- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Linee guida sulle componenti centrali di un programma di prevenzione e controllo delle infezioni a livello nazionale e di strutture di cura per acuti

Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level

ACRONIMI

AMR (*Antimicrobial resistance*) – Antibiotico-resistenza;
EPOC (*Effective practice and organisation of care*) – Pratica effettiva ed organizzazione delle cure;
GDG (*Guidelines Development Group*) – Gruppo di sviluppo delle linee guida;
GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) – Sistema di impostazione, sviluppo e valutazione delle raccomandazioni;
HAI (*Health care-associated infection*) – Infezione nelle organizzazioni sanitarie (IOS);
ICROMS (*Integrated quality criteria for review of multiple study designs*) – Criteri di qualità integrati per la revisione del disegno degli studi multipli;
IHR (*International Health Regulations*) – Regolamentazione sanitaria internazionale;
IPC (*Infection prevention and control*) – Prevenzione e controllo delle infezioni;
PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) – Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome/Risultato;
SIGHT (*Systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes* – Revisione sistematica e guida basata sull'evidenza per l'organizzazione dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere;
WASH (*Water sanitation and hygiene*) – Sanificazione ed igiene dell'acqua;
WHO (*World Health Organization*) – Organizzazione mondiale della Sanità (OMS).

Glossario dei termini

Servizi di cure per acuti (*acute health care facilities*): regime utilizzato per il trattamento in urgenza/emergenza di danni o malattie improvvisi o inaspettati, che possono portare a morte o a disabilità in assenza di un intervento rapido. Il termine "cure in acuto" comprende un insieme di funzioni sanitarie, incluse la medicina d'emergenza, la traumatologia, le cure d'emergenza pre-ospedaliere, la chirurgia d'urgenza, la terapia intensiva e le cure urgenti o mirate alla stabilizzazione a breve termine del paziente ricoverato.

Soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani (*alcohol-based handrub*): preparazioni a base di alcool da applicare sulle mani al fine di inattivare i microorganismi e/o interrompere temporaneamente la loro crescita. Tali preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcool ed altre componenti attive, insieme ad eccipienti ed umettanti.

Bundle: strumento di implementazione studiato per migliorare in maniera strutturata il processo di cura ed i risultati nel paziente. Comprende un piccolo e lineare insieme di pratiche basate sull'evidenza (generalmente da 3 a 5) che si sono dimostrate efficaci nel migliorare i risultati sul paziente quando realizzate nel loro insieme ed in modo affidabile.

Dichiarazione di buona pratica (*Good practice statement*): codice di condotta che ha lo scopo di fornire una visione semplice e chiara riguardo ai principi, le politiche e le pratiche richieste per migliorare in maniera efficace le misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni.

GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Developement and Evaluation*): approccio utilizzato per determinare la qualità di un insieme di evidenze e sviluppare raccomandazioni.

Infezione nelle organizzazioni sanitarie (IOS) (*Health care-associated infection – HAI*): infezione che si verifica in un paziente durante la degenza in ospedale od in altre strutture sanitarie e che non era presente al momento del ricovero. Le infezioni associate alle cure ospedaliere possono comparire anche dopo la dimissione e rappresentano l'evento avverso più frequente associato alle cure sanitarie.

Prevalenza di infezioni nelle organizzazioni sanitarie (*HAI point prevalence*): proporzione di pazienti con una o più IOS in un preciso momento.

Incidenza di infezioni nelle organizzazioni sanitarie (*HAI incidence*): numero di nuovi casi di IOS che si verificano durante un determinato periodo di tempo in una popolazione a rischio.

Fonte d'acqua sicura (*Improved water source*): viene definita dal programma di monitoraggio comune WHO-UNICEF come una fonte d'acqua che, grazie alla sua progettazione, è protetta in modo adeguato dalle contaminazioni esterne, in particolare da parte di materiale fecale. Alcuni esempi sono: rubinetti e fontanelle pubbliche, pozzi protetti, pozzi con tubature o a pompa. Fonte: WHO/UNICEF. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment, 2015 (http://les.unicef.org/publications/

Organizzazione Mondiale per la Sanità 2016
http://www.who.int/gpsc/ipc-components/en/

Traduzione a cura di
Nigritella Brianese, Sarah Dal Zoppo, Matteo Lupi e Giulia Zambolin.

Conflitto di interessi

In accordo con le politiche dell'OMS, a tutti i membri del gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG) è stato chiesto di compilare e firmare una dichiarazione di interesse OMS prima di ogni incontro. Anche i revisori esterni e gli esperti che hanno condotto le revisioni sistematiche hanno compilato una dichiarazione di interesse. Il Segretariato ha quindi acquisito e verificato ciascuna dichiarazione. In caso di potenziale conflitto di interessi le ragioni sono state presentate al GDG.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

les/Progress_on_Sanitation_and_Drinking_ Water_2015_ Update_.pdf).

Servizi igienici sicuri (*Improved sanitation facilities*): servizi igienici che impediscono il contatto tra persone ed escrementi. Alcuni esempi sono i servizi collegati a reti fognarie con tubature o a cisterne per la raccolta del materiale fecale, latrine a pozzo o con sistema di compostaggio.

Paesi a basso o medio reddito (*Low- and middle-income countries*): gli Stati membri dell'OMS vengono raggruppati in base al reddito (basso, medio-basso, medio-alto ed alto) basandosi sulla classificazione analitica del reddito e delle economie della Banca Mondiale stilata nel 2014, con il metodo *World Bank Atlas*.

Per l'anno 2016 sono definite economie a basso reddito quelle con un reddito lordo pro-capite di 1.045 dollari o meno nel 2014, mentre sono a reddito medio quelle con un reddito lordo pro-capite compreso tra 1.045 e 12.736 dollari. Le economie con reddito alto sono, infine, quelle con un reddito lordo pro capite pari o superiore a 12.736 dollari. (Le economie a reddito medio-basso e medio-alto si dividono al di sotto ed al di sopra del valore intermedio di 4.125 dollari pro capite).

Strategia multimodale (*Multimodal strategy*): una strategia multimodale comprende diversi elementi o componenti (generalmente 3 o più di 3, vedi *http://www.ihi.org/ topics/bundles/Pages/default.aspx*) implementati in maniera integrata allo scopo di migliorare un risultato e modificare un comportamento. Questa strategia include strumenti quali bundle e checklist sviluppati da gruppi interdisciplinari che prendono in considerazione le condizioni locali. Le componenti più comuni includono: (i) cambi di sistema (disponibilità di infrastrutture e forniture appropriate per attuare la prevenzione delle infezioni ed il controllo delle buone pratiche); (ii) educazione ed addestramento del personale sanitario e delle figure principali nelle strutture (ad esempio manager); (iii) monitoraggio di infrastrutture, pratiche, processi e risultati con restituzione dei dati raccolti; (iv) promemoria sul posto di lavoro/comunicazione; e (v) modificazioni culturali all'interno delle istituzioni o rafforzamento del clima di sicurezza.

SOMMARIO ESECUTIVO

Le infezioni nelle organizzazioni sanitarie (IOS) sono uno dei più comuni effetti avversi correlati alle cure ed un importante problema di salute pubblica, con un impatto su morbosità, mortalità e qualità della vita. In qualsiasi momento fino al 7% dei pazienti dei Paesi sviluppati e fino al 10% di quelli dei Paesi in via di sviluppo contrarranno almeno una IOS. Queste infezioni rappresentano inoltre un significativo fardello economico per la società. La maggior parte delle IOS, però, è prevenibile attraverso efficaci misure di prevenzione e controllo (IPC).

Razionale delle linee guida

Dalla pubblicazione dei "*Core components for infection prevention and control in 2009*" da parte dell'OMS, le minacce rappresentate da epidemie, pandemie e resistenze antibiotiche (AMR) hanno assunto in modo sempre più evidente l'aspetto di sfide mondiali e sono attualmente riconosciute tra le maggiori priorità nell'agenda della Salute Globale. La pietra angolare dell'azione da intraprendere è rappresentata da efficaci misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC). Le *International Health Regulations (IHR)* individuano le IPC efficaci come la strategia chiave per affrontare le minacce alla salute pubblica in ambito mondiale. Più recentemente, gli *Obiettivi per lo sviluppo sostenibile* delle Nazioni Unite hanno evidenziato l'importanza del contributo delle IPC nella somministrazione di cure sicure e di alto livello, in particolare quelle correlate alla qualità dell'acqua, alla sua sanificazione ed igienizzazione (WASH - water, sanitation and hygiene) ed alla copertura sanitaria universale.

Queste nuove linee guida sui *core components* dei programmi di prevenzione e controllo delle IOS sono un punto chiave delle strategie dell'OMS per prevenire minacce attuali e future, rafforzare i servizi sanitari e contribuire alla lotta all'antibioticoresistenza (AMR). Esse intendono inoltre essere un supporto sia ai singoli Paesi per lo sviluppo di protocolli nazionali e piani d'azione per l'IPC e l'AMR, sia per le strutture sanitarie che intendano sviluppare o rafforzare il loro approccio all'IPC. Questo documento sostituisce il precedente "*WHO Core components for infection prevention and control*" pubblicato nel 2009.

Obiettivi

Gli obiettivi di queste linee guida sono:

- fornire raccomandazioni basate sull'evidenza in merito ai componenti principali dei programmi di prevenzione e controllo (IPC) delle infezioni correlate alle cure ospedaliere, programmi che sono necessari sia a livello nazionale che a livello delle singole strutture per prevenire le IOS e combattere l'antibioticoresistenza attraverso le buone pratiche legate all'IPC;
- supportare le nazioni e le strutture sanitarie nello sviluppo o nel rafforzamento di programmi e strategie riguardanti l'IPC attraverso percorsi basati sull'evidenza e sul consenso che possano essere adattati al contesto locale, tenendo conto delle risorse disponibili e delle necessità della sanità pubblica.

A chi sono rivolte le linee guida

Queste linee guida intendono essere un supporto al miglioramento dell'IPC a livello nazionale e delle singole strutture, sia nel settore pubblico che in quello privato. A livello nazionale questo documento fornisce una guida principalmente per i *policy makers* responsabili della progettazione e del monitoraggio di programmi nazionali di IPC e di piani d'azione nazionali, in collaborazione con i Ministeri della salute, per la lotta all'antibioticoresistenza. A livello delle singole strutture i fruitori principali sono gli amministratori delle strutture stesse (per esempio gli amministratori delegati) e coloro a cui è affidato il compito di pianificare, sviluppare ed implementare programmi locali di IPC.

Queste linee guida sono inoltre importanti per i coordinatori di programmi di sicurezza e qualità nazionali e locali, organi di regolamentazione ed organizzazioni correlate, comprese accademie, organi nazionali per le attività di IPC, organizzazioni non governative coinvolte in attività di IPC e gruppi della società civile. Il documento è di particolare ri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

levanza per i responsabili di progetti di sanificazione ed igienizzazione dell'acqua, sia a livello nazionale che di singole strutture.

È importante notare che, nonostante le linee guida si focalizzino sulle strutture per le cure in acuto, il comitato di esperti ritiene che i principi e le pratiche cardine dell'IPC come contromisura allo sviluppo di IOS siano gli stessi per tutte le strutture in cui vengano fornite cure sanitarie.

Queste linee guida vanno perciò considerate valide, con alcuni adattamenti, anche per la comunità e le strutture di cura primaria e di lungodegenza che intendano sviluppare e revisionare i loro programmi di IPC.

Anche se i contesti legali, di metodo e normativi possono variare, queste linee guida sono da considerarsi rilevanti sia per i Paesi sviluppati che per quelli con risorse limitate.

Metodi

Queste linee guida sono state sviluppate seguendo i metodi individuati nell'*Handbook for guideline development*, pubblicato dall'OMS nel 2014. Il processo di sviluppo include 6 fasi principali: (1) identificazione dei risultati primari e formulazione delle domande tramite PICO (Popolazione/Partecipanti, Intervento, Confronto, Outcome), un approccio comunemente utilizzato per formulare quesiti all'interno di ricerche; (2) realizzazione di due revisioni sistematiche per la ricerca di evidenze utilizzando una metodica standardizzata; (3) sviluppo di un inventario dei piani di IPC nazionali e locali e dei documenti strategici; (4) valutazione e sintesi delle evidenze; (5) formulazione di raccomandazioni e dichiarazioni di buone pratiche in un incontro di esperti e (6) stesura delle linee guida e pianificazione delle strategie di distribuzione ed implementazione.

Lo sviluppo delle linee guida ha previsto la formazione di quattro gruppi principali alla guida del processo: il gruppo di indirizzo OMS per le linee guida (*WHO Guideline Steering Group*), il gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG), il gruppo di esperti in revisioni sistematiche (*Systematic Reviews Expert Group*) e il gruppo di revisori esterni (*External Peer Review Group*).

Il gruppo di indirizzo ha identificato i temi ed i risultati principali, ha formulato le domande per la ricerca e selezionato i gruppi per la revisione sistematica, un metodologo per le linee guida ed i membri del GDG. Il GDG includeva esperti internazionali in IPC e malattie infettive, salute pubblica, ricercatori e rappresentanti dei pazienti, così come delegati dei diversi Paesi ed i soggetti interessati provenienti dalle 6 regioni OMS.

La prima fonte delle evidenze è stata una revisione pubblicata dal gruppo *Systematic review and evidence-based guidance on organization of hospital infection control programmes* (SIGHT) e sponsorizzata dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Questa revisione analizzava il periodo 1996-2012 e identificava 10 componenti chiave dei programmi di IPC nelle strutture ospedaliere. Essa è stata aggiornata per includere la letteratura pubblicata fino al 23 Novembre 2015. È stata inoltre realizzata un'ulteriore revisione sistematica (2000-2015) con gli stessi criteri, ma focalizzandosi su un livello nazionale. Inoltre l'OMS ha sviluppato un report in cui sono stati censiti tutti i documenti strategici ed i piani d'azione esistenti a livello nazionale e regionale, report basato sui risultati di un precedente sondaggio e su un nuovo sondaggio online.

Nella prima revisione effettuata dal gruppo SIGHT la qualità dell'evidenza è stata valutata utilizzando il sistema di punteggio ICROMS. Per la valutazione dell'aggiornamento della revisione del gruppo SIGHT e della nuova revisione focalizzata sul livello nazionale sono stati utilizzati i criteri per la valutazione del rischio di bias sviluppati dalla *Cochrane Effective Practice and Organization of Care* (EPOC).

Basandosi sulle revisioni sistematiche il GDG ha formulato le raccomandazioni utilizzando il sistema GRADE. Per alcuni argomenti sono state formulate dichiarazioni di buone pratiche anzichè raccomandazioni, in assenza di evidenza diretta riguardo all'efficacia degli interventi.

Il GDG ha infine identificato le implicazioni per la ricerca.

Raccomandazioni

Gli otto elementi dei programmi di IPC pubblicati dal gruppo di esperti dell'OMS nel 2009 e i 10 elementi chiave identificati attraverso la revisione SIGHT hanno costituito le basi iniziali per lo sviluppo delle raccomandazioni. Il GDG ha valutato la rilevanza di questi elementi in aggiunta all'evidenza che emerge dalle nuove revisioni sistematiche e ha identificato otto elementi centrali dei programmi di IPC, sei dei quali si applicano a livello sia nazionale che istituzionale, mentre due sono più rilevanti a livello delle singole istituzioni. Nell'identificazione degli elementi base, il GDG ha formulato 11 raccomandazioni e tre indicazioni di buona pratica clinica. Le indicazioni di buona pratica clinica risultano appropriate in situazioni in cui un ampio e convincente insieme di evidenze indirette (studi non EPOC) sostiene con forza il netto beneficio delle azioni raccomandate: tale insieme di evidenze indirette mette in luce come alcuni elementi importanti dei programmi di IPC siano da ritenersi essenziali per la realizzazione stessa dell'IPC, in base all'opinione del GDG. Le raccomandazioni e le indicazioni di buona pratica clinica sono riassunte nella Tabella 1.

È essenziale notare che l'elenco numerato degli elementi cardine dei programmi di IPC inclusi in queste linee guida non intende in alcun modo essere una classifica di importanza dei singoli elementi. Tutti gli elementi dovrebbero essere considerati ugualmente importanti e cruciali per l'avviamento ed il funzionamento efficace dei programmi e delle pratiche di IPC. Nel momento in cui Paesi e strutture mettono in atto gli elementi basilari (o intraprendono azioni per revisionare e rafforzare i programmi di IPC esistenti), possono decidere di dare la priorità a determinati elementi in base al contesto, ai risultati già ottenuti e alle lacune identificate, con l'obiettivo a lungo termine di sviluppare un approccio globale, così come viene descritto dall'insieme di tutti gli otto elementi basilari.

Attuazione delle linee guida

La messa in pratica efficace delle raccomandazioni e delle indicazioni di buona pratica clinica dipende da una robusta strategia di attuazione e da un processo ben definito ed appropriato di adattamento e di integrazione con le strategie

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

pertinenti a livello regionale, nazionale e delle singole strutture. L'efficacia dell'attuazione sarà influenzata dai sistemi sanitari esistenti in ogni Paese, dalle risorse disponibili e dalle politiche preesistenti. È cruciale anche il sostegno dei soggetti economici, delle agenzie e delle organizzazioni partner.

In accompagnamento alle linee guida verranno dedicate delle risorse specifiche per la loro attuazione a livello regionale ed istituzionale, comprese indicazioni su come favorire e realizzare gli elementi basilari dell'IPC in contesti a risorse limitate. Inoltre, verrà prodotta una serie esauriente di nuovi "pacchetti" di addestramento in linea con i principi degli elementi di base e delle buone pratiche dell'IPC. ■

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
1. Programmi di IPC	***1a.*** *Livello strutture sanitarie.* Il gruppo di lavoro raccomanda che vi sia un programma di IPC, con un team dedicato ed addestrato, in ogni struttura sanitaria per acuti, con lo scopo di prevenire le IOS e contrastare l'AMR attraverso le buone pratiche di IPC.	• L'organizzazione di programmi di IPC deve avere obiettivi chiaramente definiti sulla base dell'epidemiologia locale e priorità calibrate sulla valutazione del rischio e sulle attività che contribuiscono alla prevenzione delle IOS e alla diffusione dell'AMR nella struttura sanitaria. • È cruciale per un programma di IPC funzionante avere in ogni struttura sanitaria per acuti dei professionisti dedicati ed addestrati. Dovrebbe essere disponibile almeno un esperto di prevenzione delle infezioni (medico o infermiere) a tempo pieno ogni 250 letti. Tuttavia, vi è una forte convinzione che debba essere considerato un rapporto più alto, ad esempio un esperto di prevenzione ogni 100 letti, in considerazione della crescente complessità dei pazienti così come dei molteplici compiti e responsabilità dell'esperto moderno di prevenzione delle infezioni. • Il supporto di un laboratorio microbiologico di buona qualità è un fattore essenziale per un programma di IPC efficace.	Forte, qualità molto bassa
	1b. *Livello nazionale.* Dovrebbero essere stabiliti programmi di IPC nazionali, attivi ed autonomi, con obiettivi, funzioni ed attività ben definiti, allo scopo di prevenire le IOS e contrastare l'AMR attraverso le buone pratiche di IPC. I programmi nazionali di IPC dovrebbero essere collegati con gli altri programmi nazionali attinenti e con le organizzazioni professionali.	• L'organizzazione di programmi nazionali di IPC deve essere fondata su obiettivi chiari, funzioni, con esperti di prevenzione dedicati e su un ambito di responsabilità predefinito. Gli obiettivi minimi dovrebbero comprendere: – il raggiungimento di risultati nell'ambito di infezioni endemiche ed epidemiche – lo sviluppo di raccomandazioni in merito alle pratiche e alle attività di IPC che sono notoriamente efficaci nel prevenire le IOS e la diffusione dell'AMR. • L'IHR (2005) ed il Piano di Azione Globale contro l'AMR dell'OMS (2015) sostengono l'azione di IPC a livello nazionale come parte centrale dello sviluppo di competenze dei sistemi sanitari. Ciò include lo sviluppo di piani nazionali per la prevenzione delle IOS, lo sviluppo o il rafforzamento di politiche nazionali e pratiche standard riguardanti le attività di IPC nelle strutture sanitarie ed il correlato monitoraggio dell'applicazione e dell'aderenza a queste politiche e standard nazionali. • L'organizzazione del programma dovrebbe includere (ma non essere limitata a) almeno i seguenti componenti: – un team tecnico dedicato e addestrato di esperti di prevenzione delle infezioni, costituito da professionisti medici ed infermieri – il team tecnico dovrebbe ricevere un addestramento formale per IPC ed avere a disposizione tempo dedicato a seconda degli incarichi – il team dovrebbe avere l'autorità di prendere decisioni e di influenzarne la realizzazione sul campo – il team dovrebbe avere un budget protetto e dedicato a seconda delle attività di IPC pianificate e il supporto delle autorità nazionali e dei leaders – i collegamenti tra il programma nazionale di IPC e altri programmi correlati sono fondamentali e dovrebbero essere stabiliti e mantenuti – dovrebbe essere istituito un gruppo multidisciplinare ufficiale, o un comitato o una struttura equivalente, che interagisca con il team tecnico di IPC.	Indicazione di buona pratica clinica

continua →

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
2. Linee guida IPC	Il gruppo di lavoro raccomanda che vengano sviluppate ed attuate linee guida basate sull'evidenza allo scopo di ridurre le IOS e l'AMR. Sarebbe necessario mettere in atto un programma di educazione e addestramento degli operatori sanitari coinvolti ed un sistema di monitoraggio dell'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida, al fine di ottenerne un'applicazione efficace.	**Strutture sanitarie** • È necessaria una competenza appropriata sull'IPC per scrivere o adattare ed adottare una linea guida sia a livello nazionale che a livello delle strutture sanitarie. Le linee guida dovrebbero essere basate sull'evidenza e dovrebbero rifarsi agli standard nazionali o internazionali. Bisognerebbe considerare un loro adeguamento alle condizioni locali per una più efficace diffusione ed applicazione. • È essenziale monitorare l'aderenza nell'applicazione delle linee guida. **Livello nazionale** • Lo sviluppo di linee guida nazionali basate sull'evidenza e di strategie di applicazione correlate è una delle funzioni chiave del programma nazionale di IPC. • Il programma nazionale di IPC dovrebbe inoltre garantire che siano presenti le infrastrutture e le risorse necessarie per consentire l'attuazione delle linee guida. • Il programma nazionale di IPC dovrebbe favorire e richiedere l'educazione e l'addestramento degli operatori sanitari finalizzato alle raccomandazioni delle linee guida.	Forte, qualità molto bassa
3. Educazione ed addestramento all'IPC	***3a.*** *Livello strutture sanitarie.* Il gruppo di lavoro raccomanda che l'educazione nell'ambito dell'IPC sia messa in atto per tutti gli operatori sanitari, utilizzando strategie di gruppo e basate sugli obiettivi, che siano partecipative ed includano l'addestramento al letto del paziente e simulazioni per ridurre il rischio di IOS e di AMR.	• L'educazione e l'addestramento nell'ambito dell'IPC dovrebbero essere parte di una strategia di educazione globale della struttura sanitaria, che comprenda un nuovo orientamento delle assunzioni e l'offerta di continue opportunità di formazione per il personale già presente, indipendentemente dal livello e dalla posizione (ad esempio, includendo lo staff amministrativo più esperto ed il personale addetto alle pulizie). • Sono state identificate tre categorie di risorse umane come obiettivi dell'addestramento di IPC e richiedenti differenti strategie e contenuti: specialisti dell'IPC, tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'offerta dei servizi e nella cura del paziente e altro personale che supporta l'offerta dei servizi sanitari (staff amministrativo e dirigenziale, ausiliari, addetti alle pulizie, etc.). • Devono essere effettuate regolarmente valutazioni periodiche sia dell'efficacia dei programmi di educazione sia della preparazione del personale.	Forte, qualità moderata
	3b. *Livello nazionale.* Il programma nazionale di IPC dovrebbe sostenere l'educazione e l'addestramento del personale sanitario come una delle sue funzioni primarie.	• Il team nazionale di IPC gioca un ruolo fondamentale nel favorire e permettere l'attuazione dell'addestramento IPC a livello delle singole strutture sanitarie. • Per sostenere la formazione ed il mantenimento di personale sanitario esperto e qualificato, dovrebbe essere sviluppata un'offerta formativa per IPC pre- e post-laurea in collaborazione con le istituzioni accademiche locali. • Nel processo di sviluppo dei piani di studio è consigliabile riferirsi alle offerte formative e ai network internazionali per programmi di IPC specializzati ed adattare questi documenti e metodi alle esigenze nazionali e alle risorse locali disponibili. • Il programma nazionale di IPC dovrebbe fornire assistenza e raccomandazioni per l'introduzione a livello delle singole strutture di programmi di addestramento, in orario di servizio, a seconda delle competenze base di IPC per gli operatori sanitari e coprendo tutte le categorie professionali elencate al punto 3a.	Indicazione di buona pratica clinica

continua→

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
4. Sorveglianza	***4a. Strutture sanitarie*** Il gruppo di lavoro raccomanda che i programmi di sorveglianza di ogni struttura sanitaria debbano essere intrapresi per guidare gli interventi di IPC, compresa la sorveglianza per l'AMR, e per individuare eventuali epidemie, con segnalazioni periodiche dei risultati agli operatori della struttura e a tutti gli interessati attraverso reti di flussi informativi nazionali.	• La sorveglianza delle IOS è di fondamentale importanza per supportare e guidare strategie di IPC. • La sorveglianza delle infezioni in strutture sanitarie dovrebbe basarsi su raccomandazioni nazionali e definizioni standard, personalizzate poi per ogni struttura, in funzione delle risorse disponibili, con obiettivi e strategie chiare. La sorveglianza dovrebbe fornire informazioni in merito a: – descrizione dello stato dell'arte relativo alle IOS (vale a dire, incidenza e/o prevalenza, tipo, eziologia e, auspicabilmente, dati sulla gravità e sull'impatto sanitario della malattia); – individuazione dei profili più rilevanti di antibiotico-resistenza; – identificazione della popolazione ad alto rischio, delle procedure e delle esposizioni eventuali; – l'esistenza ed il funzionamento di infrastrutture WASH, ovvero fonti d'acqua, bagni e sedi per lo smaltimento dei rifiuti sanitari; – rapida identificazione di focolai e epidemie (es. sistema di notifica precoce); – valutazione dell'impatto degli interventi. • Un ottimo livello della sezione di microbiologia ed un'elevata capacità di analisi laboratoristica è essenziale per attivare un affidabile programma di sorveglianza delle IOS. • Il compito di pianificare e condurre sorveglianza ed analisi, interpretare e divulgare i dati raccolti rimane solitamente appannaggio del comitato e del gruppo di lavoro IPC. • Devono essere attivi dei metodi per individuare le infezioni. Possono essere inclusi, nelle differenti strategie di sorveglianza, studi di prevalenza o incidenza. • I sistemi di sorveglianza ospedaliera delle infezioni dovrebbero essere connessi con programmi di sorveglianza delle infezioni di sanità pubblica. • I resoconti sulla sorveglianza dovrebbero essere divulgati periodicamente a livello sia amministrativo che della singola unità operativa o reparto (quindi agli operatori sanitari di prima linea). • È di fondamentale importanza l'istituzione di un sistema che analizzi la qualità dei dati raccolti dal programma di sorveglianza.	Forte, qualità molto bassa
	4b. Livello Nazionale Il gruppo di lavoro raccomanda che, al fine di ridurre le IOS e l'AMR, vengano avviati programmi e reti di sorveglianza delle IOS, che includano anche strumenti per la notifica regolare e per un tempestivo ritorno dei dati che siano utili per analisi comparative.	• I sistemi di sorveglianza delle IOS a livello nazionale sono la base per molti aspetti di salute pubblica. Sono inoltre cruciali per la rapida identificazione di alcune epidemie nelle quali sono coinvolti particolari microrganismi o particolari profili di resistenza alla terapia antimicrobica. Inoltre, la disponibilità di dati su scala nazionale in merito all'eziologia delle IOS e dei profili di antibiotico-resistenza può fornire informazioni importanti per l'adozione di politiche di utilizzo razionale degli antimicrobici e di altre strategie di intervento mirate al controllo dell'AMR. • L'istituzione di un programma nazionale di sorveglianza delle IOS richiede pieno supporto ed impegno da parte dei governi e delle rispettive autorità competenti, nonché l'assegnazione di risorse umane e finanziarie dedicate. • Il programma di sorveglianza nazionale dovrebbe fissare obiettivi chiari, un elenco standardizzato di definizioni e metodi per l'identificazione delle infezioni (numeratori) e della popolazione esposta (denominatori), un metodo per l'analisi dei dati e dei rapporti periodici e per la valutazione della qualità dei dati.	Forte, qualità molto bassa

continua→

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
		• Sarebbe opportuno che venisse garantita una trasmissione chiara e regolare dei dati raccolti dai programmi di sorveglianza delle IOS dalle istituzioni locali ai sistemi nazionali • Linee guida internazionali che unifichino le definizioni relative alle IOS sono importanti, ma è altresì fondamentale ai fini di una corretta implementazione delle stesse l'adattamento a livello locale. • Adeguate qualità e capacità di analisi a livello laboratoristico e microbiologico sono fondamentali per qualsiasi programma di sorveglianza nazionale e intraospedaliero di sorveglianza delle IOS e dell'AMR. • È fondamentale, per un efficace programma nazionale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni, che almeno un laboratorio di riferimento su scala nazionale fornisca un supporto di buon livello per l'attività di microbiologia. • Sarebbe opportuno garantire un programma di addestramento nazionale per l'attuazione della sorveglianza, in modo da assicurare una corretta adesione ed applicazione delle linee guida, fornendo gli strumenti necessari all'implementazione. • I dati relativi alla sorveglianza sono necessari per guidare lo sviluppo e l'implementazione di interventi di controllo efficaci.	
5. Strategie multimodali	***5a. Struttura sanitaria*** Il gruppo di lavoro raccomanda che vengano impostati programmi IPC che si basino su strategie di azione multimodali, in modo tale da migliorare la pratica clinica e ridurre le IOS e l'AMR.	• Interventi di sorveglianza multimodali di successo dovrebbero essere associati ad un cambiamento culturale organizzativo generale; un efficace programma di controllo e prevenzione delle infezioni può portare infatti ad un miglior livello di tutela del paziente. • Strategie di azione multimodali efficaci possono sfruttare in molti casi il convolgimento di campioni o di modelli di ruolo. • L'implementazione di strategie multimodali all'interno delle istituzioni sanitarie deve essere direttamente correlata ad obiettivi ed iniziative per il raggiungimento di un buon livello di qualità di assistenza su scala nazionale, incluse le iniziative locali mirate al miglioramento dell'assistenza o le iniziative delle istituzioni delegate all'accreditamento delle strutture sanitarie.	Forte, qualità bassa
	5b. Livello nazionale Il gruppo di lavoro raccomanda che i programmi nazionali di IPC coordinino e facilitino l'implementazione delle attività di prevenzione e controllo attraverso strategie di azione multimodali su scala nazionale o sub-nazionale.	• All'interno degli obblighi del programma nazionale di IPC dovrebbe essere contenuto l'approccio alla coordinazione e al supporto degli interventi multimodali a livello locale (a livello di struttura sanitaria) e dovrebbe essere considerato nel contesto di altri programmi per migliorare la qualità dell'assistenza o di istituzioni di accreditamento per le strutture sanitarie. • Per un'efficace coordinamento centrale dei programmi sono essenziali il supporto del Ministero della Salute e altre necessarie risorse, quali politiche, regolamentazioni e strumenti di lavoro. Questa raccomandazione serve a supportare il miglioramento delle strutture a livello locale. • Efficaci interventi di sorveglianza multimodali dovrebbero essere associati con un cambiamento culturale inter-organizzativo generale poichè un efficiente programma di IPC può portare a migliorare la qualità dell'assistenza, la cultura organizzativa ed il livello di cura del paziente. • Andrebbe prestata molta attenzione agli adattamenti a livello locale delle esperienze di successo nell'implementazione di strategie di IPC descritte in letteratura, così come alle rendicontazioni riportate alle autorità di riferimento e ai programmi di educazione e addestramento a tutto il personale coinvolto nell'implementazione del suddetto approccio multimodale.	Forte, qualità bassa

continua →

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
6. Monitoraggio/ ispezione delle pratiche di IPC e feedback	***6a. Livello strutture sanitarie*** *Il gruppo di lavoro raccomanda che debbano essere condotti regolari monitoraggi/verifiche con feedback periodici delle pratiche di assistenza sanitaria in accordo con gli standard di IPC per prevenire e controllare le IOS e l'AMR a livello delle singole strutture sanitarie. I feedback dovrebbero essere forniti a tutte le persone monitorate e a tutto lo staff interessato.*	• L'obiettivo primario del monitoraggio/verifica delle pratiche, degli altri indicatori e del feedback è quello di raggiungere modifiche del comportamento o di altri processi per migliorare la qualità della pratica assistenziale con l'obiettivo di ridurre le IOS e la diffusione dell'AMR. Monitoraggio e feedback mirano anche a coinvolgere il personale interessato creando cooperazione, sviluppo di lavori di gruppo e reti di contatti. • La condivisione dei risultati del monitoraggio e la restituzione dei dati, non solo ai soggetti monitorati (cambiamento individuale) ma anche agli alti livelli dell'amministrazione ospedaliera (cambiamento organizzativo), sono passaggi cruciali. Dovrebbero inoltre essere coinvolti il gruppo operativo ed il comitato di IPC (o comitati della qualità delle cure) perché le pratiche di IPC sono indicatori di qualità per questi programmi. • I programmi di IPC dovrebbero essere periodicamente valutati per verificare il raggiungimento degli obiettivi, verificare se le attività sono svolte secondo le esigenze e per identificare aspetti che potrebbero essere migliorati attraverso la standardizzazione delle verifiche. Informazioni importanti, che potrebbero essere usate a questo scopo, includono i risultati della valutazione della conformità con le pratiche di IPC, altri indicatori di processo (per esempio attività di formazione), tempo dedicato da parte del gruppo di IPC e l'assegnazione di risorse.	Forte, qualità bassa
	6b. Livello nazionale *Il gruppo di lavoro raccomanda che sia stabilito un programma nazionale di monitoraggio e valutazione IPC per verificare il grado di rispetto delle norme e se le attività vengano svolte secondo le finalità e gli obiettivi del programma. Il monitoraggio e feedback dell'igiene delle mani dovrebbe essere considerati un indicatore chiave delle prestazioni a livello nazionale.*	• Il monitoraggio e la valutazione periodici forniscono un metodo sistematico per documentare il progresso e l'impatto dei programmi nazionali in termini di indicatori definiti, per esempio la ricerca del miglioramento dell'igiene delle mani come indicatore chiave che includa il monitoraggio dell'aderenza all'igiene delle mani. • Il monitoraggio e valutazione nazionali dovrebbero disporre di meccanismi che: – forniscano relazioni periodiche sullo stato degli obiettivi nazionali (risultati e processi) e sulle strategie, – monitorino e valutino regolarmente il servizio WASH, le attività di IPC e l'organizzazione delle strutture sanitarie attraverso verifiche o altri mezzi riconosciuti ufficialmente, – promuovano la valutazione delle prestazioni dei programmi locali di IPC in una cultura istituzionale non punitiva.	Forte, qualità moderata
7. Carico di lavoro, personale, occupazione dei posti letto (solo in strutture sanitarie per acuti)	*Il gruppo di lavoro raccomanda che i seguenti elementi debbano essere rispettati per ridurre il rischio di IOS e la diffusione di AMR:* 1. *l'occupazione dei posti letto non dovrebbe superare la normale capacità della struttura;* 2. *il personale della struttura sanitaria dovrebbe essere assegnato in base al carico di lavoro sul paziente.*	• Il criterio per l'occupazione dei posti letto dovrebbe essere di un paziente per letto con adeguati spazi tra i letti dei pazienti e il non superamento del numero dei posti letto. • La capacità prevista può variare dai progetti originali, tra le diverse strutture e tra i diversi Paesi. Per queste ragioni è stato proposto che il progetto di reparto per quanto riguarda i posti letto dovrebbe essere rispettato e dovrebbe essere in accordo con gli standard previsti. In circostanze eccezionali dove la capacità di posti letto venga superata, l'amministrazione ospedaliera dovrebbe agire al fine di garantire adeguati livelli di personale che soddisfino la domanda dei pazienti e un'adeguata distanza tra i letti. Questi principi si applicano a tutte le unità e reparti con posti letto di degenza, compresi i reparti di emergenza. • Il metodo degli indicatori dell'OMS sulle necessità di operatori (WHO Workload Indicators of Staffing Need) assicura ai dirigenti sanitari un modo sistematico per definire quanto personale, di un determinato tipo, sia necessario per far fronte al carico di lavoro di una specifica struttura e per favorirne il processo decisionale (*http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/*). • È stato riconosciuto che il sovraffollamento costituisce un problema di salute pubblica che può portare alla trasmissione di malattie.	Forte, qualità molto bassa

continua→

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.175 Tue, 01 Jul 2025, 01:10:38

Tabella 1 – Riassunto degli elementi cruciali dell'IPC e commenti.

Componente centrale	Raccomandazione o indicazione di buona pratica	Considerazioni essenziali	Forza della raccomandazione e qualità dell'evidenza
8. Disposizioni su ambiente, materiali e attrezzature per IPC a livello della struttura (solo strutture sanitarie per acuti)	*8a.* Le attività di cura dei pazienti dovrebbero essere intraprese in un ambiente pulito e/o igienico che faciliti le pratiche correlate alla prevenzione e il controllo delle IOS, così come delle AMR, che includano tutti gli elementi circa le infrastrutture di sanificazione ed igiene dell'acqua ed i servizi e la disponibilità di adeguati materiali e attrezzature per IPC.	• Un ambiente adeguato, i servizi di sanificazione ed igiene dell'acqua, i materiali e le attrezzature per IPC sono componenti fondamentali per programmi efficaci di IPC nelle strutture sanitarie. • Garantire un adeguato ambiente igienico è responsabilità dei direttori della struttura e delle autorità locali. Tuttavia il governo centrale e i programmi nazionali di IPC e di sanificazione ed igiene dell'acqua giocano un ruolo importante nello sviluppo di norme e nel raccomandare la loro implementazione riguardo ad adeguati servizi relativi all'acqua nelle strutture sanitarie, l'igiene dell'ambiente e la disponibilità di materiali e attrezzature per IPC presso il posto di cura. • Le norme dell'OMS sulla qualità dell'acqua potabile, l'igiene e la salute dell'ambiente dovrebbero essere implementati all'interno delle strutture sanitarie.	Indicazione di buona pratica clinica
	8b. Il gruppo di lavoro raccomanda che i materiali e l'attrezzatura per attuare un'appropriata igiene delle mani siano prontamente disponibili presso i posti di cura.	• Le norme dell'OMS per l'adeguato numero e l'appropriata posizione dei dispositivi per l'igiene delle mani dovrebbero essere implementati in tutte le strutture sanitarie.	Forte, qualità molto bassa