

## Contrasto alle infezioni correlate all'assistenza: un progetto 'Nelle nostre Mani'

*Sono le associazioni che si occupano di assistenza sociosanitaria gli interlocutori privilegiati di Nelle nostre Mani, il progetto di dialogo con il terzo settore per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza promosso da MSD Italia.*

*Dopo gli incontri di carattere istituzionale con le autorità pubbliche e sanitarie sul tema delle infezioni ospedaliere, questa iniziativa si rivolge a un pubblico più ampio, non specialista ma con un grande impatto sul territorio: i soggetti del terzo settore che si occupano di assistenza sociosanitaria e i cui volontari entrano in contatto, ogni giorno, con persone fragili come anziani, bambini o immunodepressi.*

*Cercando la dimensione della condivisione e del dialogo fra le associazioni e il mondo scientifico, l'obiettivo è quello di redigere delle linee guida di comportamento che possano essere utili non solo ai volontari e agli operatori che agiscono tanto a livello ospedaliero quanto domiciliare, ma anche ai parenti e ai caregiver dei soggetti più fragili, e in questo modo poter limitare in maniera consistente l'incidenza delle purtroppo frequenti infezioni e delle loro gravi conseguenze. Ne abbiamo parlato con Francesco Menichetti (GISA - Gruppo Italiano Stewardship Antimicrobica), Maria Mongardi (ANIPIO - Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo) e Francesca Moccia (Cittadinanzattiva).*

### Infezioni ospedaliere: dati preoccupanti per l'Italia

A colloquio con **Francesco Menichetti**

UO Malattie infettive, AOU Pisana e Presidente GISA - Gruppo Italiano Stewardship Antimicrobica

*“La resistenza agli antibiotici è direttamente correlata al loro uso: appropriato o inappropriato”*

Menichetti

**Il fenomeno delle infezioni ospedaliere non riguarda solo il nostro Paese. Alcuni dati farebbero però pensare a una situazione di particolare criticità in Italia. Perché?**

Iniziamo con il dire che il problema delle infezioni ospedaliere, e di quello correlato dell'antibioticoresistenza, rappresenta una criticità particolare perché si accetta malvolentieri di poter contrarre un'ulteriore infezione proprio nel luogo in cui ci si è recati con l'aspettativa di curarsi.

È un problema globale, che coinvolge anche altri Paesi dell'area economica europea (e non solo) e urgente da risolvere, specie in Italia perché è inaccettabile che un Paese con il nostro livello di organizzazione sanitaria e le nostre risorse presenti mediamente livelli di antibioticoresistenza simili a quelli che si riscontrano in altri Paesi (quali, ad esempio, la Grecia e la Romania), che hanno però un livello economico e di organizzazione sanitaria ben diversi dal nostro.

Partiamo da un concetto fondamentale: la resistenza agli antibiotici è direttamente correlata al loro uso. Appropriato o inappropriato: tanto più l'utilizzo degli antibiotici è inappropriato in ter-

mini di prescrizione, dosaggio e durata, tanto più i batteri diventano in grado di sviluppare resistenza. In Italia il consumo di antibiotici è molto elevato ma non è il più elevato; consumano più antibiotici di noi il Belgio, la Francia, la Grecia e la Turchia. Rispetto a questi quattro Paesi siamo quello che, insieme a Turchia e Grecia, ha sviluppato più germi resistenti rispetto alla media europea. La Francia, nonostante consumi più antibiotici di noi, ha un livello di antibioticoresistenza molto inferiore al nostro.

#### Come si spiega il buon risultato della Francia?

Una delle spiegazioni è che sicuramente in Francia si utilizzano antibiotici a spettro più ristretto e in modo più congruo. Oltre a ciò, i francesi sono più attenti ad adottare le buone norme di pratica assistenziale che vanno sotto il nome di *infection control*. Sono quindi più solerti ad adottare tutti quei comportamenti che fanno sì che – quando si assiste un malato – un germe resistente non passi da quel malato al malato successivo, dal malato successivo al reparto, dal reparto agli altri reparti e così via.

#### Quali sono i germi che oggi provocano problemi soprattutto in ospedale?

Le priorità più critiche, sulla base dei dati OMS, sono rappresentate dai batteri Gram ne-

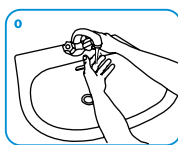


## Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

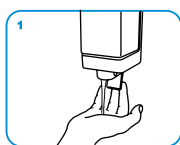
LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!



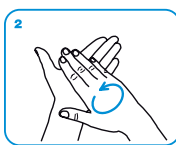
Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



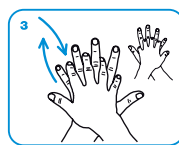
Bagna le mani con l'acqua



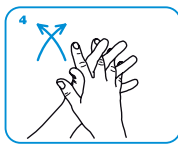
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



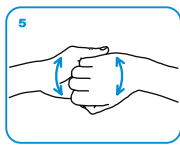
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



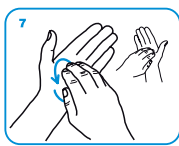
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



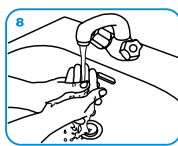
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



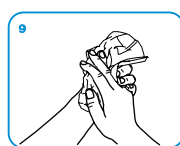
frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



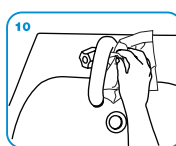
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



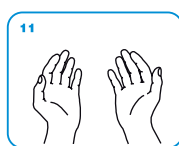
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

World Health Organization

*“In generale è fondamentale lavare sempre le mani con acqua e sapone o soluzione idroalcolica. Questa buona norma di pratica assistenziale ha un grande impatto nel ridurre le infezioni ospedaliere, riuscendo a prevenirne addirittura una su tre”*

Menichetti

gativi. Tra essi le principali sfide dell'antibioticoresistenza in ospedale sono rappresentate da *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, cioè i Gram negativi non fermentanti, e gli enterobatteri, cioè i batteri che costituiscono gran parte della flora intestinale, resistenti ai carbapenemici, che rappresentano l'ultima frontiera della terapia antibiotica, appartenendo alla famiglia di antibiotici con lo spettro più ampio e la potenza più elevata. Questo significa che oggi in ospedale si verificano già infezioni da germi resistenti nei confronti dei quali il medico è disarmato e che possono essere letali per il paziente. Non si tratta di un fenomeno solo microbiologico. La letalità dell'*Escherichia coli*, tanto per fare un esempio, passa dal 17% al 32% se il ceppo di *Escherichia coli* è resistente agli antibiotici.

Questo stesso discorso vale anche per *Acinetobacter* e per la stessa *Klebsiella*, ormai endemica in tantissimi ospedali italiani a testimonianza della nostra incapacità di eradicarla e di controllare bene il fenomeno.

### Tornando invece al discorso della letalità, quanto è allarmante il fenomeno?

A gennaio 2019 Alessandro Cassini et al hanno pubblicato su *The Lancet Infectious Diseases* l'articolo "Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections

with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis", fondamentale per rispondere a questa domanda. L'Ecdc ha infatti sviluppato un modello statistico basato sui dati raccolti nel 2015 dallo European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (Ears-Net), la rete di sorveglianza della resistenza agli antibiotici in Europa, per stimare il 'peso sanitario' (*health burden*) delle infezioni da batteri antibioticoresistenti. In sintesi, a un totale di 671.689 casi di infezioni antibioticoresistenti nei Paesi dell'area economica europea, sono attribuibili 33.110 decessi e 874.541 DALYs (*disability adjusted life years*), cioè i giorni perduti dal punto di vista della produttività e comunque del benessere. Quello che preoccupa è il contributo dell'Italia: circa 200.000 di queste 671.689 infezioni si verificano nel nostro Paese e oltre 10.000 dei 33.000 decessi sono stati stimati in Italia. Questo significa che il nostro Paese contribuisce per il 30% al fenomeno delle infezioni da germi resistenti.

Se si considera l'impatto di questo fenomeno in rapporto ai DALYs, si scopre che l'Italia è al primo posto, seguita da Grecia e Romania.

L'OMS ha stimato che nel 2050 l'antibioticoresistenza avrà fatto 10 milioni di morti, numero addirittura maggiore rispetto ai morti per cancro. E purtroppo tali stime – effettuate nel 2015 – sono allarmanti ma lontane dall'essere allarmistiche, in quanto concrete e ben condotte.

### In questa situazione tutti sono corsi ai ripari: l'OMS con il Global action plan on antimicrobial resistance e il nostro Ministero della salute con il PNCAR, il Piano nazionale per il contenimento dell'antimicrobicoresistenza. Quali sono state le azioni promosse dal Gisa, il Gruppo italiano per la stewardship antimicrobica di cui è presidente?

Il GISA ha proposto un decalogo pragmatico, che comprende dieci mosse di comportamenti pratici per i medici ed il personale sanitario in senso lato che mirano alla prevenzione primaria e secondaria dell'infezione e al contenimento dell'antibioticoresistenza. Queste dieci mosse riguardano l'ambito dei vaccini e della profilassi antibiotica, le azioni dirette al controllo della diffusione della resistenza antimicrobica (*infection control*) e quelle dirette al contenimento dell'uso degli antibiotici negli animali (*approccio One-Health*) e al loro buon uso nell'uomo (*antimicrobial stewardship*).

L'importanza dei vaccini non deve assolutamente essere sottovalutata. Mi sto riferendo ai vaccini contro l'influenza stagionale e contro lo

pneumococco, raccomandati per gli adulti oltre i 65 anni e per chi ha più di 19 anni ed è affetto da patologia cronica. Perché non vengono vaccinati questi pazienti? Sarebbe importante lo fossero tutti per evitare il rischio di una complicazione influenzale o di un'infezione pneumococcica che richiede terapia antibiotica. Il primo anello della prevenzione della resistenza antimicrobica è infatti proprio quello di contenere l'impiego di antibiotici.

Bisogna saper usare bene la profilassi antibiotica in chirurgia, somministrando una singola dose di antibiotico un attimo prima che venga incisa la cute, e in generale è fondamentale ricordarsi di lavare sempre le mani con acqua e sapone o strofinandole con la soluzione idroalcolica. Questa buona norma di pratica assistenziale ha infatti un grande impatto nel ridurre le infezioni ospedaliere, riuscendo a prevenirne addirittura una su tre.

Il tema dell'uso degli antibiotici negli animali è altrettanto importante. L'Italia ha una buona legislazione in questo ambito, ma la globalizzazione non ci mette al riparo da quei Paesi, come per esempio la Cina o gli Stati Uniti, nei quali non esistono limitazioni di sorta.

Altri aspetti importanti sono quelli riconducibili all'*antimicrobial stewardship*, ossia a quell'insieme di regole sull'uso appropriato degli antibiotici che devono essere condivise da tutti i medici, inducendoli a modificare i comportamenti errati. L'antibiotico non è un farmaco riservato a pochi specialisti. È per tutti ed è ormai di tutti. Il medico deve quindi imparare a usarlo meglio, a essere prudente nel suo impiego, facendosi coadiuvare dalle analisi microbiologiche, e a utilizzarlo solo per i giorni strettamente necessari. È un percorso lungo e impegnativo, ma è l'unico che può dare dei frutti.

**‘Nelle nostre Mani’ è un progetto volto a condividere questo decalogo anche con gli operatori del terzo settore. È una novità importante?**

Senza dubbio, ed è proprio per questo che ho aderito con entusiasmo a questa iniziativa. Le buone norme della pratica assistenziale devono diventare infatti un momento formativo qualificante per tutti quelli che intendono contribuire all'assistenza di un paziente qualunque sia la sua età e ovunque si trovi (in ospedale, in una residenza sanitaria assistita o al suo stesso domicilio). Sono tantissime le situazioni in cui si muove e opera il volontario, e proprio in virtù di questa versatilità e ricchezza deve avere una preparazione forte e solida, per evitare il rischio di diventare lui stesso veicolo di infezioni per il suo assistito. ■ *ML*

## Professionisti, operatori sanitari e cittadini: l'alleanza vincente per contenere il rischio infettivo

A colloquio con **Maria Mongardi**

*Presidente ANIPIO, Associazione Nazionale Infermieri  
Prevenzione Infezioni Ospedaliere*

### Di cosa si occupa nello specifico l'Anipio?

La nostra società scientifica è costituita da infermieri specialisti nel rischio infettivo. Ci occupiamo quindi di diffondere la conoscenza e la pratica di tutte quelle misure necessarie a prevenire e/o controllare le infezioni correlate all'assistenza, che hanno un grande impatto sulla salute delle persone assistite e dei loro cari in quanto sostanzialmente aggiungono malattia a malattia. L'ambiente nel quale agiamo è l'ospedale, la struttura residenziale che ospita il paziente o il suo stesso domicilio. E abbiamo forte la consapevolezza che tutti possiamo contribuire a prevenire il verificarsi di questo tipo di infezioni, *in primis* sicuramente tutti gli operatori sanitari, ma anche chi da volontario o familiare ruota intorno alla persona malata.

### Vuole ricordare le regole fondamentali da seguire per evitare il rischio di essere veicolo di trasmissione di infezioni assistendo un paziente?

Le parole d'ordine per tenere in qualche modo sotto controllo questo rischio sono sostanzialmente tre: igiene dell'operatore, del familiare o del caregiver che assiste il paziente, igiene personale del paziente stesso, e igiene dell'ambiente in cui si trova. Fondamentale è il lavaggio delle mani, e sul nostro sito è possibile scaricare una brochure che spiega quando e come le mani vadano igienizzate. Vanno sempre lavate prima di entrare in contatto con il paziente e quando ci si allontana. Non solo, la lunghezza delle unghie di chi assiste il paziente deve rispettare i parametri definiti dall'OMS e sono vietati anelli o altri monili. È bene poi indossare un sovracamice e i guanti ed evitare di appoggiare oggetti personali sul letto del paziente (il cellulare, per esempio). Allo stesso modo gli effetti personali del paziente non vanno appoggiati altrove o peggio sul letto di un altro paziente. L'igiene di quest'ultimo è, come ho ricordato sopra, un altro tassello importante, soprattutto quando la concomitanza di più patologie fa sì che non possa più eseguirlo da solo. Un paziente che non viene accuratamente igienizzato, non solo nelle parti intime, ma anche nelle mani e in tutto il corpo, è di per sé stesso una fonte di trasmissione di infezioni. Attenzione anche a presidiare la situazione igienica

*“Le parole d'ordine per tenere sotto controllo il rischio di essere veicolo di trasmissione di infezioni assistendo un paziente sono tre: igiene dell'operatore, del familiare o del caregiver che lo assiste, igiene personale del paziente stesso, e igiene dell'ambiente in cui si trova”*

Mongardi



dell'ambiente in cui vive il malato, sia esso la sua abitazione, la struttura residenziale o l'ospedale. Se la persona è assistita in casa, è importante lavare con acqua e detergente anche più volte al giorno soprattutto in presenza di animali, tutti gli ambienti compreso il bagno perché è facile dimenticare che viviamo in un ambiente microbico a partire dalle nostre stesse abitazioni.

**Anipio si propone come punto di riferimento del rischio infettivo non solo per i professionisti, ma anche per gli operatori sociosanitari e gli stessi cittadini. Il progetto Nelle nostre Mani, che si rivolge al mondo dei volontari, è quindi particolarmente in linea con la vostra visione?**

Assolutamente sì. La nostra Società scientifica ritiene fondamentale divulgare ogni buona pratica per il contenimento della trasmissione delle infezioni ai cittadini di tutte le età. Per questo, in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani, abbiamo creato una sezione rivolta a loro, nella quale abbiamo pubblicato una brochure con 10 messaggi che spiegano quando è bene lavarsele. Sono semplici regole di comportamento che dovrebbero seguire sempre tutti, adulti e bambini. Abbiamo anche pubblicato sul nostro sito delle linee guida per l'uso corretto dei guanti, utili per tutti quelli che entrano in contatto con un paziente. Perché se i guanti sono utilizzati solo come protezione verso sé stessi possono rappresentare a loro volta un veicolo di trasmissione delle infezioni.

Un progetto che vuole contribuire a sensibilizzare e informare il mondo del terzo settore, e quindi i volontari, sui rischi legati all'antibiotico-resistenza e alle infezioni correlate all'assistenza come 'Nelle nostre Mani' non può che incontrare il nostro plauso. Perché le alleanze che si creano tra professionisti, caregiver, cittadini e assistiti stessi grazie a queste iniziative possono fare la differenza nella sicurezza delle cure e quindi nel non aggiungere malattia ad altra malattia. ■ ML

## Sicurezza delle cure e partecipazione dei cittadini

A colloquio con **Francesca Moccia**  
Vice Segretario Generale, Cittadinanzattiva

### Infezioni correlate all'assistenza e antibiotico-resistenza: un tema caro a Cittadinanzattiva?

Chiunque ci segua, sa quanto Cittadinanzattiva abbia a cuore questo tema che ha ormai assunto dimensioni allarmanti nel nostro Paese, come dimostrano i dati dell'ECDC, e che noi inquadrano nel più ampio capitolo della sicurezza delle cure. È quindi importante che tutti, ai vari livelli (professionisti, istituzioni, associazioni e cittadini), ci impegnamo per rendere evitabile il rischio di contrarre queste infezioni.

Nel campo della sicurezza la prevenzione gioca sicuramente un ruolo fondamentale. Come Cittadinanzattiva lo abbiamo imparato compiendo da 20 anni monitoraggi negli ospedali per individuare e contenere i rischi e promuovere una politica generale per la sicurezza delle strutture sanitarie. La prima campagna che abbiamo realizzato con queste finalità è stata *Ospedale sicuro*, con la quale gruppi di nostri volontari hanno intervistato medici e infermieri sulle procedure messe in atto in ambito ospedaliero per prevenire i rischi.

A questa campagna è seguita quella della *Carta della qualità in ambito chirurgico*, realizzata con lo scopo di garantire ai cittadini, dal momento del loro ricovero e fino alle dimissioni, massima qualità e sicurezza, oltre che accoglienza, informazioni, rispetto per le persone e per la loro condizione. Questi principi rappresentano gli aspetti fondamentali che fanno di un reparto un'organizzazione capace non solo di curare, ma soprattutto di 'prendersi cura' dei propri pazienti, consentendo ai cittadini di essere dei soggetti attivi, più consapevoli e capaci di interagire con il personale e la struttura ospedaliera.

Più di recente, abbiamo realizzato tavoli di lavoro con i principali stakeholder della salute – rappresentanti di istituzioni nazionali, società scientifiche, professionisti sanitari e associazioni di pazienti – per avviare una discussione su quali siano ancora oggi le maggiori criticità in tema di infezioni correlate all'assistenza e proporre raccomandazioni per contribuire a contrastarne la diffusione.

Consapevoli di quanto sia importante agire anche sul rapporto medico-paziente, abbiamo realizzato insieme all'Ordine dei medici la campagna *Cura di coppia*, con l'obiettivo di restituire centralità a questa relazione e fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. Anche

*“Tutti, cittadini e organizzazioni, dobbiamo sentirci chiamati in causa e fare la nostra parte per educare e informare, perché il diritto alla sicurezza delle cure si trasformi in realtà”*

Moccia

una buona comunicazione tra medico e paziente contribuisce a far sì che le buone pratiche per contenere il fenomeno delle infezioni ospedaliere e dell'antibioticoresistenza siano realmente applicate.

### **Il diritto alla sicurezza delle cure è stato riconosciuto con una legge del 2017. Qualcosa è cambiato nei fatti?**

La legge 24 del 2017 rappresenta una novità nel panorama legislativo nazionale perché è la prima legge che stabilisce, all'articolo 1, che il diritto alla sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute, riconosciuto nell'art. 32 della Costituzione. Da questo punto di vista questa legge costituisce una grande conquista per il nostro Paese e come cittadini dovremmo essere fieri di vivere in un Paese in cui l'ordinamento giuridico stesso riconosce non solo il diritto alla salute, ma il diritto a una salute sicura.

Quello che dobbiamo chiederci, a questo punto, è come garantire questa sicurezza. Sicuramente attraverso un'organizzazione efficace ed efficiente di tutti i processi sanitari e i comportamenti corretti di tutti gli operatori non solo in ambito ospedaliero, ma anche nelle strutture sanitarie e sociosanitarie.

Come Cittadinanzattiva abbiamo già realizzato diversi manuali e raccomandazioni in collaborazione con le società scientifiche, che mettiamo a disposizione di tutti. Abbiamo infatti imparato che la sicurezza non si conquista una volta per sempre, ma richiede un'attività di controllo e vigilanza quotidiana sulle procedure e i comportamenti da adottare in ogni contesto. Ogni legge diventa realtà se tutti insieme ne esigiamo l'applicazione. Altrimenti resta sulla carta. Ce lo ha insegnato Norberto Bobbio, ed è una teoria che mi piace sempre ricordare perché la condivido nel profondo: è proprio così, i diritti restano sulla carta fin quando non c'è qualcuno che ne esiga il rispetto. Per questo tutti, cittadini e organizzazioni, dobbiamo sentirci chiamati in causa e fare la nostra parte per educare e informare perché il diritto alla sicurezza delle cure si trasformi in realtà. ■ ML

## Conflitto di interessi

di **Chiara Rivoiro**

Medico e ricercatrice presso IRES Piemonte

Il tema del conflitto di interessi (CdI) è presente nella letteratura scientifica internazionale degli ultimi decenni per lo più come condizione di rischio da rendere trasparente attraverso varie forme di *disclosure* o come causa di frodi scientifiche con potenziali ricadute sulla qualità dell'assistenza.

Una definizione molto utilizzata del CdI è quella fornita nel 2009 dall'Institute of Medicine (IOM; oggi National Academy of Medicine, NAM) di Washington nel Rapporto *Conflict of interest in medical research, education, and practice*, una delle più esaustive revisioni di tutta la letteratura pubblicata fino ad allora sull'argomento. Bernard Lo e Marilyn J. Field, principali autori del Rapporto, affermano: "si è in presenza di un conflitto di interessi quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte" (Lo e Field 2009).

Il CdI è però un fenomeno complesso, da approfondire in un'ottica multidisciplinare, con riguardo ai fattori che lo determinano, ai meccanismi di funzionamento, agli strumenti che ne consentono il governo e agli effetti che ne conseguono. Se considerato in questo modo, 10 sono i punti in cui possono essere sintetizzate le principali caratteristiche di questo fenomeno.

### 1. Il CdI è una condizione.

In primo luogo il CdI non si identifica con un'azione o un comportamento, ma è una condizione, un insieme di circostanze, una situazione di rischio presente molto diffusamente nell'ambiente della ricerca e dell'assistenza sanitaria. In quanto condizione, al CdI non può essere attribuita una dimensione etica né può essere associato un giudizio di valore. Il CdI è una sorta di stato di natura: va riconosciuto, valutato, gestito, possibilmente prevenuto, come qualunque altra condizione di rischio, ma fa parte degli elementi (quasi) naturali dell'habitat in cui si muovono gli operatori della salute.

### 2. Il CdI scaturisce da fattori esogeni e fattori endogeni.

La varietà dei casi presenti nella letteratura suggerisce di distinguere il CdI in base alla natura dei fattori, esogeni o endogeni, che lo originano. La condizione di CdI può presentarsi come elemento di contesto indipendente dai comportamenti dei diversi attori, estraneo ai meccanismi di funzionamento del settore e in quanto tale originato da un fattore esogeno connaturato alla natura stessa dello specifico ambito. Oppure può presentarsi come elemento generato dal comportamento di soggetti o istituzioni che operano all'interno del settore e in quanto tale riconducibile a un fattore endogeno. La distinzione fra fattore esogeno ed endogeno non è netta, ma è utile per comprendere i meccanismi che regolano il fenomeno e gli strumenti che ne consentono la gestione. Sotto questo profilo il progressivo