



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 1952 DEL 18 NOV. 2021

OGGETTO: Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere - Adozione Linee Guida

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

PROPOSTA N. 2119 DEL 8-11-2021

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr.ssa Letizia Ferraro

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Presidente del C.I.O.

Dott. Gaetano Migliazzo

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

S.E.P.

Sig.ra Simona Maria

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE U.O.C. e P.

SERVIZIO ECONOMICO

FINANZIARIO E PATRIMONIALE

Dr. Daniela Cusano

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 17-11-2021

L'anno duemilaventuno il giorno dieciotto del mese di NOVEMBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia, nominato con Decreto Assessoriale n. 696/2020 del 31/07/2020, 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 DOTT.SSA TERESA CINQUE 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. Gaetano Migliazzo nella qualità di Presidente del C.I.O.

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Premesso che la seguente procedura ha lo scopo di promuovere l'adesione omogenea tra gli operatori sanitari per la pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale, la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microorganismi "Alert" in ambiente ospedaliero e la sorveglianza delle infezioni ospedaliere occupazionali.

Considerato che i destinatari di tali linee guida e procedura sono tutti gli operatori sanitari e i contenuti si applicano in ogni procedimento assistenziale all'interno delle UU.OO.;

Ritenuto, pertanto, adottare i documenti: *"Linee guida pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale; procedura per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microorganismi "Alert" in ambiente ospedaliero; procedura per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere occupazionali"*, 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 e dalla Dott.ssa M.R. Marano Dirigente Medico di Direzione Medica di Presidio, verificate dal Direttore Sanitario del P.O. di Agrigento e Sciacca, approvate dal Comitato Aziendale per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere nella seduta del 08/09/2021, stante la necessità di questa Azienda di munirsi di apposito documento indispensabile per la tutela dei pazienti e degli operatori sanitari (Dirigenti Medici, Infermieri, professioni sanitarie, OSS);

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate di prendere atto dei documenti allegati:

1. *linee guida pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale;*
2. *procedura per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione della diffusione dei microorganismi "Alert" in ambiente ospedaliero;*
3. *procedura per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere occupazionali;*

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 Presidio Ospedaliero San Giovanni Di Dio di Agrigento, Dott. Gaetano Migliazzo nella qualità di Presidente del C.I.O.



SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere

Data

Il Direttore Amministrativo

Dott. Alessandro Mazzara

Parere

Data

Il Direttore Sanitario

Dott. Gaetano Mancuso

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Gaetano Migliazzo, Direttore della U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero San Giovanni Di Dio di Agrigento nella qualità di Presidente del C.I.O., 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 del parere espresso 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. Gaetano Migliazzo Direttore Sanitario del P.O. San Giovanni di Dio ASP di Agrigento nella qualità di Presidente del C.I.O..

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia

Il Segretario verbalizzante

~~IL COLLABORATORE AMM.VO TPO~~
~~"Ufficio Staff e Controllo di Gestione"~~
~~Dott.ssa Teresa Cinque~~





Linee guida pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale

data di emissione	rev	redazione	verifica	approvazione
	0	Dr.ssa M.R. Gallo, Dr.ssa A. Graceffa, Dr.ssa M.R. Marzoo	Dr. A. Seminerio (Direttore Sanitario P.O. "San Giovanni di Dio") Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. "Giovanni Paolo II" - Sciacca)	Comitato Infezioni Ospedaliere
08/09/2021	1	Dr.ssa M.R. Gallo	Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. "S. Giovanni di Dio" Agrigento e "Giovanni Paolo II" - Sciacca)	

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RESPONSABILITA'
5. CLASSIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI PER AREA DI RISCHIO
6. FREQUENZE MINIME DI INTERVENTO
7. ATTIVITA' DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE
 - 7.1 SANIFICAZIONE GIORNALIERA E PLURIGIORNALIERA
 - 7.2 SANIFICAZIONE PERIODICA
8. PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE QUOTIDIANA DELLE CULLETTE TERMICHE E NON TERMICHE
 - 8.1 PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE QUOTIDIANA DELLE CULLETTE TERMICHE
 - 8.2 PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE TERMINALE E PERIODICA DELLE CULLETTE NON TERMICHE
9. PROCEDURA DI PULIZIA, SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE NEI LOCALI DI RADIOLOGIA E RISONANZA MAGNETICA
10. INDICAZIONI PER IL PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' DI PULIZIA E SUL MATERIALE IN DOTAZIONE
11. GESTIONE ATTIVITA' DI IGIENE AMBIENTALE IN CASI SPECIFICI DI INFEZIONE
12. BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI:

1. *SCHEDE DI CONTROLLO SERVIZIO DI PULIZIA*
2. *CHECK LIST DI CONTROLLO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO DI PULIZIA*

1. INTRODUZIONE

Le attività di pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale costituiscono uno degli strumenti per la prevenzione della diffusione degli agenti patogeni che possono provocare infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Secondo i dati dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) un numero di pazienti ricoverati in ospedale compreso tra il 5% ed il 15% sviluppa una ICA durante la permanenza nella struttura assistenziale.

L'ipotesi di poter ridurre la quota di eventi infettivi correlati all'assistenza di una percentuale compresa tra il 20-30% rispetto ai valori attuali, si fonda nel prevenire la trasmissione di microrganismi esogeni dall'ambiente al paziente.

È stato dimostrato che le superfici ambientali inanimate possono restare per lungo tempo contaminate dopo un'esposizione a un paziente colonizzato/infetto e rappresentare un fattore di rischio di contrarre infezioni.

La pulizia, sanificazione e la disinfezione hanno lo scopo di creare un ambiente sicuro per i pazienti/utenti e per il personale che interviene, direttamente o indirettamente nell'erogazione dell'attività sanitaria.

La **pulizia** è quel complesso di operazioni manuali o meccaniche atte ad allontanare lo sporco da superfici o oggetti utilizzando acqua con o senza prodotti detergenti.

La **detergenza** è un'operazione volta all'eliminazione dai substrati di qualsiasi traccia di sporco presente, in modo da renderli otticamente puliti, tramite un'azione chimica, un'adeguata azione meccanica ed un determinato tempo di azione, senza alterarne le caratteristiche fisiche.

La **sanificazione** è quel complesso di procedimenti e di operazioni finalizzato a rimuovere ed asportare rifiuti, polveri e sporco, dalle superfici e dagli ambienti. Nella sanificazione vengono utilizzati i detergenti.

La **disinfezione** è l'operazione successiva alla detergenza, si avvale dell'uso di disinfettanti, per mantenere per un tempo relativo il livello di sicurezza di contaminazione nei limiti fissati dalle normative dell'igiene su oggetti e superfici.

La sanificazione e la disinfezione possono essere eseguite separatamente o in un unico processo utilizzando prodotti che hanno una duplice azione.

La disinfezione non deve mai sostituirsi alla sanificazione, visto che residui di sporco possono determinare l'inefficacia del successivo processo di disinfezione, quindi un adeguato ciclo di sanificazione deve essere eseguito prima della disinfezione o comunque combinato con essa.

Se le operazioni di sanificazione e disinfezione vengono eseguite distintamente è obbligatorio adottare la seguente sequenza metodologica: detersione, risciacquo (se previsto dalla scheda tecnica del prodotto detergente), asciugatura e disinfezione.

La **decontaminazione** è quella metodica che consente, attraverso l'utilizzo di una sostanza chimica (disinfettante) una prima riduzione della carica microbica presente su oggetti e superfici contaminate da materiale biologico, da eseguirsi prima delle operazioni di sanificazione e disinfezione.

Questa operazione deve essere eseguita nel seguente modo:

- versare il disinfettante/decontaminante sull'area di spandimento e lasciare agire per il tempo indicato sulla scheda tecnica;

- asportare il materiale biologico così trattato, utilizzando materiale monouso e smaltire il tutto nei contenitori per i rifiuti speciali sanitari pericolosi a rischio infettivo disponibili presso le aree.

Le operazioni di pulizia possono essere distinte:

- **routinaria:** da eseguire da una a due volte al giorno anche in presenza dell'unità funzionale occupata dal paziente.
- **terminale:** effettuata al momento del trasferimento o dimissione del paziente, prima che il letto venga occupato da un altro paziente.
- **periodica:** a cadenza settimanale/mensile.

2. SCOPO

La presente linea guida contiene indicazioni finalizzate a standardizzare le modalità di pulizia, sanificazione e disinfezione in un'ottica di gestione e contenimento del rischio clinico correlato a processi di contaminazione microbica ambientale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le unità operative di degenza, ambulatori, day hospital, sale operatorie, servizi e spazi comuni. Le procedure si applicano a tutte le aree concettualmente suddivise in livelli di rischio: alto, medio e basso, così come indicato nel Capitolato Speciale di Appalto (CSA).

4. RESPONSABILITA'

Attività	Referente ditta pulizie	Coordinatore infermieristico della Unità operativa	Personale della Direzione Medica di Presidio P.O.
Elaborazione procedure di pulizia e sanificazione			R
Esecuzione corretta delle procedure	R		
Verifica e controllo delle procedure eseguite		R	C

C-Collabora R-Responsabile

5. CLASSIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI PER AREA DI RISCHIO

La tabella di seguito riportata definisce la classificazione in aree di rischio degli ambienti presenti nelle strutture sanitarie in funzione della loro destinazione d'uso, come indicato nel Capitolato Speciale di Appalto (CSA).

Legenda:

- Aree ad Alto Rischio e Bassa Carica Microbica (ABCM)
- Aree ad Alto Rischio (AR)
- Aree a Medio Rischio (MR)
- Aree a Basso Rischio (BR)
- Aree a Bassissimo Rischio (BBR)

DESTINAZIONE D'USO	LOCALI	AREE DI RISCHIO
Aree Esterne		BBR
Aree Tecniche	Corridoi di collegamento sotterranei	BBR
	Montacarichi/ Montalettighe	MR
	Vani tecnici	BBR
	Archivi	BBR
	Magazzini economali	BBR
Aree Sanitarie Blocchi Operatori/Terapie Intensive/UTIC	Sala preparazione e risveglio paziente	ABCM
	Zona preparazione chirurgici	ABCM
	Depositi materiale sterile	AR
	Sterilizzazione	ABCM
	Corridoi interni alla sala	AR
	Camere operatorie	ABCM
	Ingressi lavaggio e confezionamento strumentario	MR
	Zona filtro	MR
	Spogliatoi personale	MR
	Servizi igienici di pertinenza	MR

Aree Sanitarie Reparti di degenza ordinaria e DH/DS	Studi medici	BR
	Sale di attesa	BR
	Cucinette di reparto	BR
	Spogliatoi personale	MR
	Stanze di Degenza	MR
	Servizi Igienici	MR
	Vuotatoi	MR
	Corridoi	MR
	Depositi puliti e sporchi di Reparto	MR
	Sale Medicazioni	MR
	Sale Visite	MR
	Ambulatori di Reparto	MR
Aree Sanitarie	Studi medici	MR
Aree di Diagnostica (Ambulatori di Radiologia, Ambulatori di Diagnostiche, Laboratori Analisi, Ambulatori)	Sale di attesa	MR
	Depositi puliti e sporchi di Reparto	MR
	Sale visite	MR
	Servizi Igienici	MR
	Corridoi	MR
	Servizi igienici di pertinenza	MR
	Spogliatoi personale	MR
Aree Sanitarie Aree di Terapia (dialisi, etc.)	Studi medici	BR
	Sale di attesa	BR
	Cucinette di reparto	BR
	Spogliatoi personale	MR
	Corridoi	MR
	Servizi igienici	MR
	Vuotatoi	MR
	Stanze di terapia	AR
	Depositi puliti e sporchi di reparto	AR
	Sale visite	AR
	Ambulatori di Reparto	AR
Aree Sanitarie Morgue	Locale sosta salme	AR
	Camera ardente	AR
	Sala onoranze funebri	AR
	Depositi	AR

	Servizi igienici di pertinenza	AR
	Corridoi	AR
Farmacia		MR
Aree Amministrative	Uffici	BR
	Sale riunioni	BR
	Biblioteche	BR
	Depositi	BR
	Servizi igienici di pertinenza	BR
	Spogliatoi personale	BR
Aree di accesso alle Strutture Sanitarie	Atri	BR
	Hall d'ingresso	BR
	Corridoi	BR
	Sale d'attesa	BR
	Scale interne	BR
	Ascensori	BR
	Servizi igienici di pertinenza	BR
Aree di culto		BR
Aree servizi no core (cucine, mense etc)		BR
CTA+RSA		MR

6. FREQUENZE MINIME DI INTERVENTO

Il servizio di pulizia e sanificazione deve comprendere le seguenti prestazioni minime di intervento, specificate nel CSA:

- pulizia di superfici orizzontali, interne ed esterne;
- pulizia di soffitti, controsoffitti, cortili, terrazze, balconi, rampe, portici, etc.;
- pulizia di superfici verticali interne ed esterne, pareti, infissi, tende alla veneziana, balaustre, parapetti di balconi, etc.;
- pulizia di scale, ringhiere, grate, cancelli, ascensori, montacarichi, intercapedini;
- pulizia dei servizi igienico-sanitari, sostituzione di asciugamani a rotolo, carta igienica, saponette;
- pulizia di posacenere, svuotamento dei cestini gettacarte, etc.;
- pulizia degli archivi;
- spolveratura dei tavoli, etangeres, porta telefoni ed ogni altro arredo per ufficio;
- spolveratura e pulizia degli arredi presenti nelle stanze di degenza.

I lavori suddetti dovranno essere eseguiti con le modalità e la periodicità che seguono.

Pulizie giornaliere

- Svuotamento dei posacenere e dei cestini gettacarte, spazzatura e lavatura con straccio umido ed idonei detersivi di tutti i pavimenti e delle scale; pulizia delle ringhiere, dei passamani e dei davanzali interni ed esterni delle finestre; pulizia con straccio umido dei pavimenti delle cabine degli ascensori e montalettighe, nonché delle relative pareti interne e della porta di accesso degli ascensori; pulizia con detersivo, disincrostante e disinfettante di tutti i servizi igienici, sostituzione di asciugamani a rotolo, carta igienica, saponette; accurata pulizia e disinfezione delle varie sale di rappresentanza, spolveratura e pulitura di tutti i mobili, armadi, sedie, macchine e di quant'altro si trovi in ogni ambiente, spazzatura di tutti gli spazi esterni scoperti.
- Per le aree a alto rischio la detersione a fondo dei pavimenti deve essere effettuata con apposito prodotto detergente - disinfettante, utilizzando il sistema MOP (due passaggi per ogni trattamento); deve essere effettuata inoltre la disincrostazione, la detersione e la disinfezione degli idrosanitari, box docce, accessori ed arredi sanitari e piastrelle limitrofe.
- Detersione dispenser del sapone liquido, compreso lo smontaggio. Spolveratura a umido e asportazione macchie di superfici verticali (ad altezza d'uomo) e orizzontali, spolveratura arredi, presidi sanitari, letti, comodini, piantane comprese le ruote, sedie, tavoli servitori, carrelli e quant'altro presente in tali ambienti.
- Servizio di chiusura e trasporto giornaliero dei rifiuti ospedalieri assimilabili agli urbani dai reparti degli SS.OO. ai punti di raccolta (cassonetti) e lavaggio settimanale dei bidoni.

Pulizie settimanali

- Pulizia di tutte le superfici verticali, pareti, finestre (compresi i relativi davanzali interni ed esterni), tende alla veneziana, termosifoni, etc., pulizia degli infissi (di legno, metallo e di vetro) e delle apparecchiature di servizio di tutti i piani; pulizia di tutta la rubinetteria ed accurata pulizia con aspirapolvere degli archivi, delle scaffalature, compresi gli atti d'ufficio ivi contenuti; pulizia dei vari cancelli e delle inferriate. Deragnatura.
- Depolverazione e annaffiature delle piante eventualmente presenti negli spazi comuni.
- Detersione dei cestini per la carta dei rifiuti solidi urbani o assimilabili.
- Detersione zerbini e passatoie.
- Pulizia della parte inferiore dei letti, comodini, ruote e meccanismi di movimento.
- Detersione di superfici orizzontali: tavoli da lavoro, ripiani, armadi, sedie.

Pulizie quindicinali

- Pulizia delle vetrate interne ed esterne, dei lucernai e di tutte le altre superfici scoperte.
- Detersione delle pareti lavabili, battiscopa, pareti attrezzate e divisori, porte in laminato plastico, sopraluci di porte, divisori a vetri.

Pulizie mensili

- Pulizia dei soffitti e delle relative plafoniere.
- Detersione previo smontaggio in isolamento elettrico da effettuare direttamente a cura della Ditta aggiudicataria, delle parti esterne dei mobili degli apparecchi di illuminazione. Detersione di tende a lamelle verticali in laminato plastico. Pulizia a fondo degli arredi.

- Deceratura con asportazione totale o parziale dei film e stesura totale o parziale del nuovo film polimerico autolucidante sui pavimenti in linoleum.

Frequenze delle pulizie periodiche

Le frequenze minime settimanali delle pulizie come da (CSA) differenziate per le tipologie di area, con l'indicazione del numero di passaggi minimi con i quali devono essere eseguite le operazioni di pulizia quotidiana sono specificate nella tabella di seguito riportata.

Legenda abbreviazioni frequenza settimanale operazioni di pulizia.

LEGENDA FREQUENZA SETTIMANALE DELLE OPERAZIONI DI PULIZIA		LEGENDA AREE DI RISCHIO
1/7	Un giorno a settimana	Aree a Bassissimo Rischio – BBR Aree a Basso Rischio- BR Aree a medio Rischio- MR Aree ad Alto Rischio- AR Aree ad Altissimo Rischio-ABCM
2/7	Due giorni a settimana	
3/7	Tre giorni a settimana	
4/7	Quattro giorni a settimana	
5/7	Cinque giorni a settimana	
6/7	Sei giorni a settimana	
7/7	Ogni giorno della settimana	
14/7	Due volte ogni giorno della settimana	

DESTINAZIONE D'USO	LOCALI	AREE DI RISCHIO	Frequenza settimanale	Num. di passaggi
Aree Sanitarie Blocchi Operatori/Terapie Intensive/UTIC	Sala preparazione risveglio paziente	ABCM	14/7	2
	Zona preparazione chirurghi	ABCM	14/7	2
	Deposito materiale sterile	AR	7/7	1
	Sterilizzazione	ABCM	14/7	2
	Corridoi interni alla sala	AR	7/7	2
	Camere operatorie	ABCM	14/7	2
	Ingressi lavaggio e confezionamento strumentario	MR	7/7	2
	Zona filtro	MR	7/7	2
	Spogliatoi personale	MR	7/7	2
	Servizi igienici di pertinenza	MR	7/7	2
Aree Sanitarie Reperti di degenza ordinaria e DH/DS	Studi medici	BR	7/7	1
	Sale di attesa	BR	7/7	1
	Cucinette di reparto	BR	7/7	1
	Spogliatoi personale	MR	7/7	1
	Stanze di degenza	MR	7/7	2
	Servizi Igienici	MR	7/7	3
	Vuotatoi	MR	7/7	3
	Corridoi	MR	7/7	2
	Depositi puliti e sporchi di Reparto	MR	7/7	2
	Sale medicazioni	MR	7/7	2
Aree Sanitarie	Sale visite	MR	7/7	2

Reparti di degenza ordinaria e DH/DS	Ambulatori di reparto	MR	7/7	2
Aree Sanitarie Aree di Diagnostica (Ambulatori di Radiologia, Ambulatori di Diagnostiche, Laboratori Analisi, Ambulatori)	Studi medici	MR	6/7	1
	Sale di attesa	MR	6/7	2
	Depositi puliti e sporchi	MR	6/7	2
	Sale visite	MR	6/7	2
	Servizi Igienici	MR	6/7	3
	Corridoi	MR	6/7	2
	Spogliatoi personale	MR	6/7	2
Aree Sanitarie Aree di terapia (dialisi etc.)	Studi medici	BR	7/7	1
	Sale di attesa	BR	7/7	2
	Cucinette di reparto	BR	7/7	2
	Spogliatoi personale	MR	7/7	2
	Corridoi	MR	7/7	2
	Servizi Igienici	MR	7/7	3
	Vuotatoi	MR	7/7	3
	Stanze di terapia	AR	7/7	2
	Depositi puliti e sporchi di Reparto	AR	7/7	2
	Sale visite	AR	7/7	2
	Ambulatori di reparto	AR	7/7	2
		AR	7/7	2
Aree Sanitarie Reparto Nido		AR	7/7	2
Aree Sanitarie Morgue	Locale sosta salme	AR	7/7	1
	Camera ardente	AR	7/7	1
	Sala onoranze funebri	AR	7/7	1
	Depositi	AR	7/7	1
	Servizi Igienici di pertinenza	AR	7/7	3
	Corridoi	AR	7/7	1
Farmacia		MR	7/7	2
Aree Amministrative	Uffici	BR	5/7	1
	Sale riunioni	BR	5/7	1
	Biblioteche	BR	5/7	1
	Depositi	BR	5/7	1
	Servizi Igienici di pertinenza	BR	5/7	1
	Spogliatoi personale	BR	5/7	1
Aree di accesso alle Strutture Sanitarie	Atri	BR	7/7	2
	Hall d'ingresso	BR	7/7	2
	Corridoi	BR	7/7	2
	Sale di attesa	BR	7/7	2
	Scale interne	BR	7/7	1
	Ascensori	BR	7/7	1
	Servizi igienici di pertinenza	BR	7/7	2
Aree di culto		BR	7/7	1
Aree servizi no core (cucine, mense etc)		BR	7/7	1
CTA+RSA		MR	7/7	1

7. ATTIVITA' DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE

7.1 SANIFICAZIONE GIORNALIERA E PLURIGIORNALIERA

Sono comprese nelle operazioni di sanificazione giornaliera e plurigiornaliera, così come indicato nel Capitolato Speciale di Appalto (CSA), le seguenti prestazioni per le Aree Sanitarie, Extra Sanitarie, Aree Sanitarie ad Alto Rischio Infettivo e B.C.M., Aree di Servizio e Percorsi ad elevata intensità di traffico.

Aree Extrasanitarie, Aree di Servizio e Percorsi ad elevata Intensità di traffico

- La disinfezione nei servizi igienici delle superfici orizzontali e verticali degli arredi, degli idrosanitari e relative rubinetterie, delle maniglie delle porte e dei contenitori del materiale igienico di consumo;
- Il costante posizionamento di materiale igienico di consumo, (fornito dall'Amministrazione) quale carta igienica, sapone liquido, salviette in carta, negli appositi contenitori e dispenser;
- La raccolta e lo smaltimento degli appositi contenitori contenenti assorbenti igienici;
- L'asportazione di sacchetti in plastica contenenti rifiuti e di posizionamento all'interno dei cestini portacarte e portarifiuti di nuovi sacchetti;
- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nei punti di deposito temporaneo prestabiliti.

Aree Sanitarie

- La disinfezione nei servizi igienici delle superfici orizzontali e verticali degli arredi, degli idrosanitari e relative rubinetterie, delle maniglie delle porte e dei contenitori del materiale igienico di consumo;
- Il costante posizionamento di materiale igienico di consumo, (fornito dall'Amministrazione) quale carta igienica, sapone liquido, salviette in carta, negli appositi contenitori e dispenser;
- La raccolta e lo smaltimento degli appositi contenitori contenenti assorbenti igienici;
- La decontaminazione, l'asportazione di eventuale materiale organico e la successiva pulizia e disinfezione della superficie interessata;
- La pulizia e successiva disinfezione dell'unità paziente (letto, comodino, armadio, esclusivamente le superfici esterne);
- L'asportazione di sacchetti in plastica contenenti rifiuti e di posizionamento all'interno dei cestini portacarte e portarifiuti di nuovi sacchetti;
- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nel punto di accumulo/produzione prestabilito;
- Il disfaccimento/rifacimento del letto del medico di guardia.

Sono comprese nelle operazioni di sanificazione giornaliera e plurigiornaliera delle Aree Sanitarie le seguenti prestazioni, da eseguirsi su richiesta del Coordinatore di reparto, nei locali ove è stata riscontrata una patologia infettiva:

- Asportazione dai locali delle apparecchiature e degli arredi removibili;
- Pulizia e disinfezione di tutte le superfici orizzontali e verticali (incluse le superfici interne degli arredi e delle apparecchiature sia fissi che mobili);

- Ricollocazione all'interno dei locali degli arredi e delle attrezzature precedentemente rimosse.

Aree Sanitarie ad Alto Rischio Infettivo e B.C.M.

- La disinfezione nei servizi igienici delle superfici orizzontali e verticali degli arredi, degli idrosanitari e relative rubinetterie, delle maniglie delle porte e dei contenitori del materiale igienico di consumo;
- La raccolta e lo smaltimento degli appositi contenitori contenenti assorbenti igienici;
- La decontaminazione, l'asportazione di eventuale materiale organico e la successiva pulizia e disinfezione della superficie interessata;
- La pulizia e successiva disinfezione dell'unità paziente (letto, comodino, armadio, esclusivamente le superfici esterne);
- L'asportazione di sacchetti in plastica contenenti rifiuti e di posizionamento all'interno dei cestini portacarte e portarifiuti di nuovi sacchetti;
- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nei punti di deposito temporaneo prestabiliti;
- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nel punto di accumulo/produzione prestabilito;
- Il disfaccimento/rifacimento del letto del medico di guardia.

Sono comprese nelle operazioni di sanificazione giornaliera e plurigiornaliera delle Aree Sanitarie ad Alto Rischio Infettivo e B.C.M. le seguenti prestazioni, da eseguirsi su richiesta del Coordinatore di reparto, nei locali ove è stata riscontrata una patologia infettiva.

- Asportazione dai locali delle apparecchiature e degli arredi removibili;
- Pulizia e disinfezione di tutte le superfici orizzontali e verticali (incluse le superfici interne degli arredi e delle apparecchiature sia fissi che mobili);
- Ricollocazione all'interno dei locali degli arredi e delle attrezzature precedentemente rimosse.

Aree Operatorie

Sanificazione giornaliera da eseguirsi a fine giornata in tutti i locali a esclusione di Sale Operatorie, Sale parto, Sale di intervento di dialisi e Ambulatori di Attività Invasive.

Sono comprese le seguenti prestazioni:

- La disinfezione di tutte le superfici orizzontali o verticali fino ad un'altezza massima di 2 metri ad esclusione delle superfici interne degli arredi;
- La decontaminazione ed asportazione di eventuale materiale organico;
- La raccolta e lo smaltimento degli appositi contenitori contenenti assorbenti igienici;
- L'asportazione di sacchetti in plastica contenenti rifiuti e di posizionamento all'interno dei cestini portacarte e portarifiuti di nuovi sacchetti;

- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nel punto di accumulo/ produzione prestabilito.

Sanificazione giornaliera da eseguirsi a fine giornata nelle Sale Operatorie, Sale parto, Sale intervento di dialisi e Ambulatori di Attività Invasive.

Sono comprese le seguenti prestazioni:

- Asportazione dai locali delle apparecchiature e degli arredi removibili;
- Pulizia e disinfezione di tutte le superfici orizzontali e verticali (incluse le superfici interne degli arredi e delle apparecchiature sia fissi che mobili);
- Ricollocazione all'interno dei locali degli arredi e delle attrezzature precedentemente rimosse;
- Il trasporto dei rifiuti prodotti e raccolti durante le attività di pulizia e di igiene ambientale nel punto di accumulo/produzione prestabilito.

Nelle sale operatorie utilizzate per le urgenze, deve essere garantita la pulizia ordinaria (come a fine giornata) a chiamata che verrà eseguita nelle fasce orarie di inattività della sala ed al massimo entro un'ora dalla chiamata.

7.2 SANIFICAZIONE PERIODICA

Le operazioni di sanificazione periodica sono da eseguirsi periodicamente, secondo frequenza differenziata rispetto alle diverse Aree, al grado di formazione di sporco, al tipo di attività e all'intensità di traffico, come specificato nel CSA.

Sono comprese nelle pulizie periodiche le seguenti prestazioni:

- Eliminazione di qualsiasi traccia di sporco e polvere dalle superfici vetrate perimetrali e relativi telai, sia il lato interno che il lato esterno, nonché dai davanzali esterni;
- Asportazione dai locali delle apparecchiature e degli arredi removibili;
- Pulizia e disinfezione di tutte le parti esterne di apparecchiature, carrelli ed arredi fissi e mobili;
- Ricollocazione all'interno dei locali degli arredi e attrezzature precedentemente rimosse.

Le operazioni di sanificazione periodica devono essere eseguite in tutte le Aree componenti la struttura ospedaliera, con la sola esclusione delle Aree operatorie.

Nelle Aree Sanitarie ad Alto Rischio Infettivo e B.C.M. tutte le superfici sottoposte a pulizia periodica devono essere successivamente disinfettate.

In queste aree l'effettuazione delle pulizie deve essere autorizzata dal coordinatore di reparto, al quale spetta la valutazione delle possibilità di effettuazione o non effettuazione del servizio e l'indicazione delle date più opportune in cui programmare i nuovi interventi periodici.

Sono comprese nei trattamenti periodici le seguenti prestazioni:

- L'asportazione delle apparecchiature e degli arredi removibili dai locali;
- Ricollocazione all'interno dei locali degli arredi e attrezzature precedentemente rimosse.

8. PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE QUOTIDIANA DELLE CULLETTE TERMICHE E NON TERMICHE

8.1 PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE QUOTIDIANA DELLE CULLETTE TERMICHE

La pulizia e disinfezione quotidiana delle cullette termiche deve essere effettuata in presenza del neonato, almeno una volta al giorno e, comunque, in caso di necessità, dal personale della U.O. di Pediatria e Neonatologia.

Tali manovre devono essere effettuate soltanto dopo che l'incubatrice si è raffreddata, è stato rimosso il cavo dell'alimentazione, la fornitura di ossigeno è terminata ed è stata scollegata dalla fonte di ossigeno.

La pulizia quotidiana deve essere effettuata dal personale di supporto del reparto in collaborazione con il personale infermieristico, deputato alla supervisione delle attività.

DISINFETTANTI PER SUPERFICI CONSIGLIATI: viene consigliato un detergente disinfettante a base alcolica, idoneo per la pulizia delle cullette termiche, che non necessiti di risciacquo ma solo di asciugatura.

Questo deve essere utilizzato tenendo presenti le indicazioni fornite dalla casa produttrice e le linee guida della farmacopea ufficiale.

LA PROCEDURA PREVEDE:

POSIZIONARE IL NEONATO FUORI DALLA INCUBATRICE PER IL TEMPO NECESSARIO PER LA PROCEDURA.

- 1) Ispezione visiva delle cullette per verificare eventuale presenza di tracce di latte, liquidi biologici, ecc.
- 2) Togliere la biancheria dall'interno.
- 3) Eseguire il lavaggio delle mani e indossare guanti monouso, indossare copricapo e camice monouso.
- 4) Pulizia e disinfezione delle superfici interne (campana interna, piano di appoggio, materasso) con soluzione detergente e disinfettante che non necessita di risciacquo.
- 5) Rimuovere i guanti, effettuare il lavaggio delle mani e indossare guanti monouso.
- 6) Pulizia e disinfezione delle superfici esterne (campana esterna, manicotto degli oblò, guarnizioni degli oblò di accesso a scatto, sportellino di introduzione dei tubi, esterno della vasca di umidificazione) con soluzione detergente e disinfettante che non necessita di risciacquo.
- 7) Asciugatura finale delle superfici con panno monouso in microfibra da eliminare nel contenitore per rifiuti speciali (trascorso il tempo necessario di contatto previsto per ciascun prodotto utilizzato).

- 8) Rimuovere i guanti, eseguire il lavaggio delle mani, indossare guanti monouso per la manipolazione della vasca di umidificazione.
- 9) Rimuovere la vaschetta dell'acqua e lavarla con acqua corrente.
- 10) Riempire la vaschetta dell'acqua per umidificazione con acqua distillata e riportarla in sito.
- 11) Riportare l'esecuzione della procedura sulla apposita check list posta nei pressi dell'incubatrice.
- 12) Registrare per ogni termoculla gli estremi dell'avvenuta detersione e disinfezione, segnalando la data e il nominativo di chi effettua l'operazione.
- 13) Al termine delle procedure segnalare l'eventuale presenza di parti usurate e di anomalie e guasti al Coordinatore Infermieristico .
- 14) Dopo la sanificazione e il cambio biancheria coprire le culle non in uso con un telo monouso, procedere allo spolvero con panno monouso prima dell'utilizzo della culla.

MANUTENZIONE DEL FILTRO (DA FARE OGNI DUE MESI)

- 1) Aprire la copertura del filtro
- 2) Rimuovere il filtro sporco evitando dispersione di polvere; smaltire correttamente il filtro.
- 3) Sanificare lo sportello e la zona circostante con panno umido di soluzione disinfettante.
- 4) Collocare il nuovo filtro in sede
- 5) Chiudere la copertura del filtro esterno.

8.2 PROCEDURA DI PULIZIA E DISINFEZIONE TERMINALE E PERIODICA DELLE CULLETTE NON TERMICHE

La pulizia e la disinfezione delle cullette non termiche deve essere effettuata sempre alla dimissione del neonato e, a rotazione, ogni 7 giorni così come indicato:

- 1) Smontaggio della culletta nella sue parti componenti.
 - 2) Ispezione visiva delle superfici per verificare la eventuale presenza di materiale organico.
 - 3) Detersione di tutte le superfici, orizzontali e verticali della culletta mediante panno in microfibra monouso e soluzione disinfettante pronta all'uso, che non necessita di risciacquo.
- Nel caso in cui la culletta sia stata contaminata da materiale biologico infetto rinforzare la procedura con un ulteriore passaggio nel seguente modo:
- Con un panno disinfettante monouso imbevuto di ipoclorito di sodio allo 0,1% da passare su tutte le superfici precedentemente pulite;
- Oppure:
- con salviette monouso imbevute di soluzione detergente e disinfettante (a base di cloruro di didecilmetil ammonio) che non necessita di risciacquo.

9. PROCEDURA DI PULIZIA, SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE NEI LOCALI DI RADIOLOGIA E RISONANZA MAGNETICA

Radiologia

Le Aree di Diagnostica sono classificate secondo Capitolato Speciale di Appalto come Aree a Medio Rischio.

Le attività di pulizia giornaliera e periodica presso le UU.OO. di Radiodiagnostica dovranno essere svolte da personale della Ditta appaltatrice delle pulizie adeguatamente formato e idoneo alla mansione.

I lavoratori accedono alle aree quando le apparecchiature non sono in funzione.

Per la frequenza delle operazioni di pulizia e la modalità di svolgimento delle stesse si rimanda al CSA e riportato in precedenza.

La stessa Ditta appaltatrice effettua le operazioni di sanificazione e disinfezione secondo CSA.

La Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero può richiedere interventi urgenti al verificarsi di situazioni particolari che comportino l'esposizione a rischio infettivo per i pazienti e per gli operatori.

Risonanza Magnetica

Possono prestare servizio presso il sito di Risonanza Magnetica solamente i lavoratori formati dal Servizio di Fisica Sanitaria e dedicati a tale attività, a cui sia stato rilasciato giudizio di idoneità da parte del Medico Competente e i cui nominativi siano stati segnalati presso il Servizio di Fisica Sanitaria. L'elenco del personale autorizzato a entrare presso il sito di Risonanza Magnetica dovrà essere affisso davanti la porta di ingresso.

L'accesso straordinario è previsto solo alla presenza di un operatore autorizzato che fa parte dell'elenco predetto.

Ogni operazione all'interno della sala magnete e in tutte le sale limitrofe, dovrà essere svolta nel rispetto della normativa che regola la sicurezza del lavoro (D. Lgs 9 aprile 2008).

Il personale addetto alle pulizie deve essere informato in merito ai rischi da agenti fisici relativi al campo statico di induzione magnetica, alle onde elettromagnetiche a radiofrequenza, ai gradienti di campo magnetico e ai criogeni.

Le operazioni di pulizia giornaliera e periodica devono essere svolte dal personale della Ditta adeguatamente formato e idoneo alla mansione e inserito nell'elenco del personale autorizzato.

Le operazioni di sanificazione e disinfezione dei locali e delle attrezzature devono essere effettuate dal personale ausiliario e OSS formato e idoneo alla mansione e inserito nell'elenco del personale autorizzato.

Le operazioni di sanificazione e pulizia straordinaria, a seguito di urgenze, saranno svolte dal personale della Ditta delle pulizie formato e idoneo alla mansione, come previsto dal Capitolato Speciale di Appalto (CSA), dove non è presente personale ausiliario e OSS dedicato. Tali attività saranno svolte a seguito di chiamata da parte della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero.

10. INDICAZIONI PER IL PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' DI PULIZIA E SUL MATERIALE IN DOTAZIONE

Indicazioni per il personale

Tutto il personale addetto all'effettuazione del servizio di pulizia è tenuto ad essere a conoscenza delle modalità e delle specifiche del servizio richiesto, dovrà avere consapevolezza dell'ambiente nel quale è chiamato a operare e delle particolari circostanze a cui dovrà far fronte.

Deve essere a conoscenza delle procedure di intervento riguardanti la sequenza detergenza-disinfezione, la procedura di decontaminazione, il corretto utilizzo dei detergenti e dei disinfettanti, delle attrezzature e dei D.P.I. adeguati alle diverse situazioni di rischio.

Deve prestare particolare attenzione al lavaggio delle mani (prima e dopo l'utilizzo dei guanti).

Il personale operante nelle Aree Operatorie deve indossare divise pulite, copricapo e calzature adibite solo a tali ambienti e deve preoccuparsi di rispettare i percorsi per evitare eventuali contaminazioni.

Nei locali di isolamento, devono essere adottati specifici protocolli di sanificazione e disinfezione, e utilizzati i D.P.I. al fine di garantire la tutela e sicurezza dei pazienti e del personale addetto.

Per ogni Area la Ditta dovrà predisporre delle schede di lavoro relative alle operazioni di sanificazione. Tali schede dovranno contenere il nome e cognome dell'addetto, l'ora di inizio e fine delle operazioni, i prodotti utilizzati e la tipologia dell'attività di sanificazione.

Macchine e attrezzature

I carrelli in uso alla Ditta aggiudicataria, così come indicato nel CSA, dovranno essere dotati di:

- Scopa lamello per scopatura ad umido dei pavimenti;
- Applicatore con serbatoio per lavaggio sanificazione pavimenti;
- Flaconi dosatori per dosaggio prodotti;
- Panni e secchi colorati diversificati per la sanificazione di zone differenti: es. colore blu per la zona pazienti comprendente letto, comodino, tavolo, sedie, armadio ect.; es. colore giallo per la zona bagno, per lavabo, docce, piastrelle ect; es. colore rosso per la zona WC, per tazza WC, ect.

Il sistema di codificazione con i colori delle attrezzature e materiali, consente di utilizzare i materiali e le attrezzature negli ambienti designati a salvaguardia del rischio di "Cross Infections", ed è basilare per il controllo delle infezioni.

I carrelli sono lo strumento principale di supporto all'operatore per svolgere il servizio di sanificazione e se non correttamente sanificati, soprattutto i carrelli che transitano da un'area di rischio a un'altra potrebbero rappresentare un veicolo importante di contaminazione ambientale.

E' necessario che questo tipo di carrelli siano puliti interamente tutti i giorni; occorre controllare l'avvenuta pulizia del carrello soffermandosi principalmente ad ispezionarne le parti più critiche, che possono essere fonte di contaminazione:

- I contenitori per lo stoccaggio dei panni puliti e mop
- Le ruote
- Le parti del carrello che vengono frequentemente toccate dall'operatore (manopole/maniglie per la trazione, manici per la scopatura/detersione, impugnatura delle lance per la spolveratura ecc.)
- La funzionalità generale dell'attrezzatura, l'usura dei materiali.

Le macchine e le attrezzature utilizzate per la pulizia dei locali devono essere dedicate esclusivamente all'area di appartenenza.

Al termine dell'utilizzo le macchine e le attrezzature devono essere adeguatamente lavate, disinfettate, asciugate e depositate in ambienti asciutti e puliti.

Tutto il materiale pluriuso deve essere allontanato, adeguatamente lavato, disinfettato ed asciugato prima di essere riutilizzato.

Nelle sole Aree di degenza a B.C.M. devono essere utilizzati panni monouso per le operazioni di pulizia ordinaria e continuativa.

Il materiale pluriuso utilizzato nelle Aree ad Alto Rischio Infettivo deve essere identificabile ed al termine dell'utilizzo deve essere adeguatamente lavato, disinfettato ed asciugato separatamente da quello utilizzato nelle pulizie delle altre Aree.

Prodotti chimici

Tutti i prodotti chimici impiegati per il servizio di pulizia ed igiene ambientale devono rispondere alle seguenti caratteristiche:

- Tutti i prodotti utilizzati, devono essere rispondenti alle vigenti norme nazionali e comunitarie.
- I prodotti chimici impiegati non dovranno essere tossici o pericolosi per contatto o per inalazione e non dovranno essere corrosivi per le superfici e rispondere alle normative nazionali e di "Attuazione della direttiva CEE sulla protezione e sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro".
- I prodotti chimici, al fine di evitare contaminazioni, devono essere conservati nei contenitori originari e dovranno quindi essere diluiti al momento dell'utilizzo secondo le indicazioni del produttore;
- Non sono ammesse miscele tra detersivi e disinfettanti e tra disinfettanti;
- Tutti i prodotti chimici devono essere stoccati in modo tale da essere riparati dalla polvere, in particolare i prodotti disinfettanti devono essere conservati al riparo dalla luce con le confezioni perfettamente chiuse.

La Ditta dovrà consegnare alla Direzione Sanitaria di Presidio le schede tecniche e le schede di sicurezza dei prodotti utilizzati come previsto in ambito CEE.

11. GESTIONE ATTIVITA' DI IGIENE AMBIENTALE IN CASI SPECIFICI DI INFEZIONE

Nei locali ove è stata riscontrata una patologia infettiva il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale delle Aree Sanitarie interessate.

La gestione delle attività di igiene ambientale dovrà essere diversificata negli specifici casi di infezione.

Microrganismi Multiresistenti

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale delle superfici e dei presidi presenti nella camera.

In presenza di pazienti con microrganismi multiresistenti, vanno intensificate le pulizie, soprattutto dopo manovre respiratorie, che possono generare droplets.

La stanza di isolamento nella quale sono posti quei pazienti colonizzati o infetti con microrganismi multiresistenti deve essere pulita per ultima con materiale dedicato possibilmente monouso, con prodotti detergenti/disinfettanti efficaci previsti dal capitolato tecnico; per i materiali pluriuso si deve prevedere un adeguato trattamento.

Tubercolosi

Non sono necessarie procedure specifiche o straordinarie per la sanificazione delle stanze di isolamento per pazienti con TB. Le corrette procedure di decontaminazione, pulizia e sterilizzazione degli strumenti critici utilizzati ordinariamente sono sufficienti anche a prevenire il rischio di trasmissione del micobatterio tubercolare.

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale.

- Eseguire la pulizia e la sanificazione ambientale del locale dove ha stazionato il paziente;
- Eseguire la decontaminazione e disinfezione di tutti i dispositivi medici riutilizzabili dopo contatto con il paziente;

Dopo la dimissione tenere le porte chiuse per il tempo sufficiente alla rimozione di microrganismi a trasmissione aerea.

Clostridium Difficile

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale.

La normale disinfezione ambientale, preceduta da una accurata fase di detersione, deve essere effettuata con agenti attivi sul Clostridium Difficile (CD).

Le pulizie devono essere eseguite regolarmente, almeno una volta al giorno, concentrandosi particolarmente sulle superfici toccate più frequentemente.

I bagni e gli strumenti, quali comode o padelle, che vengono abitualmente contaminate dalle feci, rappresentano una fonte di spore di CD, pertanto devono essere puliti scrupolosamente. Le comode e le padelle pulite devono essere conservate in un luogo asciutto.

Dopo la dimissione di un paziente con CDAD, le stanze devono essere accuratamente pulite e disinfettate con agenti sporicidi. Sostituire il coprimaterasso e i cuscini. Collocare il tutto nell'apposito sacco per biancheria infetta e inviare al servizio di lavanderia per il trattamento di lavaggio.

Neisseria Meningitis

Il meningococco è altamente sensibile alle variazioni di temperatura e all'essiccamento per cui è sufficiente procedere a un'accurata pulizia degli oggetti non critici contaminati dalle secrezioni del naso e della gola del malato e a una prolungata aerazione degli ambienti. Non è necessaria la chiusura e la disinfezione di locali comuni dove si sia verificato un caso.

Salmonella

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale. Le pulizie devono essere eseguite regolarmente, almeno una volta al giorno, concentrandosi particolarmente sulle superfici toccate più frequentemente, servizi igienici, presidi, attrezzature, usando appropriati detergenti /disinfettanti. Dopo la dimissione le stanze devono essere accuratamente pulite e sottoposte a disinfezione terminale.

Legionellosi

La legionellosi viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento.

Il coordinatore infermieristico predispone la sanificazione dell'ambiente quotidiana e settimanale e vigila sulla adeguata sanificazione dei dispositivi medici, ivi compresi i presidi utilizzati per l'igiene dei pazienti mediante erogazione di acqua.

Rotavirus

Il Coordinatore Infermieristico di ogni U.O. interessata deve predisporre la sanificazione quotidiana e settimanale.

Le pulizie devono essere eseguite regolarmente, almeno una volta al giorno, concentrandosi particolarmente sulle superfici toccate più frequentemente (lettini, comode, maniglie delle porte, rubinetti, carrelli, giocattoli e alle superfici di cambio dei pannolini).

Dopo la dimissione le stanze devono essere accuratamente pulite e sottoposte a disinfezione terminale.

Aspergillus spp

In condizioni normali sono sufficienti le ordinarie operazioni di sanificazione e sanitizzazione.

Se si trovano evidenze sulla presunta fonte dell'infezione, procedere all'eliminazione della sorgente dell'aspergillo (pulizia e decontaminazione degli impianti con un biocida antifungino, sostituzione dei filtri, ecc.).

Interventi immediati di manutenzione straordinaria in caso di infiltrazioni di acqua, accumuli di umidità, per prevenire la crescita delle spore fungine.

Si raccomanda di usare appropriati metodi di spolveratura e sanificazione ambientale al fine di evitare la dispersione delle polveri; non introdurre nelle stanze di degenza presidi con imballaggi, fiori freschi o secchi, piante; conservare e proteggere il materiale sterile dalle polveri.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Suetens C, Hopkins S, Kolman J, Diaz Ho Gberg L. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control. 2013.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of healthcare-associated infections and prevention indicators in European intensive care units. Stockholm: ECDC; 2017.
3. Criteri Ambientali Minimi per l'affidamento del servizio di sanificazione per le strutture sanitarie e per la fornitura dei prodotti per l'igiene (D.M. 18 ottobre 2016 G.U. n. 262 del 9 novembre 2016).
4. Decreto Legislativo 9 Aprile 2008, n. 81. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 Agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. G.U. n. 101 del 30 Aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108).
5. Decreto Legislativo 3 Agosto 2009, n. 106- Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 Aprile 2008, n.81, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Suppl. Ord. alla G.U. n. 180 del 05/08/2009. Serie Generale.
6. Progetto INF-OSS "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza"- Marzo 2009.

Pianificazione Attività Periodiche-U.O.C.:

	Mesi												Settimane
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	
BBR 12-405 (Aspirazione delle superfici esterne dei radiatori, apparecchi d'illuminazione, ecc)	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	○
BBR 06 (Spolveratura ad umido con soluzione detergente di radiatori,termoconvettori,caloriferi,apparecchi di condizionamento)	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	☉	○
BBR 14 (Pulizia, con aspirazione di ogni traccia di sporco di origine animale e lavaggio dei davanzali e dei balconi)			☉			☉			☉			☉	○
BBR 15-BBR 16-BBR 17-BBR 18-BBR 19 (Spolveratura ad umido di pareti lavabili, piastrelle, vetrate, ecc fino ad altezza 1,70 mt, pulizia a fondo di apparecchi d'illuminazione,detersione di sedie e divani in tessuto,lavaggio a fondo di contenitori portarifiuti,pulizia della parte esterna di superfici vetrate.)					☉						☉		○
BBR 20-BBR 21 BBR22-BBR 23-BBR 24(Pulizia ad umido di arredi interni ,pulizia delle tende veneziane,mantenzione dei pavimenti e lucidatura, pulizia cassonetti e tapparelle dell'interno e dell'esterno,smontaggio e lavaggio di tende in tessuto e successivo montaggio)				☉									○

FIRMA REFERENTE PRE SPA.

FIRMA E TIMBRO COO.U.O.C.



Pianificazione Attività Periodiche U.O.C.:

	Mesi												Settimane		
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giù	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	1	2	3
AR 09 (pulizia ad umido con soluzione detergente delle tende alla veneziana in laminato, lavaggio a fondo dei contenitori portafiumi)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○		
AR 11 (pulizia della parte esterna della superfici vetrate)			●			●			●			●		○	
AR 12-AR 13 (Operazione di risanamento delle stanze di degenza, manutenzione dello strato protettivo dei vari tipi di pavimenti e lucidatura degli stessi)				●			●					●		○	
AR 14-AR 15 (Pulizia della segnaletica, pulizia dei cassonetti e dell'interno e dell'esterno delle tapparelle)						●						●			○
AR 16 (Smontaggio tende a lamelle verticali in tessuto e delle tende in tessuto tradizionali, lavaggio e successivo montaggio)						●							○		

FIRMA REFERENTE PFE.SPA.

FIRMA E TIMBRO COO.U.O.C.

Pianificazione Attività Periodiche-U.O.C.:

	Mesi												Settimane			
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giù	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	1	2	3	4
MAR 07 (pulizia a fondo degli apparecchi illuminanti, bocchette d'aerazione)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○			
MAR 08 (pulizia della parte esterna della superfici vetrata)			●			●			●			●		○		
MAR 09-MAR 10 (pulizia ad umido delle tende veneziane, risanamento stanze degenza)				●				●				●			○	
MAR 11-MAR 12-MAR 13(lavaggio a fondo dei contenitori portarifiuti,manutenzione dello strato protettivo dei pavimenti e lucidatura,pulizia della segnaletica)						●						●				○
MAR 14-MAR 15 (pulizia dei cassonetti e dell'interno e dell'esterno delle tapparelle,smontaggio tende a lamelle verticali in tessuto e delle tende in tessuto tradizionali, lavaggio e successivo montaggio)	●													○		

FIRMA REFERENTE PFE.SPA.

FIRMA E TIMBRO COO.U.O.C.



Pianificazione Attività Periodiche-U.O.C.:

	Mesi												Settimane			
													BR			
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	1°	2°	3°	4°
BR 05 (Sporcatura ad umido, previa rimozione di sporco e macchie recenti su pareti lavabili, piastrelle, porte, infissi superfici vetrate non superiori a 1,70 mt.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
BR 06 (Pulizia, con asportazione di ogni traccia di sporco di origine animale e lavaggio con soluzione detergente della parte esterna dei davanzali e balconi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐		
BR 07 (Pulizia ad con soluzione detergente delle superfici interne degli arredi.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐	
BR 8 (Detersione con prodotto adeguato di divani e sedie in tessuto)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐	
BR 9-10-11 (Pulizia a fondo degli apparecchi di illuminazione, lampade a soffitto, bocchette di areazione, pulizia ad umido delle tende alla veneziana e in laminato, pulizia delle parti esterne delle superfici vetrate)	☐				☐				☐							☐
BR 12-13-14 (Lavaggio dei contenitori portarifiuti, manutenzione dello strato protettivo dei vari tipi di pavimenti e lucidatura degli stessi)	☐							☐					☐			
BR 15-16 (Pulizie dei cassonetti e dell'interno e dell'esterno delle tapparelle, smontaggio tende a lamelle verticali in tessuto e delle tende in tessuto tradizionali, lavaggio e successivo montaggio)						☐										☐

FIRMA REFERENTE PFE.SPA.

FIRMA E TIMBRO COO. U.O.C.

MODULO DI AUTOCONTROLLO DEL SERVIZIO DI SANIFICAZIONE GIORNALIERA- AR



DESCRIZIONE ATTIVITA'	FQ	DEFINIZIONI	U.O.:				Annotazioni
			SCARSO	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO	
Sanificazione dei cestelli/giacente	14/7	G	☐	☐	☐	☐	
Disinfezione	15/7	H	☐	☐	☐	☐	
Spazzamento e lavaggio con acqua calda ed idranti dei bagni di tutti i pavimenti	16/7	G	☐	☐	☐	☐	
Disinfezione di tutti i pavimenti	18/7	G	☐	☐	☐	☐	
Disinfezione e successiva disinfezione delle pareti delle sale.	19/7	G	☐	☐	☐	☐	
Pulizia con dilugente disinfettante e disinfezione di tutti i servizi igienici (lavelli, wc, bidet, etc.)	20/7	G	☐	☐	☐	☐	
Sostituzione di asciugamani a rotolo, carta igienica, sapone.	21/7	F	☐	☐	☐	☐	
Pulizia e disinfezione delle varie sale di rappresentanza	22/7	F	☐	☐	☐	☐	
Spostamento di tutti gli arredi ad esclusione delle apparecchiature elettroniche	23/7	G	☐	☐	☐	☐	
Eliminazione polvere dalla scaffalatura archivi	24/7	H	☐	☐	☐	☐	
Allontanamento dei rifiuti urbani ai punti di raccolta	25/7	G	☐	☐	☐	☐	

Firma Operatore

Firma Coordinatore dell'U.O.



P.O. di _____

CHECK LIST DI CONTROLLO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO DI PULIZIA (METODO VISIVO)

UNITA' OPERATIVA _____

LOCALE VALUTATO (comprensivo di servizio igienico) _____

PAVIMENTO E PERIMETRO

<u>ANGOLI E SOTTOARREDI</u>			PUNTEGGIO	<u>PARETI LAVABILI</u>			PUNTEGGIO
	SI	NO	INDICATORE "SI"		SI	NO	INDICATORE "SI"
polvere	☐	☐	3	polvere	☐	☐	2
macchie	☐	☐	3	macchie	☐	☐	3
rifiuti evidenti	☐	☐	2	impronte	☐	☐	1

<u>PORTE E MANIGLIE</u>			PUNTEGGIO	<u>VETRI E PORTE A VETRI</u>			PUNTEGGIO
	SI	NO	INDICATORE "SI"		SI	NO	INDICATORE "SI"
polvere	☐	☐	2	polvere	☐	☐	1
macchie	☐	☐	2	impronte	☐	☐	1
impronte	☐	☐	1				

<u>PUNTI LUCE</u>			PUNTEGGIO	<u>DAVANZALI</u>			PUNTEGGIO
	SI	NO	INDICATORE "SI"	INTERNI	SI	NO	INDICATORE "SI"
polvere	☐	☐	3	polvere	☐	☐	3
macchie	☐	☐	1	macchie	☐	☐	3

<u>BOCCHETTE D'AREAZIONE</u>			PUNTEGGIO	<u>ESTERNI</u>			PUNTEGGIO
	SI	NO	INDICATORE "SI"		SI	NO	INDICATORE "SI"
polvere	☐	☐	3	escrementi	☐	☐	3
raganatele	☐	☐	3	polvere	☐	☐	2

<u>SANITARI</u>	PUNTEGGIO			<u>ARREDI E SUPPELLETTILI</u>	PUNTEGGIO		
	SI	NO	INDICATORE "SI"		SI	NO	INDICATORE "SI"
incrostazioni	☐	☐	3	polvere	☐	☐	3
macchie	☐	☐	3	macchie	☐	☐	2

<u>MANCATO RIFORMIMENTO</u>	PUNTEGGIO			<u>RAGNATELE</u>	PUNTEGGIO		
	SI	NO	INDICATORE "SI"		SI	NO	INDICATORE "SI"
carta igienica	☐	☐	3		☐	☐	3
carta asciugamani	☐	☐	3				
sapone	☐	☐	3				

PUNTEGGIO TOTALE	CRITERI DI VALUTAZIONE
☐ BUONO	p.0
☐ SUFFICIENTE	p≤5
☐ INSUFFICIENTE	p>5

DATA _____ ORA DI COMPILAZIONE _____

FIRMA DEL RESPONSABILE DEL CONTROLLO _____



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

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”) Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. “Giovanni Paolo II”-Sciacca) Dr.G. Frisula (Direttore Patologia Clinica P.O. “Giovanni Paolo II”-Sciacca)	Comitato Infezioni Ospedaliere 
05.09.2019 (rev.)	2	Dr.ssa M.R. Gallea, Dr.ssa A. Graceffa, Dr.ssa M.R. Marano	Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. “S. Giovanni di Dio”- Agrigento e “Giovanni Paolo II”- Sciacca) Dr.G. Frisula (Direttore Patologia Clinica P.O S. Giovanni di Dio” - Agrigento e “Giovanni Paolo II”-Sciacca)	
08.09.2021 (rev.)	3	Dr.ssa M.R. Gallea		

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	3
<u>OBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE</u>	3
<u>DESTINATARI E MATRICI DI RESPONSABILITA'</u>	4
<u>ACRONIMI, DEFINIZIONI/ABBREVIAZIONI</u>	5
<u>DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'</u>	6
<u>MODALITA', FASI DI APPLICAZIONE, RINTRACCIABILITA', CUSTODIA E REVISIONI</u>	12
<u>ALLEGATI</u>	14

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, sintetizzano 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^a generazione, fluorochinoloni);
- *Enterococcus vancomycin*-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 microrganismi 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 microrganismi 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);
- ⇒ per gli Enterobatteri *Escherichia Coli* e *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi (CRE), come previsto dalla Circolare del Ministero della salute prot. 1479 del 17.01.2020 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)", l'isolamento spaziale è previsto solo come misura temporanea. Per tali microrganismi, è necessario l'isolamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola o per coorte, raggruppando nella stessa stanza i pazienti colonizzati o infetti da CRE. L'isolamento funzionale può essere eseguito solo nel caso in cui gli spazi fisici (ad. esempio dimensione della stanza) garantiscano il rispetto dell'implementazione delle misure di prevenzione previste per i pazienti ricoverati in regime di isolamento da contatto.
- ⇒ **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);
- ⇒ **culture di sorveglianza.**

- B. I microrganismi 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 microrganismi 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 UU.OO 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 ospedaliere
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 3ª 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);
- ⇒ per gli Enterobatteri ***Escherichia Coli* e *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi (CRE)**, come previsto dalla Circolare del Ministero della salute prot. 1479 del 17.01.2020 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)", l'isolamento spaziale è previsto solo come misura temporanea. Per tali microrganismi, è necessario l'isolamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola o per coorte, raggruppando nella stessa stanza i pazienti colonizzati o infetti da CRE. Qualora l'isolamento di un paziente colonizzato/infetto da CRE in stanza singola non sia immediatamente possibile, i pazienti devono essere raggruppati in ambienti dedicati dell'ospedale (isolamento in coorte o "cohorting dei pazienti") per limitare la loro assistenza in un'unica area e prevenire il contatto con altri pazienti o con pazienti infetti da CRE differenti e caratterizzati da meccanismi di resistenza diversi. L'isolamento funzionale può essere eseguito solo nel caso in cui gli spazi fisici (ad. esempio dimensione della stanza) garantiscano il rispetto dell'implementazione delle misure di prevenzione previste per i pazienti ricoverati in regime di isolamento da contatto. L'isolamento di ogni paziente colonizzato/infetto da CRE in stanza singola possibilmente con bagno dedicato, è fortemente raccomandato in caso di: polmoniti con presenza di secrezioni, pazienti con tracheostomia, allettamento protratto con presenza di decubiti in stadio 3-4, estese lesioni cutanee purulente, secrezioni gastriche (vomito) non contenute, secrezioni fecali (diarrea) non controllabili anche con uso di assorbenti per incontinenza, cateteri vascolari e drenaggi multipli, presenza di PEG, grave deterioramento

cognitivo (test mini mental <18);

Dovrebbero essere preventivamente sottoposti ad isolamento da contatto:

1. i pazienti ad alto rischio di colonizzazione in attesa dei risultati dello screening;
2. i pazienti con un risultato preliminare positivo del test di screening, in attesa della conferma fenotipica/genotipica;
3. i pazienti in ingresso in reparti che ospitano pazienti ad alto rischio di andare incontro a colonizzazione/infezione o di sviluppare conseguenze gravi in seguito all'infezione (es. reparti di terapia intensiva e di onco-ematologia).

⇒ **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:

UBICAZIONE DEL PAZIENTE	Collocazione del paziente colonizzato/infecto 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.
ISTRUZIONI PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA	• 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.
PERCORSI DI ACCESSO AL PAZIENTE	I percorsi di accesso al paziente colonizzato/infetto devono essere quanto più possibile differenziati da quelli per gli altri malati ricoverati

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. rinvio 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'U.O., 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 nel 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.

Si raccomanda inoltre di sottoporre a **screening specifico al momento del ricovero, tramite tampone rettale**, tutti i soggetti considerati a rischio di aver acquisito un'infezione/colonizzazione da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e di trasmetterla ad altri.

Inoltre, poiché l'Italia è un Paese ad alta endemia per CRE è necessario prevedere lo screening anche quale strategia atta a ridurre il rischio di introduzione di CRE nei reparti che ospitano pazienti ad alto rischio (es. reparti di terapia intensiva e di onco-ematologia).

Devono, pertanto, essere considerate a rischio e sottoposte a **screening, tramite tampone rettale**, le seguenti categorie di pazienti:

- 1) pazienti identificati come colonizzati o infetti nei 12 mesi precedenti l'attuale ricovero;
- 2) pazienti trasferiti da altra struttura assistenziale per acuti (pubblica o privata) e da riabilitazione intensiva;
- 3) pazienti trasferiti da strutture territoriali per anziani (es. case residenza anziani);
- 4) pazienti con storia di ricovero e pernottamento in un *setting* assistenziale - comprese le strutture residenziali per anziani - e pazienti dializzati anche senza ricovero - in zone endemiche, in Italia o all'estero (nei 3 mesi precedenti o, se possibile, nei 6 mesi precedenti); nel caso di pazienti provenienti da Paesi endemici, lo screening è raccomandato anche in assenza di contatto con le strutture sanitarie nel Paese estero;
- 5) pazienti in ingresso, per primo ricovero, in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Coronarica, Terapia Intensiva Neonatale, Terapia Intensiva Respiratoria, Oncologia, Ematologia, Riabilitazione Intensiva, Chirurgia dei Trapianti;
- 6) pazienti con contatti frequenti con le strutture assistenziali, quali quelli sottoposti a dialisi o chemioterapia antitumorale nei precedenti 12 mesi, o comunque immunodepressi;
- 7) contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da CRE e pazienti assistiti dalla stessa *équipe* di un paziente risultato infetto o colonizzato da CRE (inclusi i pazienti della stessa stanza, unità o reparto, in base alla frequenza osservata di CRE e alle caratteristiche strutturali/organizzative della struttura). In caso di identificazione di un paziente infetto o colonizzato tutti i pazienti che sono stati potenzialmente esposti al paziente indice (stessa stanza, unità o reparto dovranno essere sottoposti a screening con cadenza settimanale fino ad evidenza di cessata circolazione di CRE nel reparto,

I pazienti sottoposti a screening dovranno essere opportunamente informati sui motivi dell'esame microbiologico e sui comportamenti da osservare per la protezione dei contatti e della comunità più in generale.

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 microorganismi 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.

Per i pazienti colonizzati o infetti da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi è necessaria:

- la predisposizione di materiale informativo per i pazienti in dimissione o in trasferimento presso struttura non ospedaliera, e i loro familiari.
- la preparazione di materiale clinico informativo di accompagnamento del paziente in trasferimento presso altra struttura assistenziale, assicurando una comunicazione diretta con il personale sanitario della struttura ricevente.

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) 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 "culture 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 allertato 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.

MODALITA', FASI DI APPLICAZIONE, RINTRACCIABILITA', 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

RIFERIMENTI 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.

Kwiecinska-Pirog 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.

	IGIENE DELLE MANI - 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.
	GUANTI - 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.
	MASCHERINE, OCCHIALI PROTETTIVI, SCHERMI FACCIALI - 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.
	CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI - 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.

	MANOVRE RIANIMATORIE • 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 respirazione bocca a bocca. Tali dispositivi, dopo l'uso, devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati e/o sterilizzati.
	ATTREZZATURA PER L'IGIENE DEL PAZIENTE • 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.
	COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE • 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.
	MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI O OGGETTI TAGLIENTI • 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.
	ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE • 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 decontaminati 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.
	SMALTIMENTO RIFIUTI • 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.
	BIANCHERIA • 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 lettereci dell'unità di degenza deve essere effettuata ad ogni cambio paziente.

	CAMPIONI BIOLOGICI I campioni biologici (sangue, urine, feci, prelievi biotici, ...) devono essere: • 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 sversamenti accidentali; i contenitori dopo l'uso devono essere adeguatamente trattati. Le richieste non devono essere inserite nel contenitore ma trasportate a parte.
	SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE AMBIENTALE Nell'eseguire la sanificazione e disinfezione ambientale è importante ricordare che: • La sanificazione ambientale deve essere svolta quotidianamente e correttamente. • 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.
	EDUCAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE E AI VISITATORI 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).

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.

	COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE Protocollo di isolamento • 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. Raccomandazioni per MDRO gruppo B • 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 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.
	GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI • 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 letterici, 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'igienizzazione 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.

	MASCHERINE, OCCHIALI PROTETTIVI, SCHERMI FACCIALI - 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.
	CAMICE COPRI DIVISA - 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 incontinento o presenta diarrea, ileostomia, colostomia 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.
	ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL DEGENTE - 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.
	TRASPORTO DEL PAZIENTE COLONIZZATO/INFETTO - Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente ai soli casi assolutamente necessari, garantendo comunque l'effettuazione dell'iter diagnostico-terapeutico necessario al paziente. - 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. - 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. - Il personale dell'UO dove viene inviato il paziente deve adottare le precauzioni stabilite (standard e da contatto) come indicate nella presente procedura. - 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. - Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione di microrganismi ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature. - 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.

	PROTEZIONE RESPIRATORIA Tutte le persone che vengono in contatto con il paziente devono indossare una mascherina chirurgica. 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.
---	---

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

MICRORGANISMO ISOLATO

- ☐ Klebsiella pneumoniae
- ☐ Escherichia coli
- ☐ MRSA
- ☐ VRE

- ☐ Acinetobacter baumannii
- ☐ Pseudomonas aeruginosa
- ☐ Proteus mirabilis
- ☐ Altro _____

ISOLAMENTO DA CAMPIONE DI

- | | |
|---|--|
| ☐ sangue | ☐ urina |
| ☐ broncoaspirato | ☐ liquor |
| ☐ ferita | ☐ feci |
| ☐ catetere | ☐ 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

Implanto/protesi

SI NO

Catetere urinario

SI NO

Catetere intravascolare

SI NO

Ventilazione meccanica

SI NO

Altri device

SI NO

Procedure 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 _____

**SCHEDA INFORMATIVA PER LA PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DEGLI ENTEROBATTERI
RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE) – DA CONSEGNARE AI PAZIENTI**

Che cosa sono gli enterobatteri produttori di carbapenemasi?

Gli enterobatteri sono germi che normalmente fanno parte della flora intestinale che, in condizioni particolari, possono provocare infezioni anche gravi. Alcuni sono resistenti a quasi tutti gli antibiotici a disposizione; quando questi batteri diventano resistenti a un particolare tipo di antibiotici, i carbapenemi, si parla di Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).

Chi è il paziente portatore?

Il portatore è una persona che può trasmettere ad altri un germe pur non avendo alcun sintomo di infezione. E' di fondamentale importanza che il portatore conosca e rispetti le regole per ridurre il rischio di contaminare l'ambiente che lo circonda e evitare di contagiare altre persone.

Come si trasmette?

Gli enterobatteri produttori di carbapenemasi si trasmettono principalmente in due modi:

- Direttamente da un paziente portatore a un'altra persona, attraverso le mani.
- Attraverso l'ambiente circostante.

La regola basilare per evitare il contagio è quindi un'accurata, scrupolosa e tempestiva igiene delle mani.

Durante il ricovero in ospedale

Il paziente deve curare scrupolosamente la propria igiene personale e dovrà utilizzare solo il bagno a lui dedicato, ricordando di eseguire spesso l'igiene delle mani, soprattutto prima e dopo l'uso dei servizi igienici.

I familiari e i conoscenti in visita devono lavarsi accuratamente le mani oppure igienizzarle con un gel alcolico ogni volta che entrano o escono dalla camera, sono tenuti a indossare un sovra camice e usare i guanti prima di entrare in stanza e a toglierli prima di uscire, eliminandoli nell'apposito contenitore.

Quando si torna a casa

Non è indicata nessuna precauzione particolare. E' possibile riprendere le normali attività anche se è necessario rispettare l'igiene personale quotidiana e lavarsi le mani ogni volta sia opportuno (ad esempio dopo aver utilizzato i servizi igienici) e prima di ogni attività in cui si viene a contatto con alimenti.

La presenza di un familiare immunodepresso rappresenta una indicazione particolare al rispetto dell'igiene personale quotidiana e al lavaggio delle mani.

Ogni volta che il paziente deve effettuare una cura o terapia deve segnalare a chi lo assiste di essere portatore.

In caso di nuovo ricovero

In caso di nuovo ricovero, il paziente deve segnalare di essere portatore di un enterobatterio resistente ai carbapenemi.



Procedura per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere occupazionali

data di emissione	rev	Redazione	Verifica	approvazione
	0	Dr. G. Migliazzo (Direttore Sanitario P.O. "S. Giovanni di Dio" Agrigento e "Giovanni Paolo II"-Sciacca)	Dr. G. Friscia (Direttore Patologia Clinica P.O. "S. Giovanni di Dio" Agrigento e P.O. "Giovanni Paolo II"-Sciacca) Ing. A. Dinolfo (Dirigente Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione-ASP Agrigento) Dr. A. Fileccia (U.O. Sorveglianza Sanitaria-Medico Competente)	Comitato Infezioni Ospedaliere

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA
4. RESPONSABILITA'
 - A) ESPOSIZIONE DEL PERSONALE SANITARIO FUORI DAL LUOGO DI LAVORO (INFEZIONE COMUNITARIA)
 - B) ESPOSIZIONE DEL PERSONALE SANITARIO NEL LUOGO DI LAVORO (INFEZIONE OCCUPAZIONALE)

DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 1

DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 2

DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 3

BIBLIOGRAFIA

1. SCOPO

La presente procedura si pone l'obiettivo di mettere in atto una serie di azioni preventive dirette alla riduzione e controllo delle malattie infettive, attraverso un'informazione capillare a tutti gli operatori sanitari.

Premesso che l'obiettivo principale per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive resta la vaccinazione che, oltre ad essere in linea con quanto stabilito dall'art. 279 del D.lgs. 81/08, rappresenta una misura di protezione di grande interesse ed efficacia, con un rapporto costi-benefici estremamente favorevole, consapevoli che un raggiungimento di una adesione significativa ad un programma vaccinale, soprattutto per quelli facoltativi, rappresenta un obiettivo a lungo termine, questa procedura ha lo scopo sia di sensibilizzare gli operatori sanitari per quanto riguarda l'opportunità di sottoporsi a vaccinazione, sia di attuare azioni atte a proteggere/prevenire quelle infezioni non coperte da vaccino.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a tutto il personale sanitario dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

3. ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Sono possibili i due seguenti scenari:

- A) esposizione del personale sanitario al di fuori del luogo di lavoro (infezione comunitaria).
- B) esposizione del personale sanitario sul luogo di lavoro (infezione occupazionale).

Nel secondo caso, si possono verificare due situazioni secondo che la patologia venga diagnosticata prima nel paziente fonte (B1) o nel lavoratore esposto (B2).

4. RESPONSABILITA'

Nel presente paragrafo vengono elencati i livelli di responsabilità nella gestione delle esposizioni, secondo quanto descritto nel paragrafo 3 (attivazione della procedura).

A) ESPOSIZIONE DEL PERSONALE SANITARIO FUORI DAL LUOGO DI LAVORO (INFEZIONE COMUNITARIA).

La procedura è finalizzata a mettere in atto le misure di contenimento e di profilassi post-esposizione nei confronti di contatti (lavoratori e pazienti) qualora un dipendente (paziente fonte) abbia prestato servizio durante il periodo di contagiosità della malattia.

Il Dipendente, qualora accusi sintomi di malattia infettiva non riconducibile a contatti occupazionali, provvederà:

1. a recapitare certificato di malattia alla Direzione Sanitaria di Presidio;

La Direzione Sanitaria di Presidio, avuta la notizia della malattia infettiva, sentito il Medico Competente e il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), nel più breve tempo possibile (telefono, fax ecc.) provvede a:

1. avviare le procedure di contenimento dei contatti;
2. porre in essere, tutti i provvedimenti di competenza nei confronti dei pazienti ricoverati presso l'U.O. di appartenenza del dipendente;
3. individuare, in collaborazione con il Servizio Infermieristico ed il Gruppo Operativo, altri eventuali contatti tra i lavoratori, trasmettendone l'elenco al Medico Competente.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, avuta la notizia della malattia infettiva, collaborerà con la Direzione Medica di Presidio e il Medico Competente a valutare le misure di contenimento messe in atto per i contatti individuati tra i lavoratori.

Il Medico Competente:

1. valuta le misure di contenimento e/o sorveglianza sanitaria messe in atto per i contatti individuati tra i lavoratori;
2. provvede ad inviare allo specialista i lavoratori che abbiano avuto contatti per la valutazione clinica e l'eventuale prescrizione di profilassi;
3. al rientro dal periodo di malattia, qualora il dipendente ne faccia espressa richiesta, effettuerà una visita straordinaria (art. 41 comma 2 d.lgs. 81/08);
4. nel caso si verificasse che un contatto contragga la patologia e accusasse un periodo di assenza per malattia, vale quanto esposto nel punto precedente.

Il Medico di Guardia dell'U.O. dove si è verificato l'evento:

1. provvede a richiedere alla Farmacia dell'ospedale i farmaci necessari alla profilassi dei contatti individuati tra i pazienti, anche a seguito di prescrizione dello specialista;
2. provvede alla somministrazione della profilassi ai pazienti per cui ne ravvisi l'opportunità.

B) ESPOSIZIONE DEL PERSONALE SANITARIO NEL LUOGO DI LAVORO (INFEZIONE OCCUPAZIONALE).

La procedura può avviarsi secondo una delle seguenti modalità:

B1) PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA INFETTIVA IN FASE CONTAGIOSA.

E' necessario avviare la sorveglianza sanitaria e/o la profilassi post-esposizione dei contatti (personale sanitario e altri pazienti).

Il Medico di Guardia dell'U.O. che effettua la diagnosi di malattia infettiva anche sospetta, stila ai sensi del D.M. 15/12/90 la notifica di "malattia infettiva", e la trasmette alla Direzione Sanitaria di Presidio nei tempi previsti della normativa stessa.

La Direzione Sanitaria di Presidio ricevuta la notifica di malattia infettiva, la trasmette al servizio di Igiene Pubblica della ASP e ne invia subito copia per conoscenza al Medico Competente, al Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e alla UO Gestione del Rischio Clinico, verificando nel contempo che siano state messe in atto le misure di isolamento del paziente, così come previsto dalla procedura aziendale "Procedure di isolamento dei pazienti".

La Direzione Sanitaria di Presidio sentito il Medico Competente, il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) e la UO Gestione del Rischio Clinico:

1. individua, in collaborazione con il Servizio Infermieristico ed il Gruppo Operativo eventuali casi di contatti tra i lavoratori;
2. ne trasmette elenco al Medico Competente;

3. effettua, in collaborazione col SPP e col MC indagine per l'individuazione di criticità e/o non rispetto delle procedure di sicurezza.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, avuta la notizia della malattia infettiva, collaborerà con la Direzione Medica di Presidio e il Medico Competente a valutare le misure di contenimento messe in atto per i contatti individuati tra i lavoratori.

Il Medico Competente:

1. valuta le misure di contenimento e/o sorveglianza sanitaria messe in atto per i contatti individuati tra i lavoratori;
2. provvede ad inviare allo Specialista i lavoratori che abbiano avuto contatti per la valutazione clinica e l'eventuale prescrizione di profilassi;
3. raccoglie i dati epidemiologici dell'evento e dell'eventuale profilassi effettuata;
4. cura la trascrizione dell'evento nel documento sanitario dei lavoratori.

Nel caso un dipendente esposto accusi anche solo il sospetto di aver contratto la malattia, è invitato a recarsi al P.S. per la denuncia di infortunio sul lavoro, seguendo la procedura così come descritta nel paragrafo B2.

Effettua visita straordinaria qualora il dipendente, al rientro dal periodo di assenza, ne faccia esplicita richiesta (art. 41 comma 2 d.lgs. 81/08).

B2) DIPENDENTE CHE SOSPETTI DI ESSERE AFFETTO DA MALATTIA INFETTIVA CONTRATTA IN SERVIZIO A SEGUITO DI CONTATTO CON PAZIENTE O CON ALTRO OPERATORE FONTE (INFEZIONE OCCUPAZIONALE)

Il Dipendente:

1. si reca al Pronto Soccorso;
2. in sede di visita deve dichiarare il reparto dove presta servizio nonché la data dell'eventuale contatto con il paziente o con l'operatore fonte di contagio;
3. recapita il certificato INAIL alla Direzione Sanitaria del Presidio secondo le procedure in essere per gli infortuni sul lavoro;
4. al suo rientro dal periodo d'infortunio, con certificato di guarigione rilasciato dall' INAIL, potrà richiedere visita straordinaria al Medico Competente.

Il Medico di Guardia di Pronto Soccorso:

1. acquisisce notizie in merito al reparto e al paziente o all'operatore fonte di contagio;
2. pone diagnosi di malattia infettiva o sospetta tale, anche con consulenza specialistica, praticando eventualmente la terapia/profilassi del caso. Si precisa, per l'esposizione all'HIV, che la Profilassi Post Esposizione (PPE), andrebbe intrapresa nel più breve tempo possibile (generalmente entro 24 ore dall'incidente occupazionale).
3. compila certificato di denuncia di infortunio sul lavoro (INAIL) che consegnerà al lavoratore;
4. compila la notifica di malattia infettiva che secondo le procedure in essere, dovrà essere inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio;
5. invia a visita specialistica il lavoratore per eventuale valutazione clinica e prescrizione di profilassi.

La Direzione Sanitaria di Presidio, ricevuta la notifica di malattia infettiva:

1. trasmette la stessa alla ASP di competenza;
2. verifica la necessità di misure contenitive, organizzative ed ambientali, nei confronti degli eventuali pazienti esposti;
3. trasmette copia del certificato INAIL al SPPR e al Medico Competente che dispone eventuali accertamenti sanitari ritenuti utili secondo i propri protocolli.
4. individuerà, in collaborazione col il servizio infermieristico e con il gruppo operativo, altri eventuali contatti tra i lavoratori;
5. ne trasmetterà l'elenco al medico competente;
6. effettuerà in collaborazione col SPP e col MC una indagine per l'individuazione di criticità e/o non rispetto delle procedure di sicurezza;

Il Servizio di Prevenzione e Protezione, avuta la notizia della malattia infettiva, collaborerà con la Direzione Medica di Presidio e il Medico Competente a valutare le misure di contenimento messe in atto per i contatti individuati tra i lavoratori.

Il Medico Competente:

1. valuta le misure di contenimento e/o sorveglianza da effettuare per i contatti individuati;
2. provvede ad inviare allo specialista i lavoratori che abbiano avuto contatti per la valutazione clinica e l'eventuale prescrizione di profilassi, come al punto precedente;
3. nel caso un dipendente esposto accusi anche solo il sospetto di aver contratto la malattia, è invitato a recarsi al P.S. per la denuncia di infortunio sul lavoro, quindi, il Medico competente:
 - raccoglierà i dati epidemiologici dell'evento;
 - curerà la trascrizione dell'evento nel documento sanitario dei lavoratori;
 - effettuerà la visita straordinaria qualora il dipendente, al rientro dal periodo di infortunio, ne faccia esplicita richiesta (art. 41 comma 2 D.Lgs. 81/08);

Il Medico Di Guardia dell' U.O. dove si è verificato l'evento:

1. provvede a richiedere alla farmacia dell'ospedale i farmaci necessari alla profilassi per gli altri pazienti ricoverati.
2. provvede alla somministrazione della profilassi ai pazienti per cui ne ravvisi l'opportunità.

DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 1

ESPOSIZIONE AVVENUTA FUORI DAL LUOGO DI LAVORO

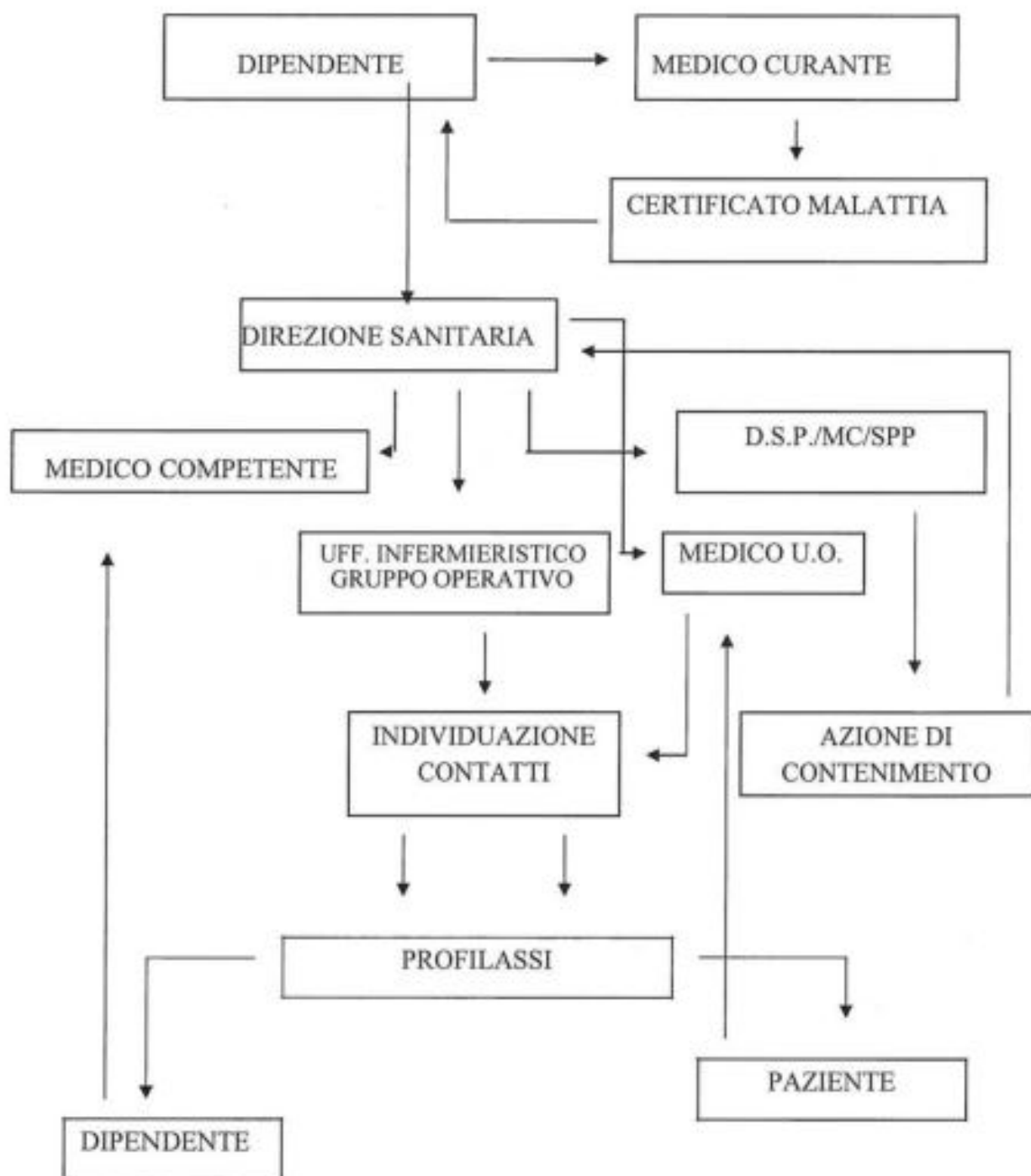


DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 2
PAZIENTE FONTE ACCERTATA O SOSPETTA

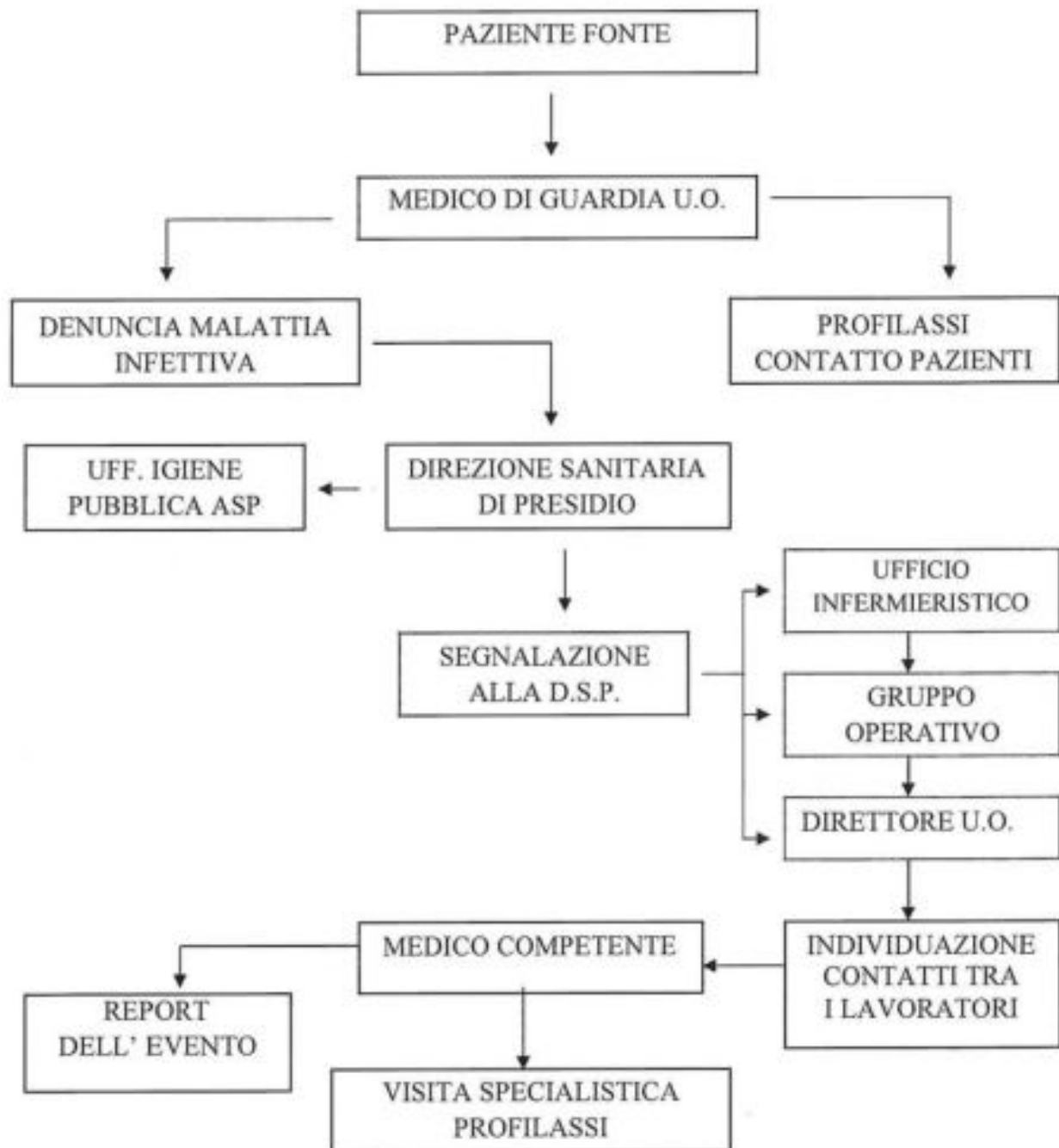
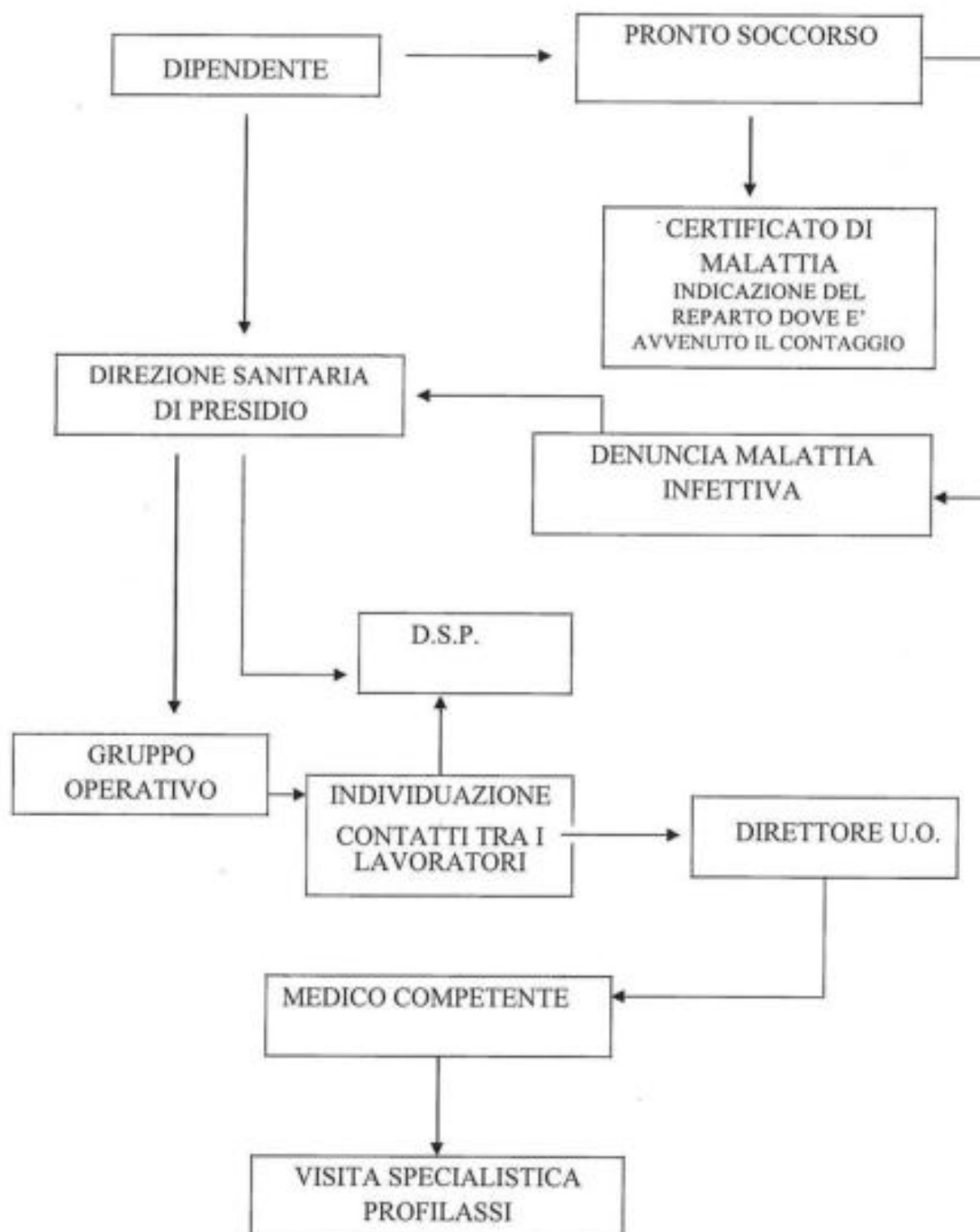


DIAGRAMMA DI FLUSSO N° 3
ESPOSIZIONE AVVENUTA IN SERVIZIO



BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Legislativo 9 Aprile 2008, n. 81. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.
2. D.lgs. n. 81/2008 s.m.i. Titolo X. Esposizione ad agenti biologici.
3. Ministero della Salute – Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019.
4. M. De Giusti, C.R.N. Corrao, A. Mannocci, C. Palazzo, R. Riccardi, S.L. Schmidt, S. Sernia, G. La Torre, 2012. Occupational biological risk knowledge and perception: results from a large survey in Rome, Italy. *Annali Istituto Superiore Sanità*, Vol. 48, No. 2: 138-145.
5. Direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 settembre 2000 relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici durante il lavoro (settima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE). G.U. delle Comunità europee n. L 262/21 del 17/10/2000.
6. Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 1991, n. 6.
7. Progetto INF-OSS "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza"- Marzo 2009.



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 Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

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 _____

X Immediatamente esecutiva dal 18 NOV. 2021

Agrigento, li 18 NOV. 2021

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

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

Agrigento, li _____

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi