

Progetto CCM 2023

“La tutela della salute nelle strutture residenziali socio-sanitarie”

Il progetto in sintesi: cosa abbiamo appreso e cosa resta da fare

Cosa abbiamo appreso

Per le Rsa un grande impatto sanitario e sociale, ma il settore è frammentato

Il settore delle strutture residenziali sociali e sanitarie (nel 78% socio-sanitarie) copre una vastissima area con dimensioni più che doppie rispetto agli ospedali per acuti (7 posti letto x 1000 abitanti vs 3 posti letto x 1000 abitanti), ma appare estremamente frammentato a livello tassonomico, normativo, organizzativo e di standard assistenziali:

- con un'ampia differenziazione nella dimensione delle strutture (dai piccoli nuclei alle strutture con oltre 500 posti letto) e nella intensità assistenziale (grado di autosufficienza - non autosufficienza)
- con una pluralità dei gestori (coesistono pubblico, privato sociale e privato di mercato) che rende centrale la definizione di requisiti autorizzativi e di accreditamento che assicurino standard omogenei
- con l'ampiezza della diversificazione che comporta una significativa difficoltà nel definire ed implementare gli standard di qualità e sicurezza e, in prospettiva, anche quelli di rimborsabilità.

Emerge la necessità di un coordinamento degli strumenti a livello nazionale.

Molte le infezioni (anche se in calo), necessario espandere il monitoraggio alla rete

Nelle RSA c'è almeno una Infezione Correlata all'Assistenza (ICA) per il 2,6% dei residenti (ogni 100 residenti circa tre hanno una ICA in atto), spesso sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici. Accanto ai fattori individuali, nelle RSA il rischio infettivo è amplificato da specifiche caratteristiche organizzative e assistenziali, quali la vita in gruppo, la permanenza prolungata dei residenti, il rapido turnover del personale, il coinvolgimento significativo di operatori diversi dai professionisti sanitari regolamentati,

la frequente condizione di immunocompromissione di molti residenti e l'uso diffuso di dispositivi. A questi elementi si aggiunge anche il fenomeno della "porta girevole", ovvero il frequente trasferimento di pazienti tra ospedali e strutture di lungodegenza, che gioca un ruolo determinante nella dinamica della colonizzazione e della trasmissione delle infezioni. Lo studio ci restituisce il dato di un elevato numero di strutture partecipanti (n.470 strutture e 31.670 residenti pur con grande variabilità tra regioni) nel 60% delle quali esiste un professionista formato specificatamente nel controllo infezioni. La disponibilità di professionalità e protocolli mirati alla prevenzione e al controllo infezioni e all'uso appropriato degli antibiotici deve diventare una proprietà di sistema e rimane una sfida, anche di equità, che deve essere colta in tutte le regioni e le strutture del Paese. **Per prevenire e controllare il rischio infettivo nelle RSA occorre garantire e migliorare il monitoraggio e la sorveglianza, identificare la rete socio-assistenziale di cui fanno parte ed intervenire in modo coordinato e multiprofessionale sulla stessa coinvolgendo anche caregivers e residenti.**

Cosa mette a disposizione il progetto

Sorveglianze

Grazie anche a questo progetto l'Italia oggi continua a partecipare a pieno titolo alla sorveglianza HALT promossa da ECDC che permette un confronto immediato con altri paesi dell'Unione Europea. Il report *“Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e dell’uso di antimicrobici nelle residenze sanitarie assistenziali in Italia”* fornisce un quadro dettagliato della situazione epidemiologica nazionale e regionale. Rende evidente come sia necessario sostenere in ogni struttura le sorveglianze periodiche armonizzate con gli standard nazionali ed internazionali (ECDC) e promuovere il collegamento con i sistemi di sorveglianza microbiologica.

A complemento delle *survey* di prevalenza, il progetto ha sviluppato un **sistema pilota di monitoraggio sostenibile**, basato sui flussi amministrativi correnti, che descrive il carico infettivo e la circolazione dei patogeni resistenti, **sfruttando l'integrazione dei flussi esistenti nelle reti del Servizio Sanitario Regionale**. Su questa base è stato costruito un set di indicatori standardizzati sul tempo-persona a rischio, confrontabili tra strutture, unità territoriali e regioni e corredati di schede operative che ne garantiscono la riproducibilità. L'unità territoriale — le RSA afferenti a uno stesso ospedale di riferimento e al relativo laboratorio — include esplicitamente la rete ospedaliera e aiuta a orientare gli interventi verso le aree più vulnerabili. È proprio l'identificazione di questa rete che può permettere di garantire interventi omogenei e coordinati di prevenzione e controllo delle infezioni. La **Social Network Analysis** permette di rappresentare le strutture come

nodi e i trasferimenti come collegamenti orientati, classificando le strutture per pressione in importazione ed esportazione (connettività in ingresso/uscita) e per ruolo di ponte (centralità di intermediazione).

Buone pratiche

Il progetto CCM oltre ai dati propone soluzioni appropriate, consistenti in un manuale e in una piattaforma *online* (<https://unirepository.lincode.it/>) che insieme costituiscono un catalogo ragionato e strutturato delle migliori evidenze scientifiche nazionali e internazionali attualmente disponibili, selezionate e integrate, al fine di offrire un quadro organico e aggiornato delle pratiche ritenute maggiormente efficaci e sicure nel contesto residenziale. Proporre un manuale vuol dire riconoscere che anche in queste strutture la prevenzione e il controllo delle infezioni e l'*antimicrobial stewardship* (AMS) sono parte integrante dei processi organizzativi e assistenziali.

Le strategie indicate in tale documento:

- sono coerenti e coordinate con i piani nazionali (PNCAR) ed internazionali (ECDC, OMS);
- coprono le tematiche essenziali (*governance*, precauzioni standard e aggiuntive, uso dei Dispositivi di Protezione Individuali, igiene ambientale, *stewardship* antibiotica, gestione dei microrganismi multiresistenti agli antibiotici, corretto uso dei dispositivi invasivi e sorveglianza degli *outbreak*);
- sono rivolte a tutto il personale delle RSA, ai dirigenti e agli operatori, ma anche ai residenti, familiari e *caregivers*;
- devono essere adattate al contesto locale, considerando anche le risorse economiche e di personale, e integrate nei programmi di sicurezza delle cure e miglioramento continuo.

Formazione

In una realtà così articolata e diversificata è cruciale accompagnare le raccomandazioni operative con strumenti di formazione professionale a distanza, gratuiti, facilmente accessibili, erogati a livello istituzionale e tarati sui bisogni espressi e sugli standard e buone pratiche raccomandate. Nella piattaforma ISS ([EDUISS](#)) sono presenti due corsi FAD gratuiti e a libero accesso, rivolti agli operatori professionali e ai direttori di struttura e *risk manager*.

Cosa resta da fare: identificare e superare le barriere

I progetti pubblici finalizzati alla prevenzione ed in particolare quelli CCM sono fondamentali per migliorare le risposte ai bisogni di salute emergenti. Come emerge dal coinvolgimento attivo di 41 responsabili organizzativi e 36 professionisti sanitari i miglioramenti necessari in questo settore si basano su 4 pilastri (1. *Governance*, riconoscimento istituzionale e reti. 2. Organizzazione e sostenibilità dell'assistenza. 3. Competenze e cultura della sicurezza e benessere operatori. 4. Centralità della persona e umanizzazione delle cure. Gli intervistati hanno focalizzato l'attenzione su:

- l'armonizzazione e standardizzazione del quadro normativo e regolatorio;
- l'ampliamento delle sorveglianze a tutte le RSA;
- la implementazione diffusa di standard minimi di qualità e sicurezza;
- adattamenti tecnico - organizzativi che tengano conto della componente relevantissima di tipo residenziale in molte strutture (gli ospiti vi trascorrono lunghi periodi di vita);
- il livello di complessità assistenziale che spesso evolve rapidamente ed impatta sui carichi di lavoro e sul mix di professionisti richiesti;
- la specificità dei contesti che richiede
 - modelli organizzativi attenti alla relazione con residenti e *care-givers*
 - una formazione specifica per i professionisti ed un accompagnamento anche psicologico per prevenire e contenere fenomeni come il *burnout*.

Dieci raccomandazioni emerse dal progetto per rafforzare l'implementazione delle misure di prevenzione delle infezioni nelle strutture residenziali socio-sanitarie

- Armonizzare la tassonomia, le normative e gli standard autorizzativi e di accreditamento.
- Riconoscere le strutture residenziali socio-sanitarie come nodi strategici della rete clinico-assistenziale rafforzando la comunicazione e l'integrazione tra tutti gli attori coinvolti.
- Adeguare modelli organizzativi e assistenziali alla complessità dell'utenza e al case-mix.
- Adattare le misure di prevenzione e controllo delle infezioni alla specificità del contesto residenziale, coniugando sicurezza delle cure e assistenza centrata sul benessere della persona.
- Garantire sistemi di sorveglianza e monitoraggio delle ICA e AMS sostenibili nel tempo e coerenti con i protocolli (es. epidemiologici, microbiologici, ecc.) nazionali ed internazionali.

- Rafforzare la cultura della sicurezza come responsabilità organizzativa condivisa, attraverso l'implementazione diffusa di standard di sicurezza minimi
- Mettere a punto e applicare localmente buone pratiche assistenziali e organizzative *evidence-based* integrandole nei programmi di sicurezza delle cure e miglioramento continuo.
- Ripensare la formazione iniziale e continua in chiave contestualizzata, multidisciplinare e accessibile, in funzione dei bisogni espressi ed emergenti e degli standard raccomandati.
- Rafforzare la sostenibilità delle risorse umane rivedendo modelli organizzativi e perseguendo organici stabili e adeguatamente dimensionati.
- Promuovere il benessere organizzativo e il supporto psicologico degli operatori come prerequisito della qualità assistenziale.