



MINISTERO DELLA SALUTE
Dipartimento Prevenzione e Comunicazione
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Centro Nazionale per la Prevenzione e il
Controllo delle Malattie

Programma 2004

Progetto

Prevenzione e controllo delle infezioni associate
all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria
Progetto INF-OSS
(Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie e Socio-Sanitarie)

10 agosto 2005

ANALISI DEL PROBLEMA.....	2
Problema.....	2
Stato dei programmi di sorveglianza e controllo in Italia	2
Soluzioni proposte.....	3
Bibliografia	3
OBIETTIVI DEL PROGETTO	4
PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 1. Epidemie ed eventi sentinella	5
PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 2. Infezioni endemiche	7
PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 3. Autorizzazione e accreditamento	9
PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 4. Pratiche assistenziali standard.....	11
PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 5. Comunicazione e gestione del rischio	13
PROGRAMMAZIONE OPERATIVA	15
Cronogramma generale	15
Composizione del comitato di progetto	16
Piano finanziario.....	17

ANALISI DEL PROBLEMA

Problema

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia.

Le infezioni associate all'assistenza rappresentano la complicanza in assoluto più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale (1). Le complicanze infettive sono frequenti anche in altri ambiti sanitari, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare (2). La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, a 5% in pazienti residenti in strutture per anziani ed a 1% in pazienti assistiti a domicilio (2,3). Il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in modo epidemico; tali eventi si associano spesso a mortalità elevata, con problemi di natura medico-legale ed un notevole impatto sull'opinione pubblica. Sono, inoltre, sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici.

Oltre che essere frequenti, le infezioni associate all'assistenza sanitaria sono anche gravi ed hanno con un impatto economico rilevante: per le sepsi e le polmoniti si stima una mortalità attribuibile pari a 20-30% (4,5); secondo uno studio australiano, le infezioni della ferita chirurgica si collocano al primo posto in una graduatoria di eventi avversi ordinati per costo medio annuale atteso per il sistema sanitario (6); il costo annuale per le infezioni ospedaliere è stato stimato essere pari a 6,7 milioni di dollari negli Stati Uniti ed a 1,7 milioni di dollari nel Regno Unito (3).

Su 100 infezioni associate all'assistenza sanitaria in media il 20% sono prevenibili (7); questa stima cambia, però, sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto: i diversi studi hanno, infatti, riportato una riduzione della frequenza di complicanze infettive, in seguito a programmi di intervento, che andava dal 10% al 70%.

Stato dei programmi di sorveglianza e controllo in Italia

In Italia non esiste un sistema di sorveglianza delle infezioni, anche se numerosi studi di prevalenza e di incidenza, che hanno interessato tutto l'ospedale o alcuni reparti a rischio, hanno riportato una frequenza di infezioni ospedaliere paragonabile a quella rilevata nei paesi anglosassoni e in alcuni casi superiore. Sulla base delle indicazioni della letteratura e degli studi multicentrici effettuati in questi anni, si può stimare che in Italia dal 5 all'8% dei pazienti ricoverati contragga un'infezione ospedaliera: si può, quindi, stimare che ogni anno, in Italia, si verifichino dalle 450.000 alle 700.000 infezioni in pazienti ricoverati in ospedale, soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi. Poiché le infezioni ospedaliere potenzialmente prevenibili rappresentano il 30% circa di quelle insorte, si può stimare che ogni anno vi siano fra le 135.000 e le 210.000 infezioni prevenibili, e che queste siano causa del decesso nell'1% dei casi (dai 1350 ai 2100 decessi circa prevenibili in un anno).

Il Progetto europeo EARSS di sorveglianza delle infezioni resistenti ha evidenziato, inoltre, come l'Italia sia uno dei paesi europei con la proporzione più elevata di infezioni sistemiche sostenute da *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente (MRSA) su tutte le infezioni sistemiche da *Staphylococcus aureus* (8). Questo microrganismo è d'origine prevalentemente ospedaliera e la frequenza di infezioni sistemiche da MRSA viene utilizzata da diversi paesi come indicatore di trasmissione di infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

Non tutte le complicanze infettive dell'assistenza sanitaria, allo stato attuale delle conoscenze, sono prevenibili. Vi sono, però, conoscenze consolidate su pratiche "sicure" nell'assistenza al paziente, in grado di ridurre significativamente il rischio di contrarre un'infezione nel corso dell'assistenza sanitaria. Sistemi in grado di assicurare l'adozione nella pratica di comportamenti professionali "sicuri" sono in grado di ridurre in modo significativo il rischio per il paziente di contrarre una infezione (in alcuni studi fino al 70%).

Nel 1985 la Circolare Ministeriale n.52 ha raccomandato l'istituzione di programmi regionali di controllo e l'avvio in ciascun presidio ospedaliero di un programma di controllo delle infezioni ospedaliere che prevedesse l'istituzione del Comitato di controllo, la definizione di un gruppo operativo composto da medici e infermieri e l'istituzione della figura della Infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI). La Circolare n.8 del 1988 ha definito i metodi di

sorveglianza da adottare ed un rapporto posti letto/Infermiere addetto al Controllo delle Infezioni (ICI) di 250-400 per ogni figura infermieristica a tempo pieno. Il Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000 ha incluso la prevenzione delle infezioni ospedaliere tra gli obiettivi prioritari di salute, indicando l'esistenza di un programma di controllo (basato sul Comitato, la disponibilità di personale addestrato e di protocolli e procedure scritte) quale criterio per l'accreditamento delle strutture; tale obiettivo è stato ripreso dal PSN 2002-2004.

Un'indagine nazionale, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2000 (9), ha evidenziato una diffusione insufficiente dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere, anche considerando solo i requisiti minimi previsti dalla normativa esistente (Comitato di controllo, figura infermieristica addetta): le carenze sono più marcate negli ospedali di piccole dimensioni ed in alcune regioni centro-meridionali. In particolare, solo il 50% degli ospedali rispondenti aveva un Comitato di controllo in attività, solo un terzo un figura infermieristica addetta, solo 1 ospedale su 5 sia il Comitato che il medico e l'infermiera referenti. Esiste una notevole variabilità tra regioni nelle modalità di attuazione dei programmi: gli ospedali più attivi sono prevalentemente collocati in regioni che hanno definito programmi di intervento regionali.

Soluzioni proposte

Per migliorare la capacità di prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, è importante creare una rete tra regioni che consenta la stima del fenomeno generale e delle sue componenti più rilevanti, lo scambio di esperienze, la diffusione di quanto si è rivelato efficace a contenere questo fenomeno, la diffusione di una cultura della sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. In particolare, è essenziale una azione mirata a coordinare ed armonizzare:

- la rilevazione dei dati epidemiologici,
- la costruzione di sistemi di allerta in grado di identificare tempestivamente eventi sentinella ed epidemie,
- i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria,
- le misure di controllo, attraverso la definizione di Linee Guida e programmi formativi,
- i programmi di comunicazione e gestione del rischio.

Bibliografia

1. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991 Feb 7; 324(6): 377-84.
2. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis* 2001; 7: 170-173
3. Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med.* 2003 Feb 13; 348(7): 651-6.
4. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis.* 2001 Mar-Apr; 7(2): 174-7.
5. Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med.* 2000; 26 Suppl 1: S31-7.
6. Rigby K, Clark RB, Runciman WB. Adverse events in health care: setting priorities based on economic evaluation. *J Qual Clin Practice* 1999; 19: 7-12.
7. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. . The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54, 258-266
8. Tiemersma EW, Bronzwaer SLAM, Lytikäinen O, Degener JE, Schrijnemakers P, Bruinsma N et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Europe, 1999-2002. *Emerg Infect Dis* 2004
9. Moro ML, Gandin C, Bella A, Siepi G, Petrosillo N. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. Rapporti ISTISAN 01/04, 2001

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivo generale

Promuovere la prevenzione e il controllo delle infezioni associate alle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso lo sviluppo e l'adozione di strumenti comuni tra le regioni.

Obiettivi specifici

1. Sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie
2. Sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria residenziale e domiciliare e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale.
3. Definire requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni.
4. Promuovere l'adesione di pratiche assistenziali "*evidence-based*" attraverso: a) la diffusione di Linee Guida; b) la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, come parte anche dei programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM).
5. Realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 1. Epidemie ed eventi sentinella

Gli episodi epidemici rivestono un'importanza particolare, per l'impatto associato e perché mettono in evidenza problemi misconosciuti o sottovalutati, dando l'opportunità di avviare azioni correttive. E', quindi, cruciale essere in grado di identificare le epidemie in tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, incluse le strutture residenziali ed attivare interventi immediati. Per far ciò, deve esistere un sistema di sorveglianza attiva di laboratorio in tutte le strutture sanitarie e gli eventi identificati devono essere segnalati a livello regionale in modo da supportare le azioni a livello locale ed eventualmente estendere gli interventi di controllo ad altre Aziende Sanitarie, nel caso di fenomeni che comportino un rischio di trasmissione anche in altre strutture socio-sanitarie.

La regione Emilia Romagna ha già avviato la sperimentazione di un sistema di trasmissione elettronica a livello regionale dei dati di laboratorio ed è in via di attuazione un sistema di segnalazione rapida a livello regionale di epidemie ed eventi epidemici. Il sistema di trasmissione elettronica dei dati di laboratorio è stato sviluppato utilizzando le codifiche del Progetto Micronet e prevede la trasmissione dei dati a livello regionale con cadenza semestrale; a questo flusso è stato affiancato un sistema di segnalazione rapida, a partire dai laboratori e/o dai clinici, per epidemie e singoli eventi sentinella. Il sistema di trasmissione regionale dei dati di laboratorio verrà utilizzato per validare la completezza del sistema di segnalazione rapida e per costruire modelli di analisi dei dati di laboratorio utili, in un futuro, ad identificare epidemie e cluster epidemici.

Per rendere questa esperienza trasferibile anche ad altre regioni è necessario sviluppare metodologie e modelli relativi ai seguenti aspetti:

- sorveglianza dei patogeni sentinella e analisi dell'archivio dei dati della microbiologia al fine di identificare i *cluster* infettivi, allo scopo di migliorare la sorveglianza attiva a livello locale;
- trasmissione dei dati relativi ad epidemie ed eventi sentinella.
- attuazione di interventi tempestivi di indagine epidemiologica e controllo.

Obiettivo specifico 1	Identificare tempestivamente epidemie ed eventi sentinella di infezioni associate alle organizzazioni sanitarie	
Indicatore di risultato	Numero di epidemie/ <i>cluster</i> epidemici segnalati al sistema di allerta rapido non inferiore al 75% dell'atteso	
Standard di risultato	Almeno una segnalazione ogni 10.000-12.000 ricoveri ospedalieri	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard
Standardizzare metodi e strumenti per la sorveglianza di laboratorio	Realizzazione del protocollo per la sorveglianza di laboratorio	OK
Formazione del personale dei laboratori, gruppo operativo CIO, infettivologi	Messa a punto di un pacchetto formativo standard, con un modulo comune a tutte le figure e moduli mirati	OK
	Accreditamento dei corsi di formazione nell'ambito del piano ECM	OK
	N° di corsi di formazione effettuati	Almeno 2
Definizione e validazione di livelli soglia utili alla generazione di segnali di allerta	Modellizzazione dei dati di laboratorio disponibili presso l'archivio regionale della regione Emilia-Romagna	OK
Realizzazione di un sistema di sorveglianza su base regionale	Individuazione di una lista di eventi da notificare	OK
	Elaborazione di una scheda standard per la segnalazione degli eventi di interesse e di un programma di trasmissione dei dati su web	OK
	Numero di Aziende Sanitarie della regione Emilia Romagna che aderiscono al sistema di sorveglianza	80%

CRONOGRAMMA

Mese	1° anno												2° anno												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Protocollo per la sorveglianza delle epidemie																									
Predisposizione pacchetto formativo e richiesta accreditamento ECM																									
Formazione del personale																									
Individuazione della lista di eventi																									
Elaborazione di una scheda standard e di un programma di trasmissione dei dati su web																									
Attivazione del sistema, analisi dei dati																									

rendicontazione

PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 2. Infezioni endemiche

Obiettivo del progetto è definire metodologie standardizzate di rilevazione dei dati, funzionali al controllo del fenomeno, e favorire il coordinamento della rilevazione nelle diverse regioni. I sistemi di sorveglianza devono, infatti, essere funzionali all'attivazione di programmi di controllo e la rilevazione deve, quindi, essere coordinata a livello regionale. E', tuttavia, altrettanto importante costruire un quadro del fenomeno a livello nazionale. Per realizzare tale obiettivo, è essenziale che le metodologie di rilevazione dei dati siano standardizzate e che siano definiti i criteri per la trasmissione dei dati a livello nazionale ed il loro confronto e diffusione.

Obiettivo specifico 2	Standardizzare la rilevazione dei dati di sorveglianza e costruire un archivio nazionale di dati epidemiologici	
Indicatore di risultato	Numero di regioni che adottano i protocolli standardizzati di sorveglianza e partecipano alla costruzione dell'archivio nazionale	
Standard di risultato	Partecipazione alla costruzione dell'archivio nazionale di tutte le regioni che già hanno attivato sistemi regionali di sorveglianza	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard
Standardizzare metodi e strumenti per la sorveglianza delle infezioni, ad esempio: - Studi di prevalenza - Batteriemie da MRSA - Infezioni del sito chirurgico - Infezioni in terapia intensiva e patologia neonatale	Individuazione dei protocolli di sorveglianza ritenuti prioritari	OK
	Definizione dei protocolli e acquisizione del consenso da parte dei referenti regionali	OK
Realizzazione dell'archivio nazionale di dati epidemiologici	Individuazione dei temi considerati prioritari dal comitato di progetto e del calendario di condivisione dei dati	OK
	Definizione delle modalità di trasmissione ed analisi dei dati	OK
	Trasmissione sperimentale dei dati al centro di coordinamento	OK
	Analisi e produzione di report	Almeno 1 report

CRONOGRAMMA

	1° anno												2° anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mese																								
Costituzione del comitato di progetto																								
Individuazione degli eventi/aree per le quali sviluppare protocolli di sorveglianza																								
Definizione di protocolli standardizzati (in accordo con i protocolli HELICS) e acquisizione del consenso.																								
Stampa dei protocolli standardizzati e loro diffusione																								
Individuazione dei temi prioritari per il database nazionale condiviso																								
Definizione delle modalità di trasmissione ed analisi per il primo set di dati epidemiologici																								
Trasmissione sperimentale al centro di coordinamento e produzione di un primo rapporto																								

rendicontazione

PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 3. Autorizzazione e accreditamento

Uno strumento importante per garantire che le strutture ed i servizi sanitari e socio-sanitari presentino alcune caratteristiche di base (locali, impianti, pratiche assistenziali, numero minimo di operatori) necessarie a garantire il controllo delle infezioni, è includere tali elementi distintivi tra i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture. In tale ambito, possono anche essere definiti i debiti informativi che ciascuna struttura è tenuta a trasmettere a livello regionale: ciò può contribuire a costruire stabilmente il quadro epidemiologico regionale. E' possibile, infatti, includere tra i requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie anche quelli mirati alla qualificazione dei percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali; ad esempio nell'area chirurgica ed in quella delle cure intensive, è opportuno prevedere l'attivazione di sistemi di sorveglianza di specifici indicatori clinici (infezione della ferita chirurgica per le aree chirurgiche; infezioni associate a cateterismo intravascolare e polmoniti associate a ventilazione assistita per le terapie intensive), con l'obiettivo di supportare una strategia per la riduzione del rischio infettivo. Queste informazioni possono essere trasferite a livello regionale e rappresentare la base informativa per la costruzione del quadro epidemiologico.

Poiché allo stato attuale esistono notevoli differenze nelle scelte operate dalle diverse regioni in questo ambito, obiettivo del progetto sarà descrivere il quadro esistente a livello nazionale, al fine di concordare successivamente i requisiti minimi per l'autorizzazione e accreditamento, relativi alla prevenzione delle infezioni, inclusi quelli relativi al ritorno informativo.

Obiettivo specifico 3	Descrivere il quadro esistente a livello nazionale per quanto concerne i requisiti di autorizzazione e accreditamento relativi al controllo delle infezioni	
Indicatore di risultato	Numero di regioni che partecipano alla indagine	
Standard di risultato	100% delle regioni	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard
Pianificazione e realizzazione della indagine conoscitiva	Definizione delle informazioni di interesse	OK
	Elaborazione della scheda di rilevazione	OK
	Individuazione dei referenti a livello regionale e trasmissione della scheda	OK
	Analisi dei risultati	OK
	Condivisione ed interpretazione dei risultati	Organizzazione di un seminario per la presentazione e discussione dei dati
	Individuazione di un set minimo di requisiti già condivisi da molte regioni e di possibili ambiti di sviluppo	OK

CRONOGRAMMA

Mese	1° anno												2° anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione del comitato di progetto	■																							
Definizione delle informazioni di interesse per l'indagine				■																				
Elaborazione della scheda di rilevazione							■																	
Individuazione dei referenti a livello regionale e trasmissione della scheda								■																
Sollecitazione dei non rispondenti																								
Analisi e diffusione dei risultati																								
Individuazione di un set minimo di requisiti già condivisi da molte regioni e di possibili ambiti di sviluppo																								

PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 4. Pratiche assistenziali standard

Per supportare l'adesione a pratiche assistenziali di efficacia dimostrata per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere, è importante mettere a punto, a livello nazionale, strumenti utili a promuovere programmi di governo clinico regionali e locali: tra questi riveste una rilevanza particolare la definizione di Linee Guida (LG) specifiche e la promozione della loro adozione locale.

Il processo di definizione e promozione di LG dovrà passare attraverso diverse fasi: a) la revisione intensiva delle LG di buona qualità su questo tema disponibili a livello internazionale, b) la definizione di LG nazionali in collaborazione con il PNLG; c) la loro adozione a livello delle singole regioni; d) l'attivazione di programmi di trasferimento nelle singole Aziende sanitarie /strutture; e) programmi mirati a valutare nel tempo l'adesione alle LG nelle singole strutture. Nel primo biennio di attività ci si propone di realizzare le prime tre fasi, che consistono nella definizione di LG italiane, recepite a livello regionale.

Le Circolari Ministeriali 52/1985 e 8/1988, come anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 hanno individuato una figura infermieristica dedicata al controllo delle infezioni come uno dei requisiti essenziali dei programmi di controllo delle infezioni nelle strutture socio-sanitarie. I contenuti della formazione di queste figure sono però molto disomogenei a livello nazionale. Obiettivo del progetto sarà la descrizione di quanto avviene nelle diverse regioni, sia per quanto concerne i corsi universitari specifici (master o corsi di perfezionamento), che la formazione ECM. Verrà anche effettuata una revisione di quanto avviene in altri paesi europei.

Obiettivo specifico 4	Messa a punto di strumenti utili a promuovere l'adesione a pratiche assistenziali standard	
Indicatore di risultato	Numero di linee guida sul tema delle infezioni e numero di regioni partecipanti alla indagine conoscitiva sulla formazione	
Standard di risultato	100% delle regioni partecipanti alla indagine conoscitiva sulla formazione	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard
Messa a punto di LG nazionali specifiche	Individuazione delle aree per le quali è opportuno sviluppare LG specifiche	OK
	Definizione di un piano di produzione di LG a livello nazionale	OK
Indagine conoscitiva sui corsi di formazione avviati nelle diverse regioni	Definizione delle informazioni di interesse	OK
	Elaborazione della scheda di rilevazione	OK
	Individuazione dei referenti a livello regionale e trasmissione della scheda	OK
	Analisi dei risultati	OK
Condivisione ed interpretazione dei risultati	Organizzazione di un seminario per la presentazione e discussione dei dati	OK

CRONOGRAMMA

Mese	1° anno												2° anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione del comitato di progetto	█																							
Individuazione delle aree per le quali sono opportune LG nazionali e definizione di un piano							█	█	█	█	█	█												
Indagine conoscitiva sui corsi di formazione specifica esistenti nelle regioni																								
Analisi e diffusione di risultati																								

PIANO DI VALUTAZIONE OBIETTIVO 5. Comunicazione e gestione del rischio

Negli ultimi anni il tema della sicurezza del paziente è diventato una questione centrale per i servizi sanitari. Inoltre, il numero di reclami e denunce per *malpractice* è in continuo aumento, così come i costi assicurativi per le strutture sanitarie. In risposta a questo problema, sono stati attivati da diverse regioni programmi di gestione del rischio. Poiché le complicanze infettive associate all'assistenza sanitaria rappresentano alcuni tra i più frequenti eventi avversi sanitari e sono in parte evitabili, è importante che i programmi di controllo delle infezioni ospedaliere siano integrati con i programmi più generali di gestione del rischio; è anche essenziale che vengano attivati programmi in grado di informare correttamente i cittadini sui rischi associati all'assistenza sanitaria, come anche delle azioni del servizio sanitario regionale e delle singole strutture mirate a ridurre tale rischio.

Obiettivo del progetto è sviluppare metodologie e strumenti per l'attivazione di programmi di comunicazione e gestione del rischio in tale ambito; nel primo biennio di attività, ci si propone di descrivere i programmi attivati nelle diverse regioni ed Aziende sanitarie.

Obiettivo specifico 5	Descrizione dei programmi di comunicazione e gestione del rischio esistenti a livello nazionale	
Indicatore di risultato	Numero di i regioni partecipanti alla indagine conoscitiva	
Standard di risultato	100% delle regioni	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard
Indagine conoscitiva sui programmi di comunicazione del rischio nelle diverse regioni	Definizione delle informazioni di interesse	OK
	Elaborazione della scheda di rilevazione	OK
	Individuazione dei referenti a livello regionale e trasmissione della scheda	OK
	Analisi dei risultati	OK
	Organizzazione di un seminario per la presentazione e discussione dei dati	OK
Condivisione ed interpretazione dei risultati		OK

CRONOGRAMMA

Mese	1° anno												2° anno												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Costituzione del comitato di progetto																									
Definizione delle informazioni di interesse per l'indagine																									
Elaborazione della scheda di rilevazione																									
Individuazione dei referenti a livello regionale e trasmissione della scheda																									
Sollecitazione dei non rispondenti																									
Analisi e diffusione dei risultati																									

rendicontazione

Composizione del comitato di progetto

Per realizzare gli obiettivi sopra sintetizzati verrà attivato un comitato di progetto con il compito di:

- confrontare dati esistenti, metodi e strumenti;
- concordare strumenti e metodologie standardizzate, relativamente agli aspetti che sono già stati oggetto di lavoro in diverse regioni (ad esempio la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica, sorveglianza delle infezioni in area critica, studi di prevalenza, ecc.);
- individuare nuovi strumenti utili;
- costruire e diffondere tra i quadri dirigenziali regionali una base culturale omogenea, relativamente alla sorveglianza e controllo delle infezioni associate a pratiche assistenziali;
- favorire il trasferimento delle metodologie concordate in tutte le regioni.

Al fine di garantire il coinvolgimento di tutte le regioni e il trasferimento delle metodologie anche nelle regioni che non hanno finora attivato programmi coordinati di sorveglianza e controllo, il comitato, che prevede comunque rappresentanti di istituzioni centrali, sarà organizzato come segue:

- tutte le regioni verranno invitate a partecipare al comitato
- le regioni dovranno garantire il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie.
- all'interno del comitato verranno individuati alcuni gruppi di lavoro con il compito di sviluppare specifiche tematiche: in ciascun gruppo di lavoro sarà individuata (come già sperimentato nell'ambito del "Progetto Mattoni" del Ministero della Salute) una regione capofila, selezionata in base alle proprie esperienze specifiche, la quale verrà affiancata da una regione associata.

Per promuovere la qualità tecnica del programma attuato e il raccordo a livello europeo, il comitato:

- potrà avvalersi, per la messa a punto degli strumenti, della collaborazione con le organizzazioni professionali e scientifiche attive nel settore;
- collaborerà al Progetto IPSE ("*Improving patient safety in Europe*"), il cui obiettivo è la costruzione di un sistema europeo di rilevazione di dati sulle infezioni e l'attuazione di interventi mirati ad armonizzare i programmi di controllo.

Piano finanziario

Il finanziamento richiesto si riferisce alle attività iniziali di avvio del progetto. Per dare piena attuazione ai diversi obiettivi elencati sarà necessario un finanziamento specifico.

Le attività per le quali si chiede un finanziamento sono riportate di seguito:

- * Attività di coordinamento (organizzazione delle riunioni del comitato di progetto, preparazione dei materiali, finalizzazione dei documenti concordati)
- * Attività di supporto e consulenza alle diverse regioni per la realizzazione di indagini conoscitive e la messa a punto dei sistemi informativi standardizzati concordati.
- * Sviluppo di metodologie innovative condotte dalla regione Emilia Romagna.

Unità Operativa	Referente	Compiti		
Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna	Maria Luisa Moro	- realizzazione dei prodotti attesi - coordinamento e azioni centrali: 1. formazione 2. analisi dati 3. diffusione delle informazioni		
Risorse				
	Compiti e prodotti attesi	1° anno Euro	2° anno Euro	Totale Euro
Personale				
1 medico epidemiologo	Coordinamento, analisi dati e formazione	45.000	45.000	90.000
1 statistico	Modellizzazione e analisi dati	30.000	30.000	60.000
1 operatore amministrativo	Supporto segretariale	25.000	25.000	30.000
Beni e servizi				
Outsourcing	Realizzazione e produzione di materiale didattico e informativo	15.000	35.000	50.000
"	Produzione e gestione sito web con link al sito CCM	20.000	30.000	50.000
Altro				
Partecipazione altre U.O. regionali	Contributo per specifiche attività sviluppate da regioni da individuare	100.000	100.000	200.000
Convegni e seminari	Organizzazione e realizzazione di convegni e seminari, missioni di esperti	25.000	25.000	50.000
Coordinamento	Spese generali di coordinamento	25.000	25.000	50.000
Totale		285.000	315.000	600.000