed esiste un rapporto annuale che analizza i progressi nella realizzazione dello stesso.

➡ **Indicatore 4.4.1:** All'interno del programma annuale esiste una sezione contenente il piano di valutazione?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma annuale di attività

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➡ **Indicatore 4.4.2:** E' disponibile un rapporto annuale che analizza gli esiti della realizzazione del programma?

--

Documentazione a supporto:

- ◆ Rapporto annuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 4.5: Il piano di attività coinvolge con segnate responsabilità i singoli Dipartimenti e Servizi. E' formalmente garantita al Responsabile UPRI la possibilità di ottenere la realizzazione dei punti programmatici, anche attraverso l'elaborazione e la diffusione di direttive ai Dipartimenti e Servizi e l'assegnazione di sufficienti risorse.

➤ **Indicatore 4.5.1:** All'interno del piano annuale di attività sono indicate le responsabilità dei singoli Dipartimenti e Servizi?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piano annuale di attività

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 4.5.2:** Le direttive applicative e la loro diffusione ai Dipartimenti e Servizi sono documentabili?

Documentazione a supporto:

- ◆ Direttive applicative ai Dipartimenti e Servizi

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 4.6: Esiste evidenza di un collegamento tra le iniziative di promozione della qualità e l'inserimento organico di attività riguardanti la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie nei programmi di miglioramento della qualità della struttura sanitaria.

➤ **Indicatore 4.6.1:** Nei programmi di miglioramento della qualità della struttura sanitaria sono documentate attività riguardanti la prevenzione delle infezioni?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piano di attività dell'Ufficio Qualità della struttura sanitaria

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

L'ospedale S. Anastasia, che conduce da anni attività di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, ha ricevuto un'ispezione regionale che ha evidenziato una gestione deficitaria dell'uso di antibiotici; inoltre uno studio di prevalenza ha mostrato carenza nell'applicazione delle misure di isolamento. Queste considerazioni, insieme all'analisi delle caratteristiche dell'Ospedale (di base, con prevalenza di attività chirurgica, minore, ma a forte caratterizzazione traumatologica), hanno portato ad inserire specifici programmi di intervento nel piano annuale di attività ad integrazione delle attività routinarie definite nel documento dell'UPRI. Il programma, prima sotto forma di bozza e poi in forma definitiva, è stato proposto e discusso con i Dipartimenti. A questo fine un primo documento è stato proposto al CIO e successivamente ai Capi Dipartimenti e quindi inviato a tutti i Responsabili di Unità. Le osservazioni raccolte hanno portato alla stesura finale, che definisce problemi, obiettivi, azioni, tempi e responsabilità. Il Programma, approvato dal Direttore Generale, è stato inviato alla Regione, come previsto dalla normativa. Nel mese successivo il CIO/UPRI ha attivato i diversi gruppi di lavoro. Prioritariamente è stato attivato un gruppo identificato da Dipartimento di Chirurgia, Commissione PTO e CIO che ha elaborato nuovi protocolli per la profilassi in chirurgia sotto la direzione del Responsabile UPRI.

Quadrimestralmente il CIO ha esaminato la relazione UPRI sullo stato di avanzamento dei diversi progetti.

Dal canto suo l'Ufficio qualità ha assunto il programma riguardante l'antibiotico profilassi come uno degli indicatori base scelti dall'ASL per promuovere la qualità per l'anno in corso in Ospedale.

A fine anno i vari gruppi di lavoro hanno presentato una relazione circa l'attuazione dei progetti; questa è stata la base della relazione annuale inviata alla Regione.

STANDARD 5

SONO PRESENTI, DIFFUSE, APPLICATE E REGOLARMENTE AGGIORNATE LINEE GUIDA, PROCEDURE PER IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SANITARIE IN RAPPORTO ALLA SPECIFICITÀ DEI DIPARTIMENTI E SERVIZI.

CRITERIO 5.1: Procedure, linee guida, protocolli sono prodotti dall'UPRI con il supporto del CIO e dei Dipartimenti in rapporto all'attività svolta ed ai problemi identificati nel Programma annuale di attività. Ogni Dipartimento ne è fornito in relazione alla sua attività.

➤ **Indicatore 5.1.1:** Sono disponibili procedure, linee guida, protocolli in rapporto ai rischi ed ai problemi identificati dal Programma annuale di attività?

Documentazione a supporto:

- ◆ Protocolli, linee guida, procedure coerenti con la valutazione dei rischi

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ ~~**Indicatore 5.1.2:** Esiste evidenza che protocolli, linee guida, procedure siano stati prodotti con la collaborazione del CIO, dei Dipartimenti e dell'UPRI?~~

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni, pareri formali

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 5.1.3:** Esiste evidenza di trasmissione ai Dipartimenti e di diffusione al personale di linee guida, protocolli, procedure attinenti la loro attività?

Documentazione a supporto:

- ◆ Lettere di trasmissione, verbali di riunioni, presenza del manuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

CRITERIO 5.2: Procedure, linee guida, protocolli sono coerenti con le vigenti disposizioni di legge, sono aggiornati almeno ogni 3 anni e riportano data, fonte scientifica, modalità di valutazione, responsabilità di applicazione.

➤ **Indicatore 5.2.1:** Procedure, linee guida, protocolli e le loro revisioni sono basati sulle raccomandazioni del CDC e/o di organizzazioni professionali di rilievo nazionale o internazionale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Fonti scientifiche esplicitamente menzionate

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 5.2.2:** Procedure, linee guida, protocolli e le loro revisioni sono coerenti con le vigenti disposizioni di legge?

Documentazione a supporto:

- ◆ Riferimento normativo esplicitamente menzionato

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 5.2.3:** Sono state effettuate, almeno ogni tre anni, revisioni di protocolli, linee guida, procedure da parte dell'UPRI, del CIO e dei Dipartimenti?

Documentazione a supporto:

- ◆ Protocolli, linee guida, procedure, verbali di riunioni, firme di approvazione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

CRITERIO 5.3: Sono prodotte almeno le linee guida concernenti:

- isolamento ed attuazione delle precauzioni standard;
- lavaggio delle mani;
- disinfezione e sterilizzazione con riguardo all'applicazione del D. Lgs. 46/97;
- utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;
- controllo della diffusione delle resistenze microbiche;
- raccolta, conservazione e trasporto dei campioni di laboratorio;
- prevenzione incidenti occupazionali ed utilizzo presidi;
- sorveglianza di incidenti con esposizione a liquidi biologici;
- profilassi post-esposizione occupazionale a liquidi biologici;
- controllo della tubercolosi;
- controllo delle infezioni nosocomiali delle vie urinarie;
- controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
- controllo delle polmoniti nosocomiali;
- controllo delle batteriemie;
- utilizzo di antibiotici a scopo profilattico;
- uso di antibiotici in patologie selezionate;
- prevenzione di malattie trasmissibili suscettibili di profilassi vaccinale;
- trattamento biancheria;
- pulizia e smaltimento rifiuti;
- igiene della ristorazione (secondo la metodologia HACCP).

➡ **Indicatore 5.3.1:** E' disponibile un manuale di prevenzione del rischio infettivo nel quale siano contenute tutte le linee guida sopra elencate?

Documentazione a supporto:

- ◆ Manuale di prevenzione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 5.4: Esiste evidenza di applicazione di procedure, linee guida, protocolli.

➡ **Indicatore 5.4.1:** Le procedure, le linee guida, i protocolli sono applicati?

Documentazione a supporto:

Valutazione dell'applicazione di procedure, linee guida, protocolli sulla base di indicatori (vd Allegato)

Modalità di verifica:

- ◆ Ispezione
- ◆ Presa visione del documento di valutazione

ESEMPI (vd. punto 5.3 e ALLEGATO)

CRITERIO 5.5: Esistono relazioni periodiche, di norma semestrali, sugli isolamenti microbiologici, al fine di orientare l'attività della commissione per il Prontuario Terapeutico, con le seguenti caratteristiche di minima: spettri di resistenza per germe, isolamenti per

sito e per Unità Operativa, frequenza di isolamenti di germi multiresistenti, andamenti epidemici.

➤ **Indicatore 5.5.1:** Esistono report semestrali sugli isolamenti microbiologici che contengano almeno le seguenti informazioni:

- spettri di resistenza per germe,
- isolamenti per sito e per Unità Operativa,
- frequenza di isolamenti di germi multiresistenti,
- andamenti epidemici?

VEDI STANDARD 7

Documentazione a supporto:

- ◆ Report semestrali

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del report

➤ **Indicatore 5.5.2:** Esiste evidenza di trasmissione del report alla commissione per il Prontuario Terapeutico?

Documentazione a supporto:

- ◆ Lettere di trasmissione
- ◆ Eventuali verbali di riunioni

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 5.5.3:** Il Prontuario Terapeutico è aggiornato sulla base dei report semestrali?

Documentazione a supporto:

- ◆ Prontuario Terapeutico
- ◆ Verbali delle riunioni della commissione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

Esempio di compliance al Requisito

L'Ospedale S. Romualdo è sede di Dipartimento di Emergenza ed Accettazione ed ha circa 400 posti letto.

Sulla base di consultazioni tra CIO, Dipartimenti e UPRI è stato definito un manuale per la prevenzione del rischio infettivo costituito da una parte generale ed una specifica per le singole Unità. Ogni Unità ha definito, sulla base di una valutazione dei rischi, una serie di procedure preventive.

Le procedure sono periodicamente aggiornate: per esempio l'Unità di Neonatologia ha definito procedure specifiche per il lavaggio delle mani, l'isolamento dei pazienti, la regolamentazione degli accessi, la decontaminazione delle incubatrici.

L'UPRI ha costituito un programma di aggiornamento periodico delle procedure; a questo fine sono coinvolti nella revisione i Dipartimenti interessati.

STANDARD 6

ESISTONO PROCEDURE DI VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE PREVENTIVE

CRITERIO 6.1: E' presente un programma scritto di valutazione dell'applicazione delle misure preventive che riguarda i Dipartimenti e l'UPRI e che prende in considerazione le principali misure.

Per ogni procedura è previsto un piano di valutazione scritto della sua applicazione.

- **Indicatore 6.1.1:** Esiste un programma scritto di valutazione dei protocolli preventivi di ogni procedura sia per i Dipartimenti che per l'UPRI?
Le procedure definite prevedono criteri di valutazione e responsabilità specifiche?
Sono prese in considerazione le principali misure preventive?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di valutazione scritto

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

- **Indicatore 6.1.2:** Il programma individua i criteri di valutazione, gli standard, gli indicatori di processo e di risultato misurati?
Esiste evidenza di valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di valutazione scritto

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 6.2: Ogni anno, in ciascuna Unità (nei vari settori, a rotazione), devono essere condotte almeno tre valutazioni di applicazione dei protocolli preventivi. Nel rapporto di attività annuale deve esserci documentazione scritta dell'attività valutativa

➤ **Indicatore 6.2.1:** Ogni anno sono condotte almeno tre valutazioni di applicazione delle misure preventive?

Documentazione a supporto:

- ◆ Rapporto di indagine formalizzata di reparto

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 6.2.2:** Nella relazione di attività annuale esiste documentazione scritta dell'attività valutativa?

Documentazione a supporto:

- ◆ Relazione di attività annuale contenente i rapporti delle indagini formalizzate

Modalità di verifica :

- ◆ Presa visione del documento

Critério 6.3: Ogni anno deve essere condotta almeno una valutazione del possesso dei requisiti igienico strutturali (inclusa pulizia e disinfezione) della struttura, rilevanti dal punto di vista della prevenzione del rischio infettivo, nel rispetto della normativa regionale sui requisiti di minima

➤ **Indicatore 6.3.1:** Esiste un programma scritto di valutazione del possesso dei requisiti igienico strutturali della struttura?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di valutazione scritto

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 6.3.2:** Il programma individua i criteri di valutazione, gli standard, gli indicatori misurati?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di valutazione scritto

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 6.3.3:** Il programma di valutazione è applicato annualmente?

Documentazione a supporto:

- ◆ Rapporto di indagine

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 6.4: Esiste evidenza che gli esiti delle attività di valutazione sono discussi ed usati per attivare programmi correttivi di situazioni non conformi osservate.

➡ **Indicatore 6.4.1:** Esistono interventi attuati in relazione alle criticità osservate?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni
- ◆ Disposizioni
- ◆ Evidenza di misure intraprese

Modalità di verifica :

- ◆ Presa visione dei documenti

Esempio di compliance al Requisito

L'Ospedale S. Gertrude ha 350 posti letto ed è specializzato in trattamenti traumatologici. Per l'anno in corso ha identificato tre obiettivi principali: una revisione delle procedure per la prevenzione delle esposizioni occupazionali al fine di ridurre il numero delle esposizioni mucocutanee, l'applicazione delle recenti linee guida per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica, la validazione dei processi di sterilizzazione interna.

E' stata pianificata l'attività conseguente e definiti tre esiti che saranno valutati a fine anno:

1. l'aumento della compliance per le misure preventive con la percentuale di esposizioni mucocutanee
2. il livello di compliance alle dieci principali misure di prevenzione dell'infezione della ferita chirurgica in rapporto a quanto misurato a inizio anno
3. l'esistenza di certificazione circa la validazione dei processi di sterilizzazione nei blocchi operatori

Inoltre l'UPRI ha definito, sulla base dell'analisi del manuale di prevenzione dei Reparti, l'esigenza di aggiornare le linee guida sulle batteriemie (in letteratura sono comparse importanti modifiche), sui rifiuti (è stato attuato una nuova regolamentazione); anche le linee guida sulle infezioni urinarie ed il trattamento della biancheria risalgono al 1999 e richiedono una revisione. Non sono tuttavia previste importanti modifiche.

Sulla base del programma di attività nel primo semestre si procederà alla sistematica valutazione nei Reparti di linee guida UTI, isolamento, rifiuti, raccolta campioni.

Altre linee guida saranno oggetto di valutazione nel secondo semestre.

Le Unità hanno pianificato attività di autovalutazione semestrale delle proprie procedure i cui esiti saranno trasmessi all'UPRI.

Procedure HACCP, raccolta rifiuti, pulizia sono, a cura di UPRI/Servizi, giornalmente valutate in modo formale.

Due volte all'anno l'UPRI conduce una valutazione formalizzata (ispezione) circa la rispondenza ai requisiti per l'accreditamento (strutturali, ... generale) in tutti i reparti.

Tutte le osservazioni sono oggetto di comunicazione ai Servizi competenti.

Le attività di sorveglianza in atto (infezioni della ferita chirurgica in chirurgia protesica e polmonite in ICU) sono unite alla valutazione continua di procedure assistenziali. I report, quindi, contengono analisi dei dati e raccomandazioni riguardo ad aspetti assistenziali (qualità della compilazione delle cartelle cliniche, profilassi chirurgica, medicazioni, etc.).

La valutazione dell'applicazione dei protocolli profilattici negli interventi di appendicectomia ha evidenziato problemi di compliance; di conseguenza è stato effettuato un incontro con il chirurgo referente per superare la criticità evidenziata. A distanza di due mesi una successiva verifica ha rivelato un aumento della compliance.

STANDARD 7

SONO PRESENTI ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI METODOLOGICAMENTE CORRETTE IN RELAZIONE AI PROBLEMI IDENTIFICATI ED AGLI OBIETTIVI ANNUALMENTE SCELTI. I DATI RACCOLTI SONO USATI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CONDIZIONE DI PAZIENTI ED OPERATORI.

CRITERIO 7.1: Sono identificati priorità ed obiettivi per la sorveglianza delle infezioni nosocomiali, d'intesa con il CIO e sentiti i Dipartimenti.

➤ **Indicatore 7.1.1:** Esiste un piano di sorveglianza annuale scritto?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piano di sorveglianza

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 7.1.2:** Esiste evidenza che il piano di sorveglianza è stato scritto d'intesa con il CIO e con l'approvazione dei Dipartimenti?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni
- ◆ Pareri scritti dei Responsabili di Dipartimento

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 7.1.3:** E' presente la definizione di caso e sono definiti i criteri diagnostici per l'individuazione di un'infezione ospedaliera?

➤ **Indicatore 7.1.4:** Sono definiti gli obiettivi della sorveglianza?

Gli obiettivi sono formulati in base alle caratteristiche dell'ospedale e fondati su fonti scientifiche?

Il tipo di sorveglianza adottata è adeguato al raggiungimento degli obiettivi specificati?

➤ **Indicatore 7.1.5:** E' definita la popolazione studiata?

La popolazione in studio è stata scelta con criteri metodologici corretti in relazione al tipo di sorveglianza adottato?

➤ **Indicatore 7.1.6:** E' definita la metodologia di raccolta dati?

E' definita la metodologia per il controllo di qualità dei dati raccolti?

Sono stati individuati i soggetti responsabili della raccolta dati?

➤ **Indicatore 7.1.7:** Il sistema di sorveglianza prevede la raccolta dei dati di laboratorio?

E' definita la metodologia di raccolta dei dati di laboratorio?

Sono definite le modalità di individuazione di un evento sentinella attraverso la lettura dei dati di laboratorio?

➤ **Indicatore 7.1.8:** E' definita una modalità di elaborazione dei dati, che specifica quali stratificazioni verranno effettuate e quali tassi calcolati?
E' definita la modalità di diffusione del report agli interessati?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piano di sorveglianza

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 7.1.9:** Esiste evidenza scritta di analisi dei dati?
I report sono prodotti con scadenza semestrale o annuale?

Documentazione a supporto:

- ◆ Report

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 7.1.10:** Esiste evidenza di diffusione dei report?
Esiste evidenza di discussione all'interno del CIO e con i Dipartimenti dei risultati delle analisi?

Documentazione a supporto:

- ◆ Lettere di trasmissione semestrali o annuali
- ◆ Verbali delle riunioni semestrali o annuali

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 7.1.11:** Nel caso siano evidenziati problemi nell'attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere, sono attuati interventi, basati sull'evidenza scientifica, miranti alla loro risoluzione?
Esiste evidenza di valutazione dell'impatto degli interventi attuati?

Documentazione a supporto:

- ◆ Rapporti di intervento
- ◆ Report

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

Nell'ospedale S. Rodolfo sede di DEA di II livello, con 1000 posti letto, il CIO si riunisce annualmente per definire le modalità di svolgimento dell'attività di sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Una volta definito il piano di sorveglianza è indetta una riunione con i Responsabili dei Dipartimenti al fine di discuterne i contenuti.

Per l'anno 2002 si è deciso di effettuare una sorveglianza caratterizzata da tre diverse componenti:

- sorveglianza attiva, continuativa, limitata alle sole infezioni in pazienti ad alto rischio o particolarmente gravi (tutte le infezioni nei pazienti ricoverati in neonatologia ed in terapia intensiva; le infezioni della ferita chirurgica nei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia pulita o pulita/contaminata (ernie e appendicectomie); tutti i pazienti con una emocoltura positiva o una coltura positiva della punta del catetere venoso);
- sorveglianza attiva periodica (1 mese all'anno) di altre infezioni frequenti o gravi (infezioni urinarie e delle basse vie respiratorie);
- revisione continuativa dei dati di laboratorio.

Il sistema di sorveglianza è stato pianificato valutando caratteristiche e dimensioni della popolazione osservata.

La raccolta dati avviene attraverso la compilazione di una scheda contenente informazioni relative a:

- caratteristiche del paziente
- caratteristiche cliniche del ricovero
- fattori di rischio generali o specifici, stratificazione secondo le più comuni caratteristiche (NNIS)
- presenza di infezioni ospedaliere

Le schede sono compilate da un referente individuato in ogni reparto e dall'ICI, che effettua interventi attivi nei reparti per la raccolta dati e discute i casi con il personale di reparto.

L'ICI si occupa inoltre della revisione periodica degli archivi di laboratorio e dell'eventuale individuazione degli eventi sentinella e della conseguente indagine epidemiologica mirata ad identificare le possibili fonti di infezione.

I dati sono semestralmente elaborati dal Centro Elaborazione Dati dell'Ospedale secondo la traccia fornita nel piano di sorveglianza.

Il CIO discute i risultati della sorveglianza al fine di identificare i problemi dell'attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere (ad esempio: pratiche assistenziali scorrette, scarsa qualità dell'assistenza) e si confronta con i Responsabili dei Dipartimenti al fine di attuare interventi mirati alla loro risoluzione.

Si valuta l'impatto a distanza di tali interventi attraverso lo stesso sistema di sorveglianza.
I risultati dell'elaborazione sono trasmessi sotto forma di report ai reparti accompagnati da una lettera di commento del CIO.

STANDARD 8

E' PRESENTE UN RAPPORTO ANNUALE, CIRCA LE ATTIVITÀ SVOLTE, TRASMESSO ALLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA E SOTTOPOSTO A VERIFICHE DA PARTE DELL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ.

CRITERIO 8.1: E' prodotto un rapporto annuale sulle attività di prevenzione del rischio infettivo che contiene i dati della realizzazione del programma.

➤ **Indicatore 8.1.1:** Esiste un rapporto annuale sulle attività di prevenzione del rischio infettivo?

➤ **Indicatore 8.1.2:** Il rapporto analizza il raggiungimento degli obiettivi prefissati?

Documentazione a supporto:

- ◆ Rapporto annuale

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 8.2: Il rapporto è trasmesso alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria, ai Capi Dipartimento, ai Responsabili delle Unità (strutture semplici e complesse).

➤ **Indicatore 8.2.1:** Esiste evidenza di trasmissione alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria, ai Capi Dipartimento, ai Responsabili delle Unità?

Documentazione a supporto:

- ◆ Lettera di trasmissione
- ◆ Verbali di riunioni

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 8.3: Il rapporto è discusso e verificato con i Capi dei Dipartimenti e con l'Assessore alla Sanità.

➤ **Indicatore8.3.1:** Esiste evidenza di verifica e discussione del rapporto con i Dipartimenti e l'Assessorato alla Sanità?

Documentazione a supporto:

- ◆ Verbali di riunioni

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

L'Ospedale S. Leopoldo, tramite l'UPRI e il CIO, elabora annualmente un rapporto circa le attività di prevenzione e formazione degli operatori per quanto riguarda il rischio infettivo. In tale rapporto sono riferiti gli interventi attuati per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma annuale di attività e dal programma di sorveglianza ed è riportata la valutazione di tali attività.

Il rapporto per questo anno ha evidenziato un sostanziale raggiungimento degli obiettivi proposti sulla base degli indicatori definiti.

Alcuni obiettivi non sono stati raggiunti per problemi economici già analizzati.

Il rapporto è presentato perché sia analizzato dal Direttore Sanitario Aziendale e quindi presentato ai Capi Dipartimento. Esso contiene una elencazione dei problemi aperti ed in particolare l'evidenza di difficoltà nella gestione della politica degli antibiotici, emersa dal sistema di sorveglianza dell'uso delle molecole in prescrizione motivata. Questo problema sarà oggetto di intervento nell'anno successivo.

Nel rapporto sono altresì segnalate le problematiche emerse dal sistema di sorveglianza in Dialisi che ha mostrato carenze nel sistema di disinfezione e le osservazioni fatte presenti dal Gruppo Ispettivo Regionale durante la visita effettuata nel mese di settembre.

Il complesso delle questioni aperte è presentato al CIO per l'opportuna proposta correttiva.

Il rapporto è inoltrato ai Responsabili delle Unità Operative.

STANDARD 9

L'UNITÀ PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ED IL CIO HANNO SUFFICIENTI RISORSE ASSEGNATE.

CRITERIO 9.1: Sono disponibili computer e software adeguati.

➤ **Indicatore 9.1.1:** Sono disponibili computer assegnati all'UPRI?

Documentazione a supporto:

- ◆ Delibera di assegnazione dei PC all'UPRI
- ◆ Bolla di acquisto del computer

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione della delibera e della bolla

➤ **Indicatore 9.1.2:** Sono almeno disponibili:

- accesso ad Internet?
- programma EpiInfo?
- Sistema operativo recente (Windows 98 o 2000)?
- programmi di gestione e automazione dei dati (Word, Excel, Access, SPSS)?

Documentazione a supporto:

- ◆ Computer

Modalità di verifica:

- ◆ Ispezione

CRITERIO 9.2: Esiste la possibilità di accesso alla documentazione e legislazione attraverso abbonamenti specifici o uso di Internet.

➤ **Indicatore 9.2.1:** E' documentabile l'esistenza di abbonamenti a riviste specializzate del settore (es: Journal of Hospital Infections; American Journal of Infection Control; Infection Control and Hospital Epidemiology; Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere) in forma cartacea o in rete?

Documentazione a supporto:

- ◆ Certificazione di abbonamento (cartaceo o in rete) ad una o più riviste

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

CRITERIO 9.3: Sono disponibili locali riservati per l'UPRI, telefono, accesso a fotocopiatrici

➤ **Indicatore 9.3.1:** L'UPRI ha in dotazione locali ad essa riservati, telefono, fax, fotocopiatrice?

Documentazione a supporto:

- ◆ Carta dei servizi

Modalità di verifica:

- ◆ Ispezione

Esempio di compliance al Requisito

L'UPRI dell'Ospedale S. Gertrude ha a disposizione due stanze. Una di queste è lo studio del Responsabile dell'UPRI ed è utilizzata come sala riunioni, nell'altra lavorano l'assistente amministrativa e l'ICI. Entrambe le stanze possiedono una linea telefonica ed un apparecchio.

Sullo stesso piano è presente una fotocopiatrice, utilizzabile dal personale dell'UPRI.

Nella stanza del Responsabile è presente un computer. Si tratta di un Pentium IV con 128 MB di RAM, dotato del sistema operativo Windows ME, contenente l'accesso ad Internet ed i software: Word 2000, Excel 2000, Publisher, Power Point. E' stato sottoscritto l'abbonamento on line alla rivista: American Journal of Infection Control.

STANDARD 10

E' FORNITA FORMAZIONE A TUTTO IL PERSONALE CIRCA LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

CRITERIO 10.1: Il programma di formazione ASL/AO considera esigenza la formazione sulla prevenzione del rischio infettivo.

➤ **Indicatore 10.1.1:** E' presente nel programma di formazione ASL/AO_ una parte dedicata alla formazione sulla prevenzione del rischio infettivo?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di formazione ASL/AO

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 10.1.2:** L'attività di formazione è condotta con metodologia corretta, che preveda la definizione degli obiettivi in base all'analisi dei bisogni formativi, l'individuazione delle tecniche formative e l'attuazione della valutazione del raggiungimento degli obiettivi?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma educativo
- ◆ Esiti della valutazione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 10.1.3:** L'attività di formazione copre le esigenze delle diverse categorie professionali?
L'attività di formazione impegna in media almeno 1 ora all'anno ogni dipendente?

Documentazione a supporto:

- ◆ Partecipanti ai corsi
- ◆ Programmazione dei corsi

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 10.1.4:** Esiste evidenza che ai nuovi assunti è rivolto un corso di formazione specifica?

Esiste evidenza che gli esiti della valutazione del raggiungimento degli obiettivi formativi della formazione specifica fanno parte formale della valutazione successiva all'assunzione?

Gli esiti di valutazione sono trasmessi ai Dirigenti Responsabili?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di formazione specifica sul rischio infettivo

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento
- ◆ Lettera di trasmissione

➤ **Indicatore 10.1.5:** Esiste evidenza di collegamento tra formazione e programma di prevenzione?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma annuale di prevenzione

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 10.1.6:** Il piano di formazione considera i criteri ECM e assegna crediti oggetto di certificazione ufficiale ai sensi della normativa vigente?

Documentazione a supporto:

- ◆ Programma di formazione ASL/AO

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

Esempio di compliance al Requisito

Nell'Ospedale S. Sebastiano è condotta un'attività formativa sulla prevenzione del rischio biologico negli operatori sanitari neoassunti.

Tale attività si basa su un'analisi della realtà effettuata descrivendo la numerosità e la tipologia degli incidenti occupazionali a rischio biologico (per esposizione a liquidi biologici a seguito di punture/lesioni con aghi e strumenti taglienti e per contaminazioni mucocutanee) dei dipendenti ospedalieri, ponendo attenzione anche ai luoghi e alle procedure a rischio, ai mezzi di protezione utilizzati, al tipo di profilassi attuata. E' inoltre effettuata una valutazione scritta riguardante aspetti tecnici del profilo professionale con l'obiettivo di evidenziare criticità e carenze conoscitive.

Sulla base dei risultati di tale analisi sono definiti gli obiettivi educativi, pertinenti alle competenze che il discente deve acquisire, su cui è modellata l'attività formativa che prevede, oltre ad attività di formazione teorica, attività pratiche con simulazione di casi e discussioni di gruppo.

La valutazione dell'apprendimento è effettuata tramite una prova scritta i cui risultati sono sia trasmessi ai discenti, perché possano valutare il proprio grado di apprendimento, sia utilizzati dagli stessi formatori per individuare eventuali carenze nel programma formativo.

I dipendenti sono coinvolti in attività di formazione per un totale annuo di 4 ore.

Ogni 2 mesi sono condotti corsi specifici per i neoassunti organizzati da UPRI, OSRU (Organizzazione Sviluppo Risorse Umane). I corsi utilizzano metodologia di tipo attivo con l'obiettivo di far acquisire sia conoscenze circa i fattori di rischio presenti, sia comportamenti corretti. A questo fine parte del corso è specificatamente dedicata all'analisi degli incidenti evitabili rilevati dal sistema di sorveglianza in corso. Nell'anno trascorso l'analisi eseguita ha portato alla proposta di acquisto di nuovi presidi di sicurezza.

Anche in questo caso alla fine del corso è proposta una prova scritta i cui risultati sono utilizzati per la valutazione successiva dei soggetti.

Per tutti i casi è attivata la procedura per la concessione dei crediti ECM.

STANDARD 11

L'ORGANIZZAZIONE DEFINISCE INDICATORI CHE DIMOSTRINO LA CRESCITA NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO NELLA STRUTTURA SANITARIA

CRITERIO 11.1: Nell'ambito della Carta dei Servizi, dei programmi di valutazione della qualità assistenziale e del sistema di valutazione dei Dipartimenti, previsto dalle attuali norme, sono attivati almeno 3 indicatori riguardanti la prevenzione del rischio infettivo.

➤ **Indicatore 11.1.1:** Esiste una Carta dei Servizi della struttura alla quale appartiene l'UPRI che contiene gli indicatori HAI?

Documentazione a supporto:

- ◆ Carta dei Servizi della struttura

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione della Carta dei Servizi

➤ **Indicatore 11.1.2:** E' documentabile la presenza, all'interno dei report pubblicati periodicamente dall'UPRI, di almeno tre indicatori riguardanti la prevenzione del rischio infettivo?

Documentazione a supporto:

- ◆ Report periodici

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del report

CRITERIO 11.2: Esiste evidenza che questi indicatori sono usati nella valutazione degli operatori.

➤ **Indicatore 11.2.1:** La valutazione periodica dei dirigenti considera il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del rischio infettivo?

Documentazione a supporto:

- ◆ Griglia di valutazione dei dirigenti

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione dei documenti

➤ **Indicatore 11.2.2:** Il Piano Annuale di Attività inserisce tra i suoi obiettivi tre indicatori HAI?

Documentazione a supporto:

- ◆ Piano Annuale di Attività

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione del documento

➤ **Indicatore 11.2.3:** Esistono dati che evidenziano crescita nella performance negli ultimi anni?

Documentazione a supporto:

- ◆ Valore degli indicatori scelti

Modalità di verifica:

- ◆ Presa visione della Carta dei Servizi, del report dell'UPRI e del Piano Annuale di attività

Esempio di compliance al Requisito

Nell'ospedale S. Gennaro è stata stilata una Carta dei Servizi. Sono anche attivati, sulla base della normativa vigente, programmi di valutazione annuale della qualità assistenziale. Ogni anno è pubblicato un report che contiene, oltre agli altri dati, la frequenza degli incidenti occupazionali all'interno della struttura, i tassi di infezione della ferita chirurgica, la frequenza di infezioni in soggetti cateterizzati in interventi selezionati. I dati raccolti evidenziano per gli ultimi tre anni una stabilità nella frequenza degli incidenti occupazionali, una riduzione del tasso di infezione della ferita chirurgica e una aumentata frequenza di infezioni urinarie.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Controls Assurance Standards 2001-2002. Controls Assurance Support Unit
- 2) 2001 Hospital Accreditation Standards. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

ALLEGATO

ISOLAMENTO ED ATTUAZIONE DELLE PRECAUZIONI STANDARD

CONTROLLI AMMINISTRATIVI

EDUCAZIONE.

- ▶ E' sviluppato un sistema che assicura l'uso delle precauzioni da parte del personale ospedaliero, dei pazienti e dei visitatori e stabilisce le responsabilità che ne derivano?

ADESIONE ALLE PRECAUZIONI

- ▶ E' valutata periodicamente la compliance alle Precauzioni e sono utilizzati i risultati per aumentarla?

PRECAUZIONI STANDARD

Sono applicate le Precauzioni Standard per l'assistenza di tutti i pazienti?

LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ Le mani sono lavate dopo aver toccato sangue, liquidi organici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati, indipendentemente dal fatto che siano stati indossati o meno i guanti?
- ▶ Le mani sono lavate immediatamente dopo la rimozione dei guanti, tra i contatti con i pazienti, e quando altrimenti indicato per evitare il trasporto di microrganismi ad altri pazienti o nell'ambiente?
- ▶ Quando necessario le mani sono lavate tra procedure e compiti effettuati sullo stesso paziente al fine di prevenire contaminazioni crociate di differenti siti corporei?
- ▶ E' usato un semplice sapone (non antimicrobico) per il lavaggio routinario delle mani?
- ▶ E' usato un agente antimicrobico o antisettico in soluzione non acquosa per circostanze specifiche (per es. controllo di epidemie o infezioni altamente endemiche), così come stabilito dal programma di controllo delle infezioni?

GUANTI

- ▶ Sono indossati guanti (sono indicati guanti puliti, non sterili) per toccare sangue, liquidi organici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati?
- ▶ Sono indossati guanti puliti immediatamente prima di toccare membrane mucose e cute non integra?
- ▶ I guanti sono cambiati tra procedure e manovre sullo stesso paziente dopo il contatto con materiale che può contenere un'alta concentrazione di microrganismi?
- ▶ I guanti sono rimossi prontamente dopo l'uso, prima di toccare oggetti non contaminati e superfici ambientali e prima di avvicinarsi ad un altro paziente e le mani sono lavate immediatamente per impedire il trasporto di microrganismi su di un altro paziente o nell'ambiente?

MASCHERE, PROTEZIONI PER GLI OCCHI, VISIERE

- ▶ Sono indossati una mascherina e occhiali o una visiera conformi (marchio CEE) per proteggere le mucose degli occhi, del naso e della bocca nel corso di procedure e attività assistenziali a rischio di generare spruzzi o favorire diffusione di sangue, liquidi organici, secrezioni ed escrezioni?

CAMICI

- ▶ E' indossato un camice addizionale (è sufficiente un tipo pulito, non sterile) per proteggere la cute ed i vestiti durante procedure e pratiche assistenziali che possono generare spruzzi o schizzi di sangue, liquidi organici, secrezioni o escrezioni?

- ▶ E' scelto il camice appropriato in funzione del tipo di attività e della quantità di liquidi biologici con cui si ha probabilità di venire a contatto?
- ▶ I camici sporchi sono cambiati quanto prima possibile e le mani sono lavate al fine di impedire il trasporto di microrganismi ad un altro paziente o nell'ambiente?

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

- ▶ Il materiale per l'assistenza al paziente sporco di sangue, liquidi biologici, secrezioni ed escrezioni è maneggiato in modo da prevenire l'esposizione di cute e membrane mucose, la contaminazione dei vestiti ed il trasporto di microrganismi su altri pazienti e nell'ambiente?
- ▶ Il materiale riutilizzabile non è usato per l'assistenza ad un altro paziente prima di essere stato pulito e trattato in modo appropriato?
- ▶ Gli oggetti mono-uso sono eliminati correttamente?

CONTROLLO AMBIENTALE

- ▶ Esistono e sono applicate procedure adeguate per l'assistenza routinaria, pulizia e disinfezione delle superfici ambientali, sponde dei letti, unità del paziente o altre superfici toccate frequentemente?

BIANCHERIA

- ▶ La biancheria usata, contaminata con sangue, liquidi organici, secrezioni ed escrezioni è maneggiata, confezionata in sacchi chiusi a tenuta di liquidi e trattata, in modo da prevenire l'esposizione della cute e delle mucose e la contaminazione dei vestiti ed in modo da evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti e nell'ambiente?

TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI E PATOGENI TRASMESSI PER VIA EMATICA

- ▶ E' posta attenzione al fine di prevenire lesioni durante l'impiego di aghi, bisturi ed altri strumenti o presidi taglienti; maneggiando strumenti taglienti dopo l'esecuzione di procedure; durante la pulizia degli strumenti usati; durante l'eliminazione di aghi impiegati?
- ▶ Non sono reincappucciati gli aghi usati, né sono manipolati altrimenti usando entrambe le mani o è usata ogni altra tecnica che preveda di dirigere la punta dell'ago verso qualsiasi parte del corpo; piuttosto, è usata la tecnica ad una mano sola, lo "scoop" (cucchiaino) o una pinza idonea a maneggiare la guaina dell'ago?
- ▶ Non sono rimossi gli aghi usati dalle siringhe mono-uso con le mani e non sono piegati, spezzati, manipolati gli stessi con le mani?
- ▶ Le siringhe e gli aghi, le lame dei bisturi ed altri oggetti taglienti sono smaltiti in contenitori appropriati, resistenti alle punture e collocati quanto più vicino possibile all'area in cui gli oggetti sono usati?
- ▶ Sono utilizzati boccagli, palloni per ventilazione o altri strumenti per la ventilazione?

SISTEMAZIONE DEI PAZIENTI

- ▶ Un paziente che contamina l'ambiente o che non collabora (o non ci si attende che lo faccia) nel mantenere una appropriata igiene o controllo ambientale è ricoverato in una camera singola? Se questa non fosse disponibile, è interpellato l'esperto in controllo delle infezioni riguardo alla sistemazione del paziente o si ricorre ad altre alternative?

PRECAUZIONI PER LE MALATTIE TRASMESSE PER VIA AEREA

Sono usate in aggiunta alle precauzioni standard in pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti da microrganismi trasmessi per via aerea attraverso nuclei di goccioline o particelle (piccole particelle residue di dimensioni inferiori a 5 micron)?

SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE

- ▶ Il paziente è sistemato in camera singola che abbia: (1) una pressione dell'aria negativa e monitorizzata rispetto alle aree circostanti - (2) da 6 a 12 ricambi d'aria per

ora - (3) uno scarico appropriato dell'aria all'esterno o una filtrazione monitorizzata, ad alta efficienza, dell'aria della stanza prima dell'immissione in altra zone dell'ospedale?

- ▶ La porta della stanza è tenuta chiusa e il paziente in camera?
- ▶ Quando non è disponibile una camera singola, il paziente è sistemato in una camera con un paziente che abbia una infezione attiva sostenuta dallo stesso microrganismo, ma non un'altra infezione, a meno che sia diversamente raccomandato (sistemazione in coorte)? Se ciò non è possibile od opportuno, prima della sistemazione del paziente, è consultato l'esperto in controllo delle infezioni?

PROTEZIONI RESPIRATORIE

- ▶ Sono indossate protezioni respiratorie quando si entra nella stanza di un paziente con tubercolosi polmonare attiva, sospetta o accertata?
- ▶ Le persone recettive non possono entrare in stanze di pazienti accertati o sospetti di morbillo o varicella, se è disponibile altro personale d'assistenza immune?
- ▶ Nel caso in cui soggetti recettivi debbano entrare nella stanza di un paziente riconosciuto o sospettato di avere morbillo o varicella, essi indossano una protezione respiratoria?

TRASPORTO DEI PAZIENTI

- ▶ Il movimento del paziente e il trasporto dalla stanza è limitato solo ai fini essenziali? Se è necessario trasporto o movimento, è minimizzata, se possibile, la dispersione da parte del paziente di nuclei di goccioline facendogli indossare una mascherina chirurgica?

PRECAUZIONI PER MALATTIE TRASMESSE ATTRAVERSO GOCCIOLINE

Sono usate in aggiunta alle precauzioni standard per pazienti riconosciuti sospetti di infezione da microrganismi trasmessi mediante goccioline (goccioline di grandi misure di dimensioni maggiori di 5 micron prodotte dal paziente tossendo, starnutando, parlando o durante l'esecuzione di alcune manovre)?

SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE

- ▶ Il paziente è ricoverato in camera singola? Se questa non è disponibile, è realizzato una sistemazione per coorte? Se anche questa non è fattibile, è mantenuta una separazione spaziale di almeno 1 metro tra paziente infetto e gli altri pazienti e visitatori?
- ▶ Non sono effettuati trattamenti speciali dell'aria o ventilazione e la porta può essere mantenuta aperta?

MASCHERE

- ▶ In aggiunta alle precauzioni standard, quando si lavora entro 1 metro dal paziente è indossata una maschera?

TRASPORTO DEL PAZIENTE

- ▶ Lo spostamento del paziente e dalle camere è limitato ai soli casi necessari, minimizzando la dispersione di goccioline da parte del paziente mediante l'impiego della maschera?

PRECAUZIONI DA CONTATTO

Sono impiegate in aggiunta alle precauzioni standard in pazienti riconosciuti o sospetti di infezione o colonizzazione da microrganismi epidemiologicamente importanti che possono

essere trasmessi per contatto diretto con il paziente (contatto con le mani o cute contro cute) o contatto diretto, toccando superfici ambientali o oggetti, in uso per l'assistenza del paziente, presenti nell'ambiente?

SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE

- ▶ Il paziente è ricoverato in camera singola? Quando non è disponibile, è realizzata una sistemazione per coorte? Se anche questa non è attuabile, è considerata l'epidemiologia del microrganismo e la popolazione dei degenti nello scegliere la sistemazione del paziente, anche con l'aiuto di un esperto di controllo delle infezioni?

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ In aggiunta all'uso dei guanti così come sottolineato nella Precauzioni Standard sono indossati guanti (sono sufficienti guanti puliti, non sterili) quando si entra nella stanza?
- ▶ Durante l'attività assistenziale, i guanti sono cambiati dopo il contatto con materiale infettivo che possa contenere alte concentrazioni di microrganismi (materiale fecale e drenaggi da ferite)?
- ▶ I guanti sono rimossi prima di abbandonare l'unità del paziente e le mani lavate immediatamente con un antimicrobico o un antisettico privo di acqua?
- ▶ Dopo la rimozione dei guanti ed il lavaggio delle mani, le stesse non toccano oggetti o superfici ambientali potenzialmente contaminate della camera del paziente, onde evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o ambienti?

CAMICI

- ▶ Oltre all'uso del camice come indicato nelle Precauzioni standard, il camice è indossato (è sufficiente un camice pulito, non necessariamente sterile) quando si entra in una camera se si prevede che il vestiario avrà un contatto sostanziale con il paziente, o se lo stesso è incontinente o ha la diarrea, o è portatore di ileostomia, o colostomia, o drenaggio della ferita, non protetto da una medicazione?
- ▶ Il camice è tolto prima di abbandonare la camera del paziente, assicurandosi che il vestiario non venga in contatto con superfici ambientali potenzialmente contaminate al fine di evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o nell'ambiente?

TRASPORTO DEL PAZIENTE

- ▶ Il movimento e il trasporto del paziente dalla camera è limitato ai motivi essenziali, assicurandosi che siano mantenute precauzioni per minimizzare il rischio di trasmissione di microrganismi verso altri pazienti e la contaminazione delle superfici o delle attrezzature?

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA

- ▶ Quando è possibile, a ogni paziente è assegnato (o a coorti di individui infettati o colonizzati dal patogeno richiedente precauzioni) un'attrezzatura assistenziale non critica personale, per evitare le disseminazioni tra gli altri degenti? Se è inevitabile l'uso in comune di attrezzature od oggetti, prima di utilizzarli per altri, sono puliti adeguatamente e disinfettati?

LAVAGGIO DELLE MANI

INDICAZIONI AL LAVAGGIO DELLE MANI

In assenza di una vera emergenza, il personale si lava sempre le mani:

- ▶ Prima di eseguire una procedura invasiva?
- ▶ Prima di assistere pazienti particolarmente suscettibili di infezione (pazienti fortemente immunocompromessi, ad esempio pazienti con trapianto di midollo, o neonati)?
- ▶ Prima e dopo aver toccato ferite chirurgiche, traumatiche o associate con un dispositivo invasivo?
- ▶ Dopo situazioni durante le quali è probabilmente avvenuta la contaminazione microbica delle mani, specialmente quelle che prevedono il contatto con membrane mucose, sangue o fluidi corporei, secrezioni o escrezioni?
- ▶ Dopo aver toccato materiale inanimato che è probabilmente stato contaminato con microrganismi patogeni o epidemiologicamente importanti (batteri multiresistenti, alert organism); questi materiali includono dispositivi per la misurazione delle urine o impianti di raccolta delle secrezioni?
- ▶ Dopo aver assistito un paziente infetto o probabilmente colonizzato da microrganismi particolari o epidemiologicamente significativi (batteri multiresistenti, alert organism)?
- ▶ Tra contatti con differenti pazienti nelle Unità ad alto rischio (Unità di Rianimazione, Terapia Intensiva, Dialisi)?

TECNICA DI LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ Per il lavaggio di routine delle mani, è eseguito un vigoroso strofinamento di tutte le superfici insaponate delle mani per almeno 10 secondi, seguito da risciacquo sotto il getto d'acqua?

ATTREZZATURE PER IL LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ In ogni ospedale sono collocate attrezzature per il lavaggio delle mani? Queste attrezzature sono posizionate in tutti i locali adiacenti alle stanze dove sono eseguite procedure diagnostiche o invasive che richiedono il lavaggio delle mani (per es. cateterismo cardiaco, broncoscopie, colonscopie, ecc.)?

DISINFEZIONE E STERILIZZAZIONE

PULIZIA

- ▶ Gli oggetti da disinfettare o sterilizzare sono accuratamente lavati per rimuovere tutte le sostanze organiche (sangue e tessuti) e altri residui?

INDICAZIONI PER LA STERILIZZAZIONE E LA DISINFEZIONE AD ALTO LIVELLO

- ▶ I presidi medici critici o gli strumenti utilizzati in tessuti normalmente sterili o nel sistema vascolare o nei quali scorre il sangue sono sottoposti a sterilizzazione prima dell'uso?
- ▶ Laparoscopi, artroscopi e altri strumenti endoscopici che vengono utilizzati in tessuti normalmente sterili sono sottoposti a sterilizzazione prima dell'uso; se non è possibile, essi sono almeno sottoposti alla disinfezione ad alto livello?
- ▶ Gli strumenti che toccano le membrane mucose (es. sonde endotracheali, circuiti respiratori utilizzati durante l'anestesia e strumenti per la terapia respiratoria) sono almeno sottoposti alla disinfezione ad alto livello utilizzando prodotti adeguati (ad es: aldeide glutarica, acido peracetico)?
- ▶ La disinfezione ad alto livello è seguita da un risciacquo con acqua sterile?

DISINFEZIONE AD ALTO LIVELLO DEGLI ENDOSCOPI

- ▶ Gli endoscopi sono accuratamente puliti con un detergente enzimatico (raccomandato dalla ditta produttrice dello strumento) immediatamente dopo l'uso?
- ▶ Tutti i canali sono irrigati e spazzolati, se accessibili, per rimuovere il materiale particolato?
- ▶ Tutte le parti immergibili dell'endoscopio sono sciacquate con acqua?
- ▶ La soluzione detergente è eliminata dopo l'uso?
- ▶ Le spazzole per la pulizia sono monouso oppure sono sottoposte alla disinfezione ad alto livello o alla sterilizzazione dopo l'uso?
- ▶ Nel caso sia utilizzata aldeide glutarica, tutte le superfici immergibili interne ed esterne rimangono a contatto con il disinfettante almeno 20 minuti?
- ▶ Gli endoscopi sono completamente asciugati?
- ▶ Gli accessori riutilizzabili che penetrano la barriera mucosa (ad es. pinze per la biopsia) sono puliti meccanicamente (ad es. con ultrasuoni) e in seguito sterilizzati a vapore prima di essere utilizzati in un altro paziente?
- ▶ Sono effettuati test di routine sui liquidi utilizzati per la sterilizzazione o la disinfezione ad alto livello per assicurare la minima concentrazione efficace del prodotto attivo?

MONITORAGGIO BIOLOGICO DELL'AUTOCLAVE

- ▶ Se il test per le spore rimane positivo, l'utilizzo dell'autoclave è interrotto fino alla sua riparazione?

USO DI STRUMENTI STERILI

- ▶ Non sono utilizzati strumenti la cui sterilità è dubbia (es: per involucri bucati o lacerati o bagnati)?

PREPARAZIONE, STERILIZZAZIONE, CONFEZIONAMENTO E STOCCAGGIO

- ▶ Il trattamento degli strumenti riutilizzabili avviene attraverso un metodo riconosciuto dalla ditta produttrice?
- ▶ Il ciclo di sterilizzazione è periodicamente validato, secondo quanto disposto dal D. Lgs. 46/97?

- ▶ Il protocollo utilizzato analizza le fasi di preparazione, sterilizzazione, confezionamento e stoccaggio?
- ▶ Esiste un sistema formale di rintracciabilità?
- ▶ I luoghi in cui è attuato il processo sono conformi ai requisiti strutturali previsti dalla normativa vigente?

CONTROLLO DELLE RESISTENZE ANTIMICROBICHE IN OSPEDALE

- ▶ Sono disponibili Linee Guida aggiornate riguardanti le modalità di somministrazione di antibiotici per le situazioni cliniche più frequenti?
- ▶ E' disponibile un Prontuario Terapeutico?
- ▶ Nel Prontuario Terapeutico ci sono antibiotici in prescrizione controllata?
- ▶ Esiste un sistema di sorveglianza delle resistenze antimicrobiche, che permette di distinguere le infezioni comunitarie da quelle ospedaliere (***suddivise per reparto di ricovero e sede di insorgenza***)?
- ▶ Esiste un elenco di "alert organism"?
- ▶ E' effettuato il monitoraggio della relazione tra uso di antibiotici e resistenze?

- ▶ Non sono utilizzate per la profilassi né vancomicina né cefalosporine di III generazione?
- ▶ Sono stati isolati stafilococchi meticillina-resistenti, oxacillina-resistenti o enterococchi vancomicina-resistenti?
- ▶ Nel caso vengano identificati batteri multiresistenti, al paziente portatore sono applicate le misure di isolamento?

RACCOLTA, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEI CAMPIONI DI LABORATORIO

- ▶ Esiste un modello di richiesta standardizzato e completo (che comprenda elaborazioni microbiologiche di routine)?
- ▶ Esiste evidenza che tale modulo di richiesta venga sempre compilato e che tale compilazione sia corretta?
- ▶ I campioni vengono confezionati con protezioni idonee (buste, doppi contenitori, etc.)?
- ▶ All'interno dei reparti sono disponibili i presidi e le dotazioni per eseguire almeno:
 - emocolture;
 - punta di catetere vascolare;
 - ricerca di anaerobi;
 - tamponi faringeo, oculare, auricolare;
 - urocolture;
 - ricerca di micobatteri;
 - essudati;
 - liquor;
 - espettorato, broncoaspirato;
 - feci;
 - secreto uretrale e liquido seminale, esame batteriologico vaginale e cervicale?
- ▶ Viene effettuata una segnalazione per le Unità Operative in relazione alla consegna di materiali eventualmente contaminati?
- ▶ I report evidenziano un utilizzo corretto del Laboratorio?
- ▶ Vengono regolarmente rilevati gli incidenti conseguenti a trasporto di materiali biologici?
- ▶ I dati evidenziano assenza di incidenti correlati al trasporto di campioni di laboratorio?

PREVENZIONE INCIDENTI OCCUPAZIONALI ED UTILIZZO PRESIDI

- ▶ Esiste, nel documento di valutazione dei rischi, la valutazione del rischio biologico?
- ▶ I dispositivi di protezione individuale a disposizione degli operatori sanitari sono adeguati al rischio individuato con la valutazione?
- ▶ I dispositivi di protezione individuale sono conformi alla normativa di legge?
- ▶ Sono forniti
 - maschere;
 - camici;
 - occhiali;
 - visiere;
 - scarpe;
 - copricapi?
- ▶ Esiste evidenza di un loro effettivo impiego (dati di consumo)?
- ▶ Esiste valutazione dell'opportunità di utilizzo dei presidi di sicurezza?

- ▶ Il tasso di incidenti percutanei e mucocutanei occupazionali per 100 operatori è inferiore al tasso medio regionale?
- ▶ Esiste valutazione della sottonotifica degli incidenti occupazionali?

SORVEGLIANZA DI INCIDENTI CON ESPOSIZIONE A LIQUIDI BIOLOGICI E PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE

- ▶ Sono disponibili ed accessibili all'interno dei reparti le procedure di gestione degli incidenti con esposizione a liquidi biologici?
- ▶ A livello del DEA sono disponibili ed accessibili protocolli corretti per la gestione degli incidenti con esposizione a liquidi biologici?
- ▶ A livello del DEA sono disponibili i moduli per la richiesta di esami da utilizzarsi in caso di infortunio con esposizione a liquidi biologici?
- ▶ Esistono e sono disponibili:
 - farmaci antiretrovirali;
 - vaccino anti Epatite B;
 - immunoglobuline anti Epatite B?
- ▶ Esiste evidenza che tutti gli operatori per i quali sia indicata la profilassi post-esposizione siano sottoposti a tale profilassi e ad un adeguato follow-up (rapporto esposti ad HIV/totale profilassati per HIV (esclusi i dinieghi))?
- ▶ Sono elaborati regolarmente i tassi di incidenti occupazionali con esposizione a liquidi biologici?
- ▶ Il tasso di incidenti è omogeneo rispetto alla media regionale?
- ▶ Esiste evidenza di uso dei dati SIO (report, iniziative)?
- ▶ Sono applicate misure per i dipendenti HBV positivi o HCV positivi?

CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- ▶ E' stata effettuata la valutazione del rischio di infezione tubercolare nell'ospedale?
- ▶ E' stato istituito un programma di controllo dell'infezione adeguato al rischio?
- ▶ La responsabilità del programma è assegnata a personale qualificato, con esperienza nel campo della prevenzione delle infezioni e della medicina del lavoro?

DIAGNOSI DI TUBERCOLOSI

- ▶ E' effettuato di routine all'ingresso in ospedale lo screening dei pazienti con tosse persistente di durata superiore a tre settimane o con altri segni o sintomi di infezione tubercolare (emottisi, sudorazione notturna, calo ponderale, anoressia, febbre)?
- ▶ Sono applicate accurate misure diagnostiche nei pazienti con sospetta tubercolosi in fase attiva (tali misure comprendono: anamnesi, esame obiettivo, test con PPD, RX torace, esame microscopico e colturale dell'escreato)?
- ▶ Il laboratorio possiede i test più rapidi disponibili per la diagnosi od invia i campioni ad un laboratorio di riferimento qualora l'ospedale sia classificato come "a basso rischio"?
- ▶ I risultati dell'esame citologico sull'escreato sono disponibili entro 24 ore dalla raccolta del campione?

TRATTAMENTO DEI PAZIENTI

- ▶ I pazienti ai quali sia stata diagnosticata un'infezione tubercolare in fase attiva sono prontamente sottoposti a trattamento secondo le correnti linee guida?

PRATICHE DI ISOLAMENTO DEI PAZIENTI

- ▶ I pazienti con tubercolosi in fase attiva sono posti in aree di isolamento?
- ▶ Ai pazienti con diagnosi di tubercolosi in fase attiva sono forniti una mascherina chirurgica da indossare al fine di ridurre l'emissione di goccioline di Flügge e le istruzioni per l'uso di tale mascherina; essi sono istruiti su come coprire con fazzoletti il naso e la bocca durante accessi di tosse o starnuti?
- ▶ Le stanze di isolamento sono tenute chiuse al fine di assicurare il mantenimento di una pressione negativa all'interno?
- ▶ La pressione negativa all'interno delle stanze è monitorata giornalmente?
- ▶ Sono effettuati un minimo di 6 ricambi di aria all'ora all'interno delle stanze di isolamento?
- ▶ L'aria contenuta nelle stanze di isolamento entra nel circolo generale dell'aria?
- ▶ L'isolamento è terminato solo quando il paziente è effettivamente in terapia, presenta miglioramenti rilevabili clinicamente e l'esito di tre esami colturali su escreato effettuati in giorni successivi è negativo?
- ▶ E' effettuato isolamento dei casi sospetti?

PROTEZIONI RESPIRATORIE

- ▶ I dispositivi di protezione respiratoria sono indossati da: personale che entra nella stanza di isolamento in cui si trovano pazienti con certa o sospetta diagnosi di tubercolosi; operatori presenti durante procedure che inducono la tosse in tali pazienti; operatori esposti a procedure che generano vapori provenienti da aerosol?
- ▶ I dispositivi di protezione respiratoria soddisfano i seguenti requisiti: la capacità di filtrare particelle del diametro di 1 µm e l'adesione al volto per almeno il 90% della superficie del dispositivo; sono inoltre disponibili in almeno tre formati per adattarsi alle diverse caratteristiche degli operatori?

PROCEDURE CHE INDUCONO IL RIFLESSO DELLA TOSSE

Tali procedure includono l'intubazione endotracheale, la raccolta dell'escreato, trattamenti aerosol (es. terapia con pentamidina).

- ▶ Su pazienti con certa o sospetta diagnosi di tubercolosi in fase attiva le procedure che inducono la tosse sono eseguite solo in caso di assoluta necessità?
- ▶ Tali procedure sono svolte in locali con adeguati impianti di aspirazione o, se ciò non è possibile, in locali che soddisfano i requisiti di ventilazione per l'isolamento?
- ▶ Il personale presente nella stanza nella quale sono effettuate tali procedure indossano adeguate protezioni respiratorie?
- ▶ Dopo l'esecuzione della procedura i pazienti rimangono all'interno delle stanze di isolamento finché non è cessata la tosse?

FORMAZIONE DEL PERSONALE

- ▶ Tutto il personale riceve adeguati programmi di formazione inerenti la tubercolosi, sia al momento dell'assunzione, sia periodicamente (ad es. annualmente) dopo adeguata valutazione delle necessità formative?

Il programma di formazione include i seguenti elementi:

- I concetti basilari sull'infezione tubercolare;
- L'esposizione occupazionale alla tubercolosi;
- I principi di controllo dell'infezione che riduce il rischio di trasmissione della tubercolosi;
- Lo scopo del test cutaneo con PPD;
- I principi della terapia preventiva in soggetti con infezione latente;
- I principi della terapia farmacologica per la tubercolosi;
- L'importanza della notifica dei casi;
- I rischi associati all'infezione tubercolare in soggetti HIV positivi;
- Lo sviluppo potenziale di anergia cutanea in caso di riduzione delle risposte immunitarie (conta linfocitaria CD4+);
- Informazioni concernenti l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione con BCG e i principi dello screening con PPD in soggetti vaccinati?

COUNSELING, SCREENING E PROGRAMMI DI PREVENZIONE PER GLI OPERATORI

- ▶ Sono istituiti interventi di counseling e programmi di screening e di prevenzione per gli operatori sanitari?
- ▶ Gli operatori che hanno uno stato di salute caratterizzato da compromissione delle risposte immunitarie e che lavorano in reparti nei quali siano a rischio di esposizione al Mycobacterium tuberculosis sono trasferiti ad altri reparti?
- ▶ Tutti gli operatori sanitari al momento dell'assunzione, anche coloro precedentemente vaccinati con BCG, sono sottoposti a test cutaneo con PPD?
- ▶ Tutti gli operatori risultati positivi al test con PPD sono sottoposti a Rx del torace? Nel caso in cui l'Rx risulti negativo non è ripetuto in assenza di sintomi attribuibili ad infezione tubercolare?
- ▶ Gli operatori con una storia documentata di positività al test con PPD e che abbiano ricevuto un adeguato programma terapeutico o preventivo non sono sottoposti ad ulteriore test con PPD in assenza di segni o sintomi suggestivi di tubercolosi?
- ▶ Gli operatori negativi al test con PPD sono sottoposti al test ad intervalli regolari?
- ▶ Tutti i test con PPD sono somministrati, letti ed interpretati in accordo con le correnti linee guida da personale specificamente formato?
- ▶ Tutti gli operatori sanitari che presentano tosse persistente (ad es. di durata superiore alle tre settimane), in particolare associata ad altri sintomi suggestivi di infezione tubercolare, sono sottoposti ad immediata valutazione diagnostica?
- ▶ Gli operatori con tubercolosi polmonare o laringea sono allontanati dal luogo di lavoro per tutto il periodo di infettività?
- ▶ Per poter riprendere la propria attività lavorativa gli operatori con diagnosi di tubercolosi producono adeguata documentazione che attesti che hanno ricevuto una

terapia adeguata, che è avvenuta la risoluzione della tosse e che l'esame su escreato è risultato negativo in tre valutazioni successive?

- ▶ Non sono allontanati dal luogo di lavoro gli operatori con localizzazione tubercolare diversa dai polmoni o dalla laringe?
- ▶ Gli operatori che hanno ricevuto un adeguato trattamento preventivo in caso di infezione latente possono svolgere senza restrizioni la propria attività lavorativa?
- ▶ E' elaborato il tasso di pazienti sieronegativi?
- ▶ E' nota la copertura immunitaria dei dipendenti?
- ▶ Il rischio è rivalutato annualmente?
- ▶ Sono applicate misure nei confronti di contatti degli operatori con diagnosi di tubercolosi?

CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

PERSONALE

- ▶ I cateteri sono inseriti solo da persone (personale ospedaliero, familiari o il paziente stesso) che conoscono la tecnica corretta per l'inserimento e il mantenimento del catetere in asepsi?

USO DEL CATETERE

- ▶ I cateteri sono inseriti solo quando necessario (presenza di ostruzione delle vie urinarie, vescica neurologica e ritenzione urinaria, presenza di interventi di tipo urologico o altri interventi, misurazione del volume urinario in pazienti critici) e lasciati in sede solo per il tempo necessario? Essi non sono usati per agevolare il lavoro del personale sanitario?

LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ Le mani sono lavate immediatamente prima e dopo ogni manipolazione del catetere?

INSERIMENTO DEI CATETERI

- ▶ I cateteri sono inseriti usando la tecnica asettica e l'attrezzatura sterile?
- ▶ I cateteri sono fermati in modo appropriato, per evitare movimenti e trazioni uretrali?

DRENAGGIO STERILE A CICLO CHIUSO

- ▶ E' mantenuto un sistema di drenaggio continuo, sterile e a ciclo chiuso?
- ▶ Il catetere e il tubo di drenaggio non sono mai disconnessi, a meno che il tubo di drenaggio non debba essere irrigato?

IRRIGAZIONE

- ▶ Sono utilizzati siringhe sterili di dimensioni grandi e liquidi sterili per l'irrigazione, in seguito eliminati?
- ▶ L'irrigazione è eseguita in condizioni di asepsi?

RACCOLTA CAMPIONI

- ▶ Nel caso occorra un piccolo volume di urine fresche da esaminare, è disinfettata la parte distale del catetere, o, se presente, la valvola di scarico, e sono aspirate le urine con una siringa e un ago sterili?
- ▶ Nel caso occorra un grande volume di urine per analisi particolari, è prelevato in condizioni di asepsi dalla sacca di raccolta?

FLUSSO URINARIO

- ▶ E' mantenuto un flusso continuo. (Occasionalmente è possibile ostruire temporaneamente il catetere per la raccolta di campioni o per altre necessità mediche)?
- ▶ Per mantenere un flusso continuo:
 - a) Il catetere e il tubo di raccolta non presentano né pieghe né gomiti?
 - b) La sacca di raccolta è svuotata regolarmente utilizzando un contenitore di raccolta per ogni paziente (il rubinetto di drenaggio e i contenitori di raccolta non sterili non vengono mai in contatto)?
 - c) I cateteri malfunzionanti od ostruiti sono irrigati o, se necessario, sostituiti?
 - d) Il sacco di raccolta è sempre posto più in basso rispetto alla vescica del paziente?

GESTIONE DEL CATETERE

▶ Sono istruiti i pazienti sulla gestione dei cateteri a domicilio?

CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

RACCOMANDAZIONI PREOPERATORIE

Preparazione preoperatoria del paziente

- ▶ E' identificato e trattato ogni focolaio infettivo prima dell'intervento? Sono rinviati interventi di elezione in pazienti con focolai infettivi?
- ▶ Se occorre praticare la tricotomia, è fatta subito prima dell'intervento, usando "clipper" anziché rasoi o creme depilatorie?
- ▶ E' controllata la glicemia nei pazienti diabetici prima dell'intervento? La glicemia è mantenuta <200 mg/dl durante l'intervento e nelle prime 48 ore?
- ▶ E' incoraggiata l'astensione dal fumo: è sospeso nei 30 giorni precedenti l'intervento ogni tipo di fumo (sigarette, sigari, pipa, ecc.?)
- ▶ E' praticata una doccia o un bagno con agenti antisettici la notte o la mattina dell'intervento?
- ▶ E' pulita e lavata a fondo la regione dell'intervento e quella circostante, per rimuovere le grosse particelle contaminanti, prima di eseguire la preparazione antisettica della cute?
- ▶ Sono utilizzati per la preparazione antisettica preoperatoria della cute alcol (70-92%) o clorexidina (0,5-2-4% in soluzione alcolica) o iodofori?
- ▶ Nella cartella clinica è riportata la preparazione preoperatoria del paziente?

Preparazione preoperatoria del personale chirurgico

- ▶ Le unghie sono corte? Non sono utilizzate unghie artificiali?
- ▶ E' eseguito il lavaggio chirurgico per 3-5 minuti con uno degli antisettici raccomandati: il lavaggio chirurgico comprende mani, avambracci e gomiti?
- ▶ Terminato il lavaggio, le mani sono tenute in alto scostate dal corpo, lasciando gocciolare l'acqua dai gomiti, sono asciugate con un panno sterile e sono indossati il camice e i guanti sterili?

Gestione del personale chirurgico infetto o colonizzato

- ▶ Il personale chirurgico che abbia segni e sintomi di un'infezione trasmissibile è educato e incoraggiato a riferire prontamente il proprio stato di salute al Responsabile e al personale di Medicina Preventiva del Servizio?
- ▶ Sono sviluppate strategie ben definite a proposito delle responsabilità verso l'assistenza al paziente quando il personale ha infezioni potenzialmente trasmissibili? Queste strategie contengono indicazioni a proposito di: (a) responsabilità degli operatori nell'utilizzare il Servizio Sanitario e nel denunciare lo stato di malattia; (b) restrizioni lavorative; (c) autorizzazione a riprendere il lavoro dopo una malattia che abbia comportato restrizioni lavorative? Le strategie identificano anche il personale che abbia l'autorità di rimuovere gli operatori ammalati dal lavoro?
- ▶ Sono eseguite colture microbiologiche appropriate ed è sospeso dal lavoro il personale chirurgico che abbia lesioni essudative, fino a quando l'infezione sia scomparsa o il personale abbia ricevuto una adeguata terapia e l'infezione sia risolta?
- ▶ Non è escluso routinariamente dal lavoro il personale chirurgico che risulti colonizzato da organismi quali lo Stafilococco aureo (naso, mani o altri sedi corporee) e lo Streptococco di gruppo A, a meno che non sia stata epidemiologicamente accertata la responsabilità di tale personale nella diffusione dell'organismo nell'ambiente sanitari?

Profilassi antimicrobica

- ▶ E' somministrata una profilassi antibiotica solo quando indicato e sono selezionati i tipi di antibiotici in base alla loro efficacia contro i patogeni più comunemente causa di SSI per lo specifico tipo di intervento e in base alle raccomandazioni disponibili?
- ▶ Esistono protocolli per la somministrazione della profilassi che prendono in considerazione gli antibiotici suggeriti dalla letteratura prevalente (es: medical letter) per i principali interventi chirurgici (es: tonsillectomia, safenectomia, mastectomia, protesi d'anca, riparazione di ernie, appendicectomia, interventi sul colon)?
- ▶ E' somministrata la dose iniziale di antibiotico per via venosa, in modo tale che ci sia una concentrazione battericida nel siero e nei tessuti del paziente nel momento in cui è eseguita l'incisione? Sono mantenute nel siero e nei tessuti concentrazioni terapeutiche del farmaco durante tutto l'intervento e al massimo per poche ore dopo che la ferita è stata chiusa in sala operatori? *(La somministrazione di antibiotici per profilassi (generalmente per via endovenosa) deve sempre precedere l'atto operatorio (entro 1h30-2h prima dell'intervento), possibilmente prima dell'induzione dell'anestesia, ed è limitata alla durata dell'intervento. In caso di chirurgia prolungata può rendersi necessaria la somministrazione di una dose intraoperatoria); la profilassi può durare 24 ore, eccezionalmente 48 ore dopo l'intervento.)*
- ▶ Prima di operazioni elettive al colon retto, in aggiunta alla raccomandazione appena esposta, il colon è preparato meccanicamente tramite l'uso di clisteri e agenti catartici? Sono somministrati per via orale agenti antimicrobici non assorbibili, in dosi frazionate durante il giorno prima dell'intervento?
- ▶ Per interventi di taglio cesareo ad alto rischio l'agente profilattico antimicrobico è somministrato subito dopo la chiusura del cordone ombelicale?
- ▶ Non è somministrata di routine vancomicina per la profilassi antimicrobica?
- ▶ Nella cartella clinica è riportato il tipo di profilassi chirurgica somministrata al paziente?

RACCOMANDAZIONI INTRAOPERATORIE

a. Ventilazione

- ▶ In Sala Operatoria è mantenuta una pressione positiva rispetto alle aree e ai corridoi adiacenti?
- ▶ Sono mantenuti almeno 15 ricambi d'aria all'ora, di cui almeno 3 di aria fresca?
- ▶ Tutta l'aria (99,99%), fresca e ricircolata, è trattata con filtri appositi?
- ▶ L'aria fresca è introdotta presso il soffitto, quella da raccogliere presso il pavimento?
- ▶ Non sono utilizzate in sala operatoria le radiazioni UV per prevenire SSI?
- ▶ Le porte sono tenute chiuse salvo il tempo strettamente necessario per il passaggio del personale, del paziente e delle attrezzature?

b) Pulizia e disinfezione delle superfici

- ▶ In presenza di evidente contaminazione di superfici o attrezzature da parte di sangue o liquidi corporei, è utilizzato un disinfettante appropriato per pulire le aree prima dell'intervento successivo?
- ▶ Il pavimento dell'ambiente operatorio è deterso dopo l'ultimo intervento con un disinfettante appropriato?
- ▶ Non sono effettuate pulizie o disinfezioni particolari o chiusura della sala dopo interventi contaminati o sporchi?
- ▶ Non sono utilizzati tappetini adesivi posti all'ingresso della sala operatoria?

c) Campionamenti microbiologici

- ▶ Non sono eseguiti C di routine? Campionamenti dell'aria o delle superfici sono praticati solo durante le indagini epidemiologiche?

d) Sterilizzazioni degli strumenti chirurgici

- ▶ Tutti gli strumenti sono sterilizzati secondo le linee guida disponibili?
- ▶ La sterilizzazione "flash" è effettuata solo per gli strumenti che devono essere utilizzati subito sul paziente (es. per riutilizzare un presidio inavvertitamente caduto) e non è usata per motivi di convenienza o come alternativa all'acquisto di set aggiuntivi di strumenti o per risparmiare tempo?

e) Abbigliamento chirurgico e telini

- ▶ E' indossata una maschera chirurgica che copre la bocca e il naso per tutta la durata dell'intervento o se sono esposti strumenti sterili?
- ▶ E' indossato un copricapo che copre tutti i capelli quando si entra nella Sala Operatoria?
- ▶ Non sono indossati copriscarpe?
- ▶ Il team chirurgico indossa guanti sterili, infilati dopo aver indossato un camice sterile?
- ▶ I tessuti dei camici e dei teli costituiscono un'effettiva barriera anche quando intrisi di liquidi?
- ▶ E' cambiata la divisa chirurgica visibilmente sporca, contaminata o intrisa di sangue o altri materiali potenzialmente infettivi?

f) Ruolo della tecnica chirurgica

- ▶ Sono rispettati i principi dell'asepsi quando si posizionano dispositivi intravascolari (es. cateteri venosi centrali), cateteri per anestesia spinale o epidurale e quando si somministrano farmaci intravenosi?
- ▶ L'intervento è condotto delicatamente, con una buona emostasi, evitando tessuti devitalizzati e corpi estranei, riducendo gli spazi morti?
- ▶ Nella chirurgia gravemente contaminata (classe III e IV) la ferita è lasciata guarire per seconda intenzione o è utilizzata una chiusura primaria ritardata?
- ▶ Quando necessari, i drenaggi utilizzati sono a sistema chiuso ed in aspirazione, sono fatti passare per una controincisione e rimossi appena possibile?

CURA DELLA FERITA DOPO L'INTERVENTO

- ▶ L'incisione è protetta con una medicazione sterile per 24-48 ore, e ci si assicura che sia asciutta?
- ▶ Le mani sono lavate con un agente antisettico prima e dopo ogni medicazione o contatto con la ferita chirurgica?

SORVEGLIANZA

- ▶ Sono utilizzate le definizioni di SSI del CDC senza modifiche per identificare le infezioni in pazienti ricoverati e ambulatoriali?
- ▶ Per il reperimento di casi in pazienti ricoverati (incluse le riammissioni) sono utilizzate l'osservazione diretta prospettica della ferita chirurgica, la rilevazione indiretta prospettica o una combinazione del metodo diretto e indiretto, per l'intera durata dell'ospedalizzazione del paziente?
- ▶ Per il reperimento di casi in pazienti ambulatoriali, è usato un metodo che concili le risorse disponibili con i bisogni conoscitivi?
- ▶ Per ogni paziente sottoposto ad un intervento scelto per la sorveglianza, sono rilevate quelle variabili che sono state riconosciute come associate ad un aumento di rischio di SSI (es. classe della ferita chirurgica, classe ASA, durata dell'operazione)?
- ▶ Sono calcolati periodicamente i tassi di SSI specifici per tipo di intervento e stratificati secondo le variabili riconosciute come associate ad un aumento di rischio di SSI (es. scala di rischio NNIS)?
- ▶ Sono trasmessi al personale chirurgico report sui tassi di SSI, stratificati e specifici per tipo di intervento. Il formato e la frequenza ottimali di tali dati sono determinati dall'ammontare dei casi stratificati (denominatore) e dagli obiettivi delle iniziative di miglioramento della qualità del servizio?

CONTROLLO DELLE POLMONITI NOSOCOMIALI

FORMAZIONE

- ▶ Sono effettuati incontri di formazione (almeno uno negli ultimi due anni) rivolti agli operatori ed inerenti la diagnosi e la cura delle polmoniti nosocomiali (da Legionella spp, Aspergillus spp, Virus Respiratorio Sinciziale) e le procedure atte a prevenire la loro diffusione?

SORVEGLIANZA

- ▶ E' effettuata una sorveglianza delle polmoniti batteriche nei pazienti ad alto rischio (ad es. pazienti sottoposti a ventilazione meccanica assistita) al fine di determinarne il trend temporale e di identificare i potenziali problemi connessi?

INTERRUZIONE DELLA TRASMISSIONE DEI MICRORGANISMI

- ▶ Tutte le apparecchiature che devono essere sterilizzate o disinfettate, vengono completamente pulite?
- ▶ Tutte le apparecchiature semicritiche (ad es. quelle che vengono a contatto con membrane mucose o con il tratto respiratorio inferiore) sono sterilizzate a vapore (in autoclave) o sottoposte ad un alto livello di disinfezione?
- ▶ Dopo la disinfezione ad alto livello le apparecchiature semicritiche, sono risciacquate con acqua sterile o pastorizzata?
- ▶ Il meccanismo interno dei ventilatori meccanici, dei macchinari per l'anestesia o per i test di funzionamento polmonare non sono sottoposti di routine a sterilizzazione o disinfezione?
- ▶ Il circuito di ventilazione utilizzato da un solo paziente è sostituito solo in caso di danneggiamento o malfunzionamento?
- ▶ Gli umidificatori a nebulizzazione e gli apparecchi per l'ossigenoterapia sono sterilizzati o sottoposti a disinfezione ad alto livello dopo l'uso in un paziente?
- ▶ Il condensato che si raccoglie nel tubo del ventilatore meccanico è eliminato periodicamente, senza essere drenato verso il paziente? Il personale decontamina le mani lavandole con acqua e sapone o utilizzando un agente antisettico senz'acqua dopo la procedura o la manipolazione del liquido?
- ▶ I componenti riutilizzabili del ventilatore meccanico o del circuito del paziente (ad es. tubo tracheale, maschera facciale; tubi per la respirazione, umidificatore...) sono puliti e sterilizzati o sottoposti ad un alto livello di disinfezione con soluzioni chimiche o di pastorizzazione, secondo le indicazioni del produttore?
- ▶ E' utilizzata acqua sterile o pastorizzata per riempire i gorgogliatori?
- ▶ Un umidificatore di ossigeno a vapore caldo (Heat Moisture Exchanger) utilizzato da un solo paziente non è sostituito di routine con un intervallo inferiore a 48 ore, a meno che non sia danneggiato o malfunzionante?
- ▶ Sono sostituiti fra pazienti i dispositivi utilizzati per la somministrazione di ossigeno con umidificatore a parete?
- ▶ I nebulizzatori di piccoli volumi di farmaci "in linea" o manuali sono disinfettati, risciacquati con acqua sterile o pastorizzata e asciugati fra un trattamento e l'altro sullo stesso paziente?
- ▶ Per la nebulizzazione sono utilizzati fluidi sterili o pastorizzati e la nebulizzazione avviene in asepsi?
- ▶ Sono utilizzati solo nebulizzatori mist-tent e serbatoi sterili o sottoposti alla disinfezione ad alto livello?
- ▶ I respiratori portatili, i sensori di ossigeno e altri dispositivi per la respirazione sono sottoposti alla sterilizzazione o alla disinfezione ad alto livello dopo l'uso in un paziente?

- ▶ I dispositivi di ventilazione manuale (es. Ambu) sono sterilizzati o soggetti a disinfezione ad alto livello dopo l'uso in un paziente?
- ▶ Il boccaglio e il tubo dei macchinari per i test di funzionamento polmonare sono sterilizzati o soggetti a disinfezione ad alto livello dopo l'uso in un paziente?
- ▶ Gli umidificatori di grandi volumi di aria che creano aerosol sono sottoposti alla sterilizzazione o alla disinfezione ad alto livello almeno giornalmente e riempiti solo con acqua sterile?
- ▶ E' previsto l'utilizzo di filtri nei dispositivi utilizzati, per il controllo delle polmoniti nosocomiali?
- ▶ Il personale effettua il lavaggio delle mani dopo il contatto con mucose, secrezioni, od oggetti contaminati da secrezioni respiratorie, indipendentemente dall'uso dei guanti?
- ▶ Il personale utilizza i guanti durante il contatto con secrezioni od oggetti contaminati da secrezioni respiratorie?
- ▶ Il personale cambia i guanti per ogni paziente visitato?
- ▶ La tracheostomia è effettuata in condizioni di sterilità?
- ▶ Il tubo della tracheostomia è sostituito in asepsi?

MODIFICA DEL RISCHIO DI INFEZIONE DELL'OSPITE

- ▶ I pazienti ad alto rischio di infezione grave da pneumococco (soggetti di età > 65 anni; soggetti di età 2-64 anni con patologie croniche cardiovascolari, polmonari, diabete mellito, alcolismo, patologie epatiche croniche o CSF leaks, con asplenia anatomica o funzionale, che vivono in particolari ambienti o situazioni sociali; soggetti immunocompromessi di età > 2 anni con infezione da HIV, leucemia, linfoma, morbo di Hodgkin, mieloma multiplo, neoplasia, insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica o altre condizioni associate ad immunodepressione, come il trapianto di cellule staminali emopoietiche, trapianto di organi, la chemioterapia immunosoppressiva, inclusa la terapia a lungo termine con corticosteroidi somministrati per via sistemica; i soggetti ricoverati nelle strutture di lunga degenza) sono vaccinati con il vaccino 23-valente?
- ▶ I dispositivi endotracheali, la tracheostomia e/o i sondini digestivi sono rimossi e la nutrizione parenterale è interrotta non appena le condizioni cliniche lo permettono?
- ▶ Quando è possibile, ai pazienti che hanno già avuto una ventilazione meccanica non è ripetuta l'intubazione endotracheale?
- ▶ E' effettuata l'intubazione orotracheale piuttosto che quella nasotracheale, a meno che non sia controindicata dalle condizioni del paziente?
- ▶ Se non ci sono controindicazioni mediche, la testata del letto dei pazienti ad alto rischio di polmonite da aspirazione è posizionata con un angolo di 30-45°?
- ▶ I pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento, soprattutto quelli a rischio di infezione polmonare (pazienti con interventi su addome, torace, testa o collo, pazienti con disfunzioni polmonari o malformazioni toraciche o anomalie dei test polmonari), sono istruiti a respirare profondamente e a camminare non appena le condizioni cliniche lo permettono?
- ▶ I pazienti durante il periodo post-operatorio sono incoraggiati a respirare profondamente, muoversi nel letto e camminare non appena è possibile?
- ▶ All'interno dell'ospedale non viene effettuata di routine la profilassi antibiotica per prevenire le polmoniti nosocomiali?

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE POLMONITI NOSOCOMIALI DA LEGIONELLA

- ▶ Nella diagnosi differenziale dei casi di polmonite è inclusa la polmonite da Legionella spp e sono condotti test diagnostici di laboratorio per confermare o meno tale ipotesi, soprattutto nei pazienti ad alto rischio (pazienti immunocompromessi, inclusi i pazienti

trapiantati; pazienti che ricevono steroidi per via sistemica; pazienti con età > 65 anni; pazienti con una malattia cronica come diabete mellito, patologie ostruttive croniche del polmone, patologie cardiache congestive)?

- ▶ E' frequentemente controllata la disponibilità e la richiesta da parte dei medici dei test diagnostici per *Legionella* spp? Nel caso in cui si ha uno scarso utilizzo dei test nei pazienti con diagnosi o sospetto di polmonite, sono intraprese misure per implementarlo (ad es. corsi di formazione)?
 - ▶ Quando viene costruito un nuovo palazzo, le torri di raffreddamento sono collocate in modo che i fumi siano diretti lontano dalle prese d'aria dell'ospedale e sono disegnate in modo che il volume dei fumi di aerosol sia minimo?
 - ▶ Nelle torri di raffreddamento è installato uno scarico dei fumi, è utilizzato regolarmente un efficace biocida, è effettuata manutenzione secondo le raccomandazioni del produttore e sono conservati i dati ad essa relativi?
 - ▶ Nel caso in cui sia isolata *Legionella* spp nell'acqua potabile erogata in un'unità di trapianto, anche nel caso in cui non si siano verificate colture positive, o nel caso in cui si sia verificato un caso certo di polmonite nosocomiale confermato in laboratorio (insorto dopo 10 o più giorni di ricovero) o probabile (insorto tra 2-9 giorni di ricovero) o nel caso in cui due o più pazienti sviluppino una polmonite da *Legionella* spp confermata in laboratorio entro 6 mesi l'uno dall'altro o entro 2-10 giorni dall'aver frequentato un'unità di trapianto per pazienti esterni, sono adottati i seguenti provvedimenti:
 - decontaminazione dell'acqua;
 - invito ai pazienti immunocompromessi a non fare la doccia;
 - utilizzo di acqua non contaminata per le spugnature dei pazienti che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali emopoietiche;
 - rifornimento per i pazienti che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali emopoietiche di acqua sterile per lavare i denti, bere e per irrigare il sondino nasogastrico?
 - ▶ Nel caso in cui in un'Unità che non ricovera pazienti severamente immunocompromessi si verifica un caso certo confermato in laboratorio di polmonite nosocomiale da *Legionella* spp o due o più casi probabili confermati in laboratorio che si manifestano entro 6 mesi l'uno dall'altro:
 - è condotta una indagine epidemiologica attraverso una revisione retrospettiva dei dati microbiologici, sierologici e autoptici per identificare casi precedenti ed è avviata una stretta sorveglianza prospettica per individuare ulteriori casi?
- Nel caso in cui sia evidente una trasmissione continua
- è condotta un'indagine ambientale per individuare la fonte di *Legionella* spp attraverso la raccolta di campioni di acqua da fonti potenziali di aerosol e sono sottoposti gli isolamenti di *Legionella* spp ottenuti dal paziente e dall'ambiente?
 - se la fonte è identificata in seguito alle indagini epidemiologiche e ambientali si procede alla decontaminazione?
 - Se è implicato il sistema dell'acqua potabile:
 - si procede alla decontaminazione dell'acqua attraverso il riscaldamento o l'iperclorazione? Il riscaldamento prevede il raggiungimento di temperature pari a 71°-77°C e il loro mantenimento finché è progressivamente raggiunto ogni punto del sistema (è raccomandato un tempo minimo di 5 minuti, anche se potrebbe essere necessario un periodo di tempo superiore, poiché non è conosciuto il periodo di tempo ottimale di riscaldamento)? Sono collocati ad ogni punto di erogazione dell'acqua segnali di pericolo per evitare ustioni in pazienti, parenti, personale sanitario? Se possibile, il riscaldamento viene effettuato nei momenti di minor utilizzo della struttura (ad es. durante la notte o il fine settimana)?

Nel caso in cui non sia possibile effettuare il riscaldamento è utilizzato lo shock ipercloreamico che prevede l'aggiunta di cloro, preferibilmente durante la notte, fino ad ottenere in tutto il sistema una concentrazione di residuo libero di cloro di almeno 2 mg/L (2 ppm) (questo può richiedere la clorazione dell'acqua dell'impianto di riscaldamento o contenuta nelle cisterne fino a livelli di 20-50 mg/L (20-50 ppm))? Il pH dell'acqua è mantenuto fra 7.0 e 8.0?

- sono pulite le cisterne dell'acqua calda e i riscaldatori di acqua per rimuovere incrostazioni e sedimenti?
- Se sono implicati le torri di raffreddamento o i condensatori di vapore, il sistema è decontaminato seguendo linee guida riconosciute a livello internazionale (ad es. CDC Guideline for Environmental Control in Healthcare Facilities)?
- E' conservata una adeguata documentazione riguardante le misure di controllo, incluse le procedure di mantenimento, e i risultati dei test ambientali condotti sulle torri di raffreddamento e sul sistema dell'acqua potabile?

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE POLMONITI NOSOCOMIALI DA ASPERGILLO

- ▶ Nella diagnosi differenziale dei casi di polmonite è inclusa la polmonite da *Aspergillus* spp, soprattutto nei pazienti ad alto rischio (pazienti con severa e prolungata neutropenia (numero di neutrofili $<500/\text{mm}^3$ per 2 settimane o $<100/\text{mm}^3$ per 1 settimana), con maggior riguardo ai pazienti che hanno ricevuto un trapianto di cellule staminali, pazienti che hanno ricevuto un trapianto di polmone o di cuore-polmone, pazienti con neoplasie del sistema ematico che hanno ricevuto chemioterapia nel momento in cui diventano neutropenici e pazienti che ricevono alte dosi di steroidi per tempi prolungati)?
- ▶ E' effettuata una sorveglianza dei casi di polmonite nosocomiale da *Aspergillus* spp attraverso la revisione dei dati microbiologici, istopatologici, autoptici?
- ▶ Non sono effettuati di routine tamponi nasofaringei periodici in pazienti asintomatici ad alto rischio?
- ▶ Non sono effettuati di routine campionamenti microbiologici dei dispositivi utilizzati per la terapia respiratoria, i test di funzionamento polmonare, la somministrazione per via inalatoria di anestesia nelle Unità di trapianto di cellule staminali emopoietiche né della polvere presente nelle stanze dei soggetti con trapianto di cellule staminali emopoietiche?
- ▶ I pazienti che hanno ricevuto un trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche sono ricoverati in ambiente protetto, che assicura di ridurre al minimo l'accumulo di spore fungine attraverso i seguenti requisiti:
 - filtrazione dell'aria in entrata con filtri HEPA (high-efficiency particulate air);
 - flusso d'aria diretto nella stanza;
 - pressione d'aria positiva nelle stanze dei pazienti rispetto al corridoio;
 - stanze a chiusura ermetica;
 - numero di scambi di aria per ora 12?
- ▶ Non sono di routine utilizzati flussi laminari negli ambienti protetti?
- ▶ Il sistema di trattamento dell'aria negli ambienti protetti e in altre aree di cura di pazienti ad alto rischio è effettuato seguendo linee guida riconosciute a livello internazionale (ad es. CDC Guideline for Environmental Control in Healthcare Facilities)?
- ▶ Sono utilizzati metodi adeguati per il controllo della polvere nelle aree di ricovero di pazienti immunocompromessi?
 - a) Le superfici orizzontali sono pulite giornalmente con un panno inumidito utilizzando un disinfettante adeguato
 - b) Non sono utilizzati metodi che disperdono la polvere (ad es. piumino per spolverare)

- c) Gli aspirapolvere sono mantenuti in buone condizioni e dotati di filtri HEPA nelle aree con pazienti ad alto rischio
 - d) Le porte delle stanze dei pazienti immunocompromessi sono tenute chiuse quando viene effettuata la pulizia dei pavimenti del corridoio con aspirapolvere, per ridurre al minimo l'esposizione alla polvere inalabile
 - e) Non sono utilizzati moquette, mobili o arredamenti tappezzati nelle stanze occupate da pazienti immunocompromessi
- ▶ E' ridotto al minimo il periodo di tempo trascorso dai pazienti immunocompromessi fuori dalla loro stanza per procedure diagnostiche o altre attività?
 - ▶ Le strategie per il controllo delle infezioni sono periodicamente riviste in collaborazione con il personale degli uffici tecnici e dei servizi di ristorazione?
 - ▶ Nel caso in cui siano previste attività di costruzione o rinnovamento nel servizio, è presa in considerazione l'eventualità che pazienti ad alto rischio di polmonite da *Aspergillus spp* siano esposti ad elevate quantità di spore presenti nell'aria e, se questo può accadere, è sviluppato un piano per prevenire l'esposizione?
 - ▶ Durante le attività di costruzione o rinnovamento sono costruite barriere impermeabili fra le aree di costruzione e le aree di cura dei pazienti per prevenire la penetrazione di polvere in queste ultime?
 - ▶ Il passaggio pedonale dall'area di costruzione è indirizzato lontano dalle aree di cura dei pazienti, per limitare l'apertura e la chiusura di porte (o di altre barriere) che possono causare dispersione di polvere, immissione di aria contaminata?
 - ▶ Non sono permessi fiori freschi o secchi o piante in vaso nelle aree di cura dei pazienti immunocompromessi?

Nel caso si verifichi un caso di polmonite da *Aspergillus spp*:

- ▶ E' valutato se l'infezione è comunitaria o nosocomiale utilizzando le seguenti informazioni:
 - tassi precedenti di malattia nel servizio;
 - ricerca di casi concorrenti o recenti attraverso una revisione dei dati microbiologici, istopatologici e autoptici;
 - durata del ricovero del paziente prima dell'insorgenza della polmonite;
 - ricoveri, visite o trasferimenti da altri reparti o strutture?
- ▶ Nel caso esista la possibilità che si tratti di polmonite nosocomiale è condotta un'indagine epidemiologica e una valutazione ambientale per individuare e eliminare le fonti di *Aspergillus spp*?
- ▶ E' utilizzato un antifungino (ad es. copper-8-quinolinolato) per la decontaminazione dei materiali strutturali che sono implicati nella trasmissione dell'infezione?

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE, VIRUS PARAINFLUENZALE E ADENOVIRUS

- ▶ E' stabilito un sistema attraverso il quale il personale sanitario è prontamente avvisato di ogni aumento di infezioni da virus respiratorio sinciziale (RSV), virus parainfluenzale, adenovirus o altri virus respiratori nella comunità locale?
- ▶ Durante il periodo di maggior prevalenza di sintomatologia causata da malattie respiratorie virali nella comunità e nell'ospedale nella diagnosi differenziale sono incluse le infezioni da RSV, l'influenza, la parainfluenza o altre infezioni respiratorie virali e sono utilizzati tecniche di diagnosi rapide nei pazienti ricoverati con malattie respiratorie e che sono ad alto rischio di complicanze (ad es. pazienti pediatrici, pazienti con compromissione della funzione polmonare, cardiaca, immunitaria)?
- ▶ In caso di presenza di pazienti con infezione da RSV, virus parainfluenzale, adenovirus sono adottate le precauzioni standard, da contatto e da goccioline?
- ▶ Il personale con un infezione del tratto respiratorio superiore in atto ha un accesso limitato alla cura di pazienti ad alto rischio di complicanze da infezione virale del tratto respiratorio (ad es. bambini con grave condizione cardio-polmonare, bambini che ricevono chemioterapia, neonati prematuri)?
- ▶ Non è permesso alle persone con sintomi di un'infezione respiratoria di recarsi in visita a pazienti pediatrici, immunocompromessi o con patologie cardiache?

PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFLUENZA NOSOCOMIALE

- ▶ Il personale sanitario è vaccinato ogni anno prima della stagione influenzale?
- ▶ La copertura immunitaria del personale sanitario è almeno del 30%?
- ▶ In caso di presenza di pazienti con influenza sono adottate le precauzioni standard e da goccioline?
- ▶ E' presa in considerazione l'eventualità che il personale sanitario con una malattia di tipo influenzale sia esentato dallo svolgere compiti che prevedono il contatto diretto con i pazienti, soprattutto nelle aree in cui i pazienti sono a più alto rischio di complicanze da influenza (ad es: Unità di Terapia Intensiva, Nido, Unità di Trapianto, soprattutto di cellule staminali emopoietiche)?

CONTROLLO DELLE INFEZIONI ASSOCIATE ALL'USO DI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

FORMAZIONE DEL PERSONALE

- ▶ Sono condotti interventi di formazione del personale sanitario inerenti la gestione dei dispositivi intravascolari e le misure da adottare per prevenire le infezioni?
- ▶ E' attuato un sistema di sorveglianza delle batteriemie associate all'uso di dispositivi intravascolari?

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI

- ▶ E' ispezionato giornalmente visivamente o attraverso la palpazione il sito di inserzione del dispositivo intravascolare. Nel caso in cui il paziente lamenti manifestazioni suggestive di infezione locale o sistemica (gonfiore a livello del sito di inserzione, febbre di eziologia non nota) la medicazione è rimossa per permettere l'esame del sito di inserzione?
- ▶ Non è effettuata di routine la coltura della punta del catetere?

LAVAGGIO DELLE MANI

- ▶ E' effettuato il lavaggio delle mani con acqua e sapone antisettico o con un gel/schiuma a base di alcol utilizzabile senz'acqua prima e dopo l'inserimento, la sostituzione, la palpazione o la medicazione di ogni dispositivo intravascolare?
- ▶ Non è effettuata palpazione del sito di inserzione dopo l'applicazione di un antisettico, a meno che non sia fatta in asepsi?
- ▶ Il lavaggio delle mani è effettuato anche se vengono indossati i guanti?

INSERIMENTO DEL CATETERE

- ▶ L'inserimento del catetere e la sua cura sono condotte in asepsi?
- ▶ Sono utilizzati guanti sterili per l'inserimento dei cateteri? Nel caso siano utilizzati guanti non sterili per l'inserimento di cateteri venosi periferici, il sito di accesso non è più toccato dopo l'applicazione dell'antisettico sulla cute?
- ▶ Non sono utilizzate di routine procedure che richiedono l'incisione venosa o arteriosa per l'inserimento dei cateteri?
- ▶ Qualora l'uso non sia più indicato clinicamente il dispositivo intravascolare è rimosso?

CURA DEL SITO DI INSERIMENTO DEL DISPOSITIVO INTRAVASCOLARE

- ▶ Prima dell'inserimento di un dispositivo intravascolare la cute è trattata con un antisettico appropriato (di preferenza un preparato a base di clorexidina al 2%, altrimenti alcol 70%, iodopovidone 10%, tintura di iodio 2%) lasciato agire per un adeguato periodo di tempo (lo iodopovidone deve agire per almeno due minuti o fino a che non si è asciugato)?
- ▶ Non sono utilizzati solventi organici (ad es. acetone ed etere) prima dell'inserimento del catetere o durante il cambio della medicazione?
- ▶ Sono utilizzate garze sterili o cerotti trasparenti semipermeabili per ricoprire il sito di inserzione?
- ▶ La medicazione è cambiata nel caso in cui si bagni, si stacchi o si sporchi?
- ▶ Non sono applicate di routine pomate topiche antimicrobiche sul sito di inserzione del catetere venoso periferico (ad eccezione dei cateteri dialitici)?

SOSTITUZIONE DEI SET DI SOMMINISTRAZIONE

- ▶ I set di somministrazione sono sostituiti ad intervalli non più brevi di 72 ore, a meno che non sia sospettata o documentata un'infezione?

- ▶ I deflussori usati per la somministrazione di sangue, derivati del sangue od emulsioni lipidiche sono sostituiti entro 24 ore dall'inizio dell'infusione?
- ▶ I deflussori utilizzati per la somministrazione di propofol sono sostituiti ogni 6-12 ore a seconda dell'uso, in base alle indicazioni del produttore?
- ▶ Le vie di accesso al sistema sono trattate con un antisettico e sono utilizzati per l'accesso solo presidi sterili?
- ▶ Le infusioni di preparati per nutrizione parenterale contenenti lipidi sono terminate entro 24 ore dall'inizio della somministrazione?
- ▶ Le infusioni di emulsioni lipidiche sono terminate entro 12 ore dall'inizio della somministrazione? Nel caso in cui il volume da somministrare richieda un tempo superiore, l'infusione è comunque terminata entro 24 ore?

ACCESSI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

- ▶ E' eseguita l'antisepsi dei dispositivi per l'introduzione di farmaci con alcol al 70% o iodopovidone prima di accedere al sistema?
- ▶ Tutte le vie di accesso sono incappucciate quando non sono in uso?

PREPARAZIONE E CONTROLLI DI QUALITA' DELLE MISCELE ENDOVENESE

- ▶ Le soluzioni parenterali sono preparate sotto cappa a flussi laminari in asepsi?
- ▶ Tutti i contenitori delle soluzioni sono controllati prima dell'uso per rilevare la presenza di torbidità, rotture o incrinature, formazione di precipitati e la data di scadenza?
- ▶ I fluidi delle soluzioni monodose avanzati sono eliminati?
- ▶ I flaconi multidose sono conservati in frigorifero dopo l'apertura qualora ciò venga raccomandato dalla casa produttrice?
- ▶ I tappi di gomma dei flaconi multidose sono disinfettati con alcol al 70% prima dell'inserimento di un dispositivo?
- ▶ Ogni volta che si usa un contenitore multidose è utilizzato un dispositivo sterile ed è evitata la contaminazione del tappo di gomma?
- ▶ I contenitori multidose sono eliminati quando la loro sterilità è compromessa?

FILTRI SULLA LINEA DI INFUSIONE

- ▶ Viene evitato l'uso routinario di filtri per il controllo delle infezioni?

PERSONALE ADDETTO ALLA TERAPIA ENDOVENOSA

- ▶ L'inserimento e la gestione dei dispositivi intravascolari sono gestiti da personale appositamente formato?

PROFILASSI ANTIMICROBICA

- ▶ Non sono somministrati di routine farmaci antimicrobici prima dell'inserimento o durante l'uso di dispositivi intravascolari allo scopo di prevenire le colonizzazioni e le batteriemie?

CATETERI VENOSI PERIFERICI

SELEZIONE DEL CATETERE

- ▶ I cateteri sono selezionati sulla base dello scopo per cui vengono usati e della durata del loro utilizzo, conoscendone le complicanze (es. flebiti), e sulla base dell'esperienza dell'operatore?
- ▶ Non sono utilizzati aghi di acciaio per la somministrazione di fluidi o di farmaci che possono causare necrosi tissutale nel caso di fuoriuscita dal vaso?
- ▶ Per le terapie endovenose di durata superiore ai 6 giorni sono presi in considerazione i cateteri di media grandezza o i cateteri centrali inseriti perifericamente?

SELEZIONE DEL SITO DI INSERIMENTO DEL CATETERE

- ▶ Negli *adulti* sono utilizzati di preferenza gli arti superiori rispetto agli arti inferiori per l'inserimento del catetere? Il catetere è trasferito dagli arti inferiori a quelli superiori non appena è possibile?

SOSTITUZIONE DEL CATETERE

- ▶ I cateteri venosi periferici sono rimossi quando il paziente presenta segni di flebite (es. febbre, eritema, cordone venoso palpabile) nel sito di inserzione?
- ▶ Negli *adulti* i cateteri venosi periferici corti sono sostituiti ogni 72-96 ore e viene cambiato il sito di inserzione per diminuire il rischio di flebite? Se gli accessi venosi sono limitati e non vi sono segni di flebite i cateteri venosi periferici sono lasciati in sede più a lungo monitorizzando strettamente il paziente?
- ▶ I cateteri di media grandezza non sono sostituiti di routine con lo scopo di ridurre il rischio di infezioni?
- ▶ Nei bambini il catetere venoso periferico è lasciato in sede fino alla fine della terapia, a meno che insorgano complicanze?

CURA DEL CATETERE E DEL SITO DI INSERZIONE

- ▶ Non sono applicate di routine pomate topiche antimicrobiche nel sito di inserzione del catetere venoso periferico?

CATETERI VENOSI E ARTERIOSI CENTRALI

SORVEGLIANZA

- ▶ Nelle Unità di Terapia Intensiva è condotta una sorveglianza per determinare il tasso di batteriemie e sepsi causate dai cateteri intravascolari, monitorizzarne l'andamento nel tempo e correggere eventuali errori nelle procedure di controllo delle infezioni?

SELEZIONE DEL CATETERE

- ▶ E' utilizzato il catetere venoso centrale con il minor numero necessario di accessi e lumi per la cura del paziente?
- ▶ Nel caso in cui una strategia adottata per ridurre il tasso di infezioni ematiche correlate all'inserimento di cateteri intravascolari (comprensiva di formazione specifica per il personale che inserisce e gestisce i cateteri, rispetto delle regole di sterilità, uso di clorexidina al 2% per la preparazione della cute) non abbia consentito di conseguire l'obiettivo prefissato, sono utilizzati in *adulti* per cui è prevista una terapia di durata superiore a 5 giorni CVC impregnati con un antimicrobico o un antisettico?
- ▶ E' designato all'inserimento dei cateteri venosi e arteriosi centrali personale appositamente formato?
- ▶ Sono utilizzati CVC cuffiati per la dialisi nel caso in cui è previsto che un accesso temporaneo sia prolungato (ad es. > di 3 settimane)?
- ▶ Sono utilizzati fistole o impianti al posto del CVC come accesso permanente per la dialisi?

SELEZIONE DEL SITO DI INSERZIONE DEL CATETERE

- ▶ Sono valutati i rischi e i benefici dei CVC: si riduce il rischio di complicanze infettive ma aumenta il rischio di complicanze meccaniche (pneumotorace, puntura dell'arteria succlavia, lacerazione della vena succlavia, emotorace, trombosi, embolia, malposizionamento)?
- ▶ E' utilizzata la succlavia, piuttosto che la giugulare o la femorale, per il posizionamento del CVC nontunnellizzati?
- ▶ Per il posizionamento dei cateteri utilizzati per l'emodialisi e per l'aferesi sono utilizzate la vena giugulare o femorale piuttosto che la succlavia per evitare stenosi venosa e permettere un eventuale cateterismo venoso centrale?

PRECAUZIONI PER L'INSERIMENTO DEL CATETERE

- ▶ E' utilizzata la tecnica asettica e sono usati guanti e camici sterili, la visiera e un grande telo sterile per l'inserimento del catetere (compresi i cateteri centrali inseriti perifericamente o per la sostituzione con guida metallica)?
- ▶ E' utilizzata una guaina sterile per proteggere il catetere arterioso polmonare durante l'inserimento?

SOSTITUZIONE DEL CATETERE

- ▶ Non sono sostituiti di routine i CVC, i PICC, i cateteri per l'emodialisi o i cateteri arteriosi polmonari per prevenire le infezioni correlate al cateterismo?
- ▶ Ogni CVC a breve termine è rimosso nel caso di secrezione purulenta nel sito di inserzione?
- ▶ Non sono utilizzate guide metalliche per la sostituzione di cateteri nei soggetti in cui si sospetta un'infezione correlata al catetere?
- ▶ Non sono utilizzate guide metalliche per la sostituzione di cateteri nontunnellizzati per prevenire l'insorgenza di infezioni?
- ▶ E' utilizzata una guida metallica per sostituire un catetere nontunnellizzato malfunzionante, se non ci sono evidenze di infezione del sito di inserzione?

CURA DEL CATETERE E DEL SITO DI CATETERIZZAZIONE

- ▶ La medicazione del sito di inserzione del catetere è sostituita quando il presidio è sostituito o quando è bagnata o inizia a staccarsi o è sporca o quando è necessaria una ispezione del sito?
- ▶ La medicazione con garza del sito di inserzione del catetere CVC a breve termine è sostituita ogni 2 giorni, la medicazione trasparente almeno ogni 7 giorni, ad eccezione di quei pazienti pediatrici nei quali il rischio di rimozione del catetere è maggiore del beneficio dato dalla sostituzione della medicazione?
- ▶ La medicazione del sito di inserzione dei CVC tunnellizzati o impiantati è sostituita non più di una volta a settimana, a meno che il sito non sia guarito?

CATETERI ARTERIOSI PERIFERICI E STRUMENTI PER MONITORIZZARE LA PRESSIONE

SELEZIONE DEL SISTEMA PER MONITORIZZARE LA PRESSIONE

- ▶ Quando possibile è utilizzato un trasduttore assemblato usa e getta piuttosto che uno riutilizzabile?

SOSTITUZIONE DEL CATETERE E DEL SISTEMA PER MONITORIZZARE LA PRESSIONE

- ▶ I trasduttori, sia usa e getta sia riutilizzabili, sono sostituiti ogni 96 ore, insieme agli altri componenti del sistema?

CURA DEL SISTEMA DI MONITORIZZAZIONE

- ▶ Tutti i componenti del circuito del sistema di monitoraggio (compresi gli strumenti di calibratura e le soluzioni di irrigazione) sono sterili?
- ▶ Quando l'accesso al sistema di monitoraggio avviene tramite una membrana piuttosto che un rubinetto, la membrana è pulita con un appropriato antisettico prima di accedere al sistema?
- ▶ Non sono somministrate soluzioni contenenti destrosio o fluidi per la nutrizione parenterale attraverso il circuito di monitoraggio della pressione?
- ▶ Sono utilizzati trasduttori usa e getta?
- ▶ Nel caso in cui non siano utilizzabili trasduttori usa e getta, i trasduttori riutilizzabili sono sterilizzati secondo le indicazioni del fabbricante?

CATETERI OMBELICALI

CURA DEL SITO DI INSERZIONE

- ▶ Il sito di inserzione è trattato con un antisettico prima dell'inserimento del catetere ombelicale? Sono evitate le tinture di iodio per il potenziale effetto sulla tiroide del neonato (possono essere utilizzati altri prodotti a base di iodio, ad es. iodopovidone)?
- ▶ Non sono utilizzate pomate topiche antibiotiche sul sito di inserzione del catetere, poiché possono promuovere infezioni micotiche e resistenze antimicrobiche?
- ▶ Ai fluidi somministrati attraverso il catetere arterioso ombelicale sono aggiunte basse dosi di eparina (0,25-1,0 F/ml)?

PREVENZIONE DI MALATTIE TRASMISSIBILI SUSCETTIBILI DI PROFILASSI VACCINALE

TETANO

- ▶ E' offerta a tutti i lavoratori del settore sanitario la vaccinazione antitetanica?
- ▶ La copertura immunitaria (risultante dalla somma dei soggetti vaccinati dall'Ospedale e dei soggetti vaccinati in precedenza) raggiunta nell'anno trascorso nei soggetti a rischio (addetti manutenzione, lavanderia, raccolta rifiuti) è del 100%?

ROSOLIA

- ▶ E' offerta a tutti i lavoratori neo-assunti che si dichiarano non immuni la vaccinazione antirosolia?
- ▶ La copertura immunitaria raggiunta (risultante dalla somma dei soggetti vaccinati e dei soggetti immuni) nell'anno trascorso è del 95%

VARICELLA

- ▶ E' offerta a tutti i lavoratori neo-assunti che si dichiarano non immuni la vaccinazione antivariella?
- ▶ La copertura immunitaria (risultante dalla somma dei soggetti vaccinati e dei soggetti immuni) raggiunta nell'anno trascorso è del 95%
- ▶ E' presa in considerazione l'eventualità che le lavoratrici in stato di gravidanza siano esonerate dallo svolgere compiti che prevedono il contatto diretto con i pazienti infetti da varicella

INFLUENZA

- ▶ E' offerta a tutti gli operatori sanitari la vaccinazione antiinfluenzale?
- ▶ La copertura immunitaria raggiunta nell'anno trascorso è almeno del 30%?

EPATITE B

- ▶ Per l'epatite B la copertura immunitaria (risultante dalla somma dei soggetti vaccinati o immuni o non responder) raggiunta nell'anno trascorso è superiore al 90%?

CITOMEGALOVIRUS E PARVOVIRUS

- ▶ E' presa in considerazione l'eventualità che le lavoratrici in stato di gravidanza siano esonerate dallo svolgere compiti che prevedono il contatto diretto con i pazienti infetti da Citomegalovirus o da Parvovirus?

TRATTAMENTO DELLA BIANCHERIA

- ▶ La biancheria viene raccolta in sacchi impermeabili?
- ▶ Le zone di stoccaggio sono:
 - lavabili;
 - separate;
 - ventilate?
- ▶ La biancheria, qualora risulti particolarmente contaminata (fortemente intrisa di sangue o liquidi organici potenzialmente infetti), è posta in sacchi idrosolubili e immediatamente rimossa dalle zone destinate alla cura del paziente?
- ▶ Il sacco idrosolubile è a sua volta posto in un sacco riportante la dicitura: "biancheria sporca"?
- ▶ La biancheria contaminata è manipolata e scossa il meno possibile?
- ▶ I cuscini e i materassi sono raccolti in contenitori impermeabili?
- ▶ Gli operatori sanitari prestano attenzione allo smaltimento della biancheria affinché nel sacco di raccolta della biancheria non cadano accidentalmente strumenti (rasoi, pinze, aghi, ecc.) usati durante l'assistenza al paziente?
- ▶ La lavanderia rispetta i requisiti di minima dell'accreditamento per quanto riguarda le caratteristiche microclimatiche (temperatura interna invernale non inferiore a 18°C, 10 ricambi di aria/ora, velocità dell'aria non superiore a 2 m/s, filtrazione dell'aria con filtri a media efficienza)?
- ▶ Esiste separazione fra le varie zone della lavanderia (percorso sporco-pulito)?
- ▶ Il processo di decontaminazione prevede la pastorizzazione?

PULIZIA E SMALTIMENTO RIFIUTI

PULIZIA

- ▶ Esiste un documento per la valutazione della pulizia ambientale ospedaliera?
- ▶ Sono identificati indicatori per la valutazione del livello di pulizia ambientale ospedaliero?
- ▶ La valutazione del livello di pulizia ambientale ospedaliera è effettuata a scadenze predeterminate?
- ▶ Sono identificate le sedi da controllare per la valutazione del livello di pulizia ambientale?
- ▶ Esiste una lista di prodotti corretti da utilizzare per la pulizia ambientale?
- ▶ Sono identificate procedure per la pulizia di aree contaminate da prodotti biologici?

SMALTIMENTO RIFIUTI

- ▶ E' identificata la modalità di smaltimento dei diversi tipi di rifiuti (urbani, infetti...)?
- ▶ Tutti i materiali provenienti dal malato sono raccolti nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti?
- ▶ Tutti i materiali taglienti e pungenti provenienti dal malato sono smaltiti nei contenitori imperforabili (Halibox)?
- ▶ Gli Halibox non sono riempiti per più di 3/4 della loro capacità?
- ▶ Gli Halibox sono richiusi ermeticamente ed eliminati in contenitori?
- ▶ I materiali pungenti e/o taglienti sono riposti negli Halibox con le parti taglienti e/o pungenti rivolte verso il fondo del contenitore?
- ▶ Si controlla sempre che gli oggetti smaltiti negli Halibox non sporgano dal contenitore?
- ▶ Sui contenitori Halipac è sempre indicata la provenienza con l'apposizione del nome o della sigla del reparto?
- ▶ La separazione fra i diversi tipi di rifiuti è eseguita in modo corretto?
- ▶ Esiste un processo formale di valutazione dello smaltimento dei rifiuti ospedalieri a scadenze preordinate?
- ▶ E' effettuata periodicamente una formazione degli operatori sul processo di smaltimento dei rifiuti?
- ▶ Ogni Unità Operativa possiede un numero di contenitori per aghi e taglienti adeguato al proprio carico di attività?
- ▶ La fase di stoccaggio dei rifiuti è eseguita correttamente, secondo quanto previsto dalle Linee Guida?
- ▶ Pannolini e pannoloni sono smaltiti come rifiuti urbani?
- ▶ I registri di carico/scarico sono correttamente compilati (data, codice, litri/kg, destinatari)?
- ▶ L'area di stoccaggio è idonea (area ad accesso riservato, lavabile, disinfettabile)?

IGIENE DELLA RISTORAZIONE

- ▶ Esiste una valutazione formale dei requisiti igienici secondo disposizioni di legge?
- ▶ L'analisi effettuata con questo documento viene effettuata a cadenza regolare?
- ▶ Esiste il manuale HACCP?
- ▶ Il manuale HACCP è applicato almeno per quanto riguarda i punti critici?

REQUISITI STRUTTURALI DEI LOCALI

- ▶ Esiste un'adeguata separazione delle aree funzionali
- ▶ Esiste integrità di:
 - pavimenti;
 - pareti;
 - apparecchiature;
 - piani di lavoro e lavelli;
 - servizi igienici;
 - bancone di distribuzione dei locali cucine, dispensa, servizi igienici, mensa?
- ▶ Sono presenti dispositivi antiodori ed insetti?
- ▶ Sono presenti termometri funzionanti per il controllo della temperatura delle celle frigorifere o dei frigoriferi?
- ▶ Sono presenti congelatori, utilizzati solo per la conservazione di alimenti surgelati, muniti di termometro funzionante (- 18°C)?

IGIENE DEI LOCALI

- ▶ E' effettuata regolarmente un'adeguata pulizia dei locali e degli arredi?
- ▶ All'interno del locale servizi igienici e sanitari ed arredi sono puliti?
- ▶ Sono disponibili erogatori automatici contenenti sapone liquido o in polvere carichi, portasalviette a perdere cariche, carta igienica?
- ▶ All'interno dei locali cucine, dispensa, servizi igienici, mensa sono assenti insetti e roditori?
- ▶ E' effettuata regolarmente un'adeguata pulizia del pentolame e degli utensili, delle pentole fisse, friggitorie, forni, abbattitori e frigoriferi, dei filtri della cappa di aspirazione?
- ▶ Sono correttamente applicate le procedure di disinfezione degli strumenti?
- ▶ E' effettuato correttamente lo stoccaggio degli utensili e delle pentole?
- ▶ I rifiuti sono smaltiti correttamente?

IGIENE PERSONALE

- ▶ Il personale addetto al servizio cucina e mensa indossa abiti e grembiuli di lavoro idonei, copricapo e capelli raccolti?
- ▶ Esiste evidenza che nessuno fumi all'interno dell'area cucina e mensa?
- ▶ Nessuna persona riconosciuta o sospetta di essere affetta da malattia o portatrice di malattia trasmissibile attraverso gli alimenti o che presenti ferite infette, infezioni cutanee, piaghe o che soffra di diarrea è autorizzata a lavorare in qualsiasi area di trattamento degli alimenti a qualsiasi titolo qualora esista una probabilità, diretta o indiretta, di contaminazione degli alimenti con microrganismi patogeni?
- ▶ Il personale non indossa bracciali ed anelli e presenta mani pulite ed unghie corte, pulite e senza smalto?
- ▶ Il personale indossa dispositivi di protezione individuale?
- ▶ Il personale utilizza guanti e pinze per manipolare alimenti che devono essere consumati crudi?
- ▶ Esistono e sono applicate adeguate procedure per il lavaggio delle mani?
- ▶ Sono eseguiti regolarmente campionamenti microbiologici delle mani che diano esito accettabile?
- ▶ E' evidente che non si fuma?

PRODOTTI ALIMENTARI

- ▶ Esistono protocolli per la conservazione degli alimenti utilizzati?
- ▶ I prodotti alimentari utilizzati sono mantenuti alle temperature di legge?
- ▶ Gli alimenti sfusi sono adeguatamente protetti, tramite contenitori o vetrine di esposizione chiusi, da contaminazioni esterne?
- ▶ Le confezioni degli alimenti sono visibilmente integre, non bombate, non deteriorate?
- ▶ Le etichette degli alimenti sono conformi al D.LGS. 109/92 ed eventuali leggi speciali?
- ▶ Gli incaricati del controllo prestano particolare attenzione ai punti critici di controllo, accertando che le operazioni di sorveglianza e di verifica siano state effettuate correttamente dal responsabile secondo il D.Lgs. n° 15 del 26/05/97?
- ▶ L'apparecchiatura e le attrezzature a contatto con gli alimenti sono costruiti con materiale tale da rendere minimi i rischi di contaminazione e idoneo ai trattamenti di decontaminazione?
- ▶ Le procedure di preparazione dei piatti sono conformi al manuale HACCP?
- ▶ Non sono proposti alimenti preparati da più di un giorno?

VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE

- ▶ Sono presenti attestazioni di pulizia correttamente eseguita dalla ditta in appalto?
- ▶ Sono presenti attestazioni di pulizia delle attrezzature correttamente eseguita da parte del personale di cucina?
- ▶ Esiste ed è applicato un piano di manutenzione del servizio cucine ordinaria e straordinaria?
- ▶ Sono disponibili e correttamente compilati i registri di controllo della temperatura dei cibi preparati?
- ▶ Sono disponibili e correttamente compilati i registri di certificazione della corretta preparazione dei cibi (secondo le schede HACCP)?
- ▶ Sono disponibili correttamente compilati i registri di controllo della temperatura degli alimenti e dei frigoriferi?
- ▶ Sono disponibili attestazioni di corretto smaltimento dei rifiuti?
- ▶ Sono disponibili e correttamente compilate le schede di rilevazione delle non conformità?
- ▶ Sono disponibili certificati di riammissione al lavoro dopo malattia superiore ai 5 giorni?

BIBLIOGRAFIA

Comité Technique National des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, 1999

Isolamento ed attuazione delle Precauzioni Standard

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for Isolation Precaution in Hospitals*, 1996

Lavaggio delle mani

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for Handwashing and Hospital Environmental Control*, 1985

Disinfezione e sterilizzazione

D. Lgs. 24 febbraio 97, n. 46. Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for Handwashing and Hospital Environmental Control*, 1985

Alvarado JC, Reichelderfer M. *APIC guideline for infection prevention and control in flexible endoscopy*. Am J Infect Control 2000; 28: 138-155

Prevenzione incidenti occupazionali ed utilizzo dispositivi di protezione individuale

Regione Piemonte - ASL 5 - Comitato Infezioni Ospedaliere, Direzione Sanitaria, Servizio di Prevenzione e Protezione: *"Il controllo e la gestione degli incidenti occupazionali da rischio biologico"* Revisione N°02 del 01/09/2001

Direzione Sanitaria - Comitato U.L.S.S. per il controllo delle Infezioni Ospedaliere. *"Raccomandazioni per le misure di isolamento"*

Controllo della diffusione delle resistenze microbiche

Society for Healthcare Epidemiology of America and Infectious Diseases Society of America Joint Committee on the Prevention of Antimicrobial Resistance: *Guidelines for the Prevention of Antimicrobial Resistance in Hospitals*. Infect Control, 1997: Vol 18, N°4: 275-291

Raccolta, conservazione e trasporto dei campioni di laboratorio

Sistema di valutazione di Reparto, Medicina Preventiva CIO - ASL 5: Raccolta, conservazione e trasporto dei campioni di laboratorio

Controllo della tubercolosi

Center for Disease Control and Prevention. *Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Facilities*, 1994

Controllo delle infezioni nosocomiali delle vie urinarie

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections*

Controllo delle infezioni della ferita chirurgica

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection*, 1999

Controllo delle polmoniti nosocomiali

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for Prevention of Nosocomial Pneumonia, 1994*

Controllo delle batteriemie

Center for Disease Control and Prevention. *Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. MMWR, Recommendations and Reports, August 9, 2002; Vol. 51: No. RR-10

Prevenzione di malattie trasmissibili suscettibili di profilassi vaccinale

Center for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care Workers: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR, 1997: 46(RR-18); 1-42

Daniel J D, Bradley ND. Employee Health and Infection Control. Infect Control, 1995: Vol 16 N° 5: 292-301

Trattamento della biancheria

Sistema di valutazione di Reparto, Medicina Preventiva CIO - ASL 5: Pulizia Rifiuti Biancheria

Direzione Sanitaria - Comitato U.L.S.S. per il controllo delle Infezioni Ospedaliere. *"Raccomandazioni per le misure di isolamento"*

Pulizia e smaltimento rifiuti

Regione Piemonte - ASL 5: Griglia di valutazione smaltimento rifiuti

Direzione Sanitaria - Comitato U.L.S.S. per il controllo delle Infezioni Ospedaliere. *"Raccomandazioni per le misure di isolamento"*

Igiene della ristorazione

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Roma - Venerdì, 13 Giugno 1997: D.L. 26 maggio 1997, n°155. - Attuazione delle direttive 93/43/CEE e 96/3/CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Roma - Venerdì, 13 Giugno 1997: D.L. 26 maggio 1997, n°155. - Attuazione della direttiva 93/99/CEE concernente misure supplementari in merito al controllo ufficiale dei prodotti alimentari.

Regione Piemonte - ASL 5, Direzione Sanitaria, Medicina Preventiva ed Igiene Strutture Sanitarie: Scheda di ispezione Cucina e mensa - Valutazione bimestrale.

GRIGLIA DI AUTOVALUTAZIONE

La seguente griglia permette di registrare gli esiti dell'autovalutazione dell'adeguamento ai requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo.

L'accreditamento sarà ottenuto dalle strutture sanitarie che raggiungono per ogni standard almeno la sufficienza alla prima valutazione; la sufficienza sarà considerato punto di partenza per miglioramenti della compliance che dovranno essere documentabili alle valutazioni successive.

Standard	Punteggio	Note
<u>STANDARD 1</u> Sono definite le responsabilità della Direzione, dei Dipartimenti e Servizi nella gestione dei problemi di prevenzione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie		
<u>STANDARD 2</u> Le misure preventive del rischio infettivo nelle strutture sanitarie sono gestite da strutture qualificate che elaborano, coordinano, attuano e valutano le attività annualmente previste		
<u>STANDARD 3</u> La prevenzione del rischio infettivo è parte fondamentale nello sviluppo o modificazione dell'attività dei Dipartimenti e Servizi		
<u>STANDARD 4</u> Esiste un programma annuale di attività che interessa tutta l'Azienda con obiettivi definiti.		
<u>STANDARD 5</u> Sono presenti, diffuse, applicate e regolarmente aggiornate linee guida, procedure per il controllo e la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie in rapporto alla specificità dei Dipartimenti e Servizi.		
<u>STANDARD 6</u> Esistono procedure di verifica dell'attuazione delle misure preventive		
<u>STANDARD 7</u> Sono presenti attività di sorveglianza delle infezioni nosocomiali metodologicamente corrette in relazione ai problemi identificati ed agli obiettivi annualmente scelti. I dati raccolti sono usati per il miglioramento della condizione di pazienti ed operatori.		
<u>STANDARD 8</u> E' presente un rapporto annuale, circa le attività svolte, trasmesso alla Direzione della struttura sanitaria e sottoposto a verifiche da parte dell'Assessorato alla Sanità.		
<u>STANDARD 9</u> L'Unità per la prevenzione del rischio infettivo ed il CIO hanno sufficienti risorse assegnate.		

<u>STANDARD 10</u> E' fornita formazione a tutto il personale circa la prevenzione del rischio infettivo		
<u>STANDARD 11</u> L'organizzazione definisce indicatori che dimostrino la crescita nella prevenzione del rischio infettivo nella struttura sanitaria		

PUNTEGGIO

Inserire un punteggio da 0 a 100 per ogni standard valutato.

Se lo standard non è valutabile, scrivere N e spiegare il motivo nella colonna "Note".

La colonna "Note" può anche essere utilizzata per inserire considerazioni e commenti riguardo al punteggio.

Punteggio	Razionale
0	La struttura non soddisfa nessun criterio dello standard considerato
1-29	<p>La struttura soddisfa in basso grado i criteri dello standard considerato.</p> <p>Ci sono evidenze che la struttura ha incominciato un processo per aumentare la compliance ad uno o più criteri.</p> <p>Si ha un basso grado di partecipazione del personale al processo di autovalutazione</p>
30-69	<p>La struttura soddisfa in medio grado i criteri dello standard considerato.</p> <p>Ci sono evidenze che la struttura ha intrapreso lavori in più parti dell'organizzazione per aumentare la compliance, ma soltanto in alcuni settori è stato raggiunto un alto livello di compliance ai criteri.</p> <p>Si ha un medio grado di partecipazione del personale al processo di autovalutazione</p>
70-99	<p>La struttura soddisfa in alto grado i criteri dello standard considerato.</p> <p>Ci sono evidenze che la maggior parte dell'organizzazione ha un elevato grado di compliance ai criteri.</p> <p>Ci sono solo pochi punti minori di non compliance.</p> <p>Si ha una elevato grado di partecipazione del personale al processo di autovalutazione</p>
100	Soddisfazione piena di tutti i criteri dello standard.
N	Il criterio non è applicabile nell'organizzazione

Di seguito è riportato per ogni Standard il grado di compliance che permette di raggiungere un punteggio sufficiente (60).

STANDARD 1: Sono definite le responsabilità della Direzione, dei Dipartimenti e Servizi nella gestione dei problemi di prevenzione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie.

- ✓ Esiste un programma di prevenzione del rischio infettivo firmato dal Direttore Generale;
- ✓ Il programma prevede l'assegnazione di responsabilità;
- ✓ I risultati del programma di prevenzione sono diffusi/discussi.

STANDARD 2. Le misure preventive del rischio infettivo nelle strutture sanitarie sono gestite da strutture qualificate che elaborano, coordinano, attuano e valutano le attività annualmente previste.

- ✓ Esiste una UPRI, di cui è definito il Responsabile;
- ✓ Esiste un CIO, di cui è evidente l'attività;
- ✓ Esiste un numero di ICI adeguato alla complessità della struttura.

STANDARD 3. La prevenzione del rischio infettivo è parte fondamentale nello sviluppo o modificazione dell'attività dei Dipartimenti e Servizi.

- ✓ Esiste evidenza che l'UPRI, con il supporto del CIO, è sistematicamente coinvolta in:
 - valutazione presidi medico chirurgici
 - acquisto di attrezzature o presidi medici
 - valutazione aspetti igienici in caso di progettazioni o ristrutturazioni edilizie

STANDARD 4. Esiste un programma annuale di attività che interessa tutta l'Azienda con obiettivi definiti.

- ✓ Esiste un programma annuale elaborato dal Direttore Generale;
- ✓ Il programma è inserito nel piano annuale di attività;
- ✓ Il programma è articolato in obiettivi, azioni, tempi e responsabilità, piano di valutazione
- ✓ Il programma è adeguato alla complessità della struttura

STANDARD 5. Sono presenti, diffuse, applicate e regolarmente aggiornate linee guida, procedure per il controllo e la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie in rapporto alla specificità dei Dipartimenti e Servizi.

- ✓ Sono disponibili procedure, Linee Guida, protocolli;
- ✓ Esiste evidenza che la maggior parte (>80%) delle misure critiche è applicata.

STANDARD 6. Esistono procedure di verifica dell'attuazione delle misure preventive

- ✓ Esiste un piano di valutazione sistematico che interessi l'applicazione di tutte le misure preventive con intervalli predefiniti;
- ✓ Esiste evidenza di adozione di misure correttive per le criticità riscontrate;
- ✓ Esiste evidenza di miglioramento in seguito all'applicazione delle misure correttive.

STANDARD 7. Sono presenti attività di sorveglianza delle infezioni nosocomiali metodologicamente corrette in relazione ai problemi identificati ed agli obiettivi annualmente scelti. I dati raccolti sono usati per il miglioramento della condizione di pazienti ed operatori.

- ✓ Sono attuate corrette attività di sorveglianza per quanto riguarda i pazienti critici.

STANDARD 8. E' presente un rapporto annuale, circa le attività svolte, trasmesso alla Direzione della struttura sanitaria e sottoposto a verifiche da parte dell'Assessorato alla Sanità.

- ✓ Esiste un rapporto sulle attività di prevenzione del rischio infettivo;
- ✓ Il rapporto è discusso con i Capi Dipartimento.

STANDARD 9. L'Unità per la prevenzione del rischio infettivo ed il CIO hanno sufficienti risorse assegnate.

- ✓ Sono disponibili computer e software adeguati, accesso ad internet, abbonamenti a riviste specializzate.

STANDARD 10. E' fornita formazione a tutto il personale circa la prevenzione del rischio infettivo

- ✓ Esiste evidenza che in un intervallo compatibile con le risorse disponibili (ad es. 3 anni) tutto il personale è coinvolto, con diversi strumenti formativi, in attività didattiche.

STANDARD 11. L'organizzazione definisce indicatori che dimostrino la crescita nella prevenzione del rischio infettivo nella struttura sanitaria

- ✓ Sono attivati indicatori coerenti con la complessità della struttura;
- ✓ Esistono dati che evidenziano la crescita nella performance.