



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 946 DEL 17 OTT. 2019

OGGETTO: Adozione Linee guida per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microrganismi "Alert" in ambiente ospedaliero.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Direzione Sanitaria P.O. di Agrigento

PROPOSTA N. 1213 DEL 10.10.2019

Il Responsabile del Procedimento
Il Dirigente Organizzativo
Supporto Ufficio Amministrativo P.O. Agrigento
Dot. Giuseppe Tagliarini

Il Direttore Sanitario P.O. di Agrigento
Dot. Antonello Seminerio

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE UOCSSEF e P.
Il Direttore U.O. Amministrativo
Dot. Antonio Nobile

Da notificare a:

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

17 OTT. 2019

L'anno duemiladiciannove il giorno DIESETTE del mese di OTTOBRE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.186/Serv.I/S.G. del 04/04/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dott. Alessandro Mazzara, nominato con delibera n. 414 del 17/06/2019 e dal Direttore Sanitario, dott. Gaetano Mancuso, nominato con delibera n. 415 del 17/06/2019, con l'assistenza del Segretario verbalizzante Dot.ssa PATRIZIA TEDESCO adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore della U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio di Agrigento, Dott. Antonello Seminerio nella qualità di Presidente del CIO

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 667 del 03/05/2017 ed approvato con D.A. n. 1082 del 30/05/2017, di cui si è preso atto con Delibera n. 816 del 09/06/2017;

Premesso che la strategia di controllo delle infezioni correlate all'assistenza comprende la sorveglianza dei cosiddetti patogeni "sentinella" o microrganismi "Alert";

Premesso che la seguente procedura ha lo scopo di fornire indicazioni per la gestione di pazienti che risultano colonizzati o infetti da alcuni Microrganismi Multiresistenti di particolare frequenza e virulenza;

Ravvisata la necessità di uniformare i comportamenti del personale sanitario (medici, infermieri, operatori sociosanitari) e non sanitario (personale addetto alle pulizie, al trasporto, ...) che assistono tale tipologia di pazienti o vengono in contatto indirettamente con tali pazienti;

Ritenuto, pertanto, adottare il documento "*Linee guida per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microrganismi "Alert" in ambiente ospedaliero*" redatte dalla Dott.ssa M.R. Gallea Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio, Dott.ssa A. Graceffa Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio, Dott.ssa M.R. Marano Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio e dalla Dott.ssa A. Butera Dirigente Medico U.O.C. Patologia Clinica P.O. di Agrigento, verificata dal Direttore Sanitario del P.O. di Agrigento, dal Direttore Sanitario del P.O. di Sciacca e dal Direttore Patologia clinica P.O. di Sciacca, approvata dal Comitato Aziendale per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere nella seduta del 25/09/2019, stante la necessità di questa Azienda di munirsi di apposito documento indispensabile per la tutela dei pazienti e degli operatori sanitari (Dirigenti Medici, Infermieri, OSS);

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Di prendere atto del documento allegato "*Linee guida per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microrganismi "Alert" in ambiente ospedaliero*" che costituisce parte integrante del presente atto deliberativo;

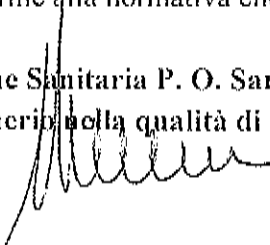
Di notificare formalmente - a cura del CIO - il predetto documento alle Direzioni Sanitarie dei 5 Presidi Ospedalieri dell'ASP, per il successivo inoltro a tutte le UU.OO. interessate, nonché alla U.O. Comunicazione Istituzionale per la pubblicazione sul website aziendale;

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dal Comitato Aziendale per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, stante la delicatezza della fattispecie che costituisce elemento di particolare importanza nell'ambito della qualità e della sicurezza delle cure

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Direttore della U.O.C. Direzione Sanitaria P. O. San Giovanni di Dio di Agrigento
Dott. Antonello Seminerio nella qualità di Presidente del CIO**



SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere favorevole
Data 16/10/2019

Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

Parere favorevole
Data 14/10/2019

Il Direttore Sanitario
Dott. Gaetano Mancuso

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Antonello Seminerio Direttore della U.O.C. Direzione Sanitaria P. O. San Giovanni di Dio di Agrigento nella qualità di Presidente del CIO che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto dei pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Antonello Seminerio Direttore della U.O.C. Direzione Sanitaria P. O. San Giovanni di Dio di Agrigento nella qualità di Presidente del CIO

*di trascrivere al Comune di Agrigento, Dott. Luigi Aguzzo
il presente provvedimento.*

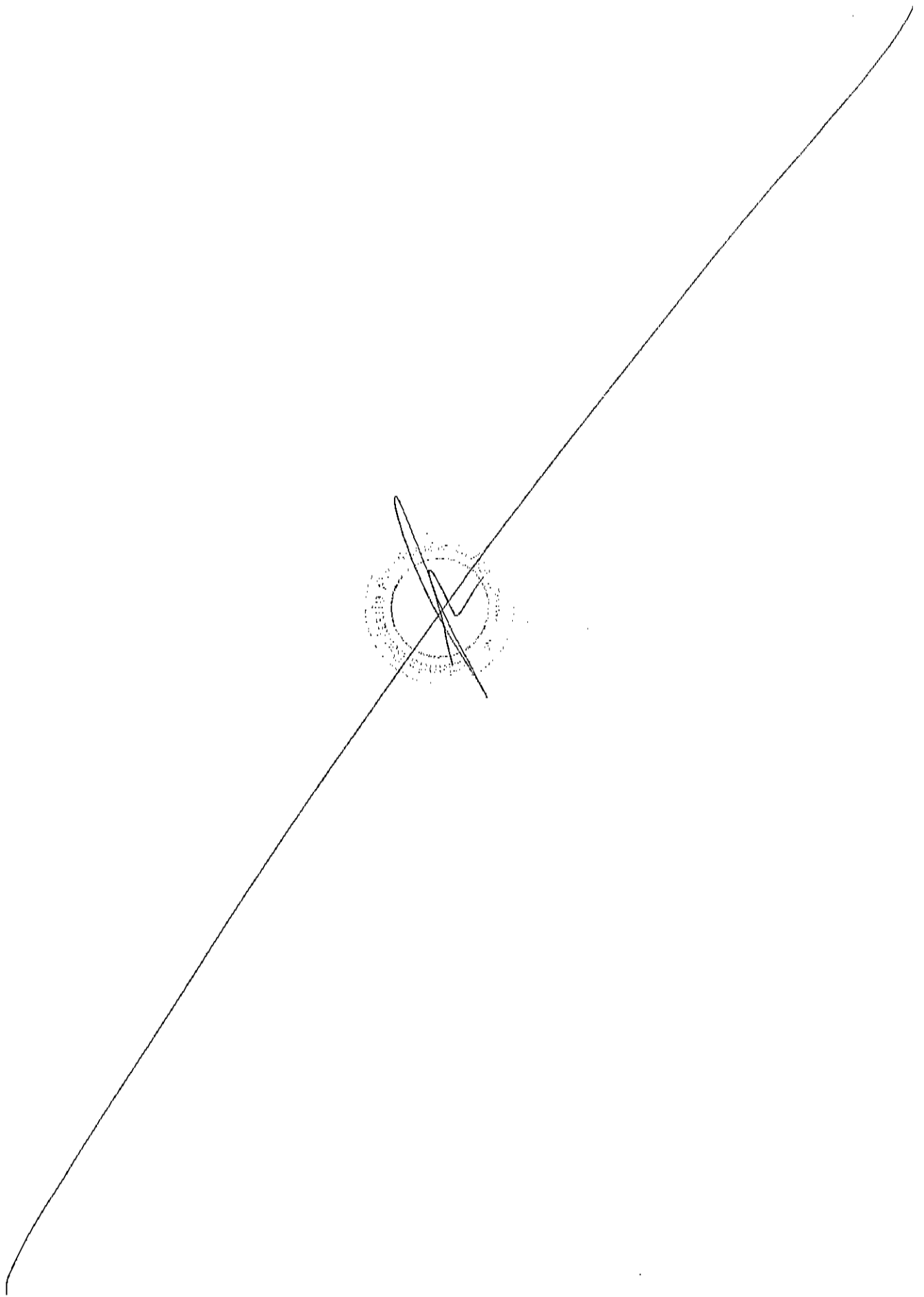
Il Direttore Amministrativo
Dott. Alessandro Mazzara

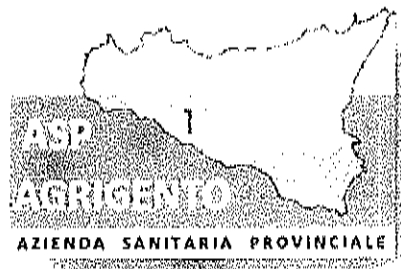
Il Direttore Sanitario
Dott. Gaetano Mancuso

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Il Segretario verbalizzante

IL TITOLARE DI POSTERIORI CATEGORIE
UFFICIO DI SEGRETARIA, PROPOSTE
DI ATTE E ALIUMMA
Dott.ssa Patrizia Tedesco





V.2
[Handwritten signature]

**PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA, IL CONTROLLO E LA
PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI MICRORGANISMI
"ALERT" IN AMBIENTE OSPEDALIERO**

[Handwritten signatures]

data di emissione	rev	redazione	verifica	approvazione
18.03.2013 20.12.2016 (rev.)	1	Direzione Sanitaria P.O. S. Giovanni di Dio Dr.ssa A. Butera - Pat. Clinica, P.O. S. Giovanni di Dio	Dr. A. Seminerio (Direttore Sanitario P.O. "San Giovanni di Dio"-Agrigento) Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. "Giovanni Paolo II"-Sciaccò)	Comitato Infezioni Ospedaliere
05.09.2019 (rev.)	2	Dr.ssa M.R. Galtea, Dr.ssa A. Graceffa, Dr.ssa M.R. Merano,	Dr.G. Frisclà (Direttore Patologia Clinica P.O. "Giovanni Paolo II"-Sciaccò)	

INDICE

<u>INTRODUZIONE.....</u>	<u>3</u>
<u>OBBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE.....</u>	<u>3</u>
<u>DESTINATARI E MATRICI DI RESPONSABILITA'.....</u>	<u>4</u>
<u>ACRONIMI, DEFINIZIONI/ABBREVIAZIONI.....</u>	<u>5</u>
<u>DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'.....</u>	<u>6</u>
<u>MODALITA', FASI DI APPLICAZIONE, RINTRACCIABILITA', CUSTODIA E REVISIONI.....</u>	<u>10</u>
<u>ALLEGATI.....</u>	<u>13</u>

INTRODUZIONE

La strategia di controllo delle infezioni correlate all'assistenza comprende la sorveglianza dei cosiddetti patogeni "sentinella" o microrganismi "alert". Questa definizione è riferita a microrganismi di specie diverse accomunati dalla elevata probabilità di diffusione in ambiente ospedaliero (o in altre strutture sanitarie), unita spesso ad un problematico approccio terapeutico (antibiotico-resistenza). Negli ultimi anni si è verificata una crescente diffusione di infezioni sostenute da germi alert, in particolare di quelle sostenute da germi resistenti a più classi di antibiotici oggi disponibili (MultiDrug Resistant Organisms, MDRO). Alla luce di ciò, la gestione di pazienti con positività microbiologica ad un MDRO, nelle strutture sanitarie, richiede necessariamente l'adozione di specifici comportamenti assistenziali atti a ridurre quanto più possibile la circolazione e la trasmissione.

I rischi secondari alle patologie da MDRO sono riassumibili in:

- aumento della probabilità di fallimento terapeutico;
- aumento del rischio di morbidità e mortalità;
- aumento della durata della degenza ospedaliera.
- aumento dell'antibioticoresistenza
- aumento dei costi sanitari

Inoltre, in molti casi, le infezioni determinate da MDRO hanno manifestazioni cliniche simili a quelle sostenute dai germi antibiotico-sensibili, tuttavia tali infezioni risultano più critiche in quanto le opzioni terapeutiche sono spesso estremamente limitate.

E' importante inoltre specificare che tali microrganismi multiresistenti non devono essere confusi con i microrganismi in grado di causare malattie infettive diffuse, infatti:

- A. i microrganismi che causano malattie infettive diffuse sono microrganismi che partendo da un soggetto malato possono contagiare e infettare soggetti sani venuti a contatto con tale microrganismo (ivi inclusi gli operatori sanitari). Per tali malattie è obbligatoria la notifica di malattia infettiva e l'adozione di specifiche precauzioni atte ad interrompere la catena di trasmissione. Il personale sanitario è pertanto soggetto a rischio di malattia come un qualsiasi altro soggetto venuto a contatto con tali microrganismi senza le dovute precauzioni.
- B. i microrganismi multiresistenti, oggetto delle indicazioni contenute nel presente documento, non causano malattie infettive contagiose trasmissibili da soggetto infetto a soggetto sano, né da soggetto infetto agli operatori sanitari. Tuttavia, ove non siano adottate le precauzioni necessarie ad evitare la trasmissione, prima fra tutte il corretto lavaggio delle mani, gli operatori sanitari sono il principale veicolo di trasmissione dell'infezione ad altri pazienti suscettibili.

Le presenti linee di indirizzo, condensano indicazioni e suggerimenti per porre in essere azioni e comportamenti idonei in dipendenza dei microrganismi definiti "alert".

OBBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento è stato elaborato al fine di fornire indicazioni per la gestione di pazienti che risultano colonizzati o infetti da alcuni Microrganismi Multiresistenti (MDRO) di particolare frequenza e virulenza.

Si sottolinea che tali indicazioni vanno attuate anche in caso di semplice colonizzazione del paziente, rilevata dalla semplice "positività microbiologica", senza alcun segno clinico di infezione nel paziente: è infatti indispensabile evitare a monte che il germe multiresistente possa diffondersi in ospedale, intervenendo quanto più precocemente possibile per contrastarne possibili eventi infettivi.

I MDRO presi in considerazione in queste linee di indirizzo sono stati suddivisi in due gruppi:

GRUPPO A

- Enterobatteriacee (CRE), Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae possibili produttrici di carbapenemasi con test fenotipico positivo (GRUPPO A1);
- Enterobatteriacee con test fenotipico negativo ma ESBL o AMPc con ertapenem resistente e/o MIC aumentate a meropenem e imipenem (MIC > 2 mg/L) - (GRUPPO A1);
- Acinetobacter baumannii CAR-R (resistente a tutti gli antibiotici testati compresi i carbapenemici);
- Pseudomonas aeruginosa pan-R (resistente ai carbapenemici, aminoglicosidi compreso amikacina, piperacillina/tazobactam, cefalosporine di 3° generazione, fluorochinolonici);
- Enterococcus vancomicina-resistente (VRE), Stenotrophomonas maltophilia resistente al co-trimossazolo
- Staphylococcus Aureus VISA (MIC > 2 mg/L alla vancomicina)
- Clostridium difficile

GRUPPO B

- Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA);
- Enterobacteriaceae produttrici di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL);
- AMPc (Cefalosporinasi ad alto livello);
- Stenotrophomonas maltophilia sensibile al co-trimossazolo;
- Streptococcus pneumoniae resistente alla penicillina;
- Pseudomonas aeruginosa resistente ai carbapenemici.
- Proteus mirabilis ESBL o KPC positivo

La suddivisione nei due gruppi è basata sulla loro specifica virulenza, sulle risorse terapeutiche attualmente a disposizione e sulla loro prevalenza negli ambienti ospedalieri.

Nello specifico dividiamo i microorganismi in due categorie:

- A. I microorganismi appartenenti al gruppo A sono, secondo la letteratura corrente, isolati per lo più nelle UU.OO. intensive e sub-intensive, Medicina, Chirurgia e Ortopedia; la loro presenza in tali aree può, sia far aumentare i tassi di mortalità degli infetti che creare le condizioni per un outbreak nell'area intensiva, per la loro virulenza e per le ridotte risorse terapeutiche disponibili.

Per tali microorganismi è previsto:

- ⇒ **l'isolamento spaziale** del paziente colonizzato/inetto (stanza singola o "area di isolamento spaziale" con distanza minima tra un paziente e l'altro di un metro e mezzo e chiusura di posto letto adiacente se necessario per la creazione dell'area di isolamento spaziale);
- ⇒ **assistenza dedicata** nonché l'obbligo per il personale ad adottare tutte le misure di barriera previste dalle precauzioni standard, da contatto e da droplet (vedi allegati 1 e 2);
- ⇒ **colture di sorveglianza**.

- B. I microorganismi appartenenti al gruppo B risultano frequenti nelle aree di terapia intensiva e sub-intensiva, Medicina, Chirurgia e Ortopedia, tanto da essere considerati ormai germi endemici, per i quali sono ancora disponibili valide opzioni di trattamento antibiotico.

Per tali microorganismi non è previsto come obbligatorio l'isolamento spaziale (anche se tale soluzione può essere adottata secondo la valutazione del medico di reparto per particolari tipologie di paziente e in caso di non specifico utilizzo della stanza singola nelle UUOO che la possiedono), ma si ritiene sufficiente il posizionamento del paziente in un posto letto terminale con ricovero di pazienti a basso rischio di I.O. nei letti più vicini.

In presenza di MDRO di gruppo B il personale di assistenza deve comunque obbligatoriamente adottare tutte le misure di barriera previste dalle precauzioni standard, da contatto e/o da droplet, come indicato negli allegati 1 e 2.

DESTINATARI E MATRICI DI RESPONSABILITÀ

Queste linee di indirizzo sono rivolte al personale sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) e non sanitario (personale addetto alle pulizie, al trasporto, ...) che assistono tale tipologia di pazienti o vengono in contatto indirettamente con tali pazienti. Nel dettaglio sono interessate dalla presente procedura:

- Direttori e Dirigenti medici di tutte le UU.OO. e, con particolare riguardo a quelli delle UU.OO. di Rianimazione, UTIC,

Emodinamica, Medicina, Chirurgia, Ortopedia.

- Responsabile del Servizio Infermieristico;
- Coordinatori, Infermieri, Ausiliari, OTA di tutte le UU.OO. e, con particolare riguardo, a quelli delle UU.OO. Rianimazione, UTIC, Emodinamica, Medicina, Chirurgia, Ortopedia;
- Personale delle società dei servizi appaltati di pulizia;
- Personale infermieristico addetto al trasporto dei pazienti.

E' responsabilità dei Direttori delle UU.OO., dei Dirigenti medici e sanitario in genere, dei Coordinatori Infermieristici e dei TPO di area Infermieristica e Tecnica, di notificare la presente linea guida a tutte le figure professionali di ciascun reparto interessate alla sua applicazione, vigilando altresì sul rispetto della presente procedura operativa da parte di tutto il personale preposto a ciascun reparto che ha contatti diretti e/o indiretti con pazienti colonizzati o infetti da MDRO ricompresi nel presente documento.

E' responsabilità del Referente per i servizi appaltati di pulizia informare e vigilare che tutti i propri operatori conoscano e applichino i comportamenti previsti dal presente documento in presenza di pazienti con MDRO.

ACRONIMI, ABBREVIAZIONI E SPECIFICAZIONI

AMPC	Cefalosporinasi ad alto livello
ATB	Antibiogramma
ASSISTENZA DEDICATA	Assistenza garantita al paziente colonizzato/infetto posto in isolamento da almeno una unità tra quelle presenti che per un dato periodo (qualche ora o intero turno) si occupi esclusivamente del paziente in questione, fatte salve le manovre che richiedono la presenza di un secondo infermiere che avrà l'obbligo di adottare le misure precauzionali previste dalla presente procedura operativa.
CAR	Resistente ai carbapenemici
CIO	Comitato infezioni ospedaliere
CRE	Enterobatteriacee resistenti ai carbapenemici
DPI	Dispositivi di protezione Individuale
DSPO	Direzione Sanitaria di Presidio
EPIDEMIA (OUTBREAK)	Aumento del numero dei casi rispetto ai casi attesi in un periodo ristretto di tempo.
ESBL	Enterobatteriacee produttrici di betalattamasi a spettro allargato
IO	Infezione ospedaliera
MDRO	microrganismi multiresistenti agli antibiotici.
MIC	Concentrazione minima inibente
MRSA	Stafilococco aureo resistente alla meticillina
PRECAUZIONI DA CONTATTO	misure per il controllo delle infezioni mirate a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi che sono trasmessi da contatto diretto o indiretto con il paziente o l'ambiente circostante il paziente. Tali precauzioni vanno applicate anche quando la presenza di secrezioni da ferita, incontinenza fecale o altre secrezioni suggeriscono un aumentato rischio di trasmissione
PRECAUZIONI STANDARD	misure per il controllo delle infezioni mirate a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da sorgenti di infezioni individuate o meno negli ospedali. Le precauzioni sono applicate a tutti i pazienti senza considerare la loro diagnosi o lo stato presunto di infezione o colonizzazione.
PRECAUZIONI DA DROPLETS	misure per il controllo delle infezioni mirate a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi che sono trasmessi tramite droplets dal paziente colonizzato/infetto nelle vie respiratorie.
OTA	Operatore tecnico addetto all'assistenza
OUTBREAK (EPIDEMIA)	Aumento del numero dei casi rispetto ai casi attesi in un periodo ristretto di tempo
R	Resistente
VISA	Stafilococco aureo con resistenza intermedia alla vancomicina
VRE	Enterococco vancomicina-resistente
UO, UU.OO.	Unità operativa, Unità operative

UOC	Unità operativa complessa
UTIC	Unità di terapia intensiva cardiologica
UTIN	Unità di terapia intensiva neonatale

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La presente procedura operativa regola l'attuazione:

- del protocollo di isolamento in caso di positività ai microrganismi multiresistenti codificati nel gruppo A;
- delle raccomandazioni da adottarsi in caso di positività ai microrganismi multi resistenti inseriti nel gruppo B;
- della procedura EPID da attuarsi in caso di outbreak causato da qualsiasi microrganismo, anche non multiresistente.

Si sottolinea che al paziente colonizzato/infetto va garantito il percorso assistenziale specifico per la sua patologia di ricovero e che tutte le procedure assistenziali, diagnostiche e interventistiche dovranno essere eseguite nel rispetto di quanto appositamente specificato nella presente procedura operativa.

PROTOCOLLO DI ISOLAMENTO PER MDRO DEL GRUPPO A

Il protocollo di isolamento viene attuato in caso di presenza di pazienti, ricoverati, con positività microbiologica per i seguenti microrganismi codificati nel GRUPPO A:

- Enterobatteriacee (CRE), Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae possibili produttrici di carbapenemasi con test fenotipico positivo (GRUPPO A1);
- Enterobatteriacee con test fenotipico negativo ma ESBL o AMPc con ertapenem resistente e/o MIC aumentate a meropenem e imipenem (MIC > 2 mg/L) - (GRUPPO A1);
- Acinetobacter baumannii CAR-R (resistente a tutti gli antibiotici testati compresi i carbapenemici);
- Pseudomonas aeruginosa pan-R (resistente ai carbapenemici, aminoglicosidi compreso amikacina, piperacillina/tazobactam, cefalosporine di 3° generazione, fluorochinoloni);
- Enterococcus vancomicina-resistente (VRE), Stenotrophomonas maltophilia resistente al co-trimossazolo
- Staphylococcus Aureus VISA (MIC > 2 mg/L alla vancomicina)
- Clostridium difficile

Si ribadisce, come già indicato precedentemente, che per questi MDRO è previsto:

- ⇒ l'isolamento spaziale del paziente colonizzato/infetto (stanza singola o "area di isolamento spaziale" con distanza minima tra un paziente e l'altro di un metro e mezzo e chiusura di posto letto adiacente se necessario per la creazione dell'area di isolamento spaziale);
- ⇒ assistenza dedicata nonché l'obbligo per il personale ad adottare tutte le misure di barriera previste dalle precauzioni standard, da contatto e da droplet (vedi allegati 1 e 2);
- ⇒ colture di sorveglianza.

1. MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI ISOLAMENTO

Presenza di esame microbiologico positivo per uno dei microrganismi sopra riportati, anticipato telefonicamente e comunicato formalmente tramite referto dal laboratorio di microbiologia dell'UOC Patologia Clinica.

In caso di positività per microrganismi del sottogruppo A1 (vedi elencazione precedente) c'è la necessità di attivare anche le colture di sorveglianza.

Il Medico che attiva il protocollo di isolamento deve comunicare formalmente tramite fax alla Direzione Sanitaria di Presidio la eventuale chiusura del posto letto. Durante le giornate festive va avvisato il Sanitario reperibile della Direzione Sanitaria di Presidio.

Come previsto dalla circolare ministeriale del 2013 il referente del laboratorio di microbiologia dell'U.O. di Patologia Clinica invierà, entro 48 ore, la scheda di notifica (Allegato. 4) alla Direzione Sanitaria del Presidio, Ospedaliero tramite fax.

2. ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DI ISOLAMENTO

E' compito:

- del Medico dell'UO dove è ricoverato il paziente attivare l'isolamento e le precauzioni da adottare registrando tale decisione in cartella clinica;
- del Coordinatore Infermieristico dell'U.O. (o suo sostituto) predisporre il materiale necessario per l'attuazione dell'isolamento.

La modalità di attuazione dell'isolamento avverrà come di seguito indicato:

<p>UBICAZIONE DEL PAZIENTE</p>	<p>Collocazione del paziente colonizzato/infetto in stanza singola. Ove la stanza singola non sia disponibile creare una zona di isolamento all'interno dell'U.O. (area di isolamento spaziale), possibilmente posizionando il paziente in posto letto estremo e mantenendo una distanza di almeno 1 metro e mezzo dal paziente più vicino; o bloccando – se necessario – il posto letto contiguo Se presenti due o più pazienti con colonizzazione/infezione data dallo stesso germe creare un' "area di isolamento spaziale" dove effettuare l'isolamento per coorting: pazienti vicini tra loro in posizione estrema nell'UO e a distanza di almeno un metro e mezzo dagli altri pazienti (se necessario bloccando il posto letto contiguo); Nei posti letto più vicini all'area di isolamento spaziale ricoverare pazienti non infetti e a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da MDRO e di possibili complicanze legate a tali microrganismi e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata In caso di pazienti con diversi MDRO sempre appartenenti al gruppo A attivare distinte aree di isolamento spaziale.</p>
<p>ISTRUZIONI PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAZIENTE IN STANZA SINGOLA Il personale di assistenza deve accedere alla stanza di isolamento dopo essersi lavato le mani e aver indossato i dispositivi di barriera previsti dalle precauzioni standard e da contatto (e da droplet quando previste). I dispositivi di barriera devono essere rimossi prima di lasciare la stanza e subito dopo eseguire l'igiene delle mani. • PAZIENTE IN AREA ISOLAMENTO SPAZIALE Il personale deve accedere all'area di isolamento dopo essersi lavato le mani e aver indossato i dispositivi di barriera previsti dalle precauzioni standard e da contatto (e da droplet quando previste). Quando il personale abbandona l'AREA DI ISOLAMENTO SPAZIALE deve togliersi i dispositivi di barriera indossati in detta area ed eseguire l'igiene delle mani. In caso di isolamento a coorting in detta area, il personale di assistenza dovrebbe essere, se possibile, dedicato.
<p>PERCORSI DI ACCESSO AL PAZIENTE</p>	<p>I percorsi di accesso al paziente colonizzato/infetto devono essere quanto più possibile differenziati da quelli per gli altri malati ricoverati</p>

3. PRECAUZIONI DA ADOTTARE (da parte di tutto il personale che entra in contatto con il paziente colonizzato/infetto).

In caso di positività da MDRO di codice rosso devono essere applicate:

- Le **precauzioni standard** che vanno comunque sempre adottate per la gestione di tutti i pazienti ricoverati in ospedale;
- Le **precauzioni da contatto** che vanno adottate sempre anche in caso di solo contatto con il materiale e le attrezzature (letto ed effetti lettereschi, apparecchiature, ...) posizionati vicino al paziente colonizzato/infetto;
- Le **precauzioni da droplets SOLO** nel caso di MDRO isolato nelle vie respiratorie e SOLO durante l'effettuazione di manovre che possono generare aerosolizzazione e sempre insieme alle precauzioni da contatto.

4. ALTRE AZIONI DA METTERE IN ATTO OLTRE L'ISOLAMENTO E L'ADOZIONE DELLE IDONEE PRECAUZIONI

1. L'attivazione del protocollo di isolamento oltre all'applicazione delle misure di precauzione atte a prevenire la circolazione del germe multiresistente isolato genera automaticamente le seguenti azioni:
2. reinvio di altro campione idoneo prelevato dallo stesso sito al laboratorio di microbiologia dell' U.O. di Patologia Clinica per la verifica del germe isolato (a carico del medico dell'UO);
3. predisposizione di materiale "dedicato" per l'assistenza del paziente o dei pazienti con MDRO. (a carico del Coordinatore infermieristico UO o - in sua assenza - del personale infermieristico di reparto);
4. segnalazione dell'attivazione del protocollo di isolamento da MDRO e relative precauzioni adottate tramite apposizione della apposita scheda (allegato 3) al letto del paziente (a carico del Coordinatore Infermieristico della UO);
5. segnalazione dell'attivazione del protocollo di isolamento da MDRO e relative precauzioni adottate in cartella clinica del paziente (a carico del medico dell'UO);
6. segnalazione al Responsabile del Servizio Infermieristico di attivazione protocollo di isolamento per l'eventuale ottimizzazione del turno degli infermieri (a carico del Coordinatore Infermieristico della UO o – in sua assenza – del personale infermieristico di UO);
7. informazione delle procedure innescate a seguito dell'attivazione del protocollo di isolamento al personale sanitario che si avvicina al paziente (es: consulenti medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ecc) per l'effettuazione di eventuali prestazioni richieste (a carico del medico dell'UO o del Coordinatore infermieristico o - in sua assenza – del personale infermieristico dell'UO);
8. informazione delle procedure da attivare al personale della Ditta di pulizie (a carico del Coordinatore infermieristico UO o – in sua assenza – del personale infermieristico della UO);
9. comunicazione ai familiari dell'assenza di rischio per i soggetti in buona salute. Informazione delle procedure da attivare ai familiari, in particolare: ricordare ai visitatori di eseguire l'igiene delle mani prima di lasciare la stanza o l'area di isolamento e di evitare contatti con altri pazienti ricoverati (a carico del medico dell'UO o del Coordinatore Infermieristico della UO o – in sua assenza – del personale infermieristico della UO)
10. Compilazione, da parte del medico dell'U.O., dell'allegato 5 _ scheda rilevazione germi alert, da inviare alla direzione sanitaria.

5. PARTICOLARI AZIONI DA METTERE IN ATTO CON ALCUNI MDRO DEL GRUPPO A (SOTTOGRUPPO A1)

In caso di positività da microorganismi multiresistenti del sottogruppo A1:

- Enterobatteriacee (CRE), Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae possibili produttrici di carbapenemasi con test fenotipico positivo;
 - Enterobatteriacee con test fenotipico negativo ma ESBL o AMPc con ertapenem resistente e/o MIC aumentate a meropenem e imipenem (MIC > 2 mg/L);
- idoneamente segnalati dalla UOC Patologia Clinica è necessario attivare una sorveglianza attiva di laboratorio.

Tale sorveglianza consiste nell'eseguire colture di sorveglianza su tutti pazienti ricoverati nell'UO, dove è stato isolato detto MDRO, tramite tamponi rettali o perirettali da ripetersi ogni settimana fino a che nessun nuovo caso venga identificato e fino a negativizzazione del caso indice.

Sono interessati alla sorveglianza pazienti provenienti da altra struttura ospedaliera, da reparti coinvolti nel presente protocollo, dal domicilio che abbiano avuto nei mesi precedenti un ricovero presso altra struttura o che abbiano avuto una colonizzazione precedente nota; per questi pazienti lo screening deve essere effettuato in prima giornata. La richiesta deve essere effettuata informaticamente e l'etichetta applicata al modulo richiesta esame microbiologia (allegato A – procedura Patologia Clinica) debitamente compilato.

6. PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE ATTRAVERSO PROCEDURE A RISCHIO

Le procedure a rischio (quali medicazioni di ferite, medicazioni di catetere venoso centrale, posizionamento di catetere vescicale, aspirazione di secreti respiratori da tracheotomia, ...) su pazienti colonizzati/infetti da MDRO vanno eseguite al termine delle manovre assistenziali sugli altri pazienti ricoverati. Nella stanza singola o nell'area di isolamento deve essere disponibile il materiale necessario alla procedura; nel caso ciò non fosse possibile, deve essere predisposto un carrello o un vassoio con il solo materiale necessario all'esecuzione della manovra.

7. PROCEDURE DA ATTIVARE IN CASO DI SPOSTAMENTO DEL PAZIENTE PER ESAMI O INTERVENTO CHIRURGICO

- Lo spostamento del paziente deve avvenire previo avviso alla U.O. di destinazione o al Complesso Operatorio della situazione microbiologica del paziente.
- Occorre concordare (ove possibile) l'esame o l'intervento chirurgico in modo che sia programmato a fine lista (l'ultimo di quelli pianificati nella giornata) per permettere una più accurata disinfezione ambientale
- Il personale dell'UO dove viene inviato il paziente deve adottare le precauzioni idonee già descritte, per tutto l'iter diagnostico o intervento chirurgico.
- devono essere indicati e/o forniti al personale ausiliario che è deputato allo trasporto del paziente colonizzato/infetto i dispositivi di protezione individuale che deve utilizzare durante detto trasporto (a carico del Coordinatore infermieristico della UO o – in sua assenza – del personale infermieristico della UO).
- Pulizia e sanificazione ambientale del locale dove ha stazionato il paziente per l'esecuzione della procedura e delle attrezzature (inclusa la barella di trasporto) utilizzate o venute a contatto col paziente (a carico della UO che ha effettuato la prestazione).
- Pulizia e sanificazione della barella utilizzata per il trasporto del paziente secondo procedura aziendale (a carico della UO cui appartiene la barella)

8. MODALITA' E FREQUENZA DELLA PULIZIE

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. deve predisporre idoneo piano di pulizia quotidiano e settimanale comunicandolo alla ditta delle pulizie ed alla Direzione Sanitaria di Presidio.

In presenza di pazienti con microrganismi multiresistenti vanno intensificate le pulizie da effettuarsi anche al termine di ogni manovra assistenziale sul paziente; in caso di manovre respiratorie e di reclutamento polmonare che possono generare droplets, effettuare le pulizie ambientali e dell'isola paziente immediatamente dopo le manovre, ripetendole dopo 30 minuti.

9. DURATA DELL'ISOLAMENTO E DELLE PRECAUZIONI ADOTTATE

- L'isolamento spaziale (stanza singola o area isolamento) può essere sospeso dopo 2 colture negative dallo stesso sito di colonizzazione/infezione per lo specifico germe eseguite a distanza di 48 ore
- Le precauzioni da contatto vanno mantenute in attesa di una terza coltura negativa da effettuarsi 72 ore dopo la seconda coltura negativa.
- Le precauzioni standard vanno sempre adottate e mantenute

10. COMUNICAZIONI A REPARTO INTRAOSPEDALIERO O STRUTTURA SANITARIA RICEVENTE

In caso di trasferimento del paziente in stato di isolamento a causa di infezione/colonizzazione di uno dei MDRO ricompresi nel gruppo A in un'altra UO o in un'altra struttura ospedaliera, il personale medico dell'UO inviante deve dare comunicazione orale e scritta al personale medico che riceve il paziente dell'avvenuto isolamento microbiologico, della attuale situazione clinica e delle misure adottate e da adottare.

RACCOMANDAZIONI PER MDRO DEL GRUPPO B

Le raccomandazioni per MDRO del gruppo B vengono attuate in caso di presenza di pazienti, ricoverati, con positività microbiologica per i seguenti microrganismi codificati nel gruppo B:

- *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA);
- Enterobacteriaceae produttrici di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL);
- AMPc (Cefalosporinasi ad alto livello);
- *Stenotrophomonas maltophilia* sensibile al co-trimossazolo;
- *Streptococcus pneumoniae* resistente alla penicillina;
- *Pseudomonas aeruginosa* resistente ai carbapenemici.
- *Proteus mirabilis* ESBL o KPC positivo

Si ricorda che per tali MDRO non è previsto come obbligatorio l'isolamento; ma resta l'obbligo per tutto il personale di assistenza che entra in contatto con tali pazienti di adottare tutte le misure di barriera previste dalle precauzioni standard, da contatto e/o da droplet così come indicato negli allegati 1 e 2.

Inoltre dette Raccomandazioni possono utilmente essere applicate anche ad altri microrganismi multiresistenti non

specificamente ricompresi nel presente protocollo.

1. MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI PER MDRO DEL GRUPPO B

Presenza di esame microbiologico positivo per uno dei microrganismi di cui sopra.

2. ATTUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI PER MDRO DEL GRUPPO B

- Segnalazione della positività del paziente per MDRO gruppo B tramite apposizione di scheda all'uopo predisposta (allegato 3) al letto del paziente (a carico del Coordinatore Infermieristico della UO).
- Posizionamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola (è infatti raccomandata la collocazione del paziente in stanza singola ove disponibile e non utilizzata da pazienti con colonizzazione/infezione con germi multi resistenti di gruppo A per cui necessita l'applicazione del protocollo di isolamento). Ove non disponibile o utilizzata per altro isolamento, posizionamento del paziente in un posto letto estremo avendo cura di affiancargli un paziente a "basso rischio" di IO. Se presenti due pazienti colonizzati/infetti dallo stesso germe posizionare i due pazienti vicini tra loro (coorting) e in posizione estrema; il paziente più vicino deve essere a "basso rischio" di IO.
- In caso di colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio mantenere il paziente ad una distanza non inferiore ad un metro con il paziente più vicino come indicato nelle precauzioni da droplets.
- Obbligo di adozione delle precauzioni specifiche (da contatto da droplets) in aggiunta alle precauzioni standard così come descritte, da parte di tutto il personale che si avvicina al paziente colonizzato/infetto.
- Reinvio di altro campione idoneo prelevato dallo stesso sito al Laboratorio di Microbiologia dell' U.O. di Patologia Clinica per verifica del germe isolato (a carico del medico di turno) .
- Percorsi di accesso al malato colonizzato/infetto quanto più possibile differenziati da quelli per gli altri malati ricoverati nell'UO
- Informare il personale sanitario che si avvicina al paziente per l'effettuazione della prestazione richiesta (consulenti medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ...) delle precauzioni da adottare così come previste in queste raccomandazioni (a carico del medico dell'UO).
- Per quanto attiene la durata delle precauzioni da contatto adottate, esse possono essere sospese dopo 2 colture negative per lo specifico microrganismo eseguite a distanza di 48 ore. Effettuare comunque nuova verifica colturale 72 ore dopo la seconda coltura negativa. Le precauzioni standard vanno sempre adottate e mantenute.
- In caso di spostamento di paziente colonizzato infetto da MDRO gruppo B per esecuzione di esami diagnostici o intervento chirurgico attenersi a quanto previsto per gli MDRO gruppo A (vedi).
- Per le modalità e frequenza di effettuazione delle pulizie ambientali nell'isola paziente dove è presente un colonizzato/infetto da MDRO gruppo B, attenersi a quanto previsto per gli MDRO gruppo A (vedi).
- Compilazione, da parte del medico dell'U.O., dell'allegato 5 - scheda rilevazione germi alert - da inviare alla direzione sanitaria.

3. PROCEDURA H-EPID

H-EPID è la procedura che deve essere attivata in caso di outbreak in una Unità Operativa causata non solo da uno dei microrganismi multiresistenti di cui al presente protocollo ma da un qualsiasi microrganismo.

Nel caso di MDRO ricompresi nella presente procedura operativa, detta circostanza rivela che le misure di prevenzione messe in atto (protocollo di isolamento o raccomandazioni specifiche per MDRO codice celeste) non sono state sufficienti ad arginare l'infezione e la minaccia epidemica in ospedale è attuale.

L'attivazione della procedura H-EPID prevede l'immediata l'attivazione del protocollo di isolamento per MDRO gruppo A, laddove non ancora posta in essere.

La procedura H-EPID viene attivata in caso di sospetto outbreak, in presenza di 3 pazienti contemporaneamente ricoverati e infetti con un germe con medesimo antibiotipo isolato a distanza di circa 5 giorni nella stessa U.O..

La segnalazione di probabile outbreak con necessità di attivare la procedura H-EPID è a carico dell'UOC Patologia Clinica, a seguito di:

- rilevazione - nell'arco di cinque giorni - di isolamenti di microrganismo con lo stesso antibiotipo in tre pazienti ricoverati nella stessa U.O.;
- rilevazione - nella stessa settimana - di isolamenti di Clostridium difficile in due pazienti ricoverati nella stessa UO

intensiva

4. FLUSSO INFORMATIVO E AZIONI DA ATTUARE IN CASO DI H-EPID:

- Il Dirigente del Laboratorio di Microbiologia dell'U.O. di Patologia Clinica all'atto della validazione degli isolati microbiologici, in caso di isolamento di germe alert di gruppo A o B, esegue le seguenti operazioni:
 1. Inserisce un commento sulla scheda paziente segnalando la presenza di un germe alert e il fenotipo di resistenza;
 2. Emette un referto parziale (con il solo germe alert e relativo ATB) o completo (con tutti gli isolati riscontrati se disponibili), contestualmente allegando lo specifico rapporto alert (esempio A), inviandolo in consegna presso la U.O. richiedente;
 3. Avvisa telefonicamente il Medico della U.O. interessata;
 4. Trasmette una copia sia del referto che del rapporto alert alla Direzione Sanitaria di Presidio, riempiendo contestualmente il modulo (allegato 4) e così registrando la presenza di un outbreak.
- La DSPO verifica che l'UO interessata dalla H-EPID abbia attivato le procedure previste dalla presente linea operativa (allegato n.6) e attiva, previa valutazione, il gruppo operativo CIO di competenza in riferimento all'evento segnalato e alle strategie operative da attuare.
- Il Medico dell'U.O. con H-EPID pone in essere immediatamente, dopo l'informazione acquisita dall'U.O. di Patologia Clinica, tutte le procedure e i comportamenti di specifica competenza previsti dal protocollo di isolamento per MDRO gruppo A precedentemente esposti. Attiverà inoltre "colture di sorveglianza" ai pazienti non colonizzati/non infetti per ricerca dello specifico MDRO causa dell'outbreak.
- Il Coordinatore infermieristico della UO intensiva con H-EPID – o in sua assenza – il personale infermieristico in servizio – mette in atto immediatamente dopo l'informazione acquisita dal Laboratorio di microbiologia dell' U.O.C di Patologia Clinica tutte le procedure e i comportamenti di specifica competenza previsti dal protocollo di isolamento per MDRO gruppo A precedentemente riportati.
- In caso di H-EPID il personale di assistenza dovrebbe essere quanto più possibile dedicato alla coorte di pazienti isolati: deve pertanto essere tempestivamente alertato il Servizio Infermieristico per l'ottimizzazione dei turni di servizio e l'eventuale potenziamento del personale, se richiesto.
- Compilazione, da parte del medico dell'U.O., dell'allegato 5 - scheda rilevazione germi alert - da inviare alla direzione sanitaria tramite fax.
- Il Laboratorio di Microbiologia emette con cadenza mensile un report sui germi alert o MDRO con i reparti di isolamento, che trasmette alle DS di competenza.

MODALITÀ, FASI DI APPLICAZIONE, RINTRACCIABILITÀ, CUSTODIA E REVISIONI

La presente procedura entrerà in vigore non appena ratificata dal CIO e dalla Direzione Aziendale. Sarà inserita sul sito aziendale al pari degli altri protocolli. Verrà revisionata a seguito della necessità del CIO di aggiornare l'elenco dei MDRO classificati come GRUPPO A, o a seguito di necessità organizzative segnalate dalle UU.OO. interessate

REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abbo A., Navon-Venezia S. et al. Multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*. *Emerging Infectious Diseases* 2005; 11 (1): 22-29
- B.D. Cookson, M.B. Macrae, S.P. Barrett, D.F.J. Brown, C. Chadwick, G.L. French, P. Hateley, I.K. Hosein, J.J. Wade. Guidelines for the control of glycopeptide-resistant enterococci in hospitals. A report of a combined working party of the Hospital Infection Society, Infection Control Nurses Association and British Society for Antimicrobial Chemotherapy. Fonte: www.his.org.uk, CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-care facilities MMWR 2003;82-83,133,136-137
- Falagas M.E. e Kopterides P. Risk factors for the isolation of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa*: a systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection* 2006; 64 (1): 7-15
- Farr B.M., Salgado C.A. et al. Can antibiotic-resistant nosocomial infections be controlled? *The Lancet Infectious Diseases* 2001; 1: 38-45
- Fridkin SK, Edwards JR et al. The effect of vancomycin and third-generation cephalosporins on prevalence of vancomycin-resistant enterococci in 126 U.S. adult intensive care units. *Ann. Intern. Med.* 2001; 135 (3): 175-83
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Management of multidrug-resistant organism in healthcare settings, 2006. CDC 2006. Fonte: www.cdc.org
- Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995;16:105-113.
- Lepper P.M. et al. Consumption of imipenem correlates with beta-lactam resistance in *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother.* 2002;46(9):2920-5.
- Nseir S., Di Pompeo C, et al. First-generation fluoroquinolone use and subsequent emergence of multi drug-resistant bacteria in the intensive care unit. *Crit. Care Med.* 2005; 33 (2) :283-89
- Smolyakov R., Borer A. et al. Nosocomial multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* bloodstream infection: risk factors and outcome with ampicillin-sulbactam treatment. *Journal of Hospital Infection* 2003; 54:32-38
- WHO. Guidelines on hand hygiene in health care Fonte www.who.int.
- Circolare "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" Ministero della Salute -- Dipartimento della sanità Pubblica e dell'Innovazione -- 26 Feb.2013.
- Department of Microbiology and Immunology, Minia University, Minia, Egypt. "Molecular Detection of the Virulent ExoU Genotype of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from infected surgical incisions". 21 Jul 2016.
- Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee: Raccomandazione del Consiglio sull'uso prudente degli agenti antimicrobici nella medicina umana (2002/77/CE) L34/13-16.
- Kwieceńska-Pirot J, Skowron K, Bartczak W, Gospodarek-Komkowska E. The Ciprofloxacin Impact on Biofilm Formation by *Proteus Mirabilis* and *P. Vulgaris* Strains. 9(4) 23 Apr 2016
- Sciortino A Studio retrospettivo delle infezioni nosocomiali da batteri multi-resistenti nel 2015, nell'unità di Terapia Intensiva dell'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Agrigento- tesi di laurea magistrale Università di Pavia novembre 2016.

ALLEGATI

allegato 1: precauzioni standard

allegato 2: precauzione da contatto e precauzioni da droplets






allegato 3: schede attivazione procedure (MDRO GRUPPO A e MDRO GRUPPO B)

allegato 4: scheda segnalazione germi alert


allegato 5: scheda rilevazione germi alert

ALLEGATO 1 – PRECAUZIONI STANDARD

Queste precauzioni vanno applicate nell'assistenza di tutti i pazienti ricoverati senza alcuna eccezione, indipendentemente dalla presenza certa di uno stato di infezione e/o di colonizzazione.




	<p style="text-align: center;">IGIENE DELLE MANI</p> <ul style="list-style-type: none"> Le mani devono essere lavate immediatamente e con accuratezza se si verifica un accidentale contatto con il sangue, fluidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati, anche se l'operatore indossa i guanti. E' obbligatorio lavare le mani prima di assistere il malato. Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza tra una procedura assistenziale e l'altra, anche se eseguita allo stesso paziente. Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza al termine dell'assistenza prestata ai pazienti, anche se si sono usati i guanti. E' necessario prevenire e curare screpolature, abrasioni e piccole ferite della cute facendo regolarmente uso di creme emollienti e idratanti alla fine dell'attività lavorativa. Le unghie devono essere mantenute corte, pulite e prive di smalto. E' vietato indossare anelli, bracciali, orologi e altri monili durante l'attività assistenziale. E' obbligatorio il lavaggio antisettico delle mani prima di eseguire procedure invasive sul paziente, dopo aver toccato una qualsiasi fonte che può essere contaminata con patogeni e in specifiche circostanze (controllo di epidemie, infezioni permanentemente endemiche). Le mani devono essere sempre lavate dopo la rimozione dei guanti. I lavabi delle stanze di degenza devono essere dotati di dispenser con antisettico e asciugamani di carta monouso.
	<p style="text-align: center;">GUANTI</p> <ul style="list-style-type: none"> Devono essere indossati guanti della misura adeguata e del tipo idoneo alla prestazione da effettuare. Devono essere indossati prima di venire in contatto con: sangue, fluidi corporei, secreti, escreti, mucose, cute non intatta dei pazienti e oggetti contaminati. I guanti devono essere sostituiti durante i contatti tra un paziente e l'altro. I guanti devono essere sostituiti durante procedure effettuate sullo stesso paziente, ma in zone differenti. Devono essere immediatamente rimossi quando si rompono o si verifica una puntura o una lacerazione. I guanti devono essere prontamente rimossi dopo l'uso. Dopo la rimozione dei guanti, le mani devono sempre essere lavate. I guanti dopo l'uso devono essere eliminati nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo. E' vietato rispondere al telefono, toccare maniglie, ... con i guanti o qualunque altra azione non direttamente correlata allo specifico atto assistenziale.
	<p style="text-align: center;">MASCHERINE, OCCHIALI PROTETTIVI, SCHERMI FACCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> La mascherina, lo schermo facciale e/o gli occhiali protettivi devono essere utilizzati per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici, (prelievi, procedure aspirazione di liquidi biologici, broncoscopia, ...). La mascherina con o senza visiera deve essere monouso. Deve essere indossata sulla bocca e sul naso. Deve essere legata correttamente dietro la testa. Deve essere ben adesa al volto. Non deve essere mai abbassata. La mascherina con o senza visiera deve essere usata una sola volta e poi gettata nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo. Dopo la rimozione lavare accuratamente le mani. Gli occhiali protettivi o gli schermi facciali devono essere indossati correttamente.
	<p style="text-align: center;">CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> Devono essere indossati per proteggere la cute e prevenire l'imbrattamento degli abiti durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici. Devono essere scelti in base al tipo di attività e alla quantità di fluidi corporei che potrebbero accidentalmente prodursi: se si prevedono grosse contaminazioni, devono essere indossati camici idrorepellenti. Devono essere rimossi prima di lasciare la stanza o ogniqualvolta, in via eccezionale, è necessario interrompere lo specifico atto assistenziale. Devono inoltre essere rimossi quando sporchi. Devono essere smaltiti nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo. Dopo aver tolto il camice e/o gli indumenti protettivi si devono lavare le mani.
	<p style="text-align: center;">MANOVRE RIANIMATORIE</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante le manovre rianimatorie il personale deve sempre indossare guanti, camice, mascherine di tipo chirurgico con elastici, occhiali protettivi o visiera. Durante le manovre rianimatorie sono utilizzati palloni di ventilazione, boccagli, o altri dispositivi come alternativa alla




	<p>respirazione bocca a bocca. Tali dispositivi, dopo l'uso, devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati e/o sterilizzati</p>
	<p align="center">ATTREZZATURA PER L'IGIENE DEL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiali taglienti o abrasivi necessari per l'igiene del paziente (forbici, tagliaunghie, rasoi, spazzolini per unghie, ...) devono essere personali. • Se il paziente risulta sfornito di tali oggetti utilizzare materiale monouso o materiale riutilizzabile sterile. • Il materiale tagliente riutilizzabile prima di essere sterilizzato deve essere decontaminato e sanificato
	<p align="center">COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando il paziente non è in grado di mantenere una igiene appropriata e può potenzialmente contaminare l'ambiente, deve essere posto in camera singola con servizi igienici. • Se la camera singola non è disponibile, consultare la Direzione Sanitaria di Presidio per l'individuazione di una possibile valida alternativa.
	<p align="center">MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI O OGGETTI TAGLIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutti gli operatori devono adottare le misure necessarie a prevenire incidenti causati da aghi, bisturi e altri dispositivi taglienti o pungenti durante il loro utilizzo, nelle fasi di decontaminazione, di sanificazione e di smaltimento. • Aghi e oggetti taglienti non devono essere indirizzati verso parti del corpo. • Non devono essere presi "al volo" strumenti taglienti e/o pungenti se stanno cadendo. Non devono essere raccolti con le mani gli strumenti taglienti e/o pungenti caduti. Non devono essere portati strumenti taglienti e/o pungenti in tasca. • Non devono essere piegate o rotte lame, aghi e altri oggetti pungenti. • Non devono essere sfilate con le mani le lame dei bisturi dal manico. E' assolutamente vietato reincappucciare gli aghi dopo l'uso. • Gli aghi usati non devono essere rimossi dalle siringhe con le mani. • Tutti gli strumenti taglienti e pungenti devono essere smaltiti negli appositi contenitori per aghi e taglienti. Tali contenitori devono essere posti in vicinanza ed in posizione comoda rispetto alla zona nella quale i presidi vengono utilizzati.
	<p align="center">ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutte le attrezzature impiegate per l'assistenza al paziente che risultano essere contaminate con sangue, liquidi corporei, secreti ed escreti devono essere manipolate con attenzione in modo da prevenire l'esposizione di cute, mucose e indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente. • Le attrezzature riutilizzabili non devono essere usate su altri pazienti prima di essere state idoneamente ricondizionate. • Gli strumenti dopo l'uso devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati o sterilizzati. • I materiali sanitari sporchi devono essere opportunamente ammassati negli appositi contenitori e devono essere sanificati in un lavello adibito a tale scopo. Se non è possibile utilizzare un lavello solo per la sanificazione dei materiali è necessario procedere alla decontaminazione, sanificazione e disinfezione del lavello. • Deve essere sempre fatta una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti e devono essere sempre rispettati i tempi d'azione dei disinfettanti. • I presidi sanitari monouso non devono essere riprocessati, ma devono essere smaltiti immediatamente dopo l'uso negli appositi contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo.
	<p align="center">SMALTIMENTO RIFIUTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari deve essere effettuata seguendo la specifica procedura. • Lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti deve avvenire attraverso l'utilizzo degli appositi contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. • I contenitori devono essere sistemati in posizione comoda, sicura e vicina al posto dove devono essere utilizzati. Non prelevare mai materiale dai contenitori per rifiuti. • Utilizzare dispositivi di protezione durante le fasi di raccolta dei rifiuti e trasporto dei contenitori. • Trasportare e manipolare contenitori correttamente chiusi al fine di evitare accidentali fuoriuscite e spargimenti di rifiuti. • Evitare di trascinare i contenitori dei rifiuti, di appoggiarli al corpo e di effettuare qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza.
	<p align="center">BIANCHERIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maneggiare, trasportare e trattare la biancheria sporca di sangue, liquidi organici, secreti ed escreti in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente. • La biancheria, qualora risulti imbrattata di sangue o liquidi organici, secreti ed escreti, deve essere riposta negli appositi sacchi per la biancheria sporca ed inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione • I cuscini e i materassi contaminati da sangue e/o liquidi organici, devono essere immediatamente raccolti in sacchi impermeabili ed inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione • La sostituzione degli effetti letto-recci dell'unità di degenza deve essere effettuato ad ogni cambio paziente
	<p align="center">CAMPIONI BIOLOGICI</p> <p>I campioni biologici (sangue, urine, feci, prelievi biotrici, ...) devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prelevati in provette e contenitori a chiusura ermetica e non devono essere imbrattati di liquido biologico. • Manipolati utilizzando i dispositivi di protezione (visiere, guanti, camici, ...). • Trasportati negli appositi contenitori ermeticamente chiusi al fine di evitare perdite o spandimenti accidentali; i contenitori dopo l'uso devono essere adeguatamente trattati. <p>Le richieste non devono essere inserite nel contenitore ma trasportate a parte.</p>
	<p align="center">SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE AMBIENTALE</p> <p>Nell'eseguire la sanificazione e disinfezione ambientale è importante ricordare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sanificazione ambientale deve essere svolta quotidianamente e correttamente.

	<ul style="list-style-type: none"> • La decontaminazione ambientale deve essere fatta in presenza di superfici contaminate da schizzi di sangue e materiale organico. • La disinfezione deve essere effettuata in aree ad alto rischio e in presenza di superfici imbrattate (dopo decontaminazione e sanificazione). • La sanificazione e la disinfezione dell'unità di degenza devono essere eseguite alla dimissione, al trasferimento e/o al decesso del paziente. • Deve essere sempre fatta una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti e devono essere sempre rispettati i tempi d'azione dei disinfettanti.
	<p style="text-align: center;">EDUCAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE E AI VISITATORI</p> <p>Il paziente e i visitatori devono essere educati circa la necessità di utilizzare precauzioni finalizzate a prevenire la diffusione di microrganismi ad altre persone o all'ambiente (accurato lavaggio delle mani, corretto uso dei servizi igienici, corretta gestione degli effetti personali, accurata igiene personale).</p>

ALLEGATO 2 PRECAUZIONI DA CONTATTO


Queste precauzioni vanno adottate in aggiunta alle precauzioni standard in presenza di pazienti con colonizzazione/infezione da MDRO di cui alla presente procedura operativa.

	<p style="text-align: center;">COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE</p> <p>Protocollo di isolamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collocazione del paziente infetto in stanza singola. • Ove la stanza singola non fosse disponibile creare una zona di isolamento all'interno dell'UO (AREA DI ISOLAMENTO SPAZIALE) possibilmente posizionando il paziente in posto letto estremo e mantenendo una distanza di almeno 1 metro e mezzo dal paziente più vicino bloccando – se necessario – il posto letto vicino. • Se presenti due o più pazienti con colonizzazione/infezione data dallo stesso germe creare una AREA DI ISOLAMENTO dove effettuare l'isolamento per coorting: pazienti vicini tra loro in posizione estrema nell'UO e a distanza di almeno un metro e mezzo dagli altri pazienti (se necessario bloccando il posto letto immediatamente vicino). • Nei posti letto più vicini alla AREA DI ISOLAMENTO SPAZIALE ricoverare pazienti non infetti e a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da MDRO e di possibili complicanze legate a tali microrganismi e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata. <p>Raccomandazioni per MDRO gruppo B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola ove disponibile e non utilizzata da pazienti con colonizzazione/infezione con germi multiresistenti per cui necessita l'applicazione del protocollo di isolamento. Ove non disponibile la stanza singola, posizionare il paziente in un posto letto estremo. Se presenti due pazienti colonizzati/infetti dallo stesso germe posizionare i due pazienti vicini tra loro e in posizione estrema. • Nei posti letto più vicini ai pazienti/ai pazienti colonizzati/infetti ricoverare pazienti non infetti e a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da MDRO e di possibili complicanze legate a tali microrganismi e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata. • In caso di colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio mantenere il paziente ad una distanza non inferiore ad un metro con il paziente più vicino. • E' comunque facoltà del medico dell'UO sulla base delle condizioni cliniche ed immunologiche del paziente colonizzato/infetto da MDRO gruppo B applicare il protocollo di isolamento previsto per il gruppo A.
	<p style="text-align: center;">GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chiunque entri nella stanza di isolamento/nell'area di isolamento spaziale (MDRO gruppo A) o nell'isola paziente con MDRO gruppo B deve indossare i guanti (puliti, non sterili). • I guanti impiegati nell'assistenza al paziente colonizzato/infetto devono essere sostituiti subito dopo il contatto sia con il paziente sia con materiale che può contenere microrganismi (materiale fecale, drenaggi, saliva, sangue, ...), sia con arredi, apparecchiature, dispositivi (letto, effetti lettereschi, sondini, cateteri, apparecchiature, ...) posti vicino al paziente o dallo stesso utilizzati. • I guanti devono essere rimossi prima di lasciare l'area di cui sopra ed immediatamente va effettuata l'igiene delle mani tramite lavaggio delle mani con detergente antisettico o frizionamento con gel alcolico. Non si devono toccare superfici o oggetti ubicati fuori dell'area paziente con guanti utilizzati all'interno di tale area. • Dopo la rimozione dei guanti e l'igiene delle mani, non si devono toccare superfici ambientali o oggetti usati per l'assistenza, potenzialmente contaminati, per evitare di trasferire i microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.
	<p style="text-align: center;">MASCHERINE, OCCHIALI PROTETTIVI, SCHERMI FACCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mascherina, lo schermo facciale e/o gli occhiali protettivi devono essere utilizzati per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici, (prelievi, procedure aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ...). • La mascherina con o senza visiera deve essere monouso. Deve essere indossata sulla bocca e sul naso. Deve essere legata correttamente dietro la testa. Deve essere ben adesa al volto. Non deve essere mai abbassata. • La mascherina con o senza visiera deve essere usata una sola volta e poi gettata nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo. Dopo la rimozione lavare accuratamente le mani. • Gli occhiali protettivi o gli schermi facciali devono essere indossati correttamente.

	<p style="text-align: center;">CAMICE COPRI DIVISA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare un camice (è sufficiente un camice pulito non sterile) quando si entra nella stanza di isolamento/nell'area di isolamento spaziale (MDRO gruppo A) o nell'isola paziente con MDRO gruppo B se si prevede un importante contatto con il paziente, con superfici o strumenti contaminati, oppure quando il degente è incontinente o presenta diarrea, ileostomia, colonstomia o drenaggi non protetti da una medicazione. • Rimuovere sempre il camice prima di lasciare la stanza di isolamento o l'area di isolamento spaziale (MDRO gruppo A) o l'isola paziente con MDRO gruppo B, toccando la superficie interna e arrotolandolo su se stesso al fine di evitare di contaminare la divisa e le superfici ambientali. • Porre la massima attenzione affinché la divisa non venga a contatto con superfici ambientali potenzialmente contaminate, per evitare di trasferire i microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente. • Se contaminata, la divisa deve essere subito cambiata.
	<p style="text-align: center;">ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL DEGENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando è possibile, assegnare dispositivi e articoli non critici (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, ...) ad un singolo paziente. Qualora tale situazione non possa realizzarsi, è necessaria una adeguata sanificazione e disinfezione dello strumentario prima di essere usato su un altro paziente. • Assicurarsi che le attrezzature nelle immediate vicinanze del malato e gli strumenti impiegati per l'assistenza e frequentemente toccati, siano regolarmente sanificati. • Utilizzo di sistemi di broncoaspirazione a circuito chiuso per ridurre al massimo la liberazione di droplet in ambiente.
	<p style="text-align: center;">TRASPORTO DEL PAZIENTE COLONIZZATO/INFETTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente ai soli casi assolutamente necessari, garantendo comunque l'effettuazione dell'iter diagnostico-terapeutico necessario al paziente. 2. Se lo spostamento e il trasporto del malato sono indispensabili, è necessario informare il personale della UO presso la quale il paziente viene trasferito/inviato in merito alla situazione microbiologica del paziente. 3. Concordare (ove possibile) l'esame/l'intervento chirurgico in modo che sia a fine lista (ultimo della giornata) per permettere una più accurata disinfezione ambientale. Informare a tale scopo il personale dell'UO in cui viene eseguita la procedura della necessità di effettuare idonea pulizia e sanificazione delle attrezzature utilizzate e dell'ambiente. 4. Il personale dell'UO dove viene inviato il paziente deve adottare le precauzioni stabilite (standard e da contatto) come indicate nella presente procedura. 5. Devono essere indicati al personale ausiliario addetto al trasporto del paziente colonizzato/infetto i dispositivi di protezione individuale che deve utilizzare durante il trasporto del paziente. 6. Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione di microrganismi ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature. 7. In caso di colonizzazioni/infezioni delle vie respiratorie con possibili emissioni di droplets (soprattutto se il paziente non è intubato) far indossare al paziente una mascherina chirurgica.

PRECAUZIONI DA DROPLETS

Queste precauzioni vanno adottate in aggiunta alle precauzioni standard e in aggiunta alle precauzioni da contatto, solo durante le manovre di broncoaspirazione di pazienti colonizzati/infetti da MDRO ricompresi nella presente procedura.

	<p style="text-align: center;">PROTEZIONE RESPIRATORIA</p> <p>Tutte le persone che vengono in contatto con il paziente devono indossare una mascherina chirurgica.</p> <p>Ove un microrganismo multiresistente ricompreso nella presente procedura sia stato isolato dalle vie respiratorie è obbligo del personale che si avvicina entro un metro dal paziente di indossare oltre alla mascherina chirurgica anche gli occhiali protettivi per evitare contaminazioni da droplet emessi soprattutto nelle manovre di broncoaspirazione (se paziente intubato) o in caso di tosse se paziente non intubato.</p>
---	--

ALLEGATO 3 – SCHEDE ATTIVAZIONE PROCEDURE (MDRO GRUPPO A e MDRO GRUPPO B)



PRESIDIO OSPEDALIERO _____

UO _____

LETTO N. _____

PROTOCOLLO ISOLAMENTO (MDRO GRUPPO A)

ATTIVAZIONE IN DATA _____



ISOLAMENTO SPAZIALE



PRECAUZIONI STANDARD (sempre)



PRECAUZIONI DA CONTATTO (sempre)



PRESIDIO OSPEDALIERO _____

UO _____

LETTO N. _____

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE (MDRO GRUPPO B)

ATTIVAZIONE IN DATA _____



PRECAUZIONI STANDARD (sempre)



PRECAUZIONI DA CONTATTO (sempre)



ALLEGATO 4 – SCHEDA SEGNALAZIONE GERMI ALERT

Al Direttore U.O. di _____

Al Direttore sanitario P.O. _____

Al Gruppo Operativo del P.O. di _____

SEDE

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

F M Data di nascita ____/____/____

Data del campione ____/____/____

Codice del campione

REPARTO DI DEGENZA di

MICROORGANISMO ISOLATO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae | <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii |
| <input type="checkbox"/> Escherichia coli | <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Proteus mirabilis |
| <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

ISOLAMENTO DA CAMPIONE DI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sangue | <input type="checkbox"/> urina |
| <input type="checkbox"/> broncoaspirato | <input type="checkbox"/> liquor |
| <input type="checkbox"/> ferita | <input type="checkbox"/> feci |
| <input type="checkbox"/> catetere | <input type="checkbox"/> tampone rettale |

Criterio microbiologico per la definizione del caso

- non sensibilità (R/I) a imipenem e/o meropenem
- produzione di carbapenemasi
- ESBL

Conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi

- KPC
- OXA 48
- Metallo-enzima
- altro specificare _____

Data compilazione _____

Il Responsabile Laboratorio di Microbiologia



ALLEGATO 5 – SCHEDA RILEVAZIONE GERMI ALERT

DATI GENERALI

MICROORGANISMO ISOLATO: _____

DATA CAMPIONE ____/____/____ CODICE PRELIEVO _____

sangue broncoaspirato ferita liquor feci tampone rettale catetere urina altro specificare _____

U.O. _____

Colonizzazione _____

Infezione _____

PAZIENTE

Cognome _____ F M Data di nascita ____/____/____

Nome _____

Data ricovero ____/____/____

Tipo di ricovero ordinario urgente trasferimento altro specificare _____

Diagnosi di ammissione: _____

Esito del ricovero in atto dimesso trasferito deceduto

Precedenti ricoveri/trasferimenti SI NO se si dal ____/____/____ al ____/____/____

QUESTIONARIO SULL'ESPOSIZIONE DEL PAZIENTE

DOMANDE	RISPOSTE			NOTE
Il paziente proviene da altro ospedale	SI	NO	se si quale?	
Il paziente proviene da altra U.O.	SI	NO	se si quale?	
Il paziente è stato sottoposto a terapia	SI	NO	se si quale?	
Terapia in corso	SI	NO	se si quale?	
Antibiotici in uso	Profilassi Terapia			
È stato sottoposto ad intervento chirurgico	SI	NO	se si specificare?	
Data intervento	____/____/____			
Trauma	SI	NO		
Impianto/protesi	SI	NO		
Catetere urinario	SI	NO		
Catetere intravascolare	SI	NO		
Ventilazione meccanica	SI	NO		
Altri device	SI	NO		
Procedurre endoscopiche	SI	NO		

OSSERVAZIONI _____

DATA ____/____/____

FIRMA DEL MEDICO DI REPARTO _____



ALLEGATO 6 – SCHEDA CONTROLLO GERMI ALERT

DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

SCHEDA DI CONTROLLO SEGNALAZIONE GERME ALERT

(PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA, IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLE DIFFUSIONI DEI MICRORGANISMI ALERT IN AMBIENTE OSPEDALIERO)

U.O. _____

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ Data ricovero in reparto: _____

Segnalazione pervenuta in DSPO Il: _____ Data controllo: _____

TIPO DI GERME: _____ Tipo di esame positivo: _____

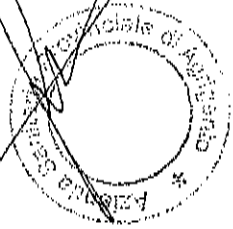
Data esame: _____

1	Isolamento paziente secondo protocollo:		
	• Camera singola	SI	NO
	• Distanza minima di 1,5 mt tra i letti	SI	NO
2	Disponibilità di dispositivi di barriera in prossimità dello spazio di isolamento (es. camici monouso, mascherine, guanti, ecc...)	SI	NO
3	Attuazioni delle precauzioni standard	SI	NO
4	Attuazione delle precauzioni da contatto + droplet	SI	NO
5	Procedure attivate in caso di spostamento del paziente o interventi chirurgici	SI	NO
6	Prevenzione della diffusione attraverso procedure a rischio	SI	NO
7	Predisposizione sanificazione ambientale secondo Capitolato Speciale d'Appalto (CSA)	SI	NO
8	Evidenza in cartella clinica della procedura di sorveglianza, controllo e prevenzione dei germi alert	SI	NO
9	Comunicazione della colonizzazione al curante o a struttura sanitaria esterna	SI	NO

NOTE

IL DIRIGENTE MEDICO DSPO CHE HA EFFETTUATO IL CONTROLLO _____

PER IL REPARTO _____



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2. della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

Immediatamente esecutiva dal 17 OTT. 2019
Agrigento, li 17 OTT. 2019

Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li

Il Titolare di Posizione Organizzativa
Ufficio di Segreteria, Proposte di atti e Anuma
Dott.ssa Patrizia Tedesco