

Legislatura 17^a - Aula - Resoconto stenografico della seduta n. 752 del 01/02/2017

[Maurizio ROMANI](#), [BENCINI](#), [SIMEONI](#), [VACCIANO](#), [MUSSINI](#), [BIGNAMI](#), [MOLINARI](#) - *Al Ministro della salute* - Premesso che:

le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Si definiscono così infatti le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Le infezioni ospedaliere costituiscono una grande sfida ai sistemi di salute pubblica, perché sono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico, che hanno un elevato impatto sui costi sanitari e rappresentano indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti ricoverati;

causate da microrganismi opportunistici presenti nell'ambiente, che solitamente non danno luogo a complicanze, le infezioni ospedaliere possono insorgere su pazienti immunocompromessi durante il ricovero e la degenza o, in qualche caso, anche dopo la dimissione del paziente e possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali. Possono interessare anche gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti, e quindi misure adeguate devono essere prese non solo per trattare i pazienti ricoverati, ma anche per prevenire la diffusione delle infezioni tra il personale che fornisce assistenza e cura;

le infezioni sono fra le prime 10 cause di denunce di sinistro nel Sistema sanitario nazionale e fra le prime 5 voci di spesa per risarcimenti;

la legionellosi è un'infezione causata da un batterio chiamato legionella, che colpisce l'apparato respiratorio. L'infezione si trasmette tramite flussi d'aerosol o d'acqua contaminata, quindi potenzialmente in luoghi nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolarizzazione delle acque. L'incidenza della legionellosi dipende dal grado di contaminazione dei serbatoi d'acqua, dalla suscettibilità immunologica della popolazione esposta (come ad esempio la popolazione ospedaliera), dall'intensità dell'esposizione e dalla disponibilità di *test* diagnostici. Per quanto riguarda invece le polmoniti acquisite in ospedale, la legionella è responsabile del 10-50 per cento dei casi;

in base a quanto disposto dal decreto del Ministero della sanità 15 dicembre 1990, la legionellosi è soggetta a obbligo di notifica nella classe II, ma già dal 1983 è anche soggetta a un sistema di sorveglianza speciale, che raccoglie informazioni dettagliate in un apposito registro nazionale, che ha sede presso l'Istituto superiore di sanità. Nonostante questo, secondo il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) e il Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immunomediate dell'Istituto superiore di sanità, che annualmente producono un rapporto sull'incidenza della malattia nel nostro Paese, il numero di casi è sottostimato, sia per un mancato invio delle schede di segnalazione da parte dei sistemi sanitari locali, che per una mancata diagnosi;

secondo i dati contenuti nel rapporto annuale sulla legionellosi in Italia, all'Istituto superiore di sanità sono pervenute, nel 2015, complessivamente 1.569 schede di sorveglianza relative ad altrettanti casi di legionellosi; di questi, 1.548 sono confermati e 21 probabili. Il 78 per cento dei

casi è stato notificato da 6 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Piemonte), il 2 per cento è stato notificato dalle rimanenti 14 Regioni e Province autonome. L'incidenza della legionellosi in Italia nel 2015 è risultata pari a 25,8 casi per milione di abitanti, in lieve incremento rispetto all'anno passato (25,1 su 1.000.000), così come il numero assoluto di casi. Tuttavia, si osserva un divario Nord-Sud con valori pari a 38,9 casi per milione al Nord, 25,9 per milione al Centro e 8,5 per milione al Sud;

in particolare, nel 2015 i casi nosocomiali segnalati sono stati 82 (5,3 per cento dei casi totali notificati), di cui 33 (40 per cento) di origine nosocomiale confermata e 49 (60 per cento) probabile. L'83 per cento dei casi nosocomiali sono stati notificati da Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Provincia autonoma di Trento;

considerato che:

le conseguenze in termini di complicazioni delle infezioni possono essere di tipo variegato fino a raggiungere i casi più gravi, e potenzialmente letali, della sepsi. Il coordinatore del "Sepsis Trust" inglese, nell'ambito dell'undicesimo "Forum del risk management" in sanità, tenuto a Firenze dal 29 novembre al 2 dicembre 2016, ha tenuto a precisare che il problema della sepsi non riguarda solo le terapie intensive, ma tutti i settori sanitari;

l'Organizzazione mondiale della sanità stima 55 milioni di casi di sepsi all'anno, di cui il 30 per cento ha un'eziologia chirurgica, mentre in Italia la mortalità per sepsi va dal 35 al 60 per cento nei casi di *shock* settico. Nonostante questi dati, la sepsi non è ancora riconosciuta come un'emergenza. Secondo Benedetta Allegranzi, responsabile della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza dell'OMS, è possibile prevenire fino al 60 per cento le infezioni del sito chirurgico attraverso *network* di sorveglianza nazionali ed applicando un approccio basato sui fattori umani fondamentali per l'implementazione delle strategie di prevenzione;

la campagna "Clean care is safer care" per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza è stata sottoscritta dalla larga maggioranza dei Paesi del mondo ed ha contribuito ad un aumento fino al 50 per cento dell'adesione alle buone pratiche, con alcuni centri che hanno azzerato le infezioni del catetere venoso centrale, seppure la carente ergonomia degli ambienti di lavoro e la bassa percezione del rischio degli operatori siano tuttora la barriera principale per il più generale abbattimento delle infezioni correlate all'assistenza;

incidendo significativamente sui costi sanitari e prolungando le degenze dei pazienti, le infezioni ospedaliere finiscono con l'influenzare notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire il ricovero ad altri pazienti. Gli studi effettuati indicano che è possibile prevenire dal 30 al 60 per cento delle infezioni insorte, con conseguente abbassamento dei costi. Nonostante l'elevato impatto, sia sociale che economico, i sistemi di sorveglianza e di controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono invece ancora piuttosto disomogenei da Paese a Paese e a livello nazionale, anche se negli ultimi anni sono stati messi a punto e implementati numerosi programmi;

per ridurre le infezioni ospedaliere è necessario che le strutture agiscano su più fronti: l'attuazione di misure di prevenzione di controllo delle infezioni attraverso azioni sulle strutture ospedaliere, sui sistemi di ventilazione e sui flussi di acqua, sull'igiene del personale e dell'ambiente; l'individuazione di personale dedicato alla sorveglianza; un protocollo di sorveglianza attiva delle infezioni che si manifestano e un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni stesse nei diversi presidi; la formazione del personale dedicato al trattamento dei pazienti, soprattutto nelle aree critiche di terapia intensiva e chirurgica, e di quello dedicato alla raccolta e analisi dei dati,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non consideri urgente avviare una campagna di sensibilizzazione dedicata al personale sanitario, al fine di accrescerne la consapevolezza circa i rischi correlati ad una scarsa attenzione alla sicurezza delle cure, valutando altresì l'opportunità di prevedere una certificazione dei professionisti, che attesti le competenze necessarie ad assumere funzioni di responsabilità nei sistemi di gestione della sicurezza delle cure;

se non ritenga utile adoperarsi al fine di consolidare la formazione del personale sulle buone pratiche di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

(4-06927)