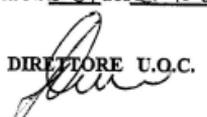
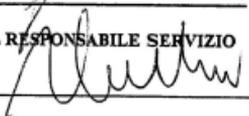


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE Commissario Straordinario N. 1983 DEL 29 DIC. 2011

**OGGETTO:** Linee di indirizzo per il controllo delle infezioni ospedaliere

<b>STRUTTURA PROPONENTE</b> <u>STAFF</u>	<b>SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE</b>
Proposta N. <u>2569</u> del <u>29.12.2011</u>	Autorizzazione di spesa N. _____ del _____
<b>IL DIRETTORE U.O.C.</b> 	Conto Economico _____
<b>IL RESPONSABILE SERVIZIO</b> 	<b>NULLA OSTA</b>
<b>IL RESPONSABILE PROCEDIMENTO</b>	<b>Il Direttore U.O.C.</b> _____

in data 29 DIC. 2011 nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, Viale della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Dott. Salvatore Roberto MESSINA**

Nominato con Decreto Assessoriale n.1722/11 del 15 settembre 2011, assistito dal Collaboratore Amministrativo Sig.ra Sabrina Terrasi in funzione di Segretario Verbalizzante.

**Visto:**

Il Piano Annuale dei Controlli 2011 nel Settore Assistenza in Emergenza Urgenza in ambito Ospedaliero, secondo quanto disposto dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute

La legge regionale 3 novembre 1995 n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle Unità Sanitarie Locali" per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/2009;

il D.A. 25.05.2010 n. 1370 "Riordino, rifunzionalizzazione, e riconversione della rete ospedaliera e territoriale dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. 1 di Agrigento"

il Progetto "Patient Safety", Convenzione tra la Regione Siciliana e la Joint Commission International, riportante i nuovi standard JCI per l'anno 2011 e le relative note interpretative

Il documento allegato "Linee di indirizzo per il controllo delle infezioni ospedaliere"

**Considerato:**

di dovere porre in essere risoluzioni atte a sanare le criticità riscontrate dal Nucleo Ispettivo e Vigilanza dell'Area 2 del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute

di dovere dare seguito a quanto indicato e disposto dagli standard organizzativi per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

di dovere allinearsi agli standard organizzativi e logistici suggeriti dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) che da anni collabora con l'Assessorato Regionale della Salute nell'ambito di progetti volti al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure prestate in ambito ospedaliero ed in particolare in Emergenza-urgenza;

**Ritenuto e considerato quanto sopra**

Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Amministrativo

Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Sanitario

**DELIBERA**

1. Di dovere prendere atto dell'allegato documento "Linee di indirizzo per il controllo delle infezioni ospedaliere" già citato in premessa
2. Di notificare a tutte le macrostrutture aziendali il predetto documento;
3. Di dare alla presente deliberazione clausola immediatamente esecutiva.





IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

*Dott. Eugenio Bonanno*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

*Dott. Salvatore Roberto Messina*

IL DIRETTORE SANITARIO

*Dott. Alfredo Zambuto*

Il Segretario Verbalizzante

Collaboratore Amministrativo  
Sig.ra Sabrina Terrasi

*S. Terrasi*

**PUBBLICAZIONE**

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ai sensi e per gli effetti della L.R. N. 30/93, art. 53 comma 2, a decorrere dal \_\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_\_ e che durante tale periodo \_\_\_\_\_ pervenute opposizioni.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
Dott. Eugenio Bonanno

L'Incaricato

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ Prot. N. \_\_\_\_\_

ESECUTIVA NON SOGGETTA A CONTROLLO	ESTREMI RISCONTRO TUTORIO
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta <b>ESECUTIVA</b> Decorso il termine di giorni 10 dalla data di Pubblicazione, previsto dalla L.R. n. 30/93, art. 53, comma 6	Delibera trasmessa all'Assessorato Regionale Sanità in data _____ prot. N. _____ <b>SI ATTESTA</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta <b>IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA</b> Ai sensi della L.R. N. 30/93 art. 53, comma 7.	Che l'Assessorato Regionale Sanità, esaminata la presente deliberazione, <input type="checkbox"/> Ha pronunciato l'approvazione con atto N. _____ del _____ come da allegato. <input type="checkbox"/> Ha pronunciato l'annullamento con atto N. _____ del _____ come da allegato.

IL REFERENTE E UFFICIO ATTI DELIBERATIVI

Collaboratore Amministrativo  
Sig.ra Sabrina Terrasi

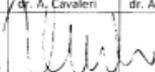
*S. Terrasi*



DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

---

## Linee di indirizzo per il controllo delle infezioni ospedaliere

data di emissione	revisione	redazione	verifica	approvazione
28.12.2011	0	dr. A. Cavaleri	dr. A. Zambuto (direttore sanitario)	dr. S. Messina (direttore generale)
				

---

PREMESSA	pag. 3
FATTORI DETERMINANTI LE INFEZIONI OSPEDALIERE	pag. 3
OBBIETTIVI	pag. 5
CAMPI DI APPLICAZIONE	pag. 5
INFEZIONE COMUNIARIA: esposizione del personale al di fuori del luogo di lavoro	pag. 6
INFEZIONE OCCUPAZIONALE: esposizione del personale sul luogo di lavoro	pag. 7



## PREMESSA

Le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Si definiscono così infatti le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.

Esse rappresentano l'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili.

Un altro elemento cruciale da considerare è l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico.

Negli ultimi anni l'assistenza sanitaria ha subito profondi cambiamenti. Mentre prima gli ospedali erano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi assistenziali, a partire dagli anni 90 sono aumentati sia i pazienti ricoverati in ospedale in gravi condizioni (quindi a elevato rischio di infezioni ospedaliere), sia i luoghi di cura extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale).

Da qui la necessità di ampliare il concetto di infezioni ospedaliere a quello di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria (ICA).

Le ICA hanno un costo rilevante, sia in termini di salute che economici, sia per il paziente che per la struttura. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere.

Occorre cioè pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli (nazionale, regionale, locale), per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

## FATTORI DETERMINANTI LE INFEZIONI OSPEDALIERE



Tra i fattori determinanti le infezioni ospedaliere, quelli riportati di seguito sono senza alcun dubbio i più rilevanti:

### I fattori di rischio

Le persone a rischio di contrarre un'ICA sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, studenti e tirocinanti.

Le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni sono:

- l'età (neonati, anziani)
- altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale...)
- la malnutrizione
- la patologia traumatica e le ustioni
- le alterazioni dello stato di coscienza
- i trapianti d'organo.

### Le modalità di trasmissione

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono da identificarsi nel:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una

- suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici);
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc);
- trasmissione a distanza per via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria.

#### La tipologia delle infezioni

Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

L'aumento delle infezioni sistemiche è la conseguenza di un graduale aumento dei fattori di rischio specifici, in particolare l'uso eccessivo e qualche volta inappropriato di antibiotici e di cateterismi vascolari.

#### La tipologia dei germi

Per quanto riguarda i microrganismi coinvolti, essi variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni 80, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*).

In seguito, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto *Enterococchi* e *Stafilococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.

#### La resistenza agli antibiotici

Tra i batteri gram-positivi, quelli con maggiore resistenza agli antibiotici sono *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (oxacillina), gli pneumococchi resistenti ai beta-lattamici e multiresistenti, gli enterococchi vancomicina-resistenti.

Tra i gram-negativi, le resistenze principali sono le beta-lattamasi a spettro allargato in *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, la resistenza ad alto livello alle cefalosporine di terza generazione tra le specie di *Enterobacter* e *Citrobacter freundii*, le multiresistenze osservate in *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* e *Stenotrophomonas maltophilia*.

Inoltre, recentemente sono state segnalate negli Stati Uniti numerose epidemie di tubercolosi multiresistente in ospedale fra pazienti sieropositivi. Negli anni 90 segnalazioni simili sono state riportate anche in Europa (Italia, Gran Bretagna, Francia, Spagna), tutte accomunate da una letalità elevatissima (72-90%), da un intervallo breve tra esposizione e sviluppo della malattia e tra diagnosi e decesso. La tubercolosi multiresistente rappresenta un rischio consistente per gli operatori sanitari.

#### La prevenzione

Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili: è, quindi, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza. In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asetiche.



## OBBIETTIVI

Queste linee di indirizzo redatte a beneficio dei Distretti Ospedalieri AG1 e AG2 dell'ASP si prefiggono l'obiettivo di indicare una serie di azioni preventive dirette alla riduzione e controllo delle malattie infettive, attraverso un'informazione capillare a tutti gli operatori sanitari.

L'obiettivo principale per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive resta la vaccinazione che, oltre ad essere in linea a quanto stabilito art. 279 comma 5 D.Lgs. 81/08, secondo cui "qualora esista un vaccino efficace e sicuro verso un agente patogeno, esso deve essere offerto al lavoratore che per motivi professionali sia esposto a rischio", 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 da perseguire.

Pertanto queste linee di indirizzo hanno lo scopo prioritario 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.

## CAMPI DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a tutto il personale sanitario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, con particolare riguardo a quegli operatori coinvolti in prima persona nelle attività assistenziali.

A tal proposito, si possono ipotizzare due possibili scenari:

1. **Esposizione del personale sanitario al di fuori del luogo di lavoro (infezione comunitaria);**
2. **Esposizione del personale sanitario sul luogo di lavoro (infezione occupazionale).**

In caso di infezione occupazionale, si possono verificare 2 situazioni diverse, relativamente al fatto che il quadro patologico venga diagnosticato prima nel paziente o nel lavoratore esposto.



## **INFEZIONE COMUNITARIA: esposizione del personale al di fuori del luogo di lavoro**

I processi descritti sono finalizzati a mettere in atto le misure di contenimento e di profilassi post-esposizione nei confronti di possibili contatti (lavoratori o pazienti) qualora un dipendente (paziente fonte) abbia prestato servizio durante il periodo di contagiosità della malattia.

Pertanto, il **dipendente** che abbia accusato sintomi di malattia infettiva non riconducibile a contatti occupazionali, provvederà:

- A fare recapitare un certificato di malattia alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero;
- A dare notizia della malattia infettiva al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), nel più breve tempo possibile (telefono, fax, ...) per permettere di avviare le procedure di contenimento dei contatti.

Il **Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione (RSPP)**, avuta comunicazione dal dipendente, provvederà a:

- porre in essere, tramite la Direzione Sanitaria di Presidio, tutti i provvedimenti di competenza nei confronti dei pazienti ricoverati presso la U.O. di appartenenza del dipendente;
- individuare, in collaborazione con il Servizio Infermieristico, altri possibili ed eventuali contatti tra i lavoratori, trasmettendone l'elenco al medico competente.

Il **Medico Competente**:

- Valuta le misure di contenimento e/o sorveglianza sanitaria messe in atto per i contatti individuati;
- Provvede ad inviare allo specialista infettivologo i lavoratori che abbiano avuto contatti per la valutazione clinica e l'eventuale prescrizione di profilassi;
- Effettua una visita straordinaria (art. 41 comma 2 D.Lgs. 81/08) al rientro del dipendente dal periodo di malattia, dietro espressa richiesta dello stesso;
- Effettua una visita straordinaria nel caso in cui un contatto contragga la malattia ed accusi un periodo di assenza per malattia.

Il **Direttore della UO dove si è verificato l'evento**:

- 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;
- Provvede alla somministrazione della profilassi ai pazienti per cui ne ravvisi l'opportunità.



## INFEZIONE OCCUPAZIONALE: esposizione del personale sul luogo di lavoro



Come precedentemente precisato, i processi possono prevedere due modalità:

### 1. PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA INFETTIVA IN FASE CONTAGIOSA

In questo caso è necessario avviare la sorveglianza sanitaria e/o la profilassi post-esposizione dei contatti, sia tra il personale sanitario che tra i 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 Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), verificando nel contempo che siano state messe in atto le misure di isolamento del paziente, così come previsto dalle apposite linee di indirizzo aziendali.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) ricevuta dalla Direzione Sanitaria di Presidio copia della notifica di malattia infettiva:

- Individua, in collaborazione con il Servizio Infermieristico eventuali casi di contatti tra i lavoratori;
- Trasmette l'eventuale elenco al medico competente;
- Effettua una indagine per l'individuazione di eventuali criticità e/o non rispetto delle procedure di sicurezza.

#### Il Medico Competente:

- Valuta le misure di contenimento e/o sorveglianza sanitaria messe in atto per i contatti individuati;
- Provvede ad inviare allo specialista infettivologo i lavoratori che abbiano avuto contatti per la valutazione clinica e l'eventuale prescrizione di profilassi;
- Raccoglie i dati epidemiologici dell'evento e dell'eventuale profilassi effettuata;
- Cura la trascrizione dell'evento nel documento sanitario dei lavoratori;
- Effettua una visita straordinaria (art. 41 comma 2 D.Lgs. 81/08) al rientro del dipendente dal periodo di malattia, dietro espressa richiesta dello stesso;
- Effettua una visita straordinaria nel caso in cui un contatto contragga la malattia ed accusi un periodo di assenza per malattia.

### 2. DIPENDENTE ESPOSTO A PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA INFETTIVA IN FASE CONTAGIOSA O AD ALTRO OPERATORE FONTE DI INFEZIONE

Il dipendente esposto, anche per il solo sospetto di aver contratto la malattia, è invitato a recarsi al Pronto Soccorso del proprio ospedale per la denuncia di infortunio sul lavoro e per l'avvio dei seguenti processi:

- Accesso in pronto soccorso, con codice di triage giallo;
- Denuncia di infortunio di lavoro, dichiarando la UO e la data dove presumibilmente è avvenuto l'eventuale contatto con il paziente o il dipendente fonte;
- Recapito del certificato INAIL alla Direzione Sanitaria di Presidio, secondo le procedure in uso;

Si ricorda che, al rientro dal periodo di malattia, con certificato di guarigione e di chiusura di infortunio redatto dall'INAIL, il dipendente, potrà richiedere una visita straordinaria al medico competente.

#### Il medico di guardia del pronto soccorso:

- Acquisisce notizie in merito alla U.O., al paziente o all'operatore fonte;
- Pone la diagnosi di malattia infettiva o sospetta tale, avvalendosi anche di eventuale consulenza specialistica;
- Pratica eventualmente terapia e/o profilassi del caso;

- Compila il certificato di denuncia di infortunio sul lavoro (INAIL) che consegnerà al lavoratore;
- Compila la notifica di malattia infettiva che secondo le procedure in essere, dovrà essere inviata alla Direzione Sanitaria di Presidio;

I successivi processi riguardanti la Direzione Sanitaria di Presidio, il RSPP, il Medico Competente e il Direttore (o in sua assenza il Medico di guardia) della UO dove presumibilmente è avvenuto il contagio sono sovrapponibili a quanto esplicitato nel paragrafo precedente.

