

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024

| | |
|---|----|
| 1. PREMESSA..... | 1 |
| 1.1. Contesto Organizzativo..... | 2 |
| 1.2. Descrizione degli eventi/sinistri/infortuni lavorativi nell'ultimo triennio..... | 10 |
| 1.1. Descrizione della posizione assicurativa | 10 |
| 2. OBIETTIVI STRATEGICI..... | 10 |
| 3. STRUMENTI..... | 11 |
| 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ..... | 12 |
| 5. AZIONI E INDICATORI | 13 |
| 6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE..... | 17 |

1. PREMESSA

La gestione del rischio è un processo che comprende sia la dimensione clinica che quella strategico-organizzativa ed è volto ad identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori ed a definire strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio

Scopo del **Piano Annuale di Rischio Sanitario**, che comprende in sé il PARM e il PAICA degli scorsi anni è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico. Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il PARS riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione ed implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione. Le attività che si realizzano attraverso il PARS e che fanno per questo parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Contesto Organizzativo

DATI DI STRUTTURA E DATI DI ATTIVITA'

L'assetto della Casa di cura Privata "Villa Sandra" sita in Roma, via Portuense 798, si configura come Casa di Cura ad indirizzo specifico per "Riabilitazione motoria e funzionale" con capacità ricettiva di 202 posti letto così distribuiti (come da DCA 556 del 14.12.2017):

172 p.l. di ricovero ordinari e 30 di Day Hospital su due turni (cod. 56), 30 posti letto in riabilitazione residenziale estensiva ex. Art. 26, presidio di dialisi, 24 p.l. ambulatoriali.

| PIANO/REPARTO | N° POSTI LETTO ACCREDITATI E AUTORIZZATI | N° POSTI LETTO AUTORIZZATI-SOLVENTI |
|--|---|--|
| PRIMO | 38 - RIAB. CARDIOLOGICA | 12 - RIAB. SOLVENTI |
| SECONDO | 30 - RIAB. ESTENSIVA ex. Art 26 | |
| TERZO | 30 - RIAB. NEUROLOGICA 25 - RIAB. ORTOPEDICA | |
| QUARTO | 37 - RIAB. ORTOPEDICA | 12 - RIAB. SOLVENTI |
| QUINTO | | 6 - RIAB. SOLVENTI |
| DAY HOSPITAL | 14 - RIAB. FUNZIONALE (SU DUE TURNI) | |
| POLIAMBULATORIO | Vedi elenco di seguito | |
| CENTRO DIALISI (SECONDO PIANO) | 24 | |
| CHIRURGIA AMBULATORIALE E SERV. DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA (PIANO SEMINTERRATO) | | |
| PALESTRA DI RIABILITAZIONE MOTORIA E FUNZIONALE (PIANO SEMINTERRATO) | | |
| LABORATORIO ANALISI CLINICHE | | |
| SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | | |

ELENCO DELLE SPECIALITA' (Autorizzate come da DCA 556 del 14.12.2017):

Laboratorio di Analisi Cliniche

Allergologia

Angiologia

Cardiologia

Chirurgia Generale

Dermatologia e venereologia

Endocrinologia

Ginecologia e Ostetricia

Medicina Fisica e Riabilitazione

Scienze dell'alimentazione e dietetica

Nefrologia

Neurofisiopatologia

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

Neurologia
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorinolaringoiatria
Malattie dell'apparato respiratorio
Urologia
Malattie metaboliche e diabetologia
Gastroenterologia- endoscopia digestiva
Oncologia
Geriatrics
Medicina del lavoro
Odontoiatria
Malattie infettive
Diagnostica per Immagini: Ecografia, Mammografia, Ortopanoramica, M.O.C., Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica.
Presidio di Chirurgia Ambulatoriale

ELENCO DELLE SPECIALITA' (Accreditate come da DCA 556 del 14.12.2017):

Laboratorio di Analisi Cliniche
Cardiologia
Chirurgia Generale
Dermatologia e venereologia
Ginecologia e Ostetricia
Medicina Fisica e Riabilitazione
Neurofisiopatologia
Neurologia
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorinolaringoiatria
Malattie dell'Apparato Respiratorio
Urologia
Diagnostica per Immagini: Rx, Ortopanoramica, R.M.N.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Struttura

Villa Sandra è situata in Via Portuense 798, dispone di 202 posti letto (+ 2 p.l. di isolamento temporaneo) in regime di ricovero ordinario, divisi in diverse Unità Operative su cinque piani, e di 30 posti letto per due turni in regime di Day Hospital.

L'edificio, con struttura in cemento armato, si sviluppa su cinque piani fuori terra ed uno seminterrato come di seguito distribuiti.

| PIANO | SUPERFICIE (mq) | REPARTI / SERVIZI |
|--------------|-----------------|--|
| SEMINTERRATO | 2900 | PALESTRA - CUCINA - SPOGLIATOI – SALA OPERATORIA - TC - RISONANZA MAGNETICA - VARI LOCALI TECNICI – MENSA – GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA |
| TERRA | 1500 | ACCETTAZIONE – LABORATORIO ANALISI - POLIAMBULATORIO - REPARTO RX - AMMINISTRAZIONE - ALTRI LOCALI TECNICI |
| PRIMO | 1200 | DEGENZE (RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E PNEUMOLOGICA) |
| SECONDO | 1100 | DEGENZE (RIABILITAZIONE ESTENSIVA) ED IL REPARTO DI DIALISI |
| TERZO | 1100 | DEGENZE (RIABILITAZIONE NEUROLOGICA E ORTOPEDICA) |
| QUARTO | 1100 | DEGENZE (SOLVENTI E RIABILITAZIONE ORTOPEDICA) |
| QUINTO | 350 | DEGENZE (SOLVENTI) |

I locali sono serviti dai seguenti impianti tecnologici:

- impianti elettrici;
- impianti di raffrescamento;
- impianti di condizionamento;
- impianti di riscaldamento;
- impianti di distribuzione dei gas;
- impianti speciali.

Presso la sede sono presenti tutti i certificati di conformità degli impianti ai sensi della legge 46 del 1990 e ss. mm..

Attività

Presso l'**Unità Operativa di Riabilitazione cardiorespiratoria** accedono:

pazienti provenienti da reparti di cardiocirurgia, cardiologia, pneumologia e chirurgia toracica.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

Alla **Unità Operativa Riabilitazione Motoria Neurologica** accedono:

pazienti provenienti da Stroke-Unit, neurologia e neurochirurgia, affetti da postumi di ictus cerebrale, postumi di intervento neurochirurgici e patologie croniche degenerative del sistema nervoso.

Presso l'**Unità Operativa Riabilitazione Ortopedica** afferiscono pazienti provenienti dai Reparti di Ortopedia ospedaliera affetti da postumi di impianti di artroprotesi, osteosintesi chirurgiche, stabilizzazione colonna vertebrale ed amputazione di arti.

Il Servizio di Rieducazione Motoria e Funzionale si svolge nelle palestre della Casa di Cura ad opera di 55 fisioterapisti, 3 terapisti occupazionali e 3 logoterapisti coordinati da 4 medici fisiatristi ed un medico fisiatra responsabile.

Il giorno stesso dell'ingresso del paziente nel reparto di degenza, i fisiatristi, dopo un'attenta valutazione del quadro motorio e clinico del paziente e del grado di disabilità attraverso l'uso di scale di valutazione, redigono un PRI tenendo conto degli obiettivi a breve e medio termine da raggiungere.

Il trattamento fisioterapico prevede 3 ore di fisioterapia giornaliera

Al momento della dimissione tutti i pazienti sono valutati dai medici fisiatristi che redigono la lettera di dimissione con le indicazioni per la prosecuzione, qualora fosse necessario, del trattamento riabilitativo.

Al reparto di Day Hospital afferiscono pazienti affetti da patologie ortopediche, neurologiche e cardiorespiratorie provenienti dai reparti per acuti e post-acuti in codice 56. Il servizio si svolge in una palestra dedicata dove operano 10 fisioterapisti.

Al momento dell'accettazione in reparto, il medico fisiatra, dopo una visita medica, redige un programma riabilitativo individuale tenendo conto degli obiettivi a breve e medio termine da raggiungere. Il progetto riabilitativo viene svolto dai terapisti della riabilitazione e prevede 3 ore di terapia giornaliera.

I pazienti usufruiscono di mezzi di trasporto messi a disposizione dalla struttura e del servizio mensa.

La Casa di Cura, inoltre, dispone dei seguenti servizi speciali di diagnosi e cura utilizzabili anche ambulatorialmente:

- **Diagnostica Radiografica**
- **Mammografia**
- **Tomografia Computerizzata**
- **RMN**
- **Laboratorio Analisi Cliniche**
- **Poliambulatorio**
- **Chirurgia Ambulatoriale**

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

Reparto di Dialisi

Il centro dialisi è ubicato al secondo piano della struttura, in piena autonomia, dotato di un ambiente in cui è compreso un sistema climatizzato (caldo – freddo) completamente autonomo dall'intera struttura. Il centro dispone di 24 reni artificiali con letti e poltrone bilancia, con monitor dialisi tecnologicamente all'avanguardia.

Il trattamento dell'acqua è eseguito attraverso l'osmosi inversa.

La seduta emodialitica si svolge in regime ambulatoriale con tutti i tipi di trattamento consentiti: bicarbonato dialisi, emodiafiltrazione (HDF-online), Acetato Free (AFB-K).

Nel Reparto opera personale infermieristico e medico altamente qualificato.

Il centro è dotato di televisori ed altri comfort.

L'attività dialitica si svolge su tre turni Lunedì – Mercoledì – Venerdì (Mattina: 7,00 – 12,00; Pomeriggio: 12,30 – 17,30; Notte: 18,30 – 23,30; Martedì – Giovedì – Sabato (Mattina: 7,00 – 12,00; Pomeriggio: 13,00 – 17,30).

E' prevista una visita medica mensile, visite cardiologiche, esami radiografici e esami ematochimici periodici.

Il centro possiede una stanza contumaciale.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

Ricoveri degenza ordinaria e Day Hospital anno 2022

Ricoveri ordinari codice 56: n° **1697**
Ricoveri day hospital codice 56: n° **264**
Ricoveri Estensiva ex articolo 26: n° **227**
Ricoveri reparto solventi: n° **148**

Giornate di degenza ordinaria codice 56: **44439**
Giornate di degenza day hospital codice 56: **8329**

Giornate di degenza media per reparto:
ricoveri ordinari: giorni **26.18**
ricoveri day hospital: giorni **31.54**
ricoveri estensiva: giorni **56**

Ricoveri degenza ordinaria e Day Hospital anno 2023

Ricoveri ordinari codice 56: n° **1612**
Ricoveri ordinari codice 56 (cod.89 provenienti dal Pol.Casilino): n° **92**
Totale (cod. 56+cod. 89): 1704

Ricoveri day hospital codice 56: n° **331**
Ricoveri Estensiva ex articolo 26: n° **248**
Ricoveri reparto solventi: n° **170**

Totale ricoveri 2023: 2.453

Giornate di degenza

Giornate di degenza ordinaria codice 56: **42247**
Giornate di degenza ordinaria codice 56 (cod.89 Casilino): **1895**
Totale (cod.56+cod.89): 44142

Giornate di degenza day hospital codice 56: **7321**

Giornate di degenza media

Giornate di degenza ordinaria codice 56: **26,20**
Giornate di degenza ordinaria codice 56 (cod.89 Casilino): **20,59**
Giornate di degenza day hospital codice 56: **22,11**

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax. 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

1.2. Descrizione degli eventi/sinistri/infortuni lavorativi negli ultimi anni

| Anno | N. Eventi Avversi | N. Eventi Sentinella | N. Sinistri risarciti | N. sinistri aperti | N. infortuni lavorativi |
|------|---------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| 2015 | 22 (dati parziali) | | | | 11 |
| 2016 | 145 (dati parziali) | | 1 | | 8 |
| 2017 | 211 | | 1 | | 13 |
| 2018 | 174 | 0 | 0 | | 8 |
| 2019 | 211 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| 2020 | 189 | 0 | 0 | 1 | 23 di cui 19 covid |
| 2021 | 153 | 0 | 0 | 5 | 15 di cui 6 covid |
| 2022 | 134 | 0 | 1 | 5 | 6 |
| 2023 | 232 | 0 | 0 | 6 | 6 |

1.1. Descrizione della posizione assicurativa

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagnia Ass. | Premio in € | Franchigia | Brokeraggio |
|------|--|-----------------------|-------------|------------|-------------|
| 2012 | M0404455710 Scad.19/05/13 | Fondiaria SAI | 108.550,00 | - | - |
| 2013 | M0404455710 Scad.19/05/14 | Fondiaria SAI | 108.550,00 | - | - |
| 2014 | 0763900002064 Scad.07/07/15 | Fondiaria SAI | 310.200,00 | 100.000,00 | - |
| 2015 | 1/64447/65/763520408/3 Scad. 07/07/16 | UNIPOLSAI Div. SAI | 319.277,00 | 100.000,00 | |
| 2016 | 1/64447/65/763520408/3 Scad. 07/07/17 | UNIPOLSAI Div. SAI | 319.277,00 | 100.000,00 | |
| 2017 | 1/64447/65/763520408/3 Scad. 07/07/18 | UNIPOLSAI Div. SAI | 319.277,00 | 100.000,00 | |
| 2018 | Scad. 07/07/19 | | 319.277,00 | 100.000,00 | |

| | | | | |
|---|---|--|--|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 | | | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | | | |

| | | | | | |
|------|------------------|---|------------|------------|--------------------------------------|
| 2019 | Scad. 07.07.2020 | AMTRUST CLINICS Polizza N° IITPMM1900 103 | 326.407,50 | 100.000,00 | Massimale per sinistro. 2.500.000 |
| 2020 | Scad. 07.07.2021 | AMTRUST CLINICS Polizza N° IITPMM1900 103 | 326.407,50 | 100.000,00 | Massimale per sinistro. 2.500.000 |
| 2021 | Scad. 07.07.2022 | AMTRUST CLINICS Polizza N° IITPMM1900 103 | 326.407,50 | 100.000,00 | Massimale per sinistro. 2.500.000 |
| 2022 | Scad. 07.07.2023 | AMTRUST Polizza N° RCH00020000 096 | 326.407,50 | 100.000,00 | Massimale per sinistro. 2.500.000 |
| 2023 | Scad. 07.07.2024 | AMTRUST Polizza N° RCH00020000 096 | 326.407,50 | 100.000,00 | Massimale per sinistro. 2.500.000 |

2. OBIETTIVI STRATEGICI

Il PARS, che riunisce in sé i contenuti del PARM e del PAICA degli anni precedenti, è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la gestione dei rischi, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi (incidenti, errori clinici, infezioni correlate all'assistenza, cadute ecc.) mediante la gestione dei principali processi clinico gestionali e la conseguente adozione delle relative azioni preventive e correttive sul sistema organizzativo, in quanto è in tale sistema che si annidano le precondizioni di rischio.

La Direzione Strategica della Casa di Cura, con il supporto del Risk Manager, che coordina le politiche di risk management, tende al costante miglioramento della sicurezza a tutela dell'interesse del paziente, anche mediante la responsabilizzazione dei professionisti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali e dal coinvolgimento di tutte le funzioni organizzative (direzione sanitaria, RGQ, RSPP, servizio tecnico-manutentivo, etc.) che, in un'ottica di integrazione, collaborano con il risk manager nell'ambito delle loro specifiche competenze.

| | | |
|---|--|---|
|  <p data-bbox="124 241 343 300">VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax. 066072333</p> | <p data-bbox="451 159 1083 241">PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1166 141 1442 168">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|---|

Obiettivi strategici sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di Interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- partecipare alle attività regionali in tema di risk management
- incentivare una visione unitaria della sicurezza.

3. STRUMENTI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l'attivazione del PARS prevede i seguenti strumenti quali:

Adeguamento della dotazione organica **alla Unità Operativa di Formazione, Qualità e Risk Management**. Attualmente la UO prevede un Direttore Sanitario (che assolve anche alla funzione di Risk Manager), un consulente rischio biologico, un dirigente infermieristico in staff, due impiegati amministrativi dedicati alla linea di attività della formazione aziendale (ECM e non) e al controllo e report dei sinistri, l'RSPP, Resp. per la Qualità. Al fine di tenere conto dei criteri previsti dal documento regionale "Determina N G01424 del 10/02/2014", nonché per l'implementazione e il monitoraggio delle azioni proposte nel PARM lo staff è così composto:

- **Risk Manager e Presidente del CCICA Dott. Mario D'Imperio,**
- **Dott. Sergio Anibaldi, Dott. Luigi Federico, Dott.ssa Rosa Maria Zolli, membri del CCICA e collaboratori di Risk Management**
- **Dott.ssa Rosa Maria Zolli in staff. (dirigente infermieristico),**
- **Ing. Romagnoli RSPP per l'elaborazione e redazione del piano strategico di sicurezza,**
- **Ufficio Amministrativo/Ufficio del Personale per la formazione, per i sinistri e rapporto con le assicurazioni,**
- **RGQ (Responsabile Gestione Qualità) Dott. Mario E. D'Imperio, coordinamento degli auditing.**
- **Risk Analysis Dott. Massimo Riccardi**
- **Data manager e CED Enzo Colaiacovo**

Il rinnovo del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CCICA) vede la partecipazione del Risk Manager quale componente effettivo; in particolare:

- Coordinamento: D.S. e Risk Manager
- Componenti: medici responsabili, coordinatori infermieristici, consulente rischio biologico,
- Riunione: 2 volte all'anno e su richiesta della D.S.

Rinnovo del Comitato Valutazione Sinistri sulla base delle indicazioni regionali che veda la partecipazione del Risk Manager quale componente effettivo; in particolare:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- Coordinamento: D.S. e R.M.
- Componenti: dirigenti inf., RSPP.
- Si riunisce 2 volte all'anno e su richiesta della D.S.

La mappatura della rischiosità aziendale è effettuata attraverso i seguenti strumenti:

- Analisi delle segnalazioni pervenute tramite **Incident Reporting E Schede di rilevazione dei patogeni Alert**, o altre modalità di comunicazione alla D.S. e R.M.;
- Diffusione delle attività di **Internal Auditing** che coinvolgano direttamente gli operatori nelle fasi di identificazione, analisi e riduzione del rischio;
- Monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria (Analisi random di 40 cartelle cliniche ogni anno: coordinatori di reparto e Medici responsabili)
- Analisi dei Reclami;
- Analisi del Contenzioso;
- Analisi del fenomeno infortunistico.

Corsi di formazione mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;

Monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo il Protocollo Ministeriale e alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Linee di Indirizzo regionali;

Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri ed alimentazione dei flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste dalle Linee di Indirizzo regionali;

Implementazione progressiva delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure attraverso la creazione di gruppi di lavoro e l'elaborazione di procedure/istruzioni operative da adottare a livello aziendale. Resp: R.M., R.G.Q., D.S., RSPP.

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne coordina l'implementazione;
- Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (obiettivi di budget, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali di concerto con il Risk Manager) e risorse al Risk Manager e a tutte le strutture coinvolte.

| Azione | Risk Manager | Amministratore Delegato | Direttore Sanitario | Medici Responsabili | Ufficio Legale | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|--------------------|--------------|-------------------------|---------------------|---------------------|----------------|---|
| Redazione PARS | R | C | C | I | I | I |
| Adozione PARS | I | R | I | I | I | I |
| Coordinamento PARS | R | I | C | C | C | C |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

5. AZIONI E INDICATORI

Obiettivo A:

Diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza" (no blame):

1. Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso base di Gestione del Rischio Clinico"

| |
|---|
| CRITERIO |
| Formazione degli operatori sanitari sui concetti fondamentali della Gestione del Rischio Clinico |
| INDICATORE |
| Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024 |
| STANDARD |
| SI |
| FONTE |
| UO Formazione, Qualità e Risk Management |

2. Progettazione ed esecuzione di almeno un corso specifico su uno strumento di **risk analysis** (root cause analysis) rivolto ai Referenti per il rischio clinico

| |
|--|
| CRITERIO |
| Formazione dei Referenti per il rischio clinico sull'uso degli strumenti di risk analysis |
| INDICATORE entro il 31.12.2024 |
| <u>Numero di Referenti per il rischio clinico formati</u> Numero totale di Referenti per il rischio clinico |
| STANDARD |
| 90% |
| FONTE |
| UO Formazione, Qualità e Risk Management |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo B):

Verificare le mappe del rischio aziendale:

3. Mappatura degli infortuni lavorativi

| |
|--|
| CRITERIO Evidenziare eventuali criticità aziendali in ambito strutturale/organizzativo |
| INDICATORE Monitoraggio annuale sugli infortuni lavorativi, mediante audit entro il 31/12/2024, in collaborazione con l'Ufficio Personale e l'RSPP |
| STANDARD SI |
| FONTI UO Formazione, Qualità e Risk Management in collaborazione con l'Ufficio del Personale e l'RSPP |

4. Mappatura della sinistrosità aziendale

| |
|---|
| CRITERIO Evidenziare eventuali criticità aziendali in ambito strutturale, organizzativo e professionale |
| INDICATORE Monitoraggio annuale sui sinistri denunciati, mediante audit entro il 31/12/2024 |
| STANDARD SI |
| FONTI UO Formazione, Qualità e Risk Management in collaborazione con l'ufficio Legale |

5. Alimentazione del flusso SIMES

| |
|--|
| CRITERIO Corretta alimentazione dei flussi SIMES secondo il Protocollo Ministeriale per gli Eventi Sentinella |
| INDICATORE 1 <u>Numero delle Schede Incident reporting inserite entro 5 giorni dalla segnalazione</u> Numero delle Schede incident reporting inserite |
| STANDARD 95 % |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| |
|--|
| <p>INDICATORE 2</p> <p style="text-align: center;"> <u>Numero degli Eventi Sentinella inseriti sul portale LAIT completi di Piano di Miglioramento</u> Numero degli Eventi Sentinella inseriti </p> |
|--|

| |
|---|
| <p>STANDARD</p> <p>95 %</p> |
| <p>FONTE</p> <p>UO Formazione, Qualità e Risk Management in collaborazione con l'ufficio Legale</p> |

6. Monitoraggio delle cadute dei pazienti

| |
|---|
| <p>CRITERIO</p> <p>Implementazione della Raccomandazione ministeriale n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</p> |
| <p>INDICATORE 1</p> <p>Riunioni del gruppo di lavoro per l'analisi dei dati con cadenza semestrale</p> <p>INDICATORE 2</p> <p>Corso di formazione sulla prevenzione delle cadute: N°di operatori sanitari che hanno svolto il corso/n° di questionari con risposte corrette</p> |
| <p>STANDARD</p> <p>SI</p> |
| <p>FONTE</p> <p>UO Formazione, Qualità e Risk Management in collaborazione con la Direzione Sanitaria.</p> |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 066058951 - Fax: 066072333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo C):

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle **infezioni correlate all'assistenza**.

7. Implementazione del Comitato per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito chiama CCICA)

| |
|--|
| CRITERIO Attivazione del CCICA e delle indagini epidemiologiche nei reparti. |
| INDICATORE 1 Rinnovo del CCICA entro il 30/03/2024. Riunioni periodiche del CCICA (2 volte all'anno) |
| STANDARD SI |
| FONTE Direzione Sanitaria |

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Al fine dello corretto svolgimento di tutte le attività previste da questo PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale si impegna ad assicurarne la diffusione attraverso:

- Presentazione al Collegio di Direzione;
- Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet ed Internet.

Rappresentante Legale, Francesca Pozzar

Direttore Sanitario, Mario Eustachio D'Imperio

Risk Manager, Mario Eustachio D'Imperio

RGQ, Mario Eustachio D'Imperio

Risk Analysis, Massimo Riccardi

RSPP, Marco Romagnoli

Consulente rischio biologico, Loredana Luke

Data manager Enzo Colaiacovo

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| ANNO | N° eventi avversi | Nessun esito (near miss) | Esito minore | Esito moderato | Esito significativo | Eventi sentinella |
|-------------|---|--------------------------|--------------|----------------|---------------------|-------------------|
| 2017 | 211 | * | 181 | 23 | 7 | 0 |
| 2018 | 174 | * | 148 | 18 | 8 | 0 |
| 2019 | 211(114 near miss + 97 eventi con esito) | 114 | 67 | 26 | 4 | 0 |
| 2020 | 189 | 126 | 39 | 20 | 3 | 0 |
| | | | | | | |
| 2021 | 153 | 93 | 46 | 11 | 3 | 0 |
| 2022 | 134 | 71 | 46 | 14 | 3 | 0 |
| 2023 | 232 | 89 | 117 | 22 | 4 | 0 |

*negli anni 2017 e 2018 gli esiti minori e i casi con nessun esito erano sommati

Tabella – Eventi avversi nel 2023 (ai sensi dell’art. 2 c. 5 della L. 24/2017)

| tipo di evento | N. 232 | principali fattori causali/contribuenti | azioni di miglioramento | fonte del dato |
|-----------------------------------|--------|---|---|---|
| Near Miss | 89 | Fattore umano: La maggior parte delle cadute sono riconducibili alla tipologia dei pazienti trattati, ovvero pazienti con mobilità ridotta. Nel corso dell’anno sono stati ricoverati pazienti più compromessi, di età mediamente più avanzata | incrementare la formazione periodica del personale infermieristico, fisioterapico, ausiliario e medico. | Data base aziendale su incident reporting |
| Eventi avversi con esito minore | 117 | | | |
| Eventi avversi con esito moderato | 22 | | | |
| Eventi avversi con esito severo | 4 | | | |
| Eventi sentinella | 0 | | | |

Si rileva che in nessun caso si sono verificati eventi gravi o sentinella.

|

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 788 Tel. 06605891 - Fax: 066072333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Tabella – Sinistrosità e risarcimenti erogati dal 2013 (ai sensi dell’art. 4 c. 3 della L. 24/2017)

| Anno | N. Sinistri aperti | Risarcimenti erogati |
|------|--------------------|-------------------------|
| 2013 | 3 | 0 |
| 2014 | 1 | 0 |
| 2015 | 6 | 1 per sinistro del 2008 |
| 2016 | 1 | 0 |
| 2017 | 6 | 0 |
| 2018 | 2 | 0 |
| 2019 | 5 | 0 |
| 2020 | 1 | 0 |
| 2021 | 5 | 0 |
| 2022 | 6 | 1 |
| 2023 | 6 | 0 |

Eventi Avversi totali 2021: 153

| | |
|--|----|
| 1 piano RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA cod.56 | 15 |
| 2 piano RIAB. ESTENSIVA ex art. 26 | 62 |
| 3 piano RIAB. ORTOPEDICA/NEUROLOGICA cod. 56 | 41 |
| 4 piano RIAB. ORTOPEDICA cod. 56 | 26 |
| 5 piano SOLVENTI | 6 |
| Palestra fkt | 3 |

Eventi Avversi totali 2022: 134

| | |
|---|----|
| 1 piano RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA cod. 56 | 20 |
| 2 piano RIAB. ESTENSIVA ex art. 26 | 43 |
| 3 piano RIAB. ORTOPEDICA/NEUROLOGICA cod. 56 | 34 |
| 4 piano RIAB. ORTOPEDICA cod. 56 | 27 |
| 5 piano SOLVENTI | 5 |
| Palestra fkt | 4 |
| Esterno Clinica | 2 |

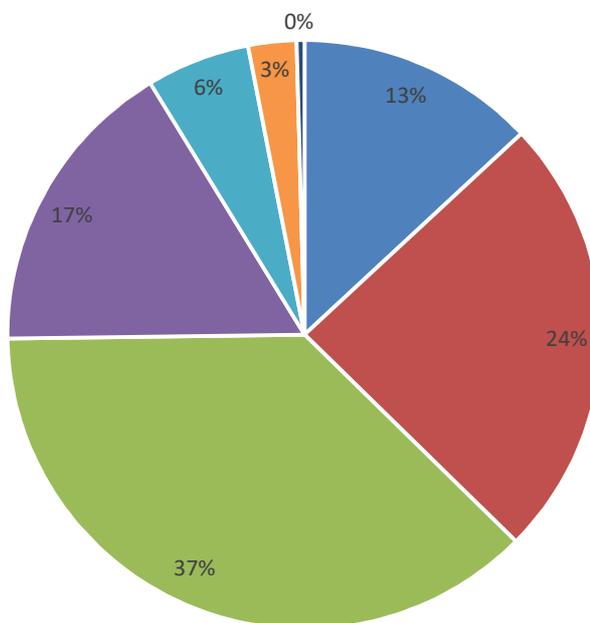
Eventi Avversi totali 2023: 232

| | |
|---|----|
| 1 piano RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA cod. 56 | 30 |
| 2 piano RIAB. ESTENSIVA ex art. 26 | 58 |
| 3 piano RIAB. ORTOPEDICA/NEUROLOGICA cod. 56 | 86 |
| 4 piano RIAB. ORTOPEDICA cod. 56 | 38 |
| 5 piano SOLVENTI | 13 |
| Palestra fkt | 6 |
| Dialisi | 1 |

TABELLE E GRAFICI

| ANNO | N° eventi avversi | Nessun esito (near miss) | Esito minore | Esito moderato | Esito significativo | Eventi sentinella |
|------|-------------------|--------------------------|--------------|----------------|---------------------|-------------------|
| 2017 | 211 | * | 181 | 23 | 7 | 0 |
| 2018 | 174 | * | 148 | 18 | 8 | 0 |
| 2019 | 211 | 114 | 67 | 26 | 4 | 0 |
| 2020 | 189 | 126 | 39 | 20 | 3 | 0 |
| 2021 | 153 | 93 | 46 | 11 | 3 | 0 |
| 2022 | 134 | 71 | 46 | 14 | 3 | 0 |
| 2023 | 232 | 89 | 117 | 22 | 4 | 0 |

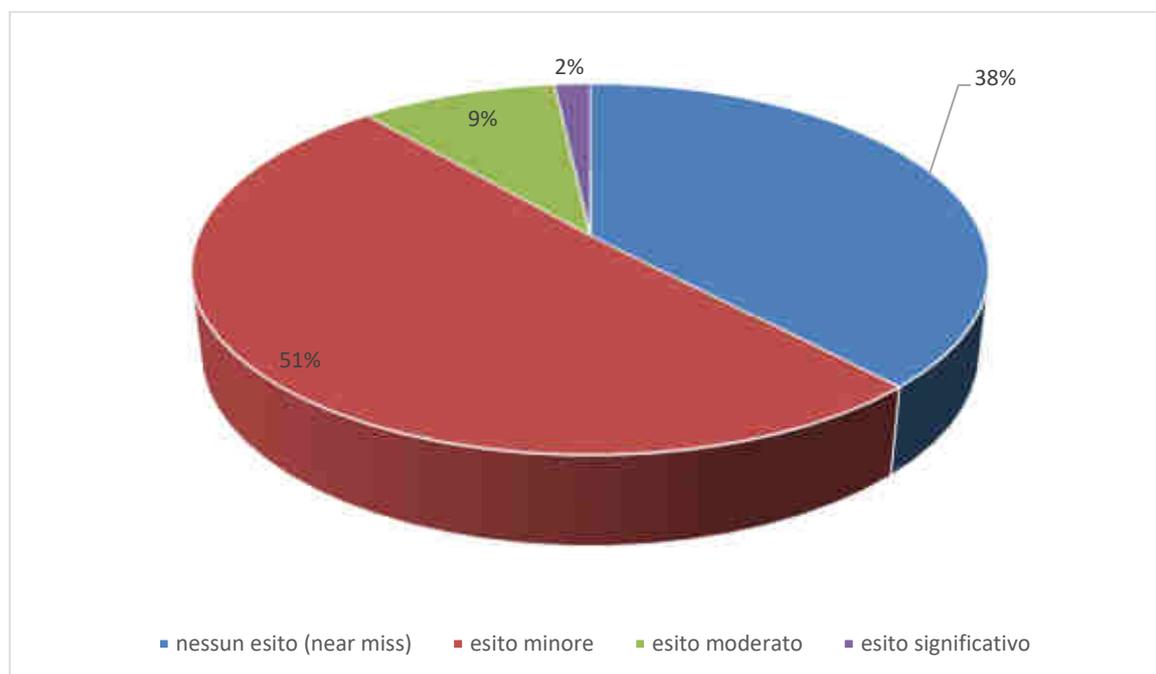
Eventi Avversi totali 2023: 232



- 1 piano RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA cod. 56
- 2 piano RIAB. ESTENSIVA ex art. 26
- 3 piano RIAB. ORTOPEDICA/NEUROLOGICA cod. 56
- 4 piano RIAB. ORTOPEDICA cod. 56
- 5 piano SOLVENTI
- Palestra fkt
- Dialisi

Eventi avversi per gravità

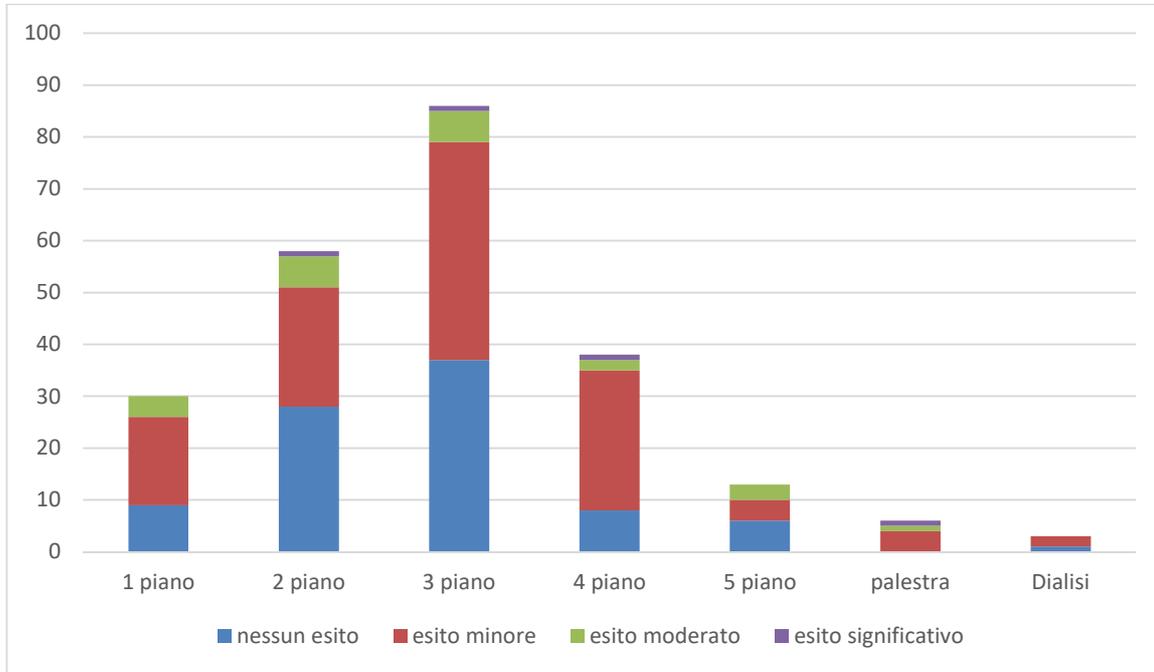
| | Nessun esito (near miss) | Esito minore | Esito moderato | Esito significativo | Eventi sentinella |
|---------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| totale | 89 | 117 | 22 | 4 | 0 |



Eventi avversi per gravità e piano degenza

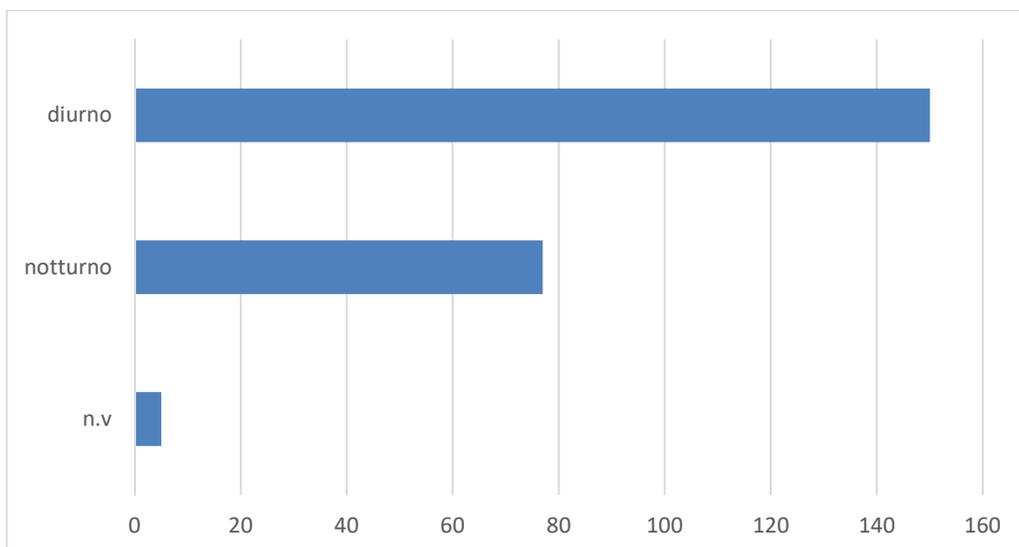
| | Nessun esito (near miss) | Esito minore | Esito moderato | Esito significativo | Eventi sentinella |
|--|-----------------------------|-----------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| 1 piano riab. cardiologica | 9 | 17 | 4 | 0 | 0 |
| 2 piano riab. estensiva | 28 | 23 | 6 | 1 | 0 |
| 3 piano riab. Neurologica e ortopedica | 37 | 42 | 6 | 1 | 0 |
| 4 piano riab. ortopedica | 8 | 27 | 2 | 1 | 0 |
| 5 piano solventi | 6 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| palestra | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|
| Dialisi | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---------|---|---|---|---|---|



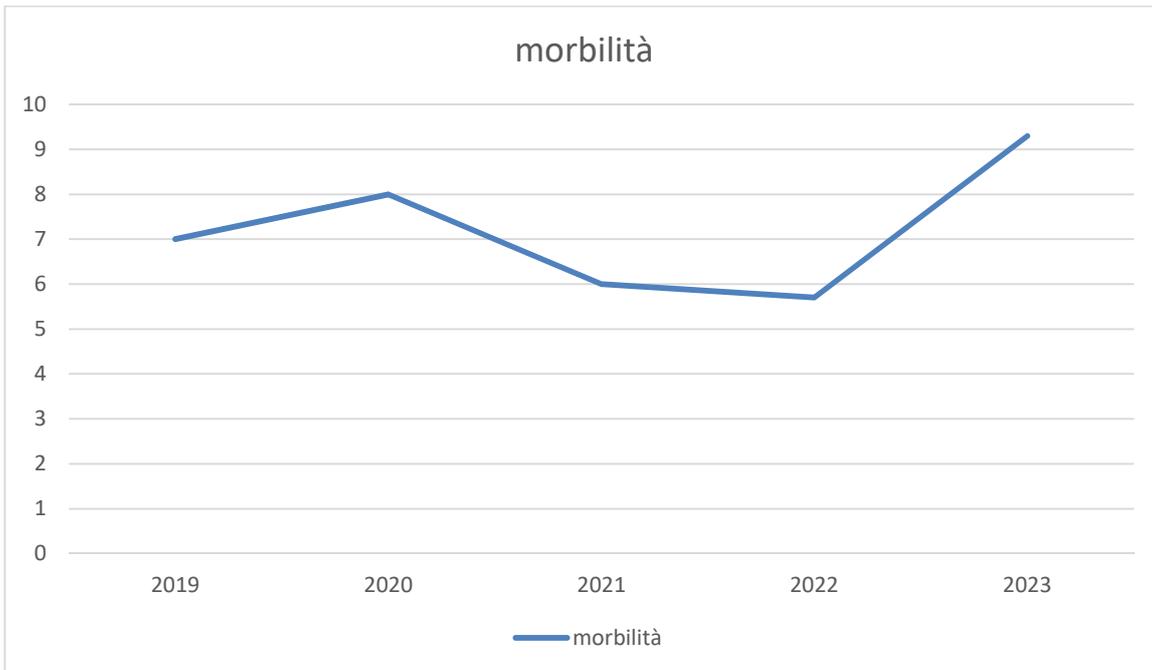
Eventi avversi per turno (diurno/notturno)

| | | |
|----------|----------|------|
| 8/20 (d) | 20/8 (n) | n.v. |
| 150 | 77 | 5 |



Morbilità=n° eventi nel 2023/n°ricoveri nel 2023=232/2473=0,093=5,7%

| Anno | Morbilità |
|------|-----------|
| 2019 | 7% |
| 2020 | 8% |
| 2021 | 6% |
| 2022 | 5,7% |
| 2023 | 9,3% |



| | | |
|---|--|---|
|  <p data-bbox="124 241 343 300">VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax: 066072333</p> | <p data-bbox="451 159 1083 241">PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1166 141 1442 168">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|---|

PIANO ANNUALE PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI COLLEGATE ALL'ASSISTENZA

1. INTRODUZIONE

Per **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**, o Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (IOS), si intendono le infezioni contratte nel corso di processi sanitari assistenziali. Poiché, fino a qualche anno fa, l'assistenza era fornita quasi esclusivamente in ospedale, erano note come Infezioni Ospedaliere o Nosocomiali. Ma negli ultimi anni lo scenario è profondamente mutato. Oggi, infatti, sempre più prestazioni sanitarie sono erogate in ambiente territoriale extra-ospedaliero, come nell'assistenza domiciliare, negli ambulatori, nelle strutture territoriali residenziali o di riabilitazione/lungodegenza: di conseguenza, si è preferito denominare le vecchie Infezioni Ospedaliere con un'accezione aggiornata e più rispondente alla realtà, come quella di ICA.

Le ICA rappresentano un fenomeno sempre più rilevante, in quanto condizionate da un aumento dei fattori di rischio dipendenti dall'evoluzione socio-economica ed ambientale degli ultimi decenni, riassumibili in:

- *aumento dell'età media della popolazione e del numero di pazienti anziani, fragili, con pluri-patologie e condizioni predisponenti sempre maggiori*
- *aumento della complessità assistenziale, del ricorso ad interventi chirurgici ed a procedure invasive (spesso in soggetti anche molto anziani o con patologie già molto gravi)*
- *aumento delle terapie immunosoppressive (per malattie autoimmuni, per chemioterapia nei tumori, nei trapiantati,..)*
- *aumento dei fenomeni di antibiotico-resistenza, con selezione di batteri causa di colonizzazioni o infezioni difficili da curare e da guarire completamente.*

Le ICA sono conseguenza del superamento, da parte dei microrganismi, delle normali barriere protettive dell'organismo, come può avvenire in corso di interventi chirurgici, o per l'uso di dispositivi medici invasivi, come cateteri vescicali, vascolari, sistemi di ventilazione con intubazione, protesi e mezzi di sintesi, etc: di conseguenza, possono interessare tutti gli organi e apparati, ma le più frequenti sono quelle del tratto urinario, seguite da polmoniti, infezioni post-chirurgiche, infezioni dell'apparato circolatorio (batteriemie), infezioni gastrointestinali (in particolare la colite da *Clostridium difficile*) e della cute/sottocute.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06605891 - Fax. 066072333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

I microrganismi responsabili hanno un'origine endogena, cioè sono già presenti nell'organismo dei pazienti prima del ricovero (o dell'inizio del percorso assistenziale), o esogena, cioè non fanno parte della flora microbica del paziente. In questo caso, vengono acquisiti nel corso del processo assistenziale, o direttamente da un ambiente già contaminato, o indirettamente attraverso un veicolo, nella maggior parte rappresentato dalle mani di chi, a diverso titolo, è a contatto con il paziente (operatori sanitari, visitatori, parenti, ecc.).

Studi di prevalenza condotti in Europa ed in Italia stimano i pazienti infetti compresi tra il 6,8% ed il 9,3% e le infezioni tra il 7,6% ed il 10,3%. In media, quindi, il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero, mentre risulta infetto in un dato momento dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati. Si può calcolare, quindi, che in Italia ogni anno si verifichino 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati, con una mortalità attribuibile diretta di circa l'1%. Le ICA sono prevenibili in una percentuale limitata e non superiore al 30%. Infatti, la maggioranza di queste infezioni non è prevenibile a causa dei fattori di rischio sottostanti, che ne determinano la comparsa nonostante siano rispettati e correttamente applicati tutti i protocolli di trattamento e gestione dei pazienti, finalizzati alla prevenzione di eventi avversi in generale e di ICA in particolare.

Gli sforzi per la prevenzione ed il controllo delle ICA devono quindi concentrarsi su 1/3 di quota prevenibile, attraverso la formazione del personale sanitario e l'applicazione rigorosa delle norme di provata efficacia per il contenimento della diffusione di queste infezioni, quali protocolli e procedure comuni a tutti gli operatori sanitari (in primo luogo, da sempre, la corretta igiene/lavaggio delle mani).

Nel 2020 l'impatto con la pandemia da SARS COV2 ha stravolto anche l'andamento epidemiologico delle infezioni correlate all'assistenza da patogeni alert, ed abbiamo assistito ad una diminuzione delle suddette infezioni ed un imporsi prepotentemente delle infezioni da SARS COV2, specialmente da ottobre a dicembre, nella cosiddetta seconda ondata.

2. **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

La realizzazione del Piano annuale delle ICA riconosce due specifiche responsabilità:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| Azione | Presidente CC-ICA | CC-ICA | Presidente e A.D. Casa di Cura | Direttore Sanitario Aziendale | Direttore Amministrativo Aziendale | Risk Management e Qualità (RM) |
|--|-------------------|----------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Proposta Piano Annuale ICA | R | C | I | I | I | C |
| Approvazione Piano Annuale ICA | C | R | I | I | I | C |
| Deliberazione Piano Annuale ICA | I | I | R | C | C | C |
| Monitoraggio Piano Annuale ICA | C | C | I | I | I | R |

- quella del **CC-ICA** (Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza) che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le Linee Guida regionali;
- quella della **Direzione Strategica Aziendale** che si impegna ad adottarlo con deliberazione e a fornire al CC-ICA le risorse e le opportune direttive (specifici obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Relativamente alla Matrice delle Responsabilità delle singole azioni previste nel Piano annuale delle ICA 2020, vengono indicate le Strutture Responsabili e le Strutture Coinvolte di volta in volta sulle singole azioni da porre in essere.

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

3. OBIETTIVI

Gli obiettivi identificati per l'anno 2021 sono i seguenti:

- Sorveglianza epidemiologica delle ICA
- Sorveglianza germi Alert
- Sorveglianza, messa in atto di procedure e percorsi per contrastare lo sviluppo di cluster da COVID 19
- Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
- Revisione procedure
- Formazione degli operatori e Informazione alla utenza

Di seguito si individuano diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le linee guida regionali, i piani strategici aziendali e le concrete esigenze operative aziendali, in modo da dare continuità alle attività già intraprese negli anni precedenti.

Obiettivo n. 1: Sorveglianza epidemiologica delle ICA

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività A:** sorveglianza delle infezioni da **Clostridium Difficilis**

| | |
|---|-----------------------------|
| OBIETTIVO N. 1: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA | |
| ATTIVITÀ A : PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI SORVEGLIANZA REGIONALE DELLE ICA 2024 | |
| INDICATORE: REPORT | |
| STANDARD: SI | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UOC DEGENZA | SCADENZA: 31/12/2024 |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06605891 - Fax. 066572333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| AZIONE | Unità operative di Riabilitazione | UO Laboratorio Analisi | UU.OO. | UOSD Risk Management e Qualità |
|--|-----------------------------------|------------------------|--------|--------------------------------|
| Conduzione Studio | R | I | I | I |
| Rilevazione dati | R | C | C | I |
| Invio dati al Coordinamento Regionale progetto 7.3 del PRP | R | I | I | I |
| Feedback informativo a Direzione Aziendale, alla Risk Manager e alle UU.OO | R | I | I | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

- **Attività B:** report ceppi microbici circolanti nella struttura sanitaria, distinti per tipologia di materiale biologico e per singole UU.OO.

| OBIETTIVO N. 1: SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE ICA | | | | |
|---|-------------------|--------|--------------------------|------------------------------|
| ATTIVITÀ B: REPORT CEPPI MICROBICI CIRCOLANTI NELLA STRUTTURA SANITARIA, DISTINTI PER MATERIALE E UU.OO. | | | | |
| INDICATORE: REALIZZAZIONE REPORT | | | | |
| STANDARD: SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UO REPARTI RIABILITAZIONE E LABORATORIO ANALISI | | | SCADENZA: ANNUALE | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | |
| AZIONE | UO RIABILITAZIONE | CC-ICA | UO Laboratorio Analisi | UO Risk Management e Qualità |
| Estrazione dati | C | I | R | I |
| Elaborazione report | C | I | R | I |
| Feedback informativo alla | R | I | I | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06605851 - Fax: 066572333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo n. 2: Sorveglianza germi Alert

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività A** : monitoraggio germi Alert

| OBIETTIVO N. 2: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | |
|--|------------------------|--------|--------------------------|------------------------------|
| ATTIVITÀ A : MONITORAGGIO GERMI ALERT | | | | |
| INDICATORE: REALIZZAZIONE REPORT | | | | |
| STANDARD: SI | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE : UO RIABILITATIVE LABORATORIO ANALISI | | | SCADENZA: ANNUALE | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | |
| AZIONE | UO REP. RIABILITAZIONE | CC-ICA | UO Laboratorio Analisi | UO Risk Management e Qualità |
| Elaborazione dati microbiologici | C | I | R | I |
| Elaborazione dati rilevati | R | I | I | I |
| Feedback informativo a Direzione Aziendale, alla RM e UU.OO. | R | I | I | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Attività B: implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da **CPE (O CRE ENTEROBACTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI)**

| OBIETTIVO N. 2: SORVEGLIANZA GERMI ALERT | | | | | |
|--|----------------------|------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ B: IMPLEMENTAZIONE DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE DA CPE | | | | | |
| INDICATORE: REPORT NOTIFICHE DELLE BATTERIEMIE DA CPE | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: RISK MANAGEMENT E CICA | | | | SCADENZA: ANNUALE | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | |
| AZIONE | UO RIABILITAZIONE | UO Laboratorio Analisi | SISP | CC-ICA | Risk Management e Qualità |
| Invio scheda ministeriale di notifica CPE | R | I | I | I | I |
| Report schede di notifica inviate da DS al SISP /n° batteriemie da CPE | R | C | C | I | I |
| Invio flusso dati al Sistema Sorveglianza Nazionale | I | I | R | I | I |
| Report schede inviate alla Regione | I | I | I | I | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Attività C: attivazione sorveglianza attiva (screening) sui pazienti e operatori per ricerca del SARS COV 2 tramite tampone nasale antigenico qualitativo/quantitativo e conferma con tampone nasofaringeo molecolare

| OBIETTIVO N. 2: SORVEGLIANZA SARS COV 2 | | | | | |
|---|---------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| ATTIVITÀ C: screening pazienti e operatori per ricerca del SARS COV2 tramite tampone nasale antigenico qualitativo/quantitativo e conferma con tampone nasofaringeo molecolare | | | | | |
| INDICATORE: REPORT POSITIVITA' | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURARESPONSABILE: CC-ICA | | | | SCADENZA: ANNUALE | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UO REP. RIABILITAZIONE | UO Laboratorio Analisi | UO DEGENZE PRIVATE | Risk Management e Qualità |
| Approvazione Istruzione Operativa | R | C | C | C | C |
| Effettuazione screening secondo istruzione operativa | I | R | C | C | I |
| Elaborazione dati con report annuali | I | I | C | I | C |
| Feedback informativo al RM, alle UU.OO | R | I | I | I | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605851 - Fax: 066572333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo n.3: Monitoraggio del consumo degli antibiotici e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

Attività A: definizione del piano di attività 2023 del **Gruppo Operativo Antimicrobical Stewardship (GOAS)** Casa di Cura Villa Sandra

| OBIETTIVO N. 3: MONITORAGGIO DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | | | | | |
|--|---------|------|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ATTIVITÀ A : DEFINIZIONE DEL PIANO DI ATTIVITÀ 2024 DEL GOAS VILLA SANDRA | | | | | |
| INDICATORI: DOCUMENTO PIANO DI ATTIVITÀ + REPORT ATTIVITA' | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | |
| STRUTTURARESPONSABILE: CC-ICA | | | | | |
| MATRICEDELLERESPONSABILITA' | | | | | |
| AZIONE | CC- ICA | GOAS | UO DEGENZE Analisi | Farmacia DEGENZE Laboratorio | Risk Management e Qualità |
| Convocazione GOAS | C | C | R | C | I |
| Definizione Piano Attiv. | C | R | I | C | I |
| Report Attività svolte a Direzione Aziendale, alla RM e UU.OO | C | R | C | C | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo n. 4: Revisione procedure

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

Attività A: revisione procedure aziendali con implementazione protocolli per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

| OBIETTIVO N. 4: REVISIONE PROCEDURE | | | | | | |
|--|---------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|-------------|
| ATTIVITÀ A: REVISIONE PROCEDURA AZIENDALE CON IMPLEMENTAZIONE PROTOCOLLI PER PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | | | | | | |
| INDICATORE: REVISIONE PROCEDURE | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: CC-ICA | | | SCADENZA: 31/12/2023 | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UO DEGENZE RIABILITAZIONE | UO DEGENZE PRIVATI | UO Laboratorio Analisi | Risk Management, RSPP e Qualità | GOAS |
| Individuazione procedura | C | C | C | C | R | I |
| Implementazione procedura | C | R | R | C | C | I |
| Revisione procedura | C | C | C | C | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax: 066072333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Attività B: revisione procedura aziendale "Gestione dei Rifiuti Ospedalieri"

| OBIETTIVO N. 4: REVISIONE PROCEDURE | | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------|
| ATTIVITÀ B : REVISIONE PROCEDURA AZIENDALE "GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI" | | | | | | | |
| INDICATORE: REVISIONE PROCEDURA | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: UO DEGENZE | | | | SCADENZA: 31/12/2024 | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | UO DEGENZE PRIVATE | UO DEGENZE RIABILIT. | RS PP | DAPS | UO Risk Management e Qualità | UO ECONOMATO |
| IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA | I | R | R | C | C | I | C |
| Revisione procedura | C | R | R | R | C | C | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato. DAPS = Dirigenza Aziendale Professioni Sanitarie; RSPP= Responsabile Servizio Di Protezione E Prevenzione

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06605851 - Fax. 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Obiettivo n. 5: Formazione degli operatori e Informazione dell'utenza

Per questo obiettivo sono state previste le seguenti attività:

- **Attività A** : FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULLE MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI

| OBIETTIVO N. 5: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI | | | | | | | |
|--|---------------|--------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------|
| ATTIVITÀ A1 : INTEGRAZIONE AL PROGETTO FORMATIVO PREVENZIONE E CONTENIMENTO INFEZIONI | | | | | | | |
| INDICATORE: PROGETTO AZIENDALE | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: U0 DEGENZE | | | | | SCADENZA: 31/12/2024 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | MEDICO COMPETENTE | RSPP | UO DEGENZE RIABILIT. | UO Lab. Analisi | Risk Management e Qualità | DAPS |
| Progettazione | I | C | R | R | C | C | C |
| Realizzazione | I | C | R | R | C | C | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato. DAPS = Dirigenza Aziendale Professioni Sanitarie; RSPP= Responsabile Servizio Di Protezione E Prevenzione

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06659851 - Fax: 066572333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| OBIETTIVO N. 5: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|
| ATTIVITÀ A2 : PROGETTO FORMATIVO LAVAGGIO DELLE MANI | | | | | | | |
| INDICATORE: PROGETTO AZIENDALE | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: U0 DEGENZE | | | | | SCADENZA: 31/12/2024 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ' | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | MEDICO COMPETENTE | RSPP | UO DEGENZE RIABILIT. | UO Lab. Analisi | Risk Management e Qualità | DAPS |
| Progettazione | I | C | R | R | C | C | C |
| Realizzazione | I | C | R | R | C | C | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato. DAPS = Dirigenza Aziendale Professioni Sanitarie; RSPP= Responsabile Servizio Di Protezione E Prevenzione

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

**Attività B: INFORMAZIONE ALL'UTENZA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E
CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI DA SARS COV2**

| OBIETTIVO N. 5: INFORMAZIONE DELL'UTENZA | | | | | | |
|--|--------|------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|------|
| ATTIVITÀ B: : INFORMAZIONE ALL'UTENZA SULLE MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI DA SARS COV2 | | | | | | |
| INDICATORE: N° DI UTENTI INFORMATI | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: DIREZIONE SANITARIA | | | | | SCADENZA: 31/12//2024 | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | RSPP | DIREZIONE E SANITARIA | UO DEGENZE RIAB. | Risk M. | DAPS |
| INFORMAZIONE | I | C | R | C | C | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato. DAPS = Dirigenza Aziendale Professioni Sanitarie; URP: Ufficio Relazione con il Pubblico

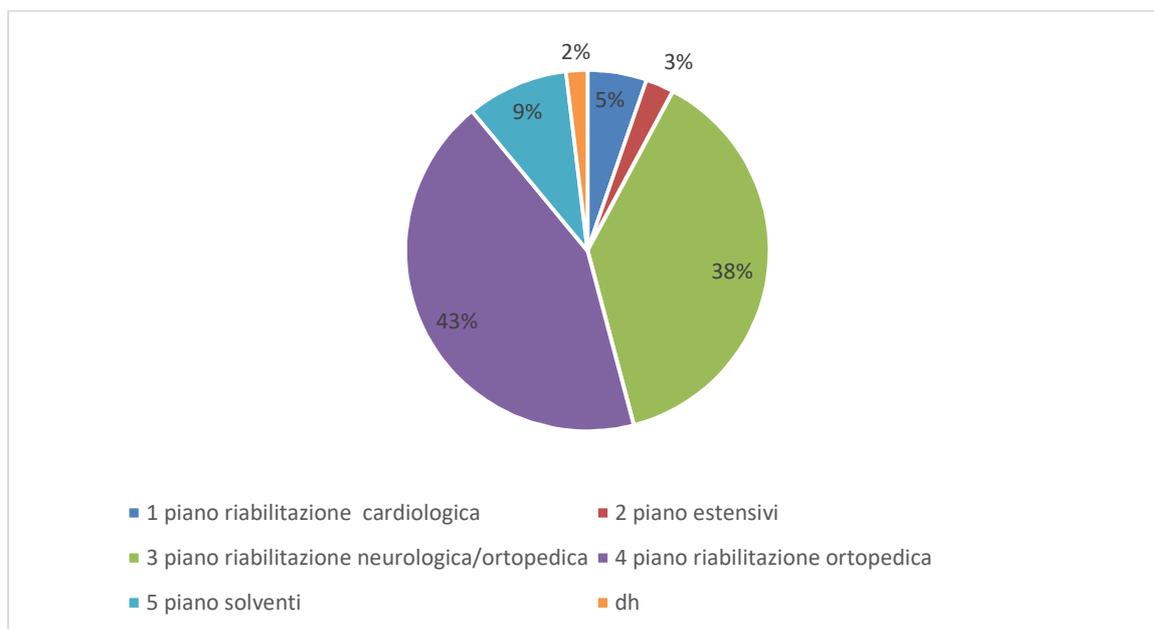
TABELLE E GRAFICI: REPORT DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA 2024

Urinocolture

N° Urinocolture effettuate 476

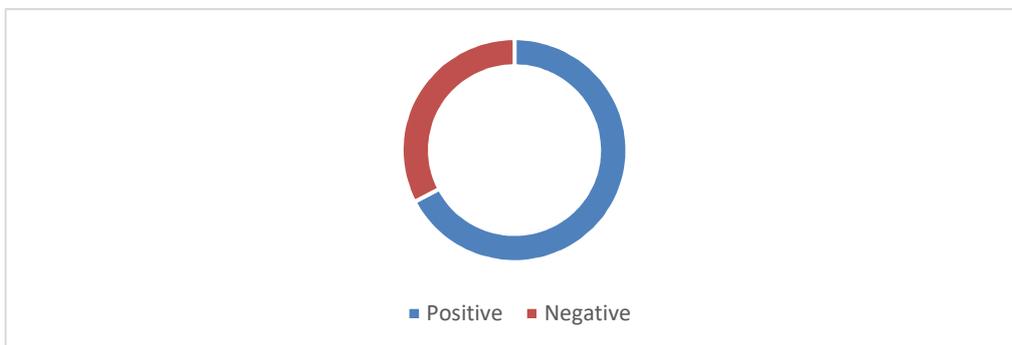
N° Urinocolture effettuate per piano di degenza

| | |
|--|-----|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 25 |
| 2 piano estensivi | 12 |
| 3 piano riabilitazione neurologica/ ortopedica | 181 |
| 4 piano riabilitazione ortopedica | 205 |
| 5 piano solventi | 43 |
| dh | 9 |



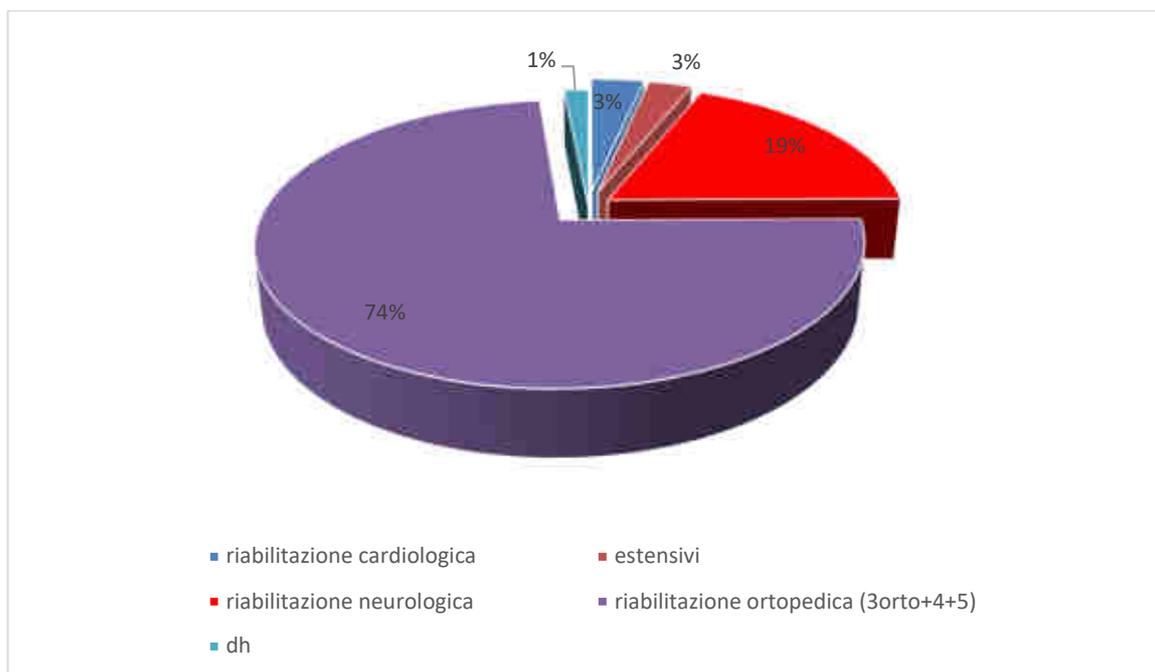
Urinocolture Positive vs Negative

| | |
|----------|-----|
| Positive | 326 |
| Negative | 150 |



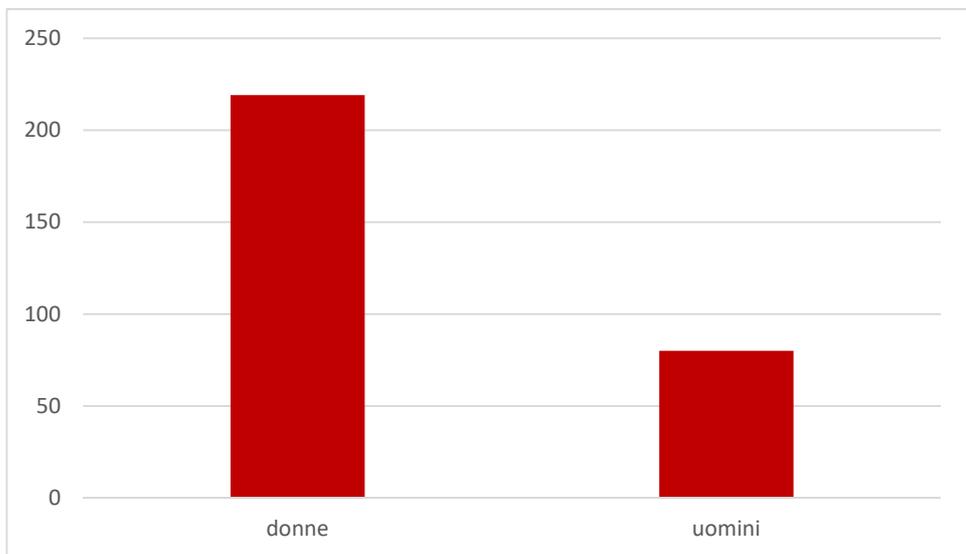
N° urinocolture Positive per reparto

| | |
|---------------------------------------|------------|
| riabilitazione cardiologica | 11 |
| estensivi | 9 |
| riabilitazione neurologica | 61 |
| riabilitazione ortopedica (3orto+4+5) | 240 |
| dh | 5 |



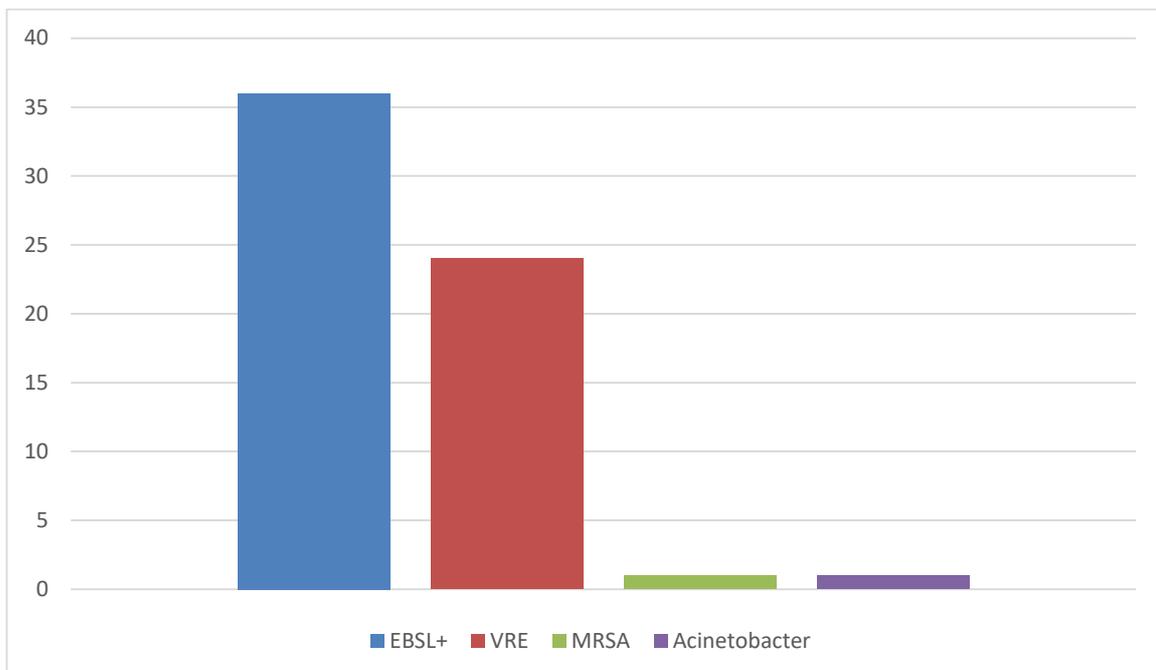
Urinocolture Positive Donne vs Uomini

| | |
|--------|------------|
| donne | 219 |
| uomini | 107 |



N° urinocolture positive per patogeni alert: 62

| | |
|----------------------------|----|
| Acinetobacter Baumannii | 1 |
| MRSA | 1 |
| E. Coli e Klebsiella EBSL+ | 36 |
| Enterococcus VRE | 24 |



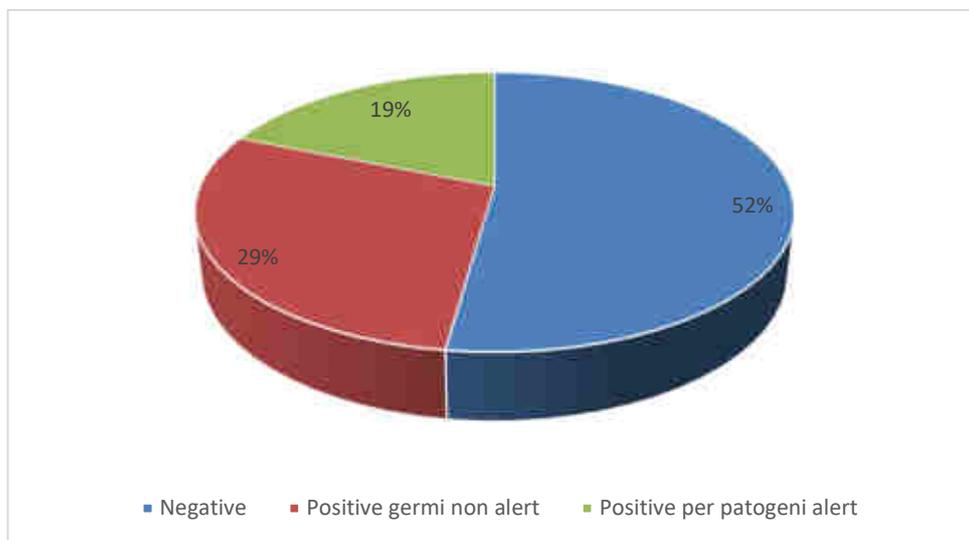
Emocolture

N°pazienti: 66

N° Emocolture Aerobi: 174

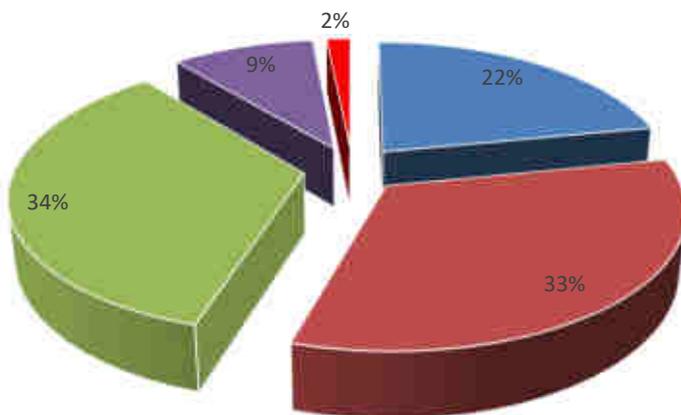
N° Emocolture Anaerobi: 174

| | |
|-----------------------------|----|
| Negative | 36 |
| Positive germi non alert | 20 |
| Positive per patogeni alert | 10 |



N° Emocolture effettuate per Piano

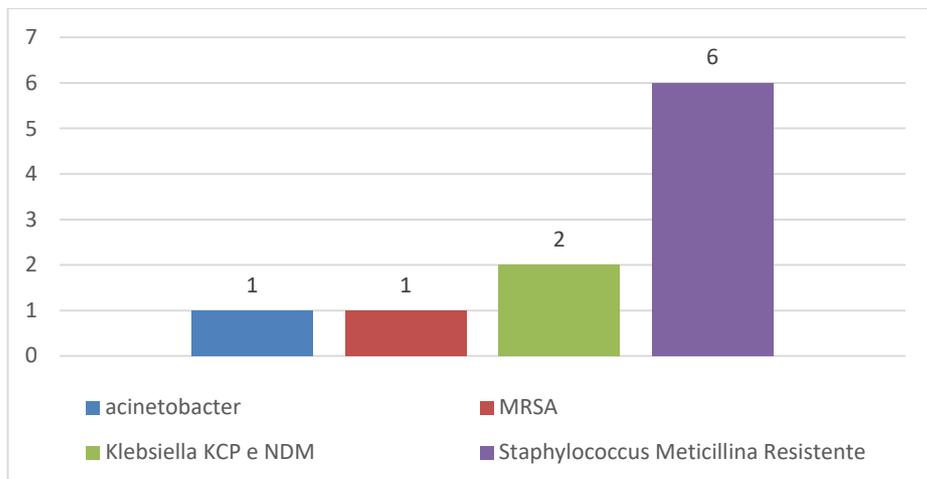
| | |
|-------------------------------------|----|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 14 |
| 2 piano dialisi | 21 |
| 3 piano riabilitazione neurologica | 22 |
| 4 piano riabilitazione ortopedica | 6 |
| 5 piano solventi | 3 |



- 1 piano riabilitazione cardiologica
- 2 piano dialisi
- 3 piano riabilitazione neurologica
- 4 piano riabilitazione ortopedica
- 5 piano solventi

N° Emocolture positive per patogeni alert: 10

| | |
|---------------------------------------|---|
| Acinetobacter | 1 |
| MRSA | 1 |
| Klebsiella KCP e NDM | 2 |
| Staphylococcus Meticillina Resistente | 6 |

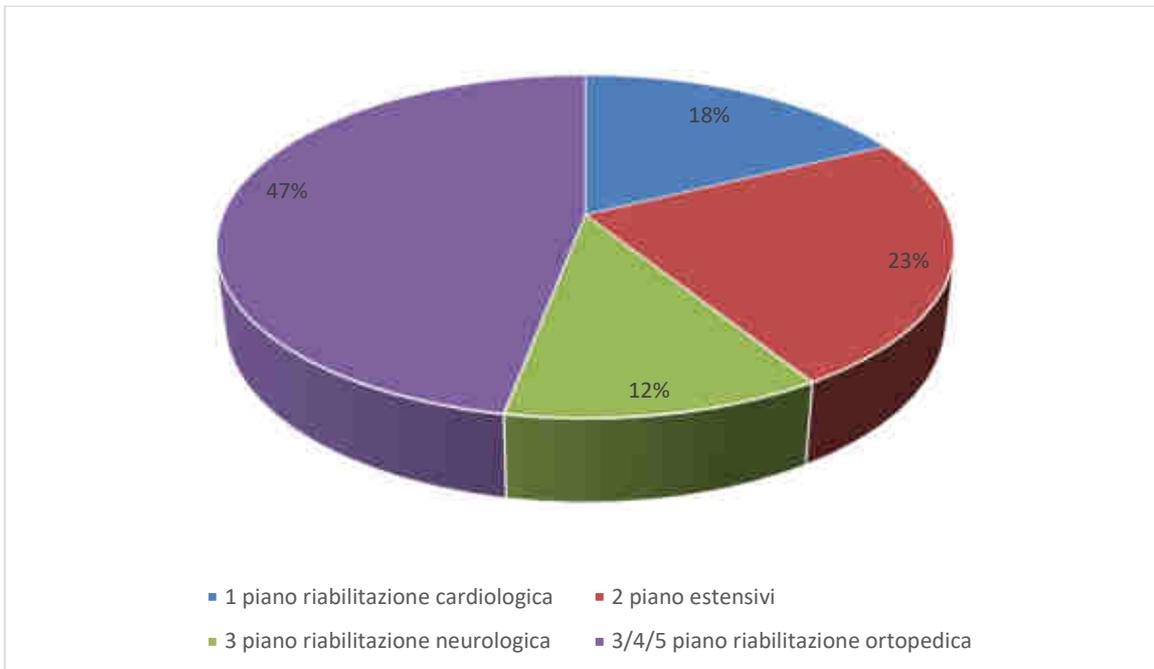


Clostridium Difficilis

N° campioni di feci per Clostridium Difficilis: 17

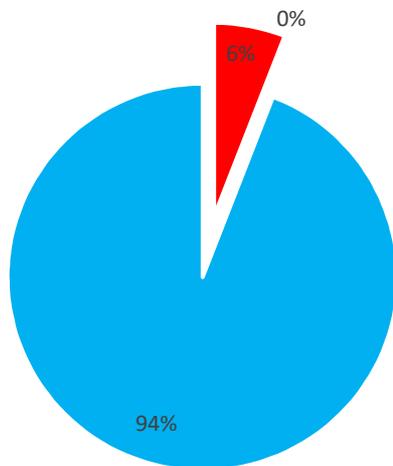
N° campioni di feci per Clostridium Difficilis diviso per reparto

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 3 |
| 2 piano estensivi | 4 |
| 3 piano riabilitazione neurologica | 2 |
| 3/4/5 piano riabilitazione ortopedica | 8 |



N° casi Positivi vs Negativi

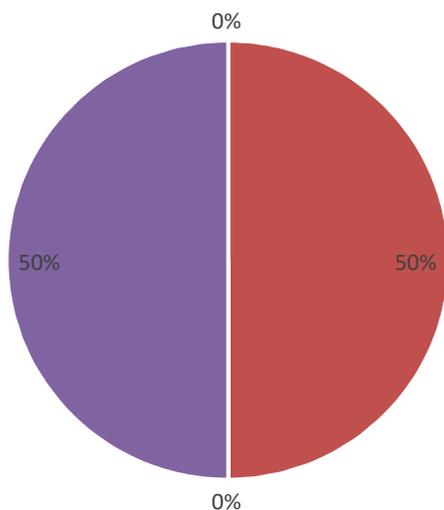
| | |
|--|----|
| Positività antigenica e tossina | 1 |
| Positività antigenica e tossina negativa | 0 |
| Negatività per antigenica e tossina | 16 |



■ Positività antigene e tossina ■ Positività antigene e tossina negativa ■ Negatività per antigene e tossina

N° campioni positivi divisi per piano

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 0 |
| 2 piano estensivi | 1 |
| 3 piano riabilitazione neurologica | 0 |
| 3/4/5 piano riabilitazione ortopedica | 0 |



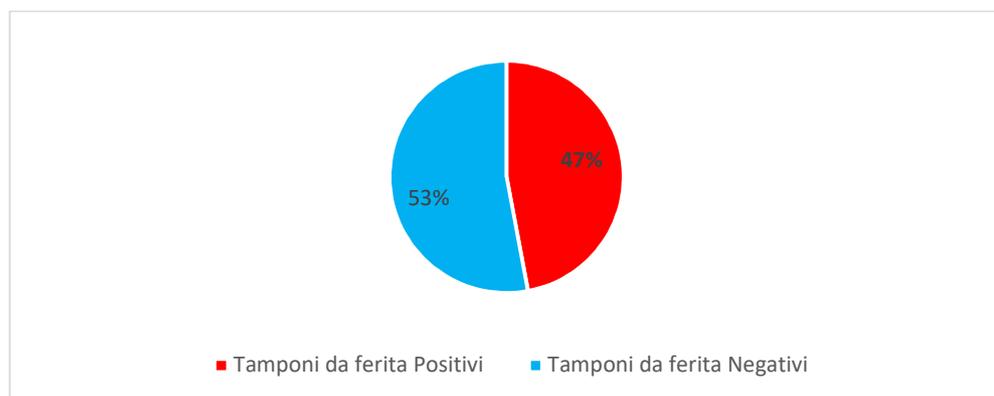
■ 1 piano riabilitazione cardiologica ■ 2 piano estensivi
■ 3 piano riabilitazione neurologica ■ 3/4/5 piano riabilitazione ortopedica

Tamponi da ferita

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

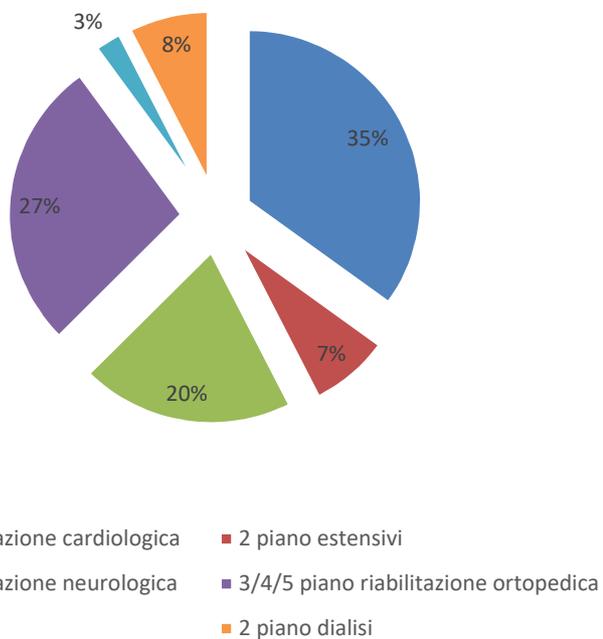
N° tamponi da ferita effettuati: 51

| | |
|----------------------------|----|
| Tamponi da ferita Positivi | 24 |
| Tamponi da ferita Negativi | 27 |



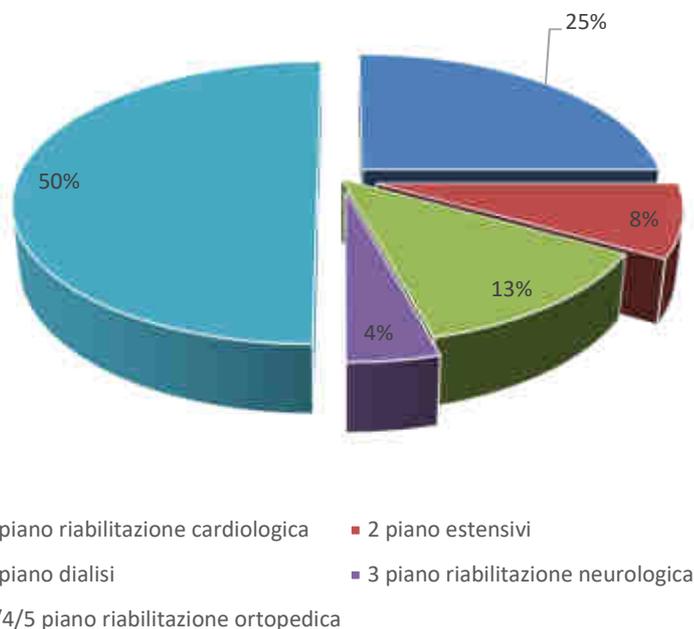
N° tamponi da ferita divisi per piano

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 14 |
| 2 piano estensivi | 3 |
| 2 dialisi | 3 |
| 3 piano riabilitazione neurologica | 8 |
| 3/4/5 piano riabilitazione ortopedica | 22 |
| dh | 1 |



N° tamponi da ferita positivi per piano

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 6 |
| 2 piano estensivi | 2 |
| 2 piano dialisi | 3 |
| 3 piano riabilitazione neurologica | 1 |
| 3/4/5 piano riabilitazione ortopedica | 12 |



Alert su tamponi da ferita: 14

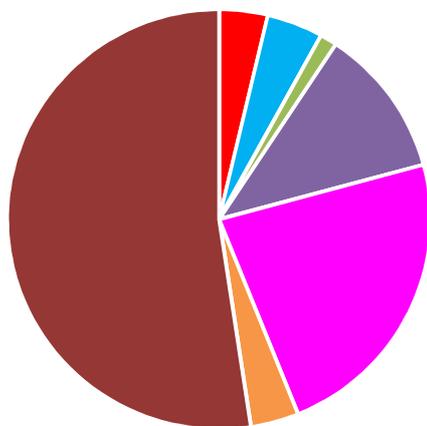
| | |
|--|---|
| MRSA | 5 |
| Klebsiella KCP | 1 |
| Staphylococcus (altri)Meticillina resistente | 6 |
| Enterobacter Cloacae | 2 |

SARS CoV-2

N° tamponi antigenici: 774

N° tamponi antigenici divisi per piano

| | |
|--|-----|
| 1 piano riabilitazione cardiologica | 37 |
| 2 piano estensivi | 43 |
| 2 piano dialisi | 13 |
| 3 piano riabilitazione neurologica/ ortopedica | 115 |
| 4 piano riabilitazione ortopedica | 231 |
| 5 piano solventi | 37 |
| dh | 298 |



- 1 piano riabilitazione cardiologica
- 2 piano estensivi
- 2 piano dialisi
- 3 piano riabilitazione neurologica/ ortopedica
- 4 piano riabilitazione ortopedica
- 5 piano solventi
- dh

Confronto 2019 vs 2020 vs 2021 vs 2022 vs 2023

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|------------|
| Urinocolture/positive (alert) | 486/317(29) | 464/300 (36) | 394/254(52) | 424/266(64) | 476/326/62 |
| Emocolture pazienti/alert | 54/8 | 36/7 | 51/11 | 53/13 | 66/10 |
| Clostridium difficile/positive | 69/11 | 55/8 | 62/6 | 35/5 | 17/1 |
| Tamponi da ferita/alert | 31/3 | 46/2 | 52/13 | 35/12 | 51/14 |

Incidenze

Incidenze alert su Urinocolture: $62/2473 = 0,025 = 2,50\%$

Incidenza alert su Emocolture: $10/2473 = 0,0040 = 0,40\%$

Incidenza MRSA in tutte le sedi: $7/2473 = 0,0028 = 0,28\%$

Incidenza Clostridium Difficile Positivo antigene e tossina: $1/2473 = 0,0004 = 0,04\%$



PARS 2024
PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Incidenze alert su Urinocolture | 1,6% | 1,6% | 2,17% | 2,73% | 2,5% |
| Incidenza alert su Emocolture | 0,28% | 0,31% | 0,46% | 0,55% | 0,4% |
| Incidenza MRSA in tutte le sedi | 0,46% | 0,13% | 0,25% | 0,47% | 0,28% |
| Incidenza Clostridium Difficilis Positivo antigene e tossina | 0,63% | 0,36% | 0,25% | 0,21% | 0,04% |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Consumi antibiotici anno 2019

Totale complessivo 12.860

Consumo antibiotici anno 2020

Totale complessivo 8.205

Consumi antibiotici anno 2021

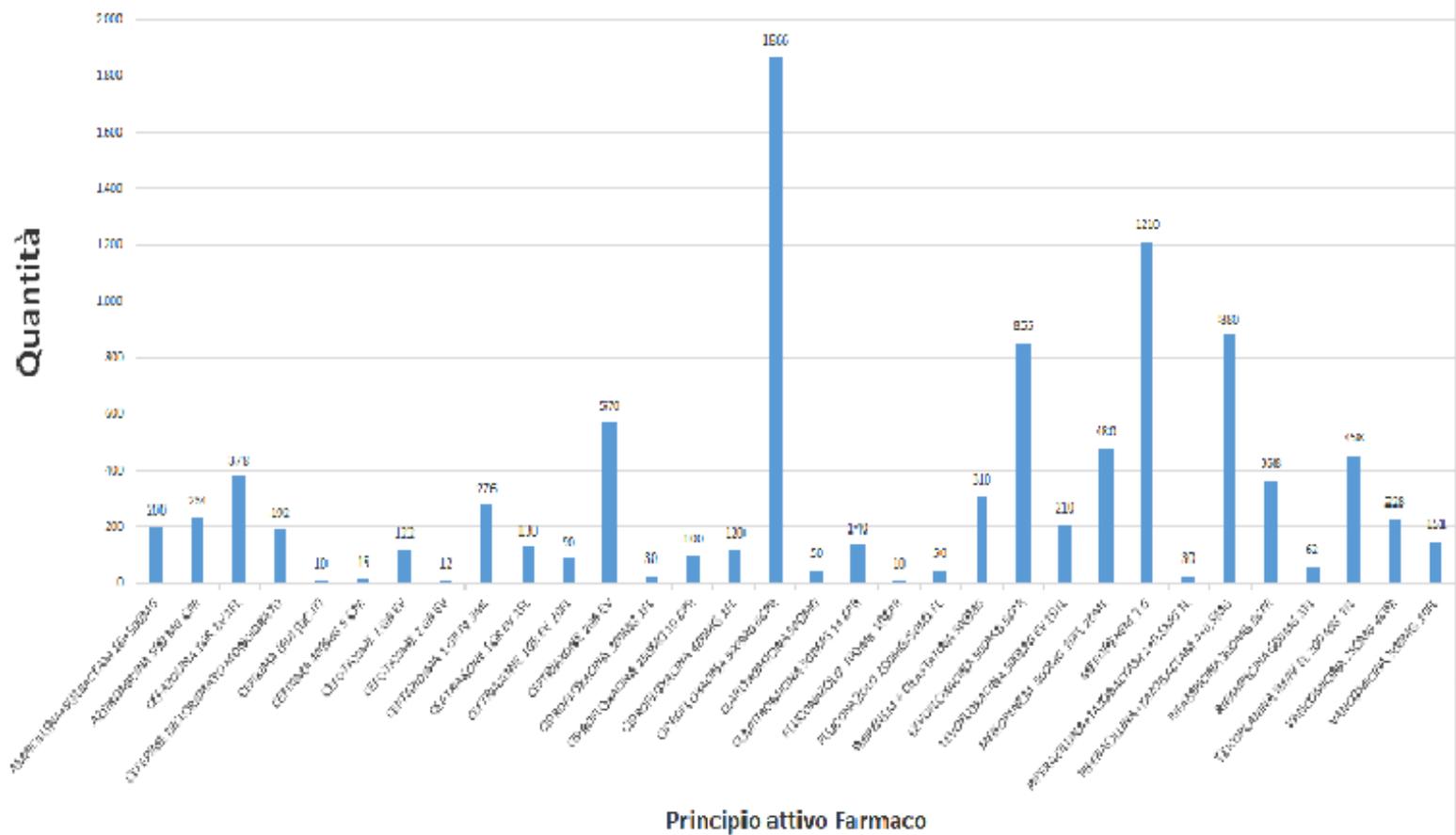
Totale complessivo 7.216

Consumo antibiotici anno 2022

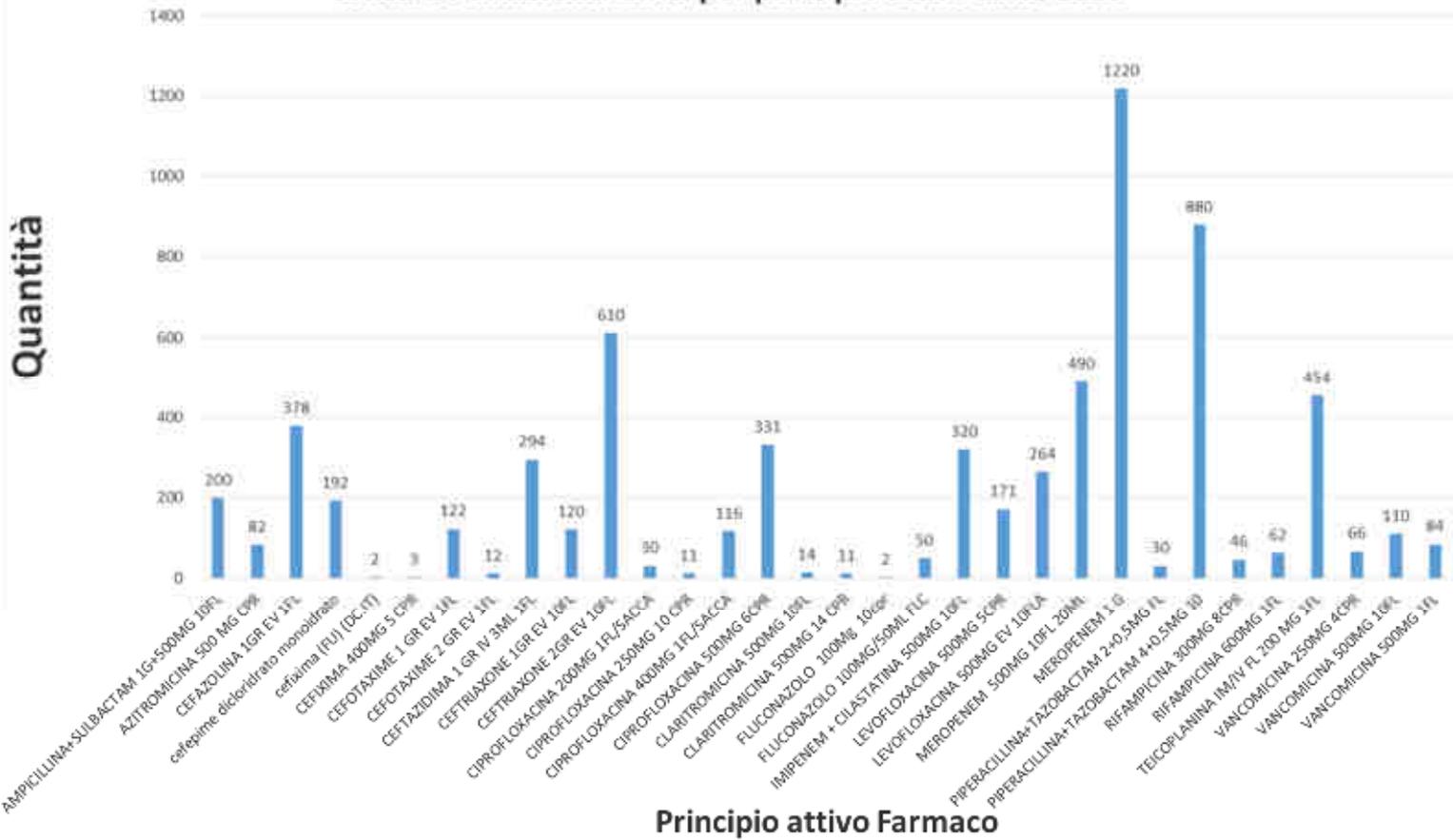
Consumo antibiotici anno 2023

| Principio attivo farmaco | Quantità | Principio attivo farmaco | Quantità |
|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG | 200 | AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG 10FL | 200 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 234 | AZITROMICINA 500 MG CPR | 82 |
| CEFAZOLINA 1GR EV 1FL | 378 | CEFAZOLINA 1GR EV 1FL | 378 |
| CEFEPIME DICLORIDRATO MONOIDRATO | 192 | cefepime dicloridrato monoidrato | 192 |
| CEFIXIMA (FU) (DC.IT) | 10 | cefixima (FU) (DC.IT) | 2 |
| CEFIXIMA 400MG 5 CPR | 15 | CEFIXIMA 400MG 5 CPR | 3 |
| CEFOTAXIME 1 GR EV | 122 | CEFOTAXIME 1 GR EV 1FL | 122 |
| CEFOTAXIME 2 GR EV | 12 | CEFOTAXIME 2 GR EV 1FL | 12 |
| CEFTAZIDIMA 1 GR IV 3ML | 276 | CEFTAZIDIMA 1 GR IV 3ML 1FL | 294 |
| CEFTRIAXONE 1GR EV 1FL | 130 | CEFTRIAXONE 1GR EV 10FL | 120 |
| CEFTRIAXONE 1GR EV 10FL | 90 | CEFTRIAXONE 2GR EV 10FL | 610 |
| CEFTRIAXONE 2GR EV | 570 | CIPROFLOXACINA 200MG 1FL/SACCA | 30 |
| CIPROFLOXACINA 200MG 1FL | 30 | CIPROFLOXACINA 250MG 10 CPR | 11 |
| CIPROFLOXACINA 250MG 10 CPR | 100 | CIPROFLOXACINA 400MG 1FL/SACCA | 116 |
| CIPROFLOXACINA 400MG 1FL | 120 | CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 331 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 1866 | CLARITROMICINA 500MG 10FL | 14 |
| CLARITROMICINA 500MG | 50 | CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 11 |
| CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 140 | FLUCONAZOLO 100Mg 10cpr | 2 |
| FLUCONAZOLO 100Mg 10CPR | 10 | FLUCONAZOLO 100MG/50ML FLC | 50 |
| FLUCONAZOLO 100MG/50ML FL | 50 | IMIPENEM + CILASTATINA 500MG 10FL | 320 |
| IMIPENEM + CILASTATINA 500MG | 310 | LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 171 |
| LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 855 | LEVOFLOXACINA 500MG EV 10FLA | 264 |
| LEVOFLOXACINA 500MG EV 10FL | 210 | MEROPENEM 500MG 10FL 20ML | 490 |
| MEROPENEM 500MG 10FL 20ML | 480 | MEROPENEM 1 G | 1220 |
| MEROPENEM 1 G | 1210 | PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 2+0,5MG FL | 30 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 2+0,5MG FL | 30 | PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 4+0,5MG 10 | 880 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 4+0,5MG | 880 | RIFAMPICINA 300MG 8CPR | 46 |
| RIFAMPICINA 300MG 8CPR | 368 | RIFAMPICINA 600MG 1FL | 62 |
| RIFAMPICINA 600MG 1FL | 62 | TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 454 |
| TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 458 | VANCOMICINA 250MG 4CPR | 66 |
| VANCOMICINA 250MG 4CPR | 228 | VANCOMICINA 500MG 10FL | 110 |
| VANCOMICINA 500MG 10FL | 151 | VANCOMICINA 500MG 1FL | 84 |
| Totale complessivo | 9747 | Totale complessivo | 6777 |

Casa di Cura Villa Sandra
Consumo antibiotici divisi per principio attivo anno 2022



Casa di Cura Villa Sandra
Consumo antibiotici divisi per principio attivo anno 2023

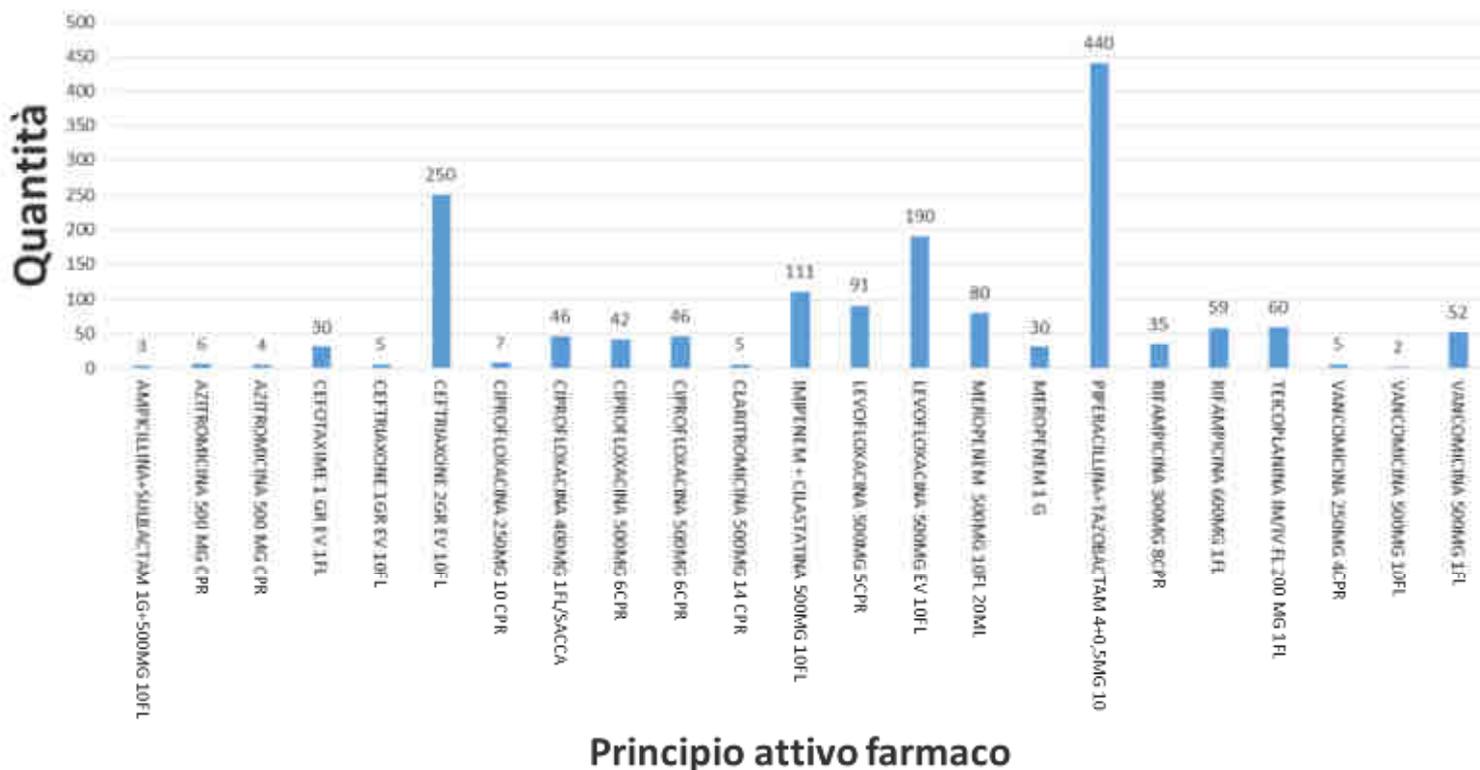


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Consumo antibiotici reparto U.O Riabilitazione Cardiorespiratoria anno 2023

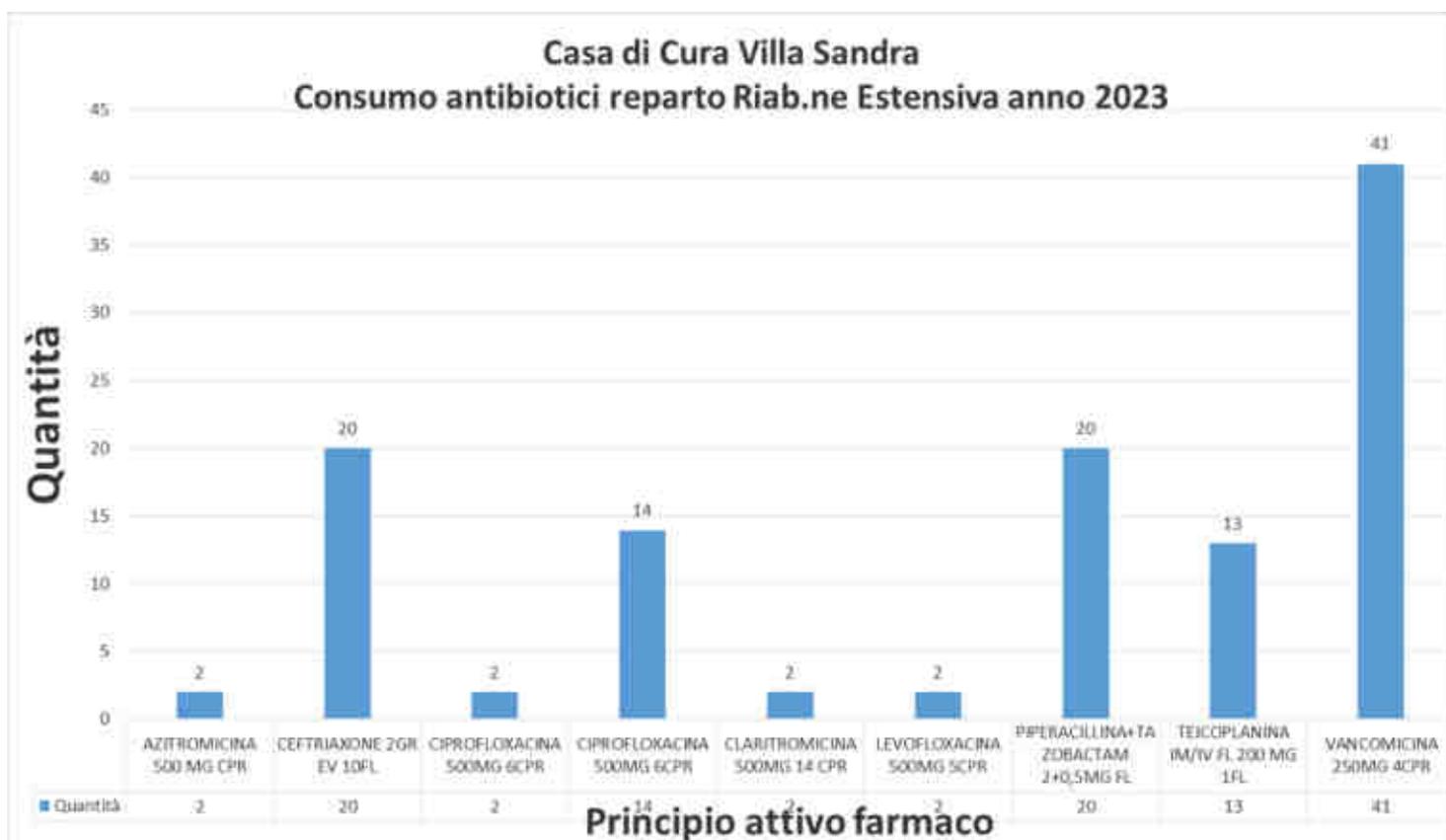
| Principio attivo | Quantità |
|-------------------------------------|-------------|
| AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG 10FL | 3 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 6 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 4 |
| CEFOTAXIME 1 GR EV 1FL | 30 |
| CEFTRIAXONE 1GR EV 10FL | 5 |
| CEFTRIAXONE 2GR EV 10FL | 250 |
| CIPROFLOXACINA 250MG 10 CPR | 7 |
| CIPROFLOXACINA 400MG 1FL/SACCA | 46 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 42 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 46 |
| CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 5 |
| IMIPENEM + CILASTATINA 500MG 10FL | 111 |
| LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 91 |
| LEVOFLOXACINA 500MG EV 10FL | 190 |
| MEROPENEM 500MG 10FL 20ML | 80 |
| MEROPENEM 1 G | 30 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 4+0,5MG 10 | 440 |
| RIFAMPICINA 300MG 8CPR | 35 |
| RIFAMPICINA 600MG 1FL | 59 |
| TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 60 |
| VANCOMICINA 250MG 4CPR | 5 |
| VANCOMICINA 500MG 10FL | 2 |
| VANCOMICINA 500MG 1FL | 52 |
| Totale complessivo | 1599 |

Casa di Cura Villa Sandra
Consumo antibiotici reparto U.O. Riab.ne Cardiorespiratoria anno 2023



Consumo antibiotici reparto Riabilitazione Estensiva anno 2023

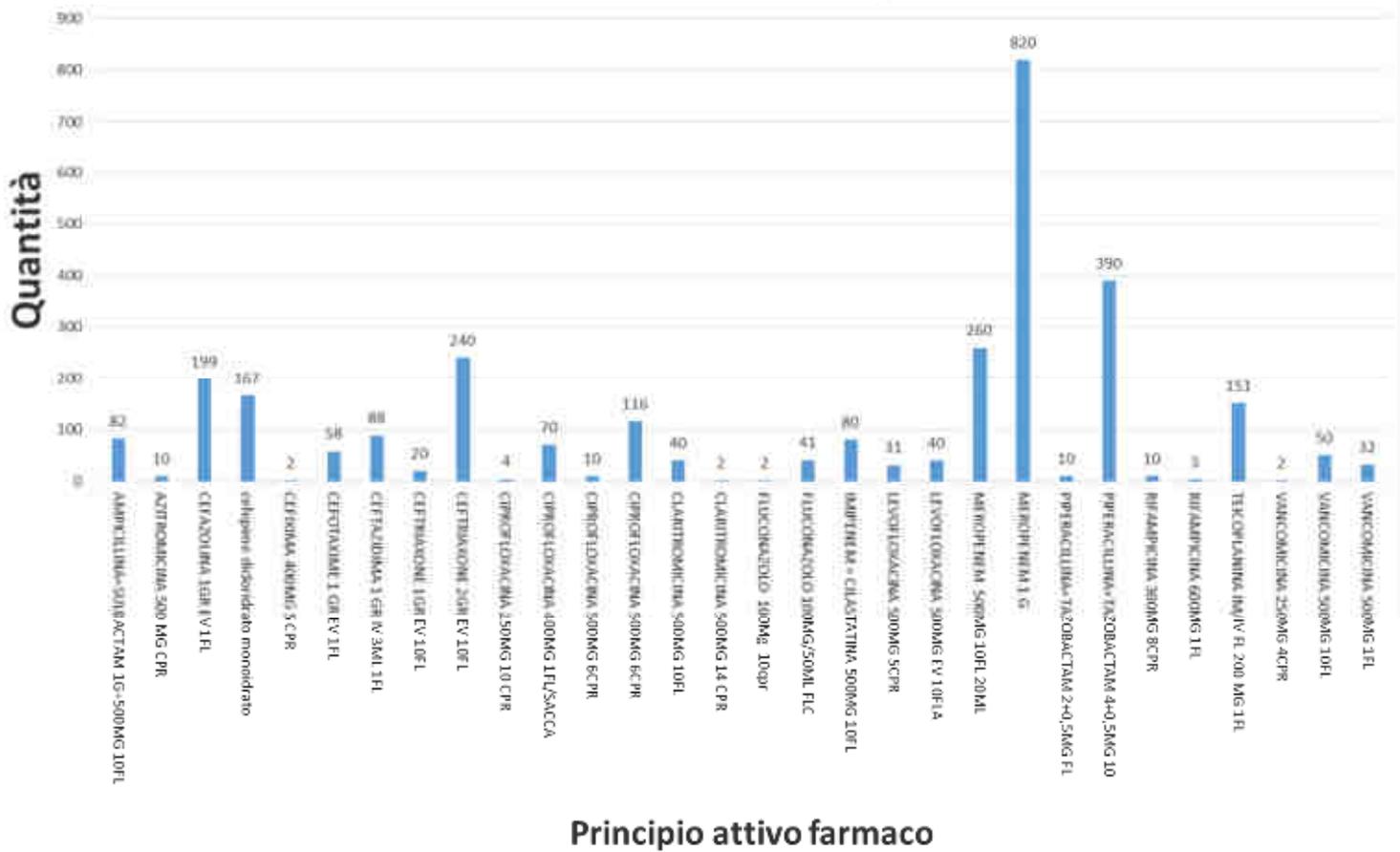
| Principio attivo | Quantità |
|-------------------------------------|------------|
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 2 |
| CEFTRIAXONE 2GR EV 10FL | 20 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 2 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 14 |
| CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 2 |
| LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 2 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 2+0,5MG FL | 20 |
| TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 13 |
| VANCOMICINA 250MG 4CPR | 41 |
| Totale complessivo | 116 |



Consumo antibiotici reparto U.O. Riabilitazione Neurologica anno 2023

| Principio attivo | Quantità |
|-------------------------------------|-------------|
| AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG 10FL | 82 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 10 |
| CEFAZOLINA 1GR EV 1FL | 199 |
| cefepime dicloridrato monoidrato | 167 |
| CEFIXIMA 400MG 5 CPR | 2 |
| CEFOTAXIME 1 GR EV 1FL | 58 |
| CEFTAZIDIMA 1 GR IV 3ML 1FL | 88 |
| CEFTRIAXONE 1GR EV 10FL | 20 |
| CEFTRIAXONE 2GR EV 10FL | 240 |
| CIPROFLOXACINA 250MG 10 CPR | 4 |
| CIPROFLOXACINA 400MG 1FL/SACCA | 70 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 10 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 116 |
| CLARITROMICINA 500MG 10FL | 40 |
| CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 2 |
| FLUCONAZOLO 100Mg 10cpr | 2 |
| FLUCONAZOLO 100MG/50ML FLC | 41 |
| IMIPENEM + CILASTATINA 500MG 10FL | 80 |
| LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 31 |
| LEVOFLOXACINA 500MG EV 10FLA | 40 |
| MEROPENEM 500MG 10FL 20ML | 260 |
| MEROPENEM 1 G | 820 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 2+0,5MG FL | 10 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 4+0,5MG 10 | 390 |
| RIFAMPICINA 300MG 8CPR | 10 |
| RIFAMPICINA 600MG 1FL | 3 |
| TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 151 |
| VANCOMICINA 250MG 4CPR | 2 |
| VANCOMICINA 500MG 10FL | 50 |
| VANCOMICINA 500MG 1FL | 32 |
| Totale complessivo | 3030 |

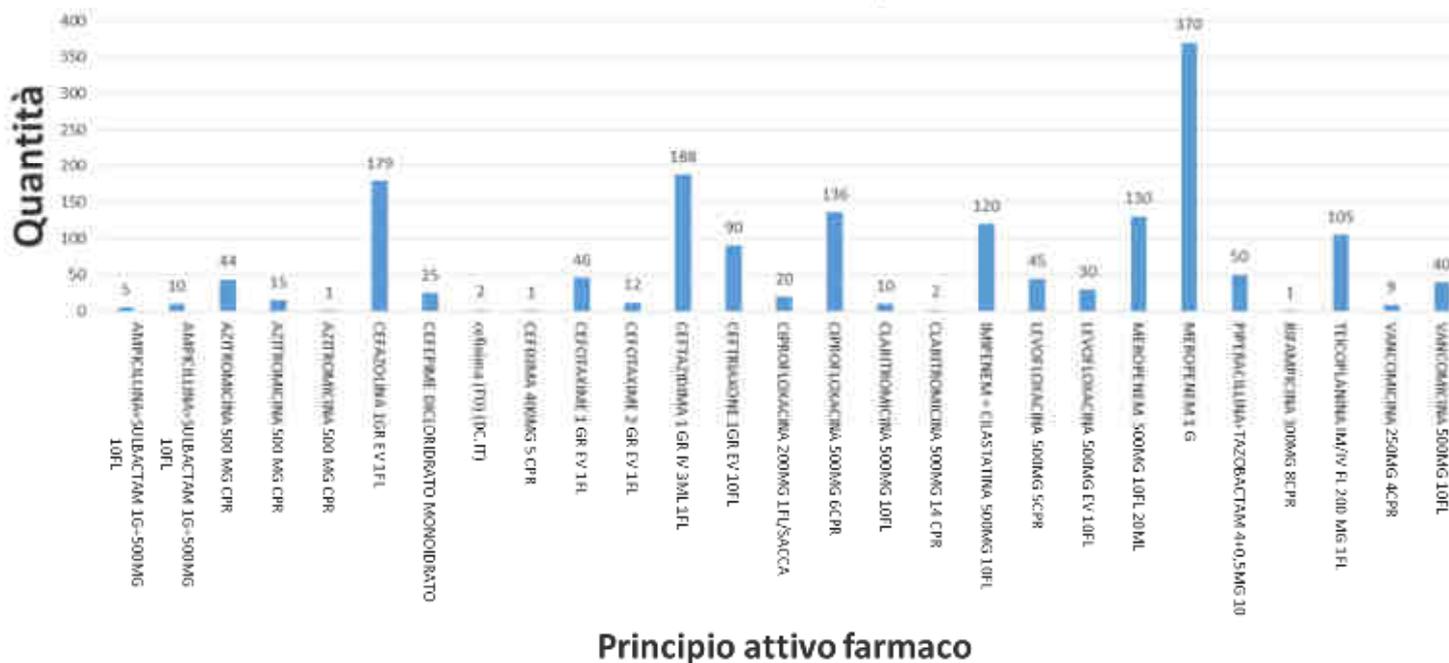
Casa di Cura Villa Sandra
Consumo antibiotici U.O. Riab.ne Neurologica anno 2023



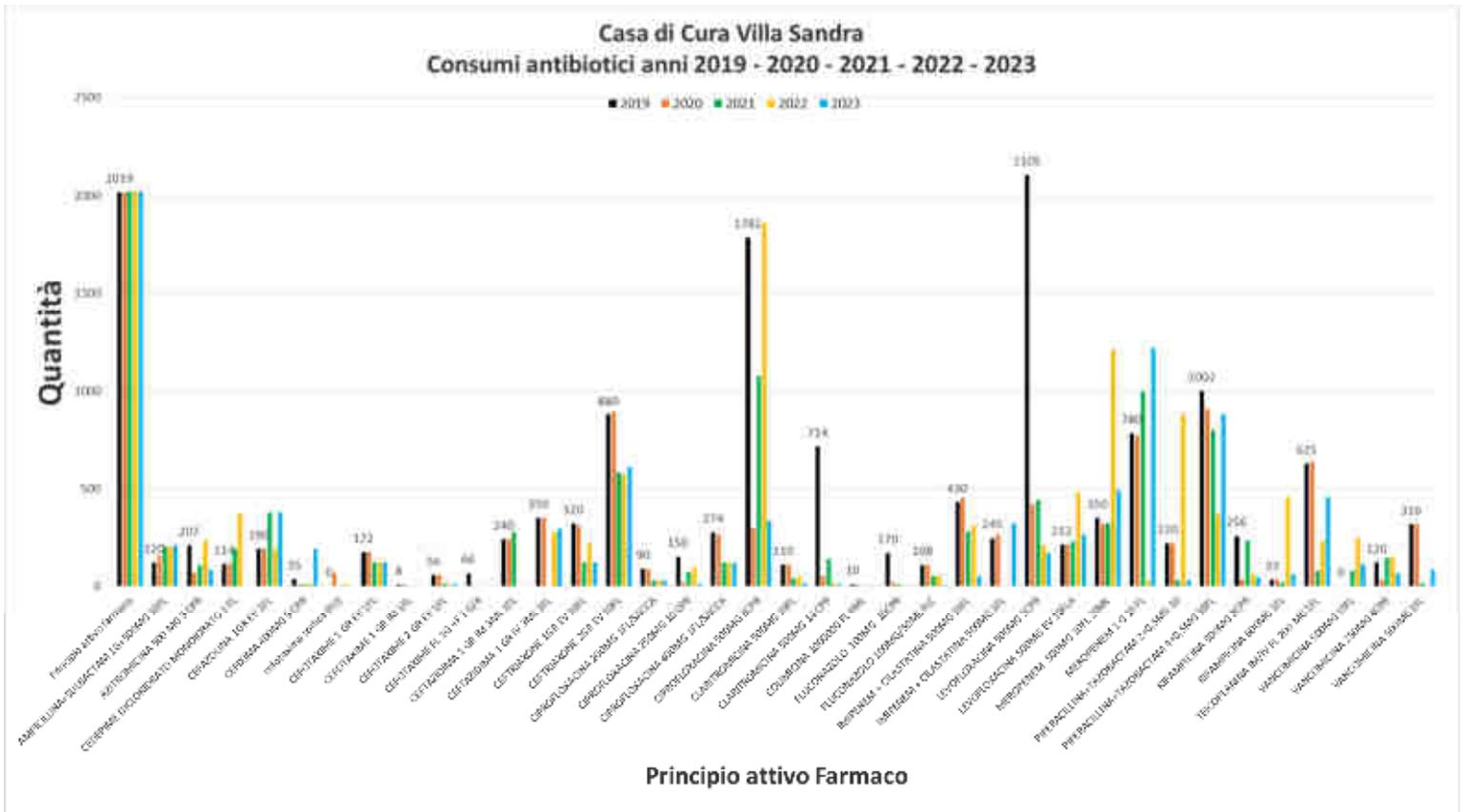
Consumo antibiotici reparto U.O. Riabilitazione Ortopedica anno 2023

| Principio attivo | Quantità |
|-------------------------------------|-------------|
| AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG 10FL | 5 |
| AMPICILLINA+SULBACTAM 1G+500MG 10FL | 10 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 44 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 15 |
| AZITROMICINA 500 MG CPR | 1 |
| CEFAZOLINA 1GR EV 1FL | 179 |
| CEFEPIME DICLORIDRATO MONOIDRATO | 25 |
| cefixima (FU) (DC.IT) | 2 |
| CEFIXIMA 400MG 5 CPR | 1 |
| CEFOTAXIME 1 GR EV 1FL | 46 |
| CEFOTAXIME 2 GR EV 1FL | 12 |
| CEFTAZIDIMA 1 GR IV 3ML 1FL | 188 |
| CEFTRIAZONE 1GR EV 10FL | 90 |
| CIPROFLOXACINA 200MG 1FL/SACCA | 20 |
| CIPROFLOXACINA 500MG 6CPR | 136 |
| CLARITROMICINA 500MG 10FL | 10 |
| CLARITROMICINA 500MG 14 CPR | 2 |
| IMIPENEM + CILASTATINA 500MG 10FL | 120 |
| LEVOFLOXACINA 500MG 5CPR | 45 |
| LEVOFLOXACINA 500MG EV 10FL | 30 |
| MEROPENEM 500MG 10FL 20ML | 130 |
| MEROPENEM 1 G | 370 |
| PIPERACILLINA+TAZOBACTAM 4+0,5MG 10 | 50 |
| RIFAMPICINA 300MG 8CPR | 1 |
| TEICOPLANINA IM/IV FL 200 MG 1FL | 105 |
| VANCOMICINA 250MG 4CPR | 9 |
| VANCOMICINA 500MG 10FL | 40 |
| Totale complessivo | 1604 |

Casa di Cura Villa Sandra
Consumo antibiotici U.O. Riab.ne Ortopedica anno 2023



Confronto consumo antibiotici anni 2019 – 2020 – 2021- 2022 - 2023



| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024</p> <p>PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

LEGENDA degli ACRONIMI utilizzati:

CC-ICA = Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all' Assistenza

ICA = Infezioni Correlate all' Assistenza

RM = Risk Manager

ICD Infezioni da Clostridium Difficilis

CPE = Enterobatteriacee Produttrici di Carbapenemi

MDRO = multi drug resistant organism

MRSA = Staphilococco Aureus Meticillino Resistente

SISP = SERVIZIO Igiene e Sanità Pubblica(ASL RM 3)

GOAS = Gruppo Operativo Antimicrobial Stewardship

PRP = Piano Regionale per la Prevenzione

ISC = Infezioni del Sito Chirurgico

DAPS = Dipartimento Aziendale delle professioni Sanitarie

URP = Ufficio Relazioni con il Pubblico

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATI

Allegato 1: Linee Guida di antibiotico-terapia

Allegato 2: Scheda Raccolta Dati Per i Singoli Casi Di Infezione Correlata All'assistenza (Ica)

Allegato 3: Informazioni per i Pazienti ricoverati nella Casa di Cura Villa Sandra: Le Infezioni Correlate All'assistenza (Infezioni Ospedaliere)

Allegato 4: Informativa per i VISITATORI di un paziente in area di isolamento (sottoposto a precauzioni di isolamento)

Allegato 5: Informativa AI FAMILIARI E PAZIENTI su: Malattia da Clostridium difficile

Allegato 6: Informativa per i PAZIENTI in area di isolamento (sottoposti a precauzioni di isolamento)

Allegato 7: Informativa su Klebsiella Pneumoniae produttrice di Carbapenemasi (KpKPC) Pazienti/portatori famigliari/care-giver e pazienti sottoposti a screening

Allegato 8: Procedura per la sorveglianza il controllo e la prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero.

Allegato 9: Procedure da seguire nel caso di punture da aghi o lesioni con taglienti contaminati o sospetti

Allegato 10: Consenso informato all'esecuzione del TEST HIV

Allegato 11: Scheda informativa Norovirus

Allegato 12: Informativa sulla pediculosi

Allegato 13: Informativa su scabbia

Allegato 14: IO 113 - GESTIONE RIFIUTI OSPEDALIERI Allegato 15: IO 15 – GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE

Allegato 16: IO 17 PIANO D'AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI PAG 155

ALLEGATO 17: Procedura/istruzione operativa sulla corretta gestione della terapia antibiotica (antimicrobial stewardship)

ALLEGATO 18: REGOLAMENTO DEL CCICA

ALLEGATO 19: VERBALI RIUNIONI DEL CCICA

ALLEGATO 20: PROCEDURE DI PREVENZIONE DELLA LEGIONELLA

ALLEGATO 1

INDICAZIONI DI TERAPIA ANTIBIOTICA

EMPIRICA

U.O. FARMACIA

CCICA AZIENDALE

Reparti di RIABILITAZIONE

INTENSIVA ESTENSIVA

CASA DI CURA VILLA SANDRA

Gennaio 2023

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

PREMESSA

Le presenti indicazioni sono state elaborate dalla Direzione Sanitaria, dai Referenti Medici per le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), dal CCICA della Casa di Cura Villa Sandra.

I protocolli di terapia antibiotica empirica sono stati costruiti prendendo in considerazione:

- le evidenze di Letteratura
- i profili di resistenza microbiologica sulla scorta dei dati di sorveglianza microbiologica a partenza dal Laboratorio
- il Prontuario Farmaceutico Aziendale (PTA).

Le eventuali prescrizioni off-label, infatti, sono state precedentemente approvate dalla apposita Commissione Farmaceutica Aziendale.

La terapia antibiotica deve essere quanto più possibile mirata e guidata dai risultati microbiologici.

Purtroppo, la terapia mirata rappresenta solo una piccola parte delle terapie antibiotiche complessive per diversi motivi: assente o tardivo ricorso agli esami microbiologici, risultati negativi per raccolta di campioni inadeguati o il precedente instaurarsi di chemioterapia antinfettiva, mancanza di materiale adatto da inviare in Laboratorio. Inoltre, in pazienti ospedalizzati, con patologie acute e spesso instabili, non è pensabile posticipare l'inizio della terapia fino al momento in cui siano disponibili gli esiti microbiologici. Pertanto, nella maggioranza dei pazienti è necessario impostare da subito una terapia empirica, da trasformare in mirata se, ed appena, possibile.

I Protocolli di terapia antibiotica empirica hanno lo scopo di uniformare i comportamenti prescrittivi dei diversi medici per gruppi di pazienti con caratteristiche sovrapponibili, prima dell'inizio di una terapia mirata, al fine di diminuire un uso improprio degli antibiotici che può determinare sia l'insorgenza e la diffusione di fenomeni di resistenza, sia la comparsa di effetti collaterali (*in primis* l'enterite da *Cl.difficile*). Proprio per ridurre, per quanto possibile, la selezione e l'estensione di fenomeni di resistenza ai Carbapenemi, in particolare in Enterobatteri ed altri microrganismi Gram -, sono state privilegiate in terapia empirica molecole antibiotiche alternative, limitando il ricorso non mirato a questa classe solo in casi particolari, oltre a quelli, evidentemente, successivamente guidati dal referto microbiologico.

L'obiettivo primario è quindi permettere al prescrittore la facile identificazione di uno schema terapeutico congruo, per scelta della molecola, dosaggio, durata e contenimento degli eventi avversi, per le più comuni patologie infettive riscontrabili nella pratica clinica ospedaliera.

E' chiaro che le indicazioni contenute nel presente documento possono essere modificate nel singolo paziente in base al diverso giudizio clinico ed all'analisi di particolari fattori di rischio, così come devono essere adattate alle eventuali modificazioni della funzionalità renale ed epatica o alla presenza di interazioni con altri farmaci. Per queste situazioni, si rimanda al materiale informativo dei diversi farmaci ed al parere dei consulenti interpellati per il caso specifico.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 75B Tel. 06659851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

Questa prima versione non comprende, infatti, le modifiche da considerare in caso di insufficienza renale, epatica o in gravidanza (tranne che per le infezioni del tratto urinario).

Se questo documento risconterà il gradimento dei clinici come strumento di consultazione abituale, verrà aggiornato ed ampliato in base alle richieste di miglioramento proposte.

Infine, questa iniziativa, che può sembrare poca cosa ma è frutto di un lungo ed approfondito lavoro di equipe, permette di:

- disporre di una base su cui analizzare l'appropriatezza antibiotica prescrittiva, a partenza dalle richieste motivate o analizzando campioni di cartelle cliniche, in un ambito di Antimicrobial-Stewardship e/o di obiettivi aziendali
- ipotizzare, quando possibile, il trasferimento di schemi previsti e ormai codificati (o, almeno, di alcuni di questi), su supporti informatizzati in parte già utilizzati, per guidare automaticamente la scelta dell'antibiotico nelle diverse patologie, limitando la possibilità di errori di durata, dosaggio, scelta della molecola altrimenti difficilmente identificabili e correggibili.

NOTE GENERALI

- **Eseguire prelievo di materiale biologico** per esami culturali, secondo tempi e modalità previste dal Manuale del Laboratorio di Microbiologia, **prima**, se possibile, **dell'inizio della terapia antibiotica**, in particolare in determinate situazioni (p.es., artrite settica e spondilodiscite).
- **Nei pazienti con riferita allergia alla penicillina, se possibile, non utilizzare antibiotici β -lattamici.** Valutare il tipo e le caratteristiche delle reazioni riferite in anamnesi (anno dell'ultimo episodio – maggiore o minore 5/10 -, tipo di reazione - cutanea con rash, sistemica con orticaria, edema laringeo, shock... -, tempo di insorgenza – immediate o ritardate -). Se non disponibili test allergologici alle penicilline considerarne l'esecuzione. Se necessaria comunque terapia con β -lattamici, Carbapenemi e Cefalosporine di III^o-IV^o generazione presentano una cross-reattività inferiore.
- **Nelle infezioni da MSSA (*Stafilococcus aureo* Meticillino-Sensibile)** antibiotici β -lattamici (cefazolina, oxacillina) sono più efficaci dei Glicopeptidi (Vancomicina, Teicoplanina) e vanno preferiti.
- Vancomicina e Teicoplanina sono indicate nelle infezioni da Stafilococchi Meticillino-Resistenti. La resistenza di Stafilococchi Coagulasi-negativi (*S.epidermidis*, *S.hominis*, *S.haemolyticus*,...) è maggiore per Teicoplanina che per Vancomicina.
- In caso di resistenza a Vancomicina o MIC > 1, utilizzare come alternative Daptomicina (in particolare in caso di batteriemie), Linezolid (in particolare in caso di polmonite), o Tigeciclina. Quasi sempre ad una MIC elevata per Vancomicina corrisponde una MIC elevata anche per Teicoplanina.
- **Le batteriemie da Stafilococchi Coagulasi-negativi**, sono da considerarsi vere (e non probabili)

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 75B Tel. 06659851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

contaminazioni se: positività di più flaconi (aerobi/anaerobi) nello stesso set di prelievo, di più emocolture entro 48 ore, positività medesimo antibiotipo su prelievi multipli.

- **Nelle terapia delle infezioni da anaerobi**, se utilizzate penicilline protette (amox./clav., PIP/TAZ) o Carbapenemi, l'uso di Metronidazolo è da considerare superfluo.



PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | 3° scelta | |
|--|---|---|--|---|
| AMBULATORIALI NO COMORBIDITA' | MACROLIDE: - Azitromicina 500 mg/die ○ - Claritromicina 500 mg x 2/die | - Doxiciclina 100 mg x 2/die | | Allergia a beta-lattamici |
| AMBULATORIALI CON COMORBIDITÀ <small>cardiopatia, pneumopatia, epatopatia, malattia renale, diabete, alcolismo, tumori, immunosoppressione, uso di antimicrobici nei precedenti 3 mesi</small> | FQ (Fluorochinolone): - Levofloxacina 500/750/1000 mg/die ○ - Moxifloxacina 400 mg/die | - Ceftriaxone 2 g/die ○ - Amoxicil./Clavulan. 2,2 g x 2 (x 3) die + MACROLIDE | - Ceftriaxone 2 g/die ○ - Amoxicil./Clavulanato 2,2 g x 2 (x 3)die + - Doxiciclina 100 mg x 2/die | FQ (Fluorochinolone) ○ - Doxiciclina 100 mg x 2/die |
| OSPEDALIZZATI NON ICU | FQ (Fluorochinolone): - Levofloxacina 500/750/1000 mg/die (se possibile x os) ○ - Moxifloxacina 400 mg/die | - Ceftriaxone 2 g/die ○ - Amoxicil./Clavulanato 2,2 g x 3 die ○ - Ertapenem 1 g/die + MACROLIDE | - Ceftriaxone 2 g/die ○ - Amoxicil./Clavulanato 2,2 g x 3/die + - Doxiciclina 100 mg x 2/die | FQ (Fluorochinolone) ○ - Doxiciclina 100 mg x 2/die |
| OSPEDALIZZATI ICU | - Ceftriaxone 2 g/die ○ - Cefotaxime 2 g x 3/die + - Levofloxacina 500/750/1000 mg/die | FQ (Fluorochinolone) + - PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x4) /die | (se FR MRSA) * seconda scelta + - Vancomicina 1g (1° dose) → 500 mg x 4/die ○ - Linezolid 600 mg x 2 | FQ (Fluorochinolone) + - Vancomicina 1g (1° dose) → 500 mg x 4/die ○ - Linezolid 600 mg x 2 |
| OSPEDALIZZATI RISCHIO PSEUDOMONAS | - PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x 4) ○ - Ceftazidime 2 g x 3/die ○ - Imipenem 500 mg x 4/die ○ - Meropenem 1 g x 3/die + - Ciprofloxacina 400 mg x 2/die ev ○ - Levofloxacina 750 mg/die | - PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x4) ○ - Ceftazidime 2 g x 3/die ○ - Imipenem 500 mg x 4/die ○ - Meropenem 1 g x 3/die + - Amikacina 15 mg/kg/ die + MACROLIDE* | - PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x4) ○ - Ceftazidime 2 g x 3/die ○ - Imipenem 500 mg x 4/die ○ - Meropenem 1 g x 3/die + - Amikacina 15 mg/kg/ die + FQ (Fluorochinolone) | FQ (Fluorochinolone) + - Amikacina 15 mg/kg/ die + - Meropenem * 1 g x 3/die |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 755 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |



- * **Fattori di Rischio per MRSA:** 1) precedente conosciuta infezione/colonizzazione; 2) frequenti dimissioni-riammissioni in Strutture Sanitarie, in particolare negli ultimi 3-6 mesi; diabete
- ** Se non esclusa eziologia da *Legionella* spp e/o patogeni atipici (*Mycoplasma*, *Chlamydiae*,..)
- # Valutare con attenzione rischio/beneficio e caratteristiche dell'allergia riferita (pregressi shock/solo reazioni cutanee)



BPCO RIACUTIZZATA (Durata 5-7 giorni)

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | 3° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|--|---|--|-----------------------|--|
| BPCO RIACUTIZZATA LIEVE NO COMORBIDITÀ * | - Amoxicillina/Clavulanato 1 g x 3/die ○ - Doxiciclina 100 mg x 2/die ○ - Trimetoprim/sulfametossazolo 1 cpr x 2/die | - Claritromicina 500 mg x 2/die ○ - Azitromicina 500 mg/die ○ - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die ○ - Ceftriaxone 2 g/die | | - Doxiciclina 100 mg x 2 ○ - Sulfametossazolo/trimetoprim 1 cpr x 2/die |
| BPCO RIACUTIZZATA MODERATA CON FATTORI DI | - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die | - Levofloxacina 750 mg/die ○ - Moxifloxacina 400 mg/die | - Ceftriaxone 2 g/die | FQ |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 73B Tel. 06659851 - Fax 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

BPCO RIACUTIZZATA
FATTORI DI RISCHIO x
Ps. aeruginosa

- Ciprofloxacina 500 mg x 2
 ○
 - Levofloxacina 750 mg

- PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x 4)/die
 ○
 - Ceftazidime 2 g x 3/die

- Imipenem** 500 mg x 4/die
 ○
 - Meropenem**1 g x 3/die

FQ

* Cardiopatia, pneumopatia, epatopatia, malattia renale, diabete, alcolismo, tumori, immunosoppressione, uso di antimicrobici nei precedenti 3 mesi
 BPCO lieve: *H. influenzae*, Pneumococco, Mycoplasmi, Chlamydiae, Virus
 BPCO Moderata / Grave: come lieve + Enterobacteriaceae
 Nella Bronchite Acuta (Virus respiratori, Mycoplasmi, Chlamydiae, *Bordetella pertussis*), **non indicata** alcuna terapia antibiotica. Se ritenuta, comunque, necessaria, utilizzare **Macrolide**



PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

(POLMONITE ACQUISITA IN OSPEDALE) HAP/HCAP# (Durata 7-10 giorni)

Condizione pazienti

1° scelta

2° scelta

Allergia a beta-lattamici

INSORTA PRECOCEMENTE
(< 96h) e senza FR per germi MDR

- Ceftriaxone 2 g/die
-
- Levofloxacin 750 mg/die
-
- Ertapenem 1 g/die

- Ceftriaxone 2g/die
- +
- Azitromicina 500 mg/die

- Levofloxacin 750 mg/die

INSORTA TARDIVAMENTE
(> 96h) e senza FR per germi MDR

- PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x 4)/die
- +
- Levofloxacin 750 mg/die
- ±
- Vancomicina 1g (prima dose)
→ 500 mg x 4 die
-
- Linezolid 600 mg x 2/die*

- Meropenem 1g x 3/die
- +
- Levofloxacin 750 mg/die
- ±
- Vancomicina 1g (prima dose)
→ 500 mg x 4 die
-
- Linezolid 600 mg x 2/die*

- Meropenem** 1g x 3/die
- +
- Levofloxacin 750 mg/die
- ±
- Vancomicina 1g (prima dose)
→ 500 mg x 4 die
-
- Linezolid 600 mg x 2/die*

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

POLMONITE da ASPIRAZIONE
ASCESSO POLMONARE

- PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x 4)/die

- Ceftriaxone 2 g/die
+
- Metronidazolo 500 mg x 3 (x 4)/die

- Levofloxacin 750 mg/die
+
- Metronidazolo 500 mg x 3 (x 4)/die

#HAP: Hospital Acquired Pneumonia
#HCAP: Health-Care Associated Pneumonia
* Pazienti a rischio per MRSA

Polmonite da ventilazione meccanica: VAP# (Durata 10-14 giorni)

Condizione pazienti

1° scelta

Alternativa se allergia o intolleranza

**AD ESORDIO PRECOCE
(< 96 ORE)**

- PIP/TAZ 4,5 g x 3 (x 4)/die
- +
- Levofloxacin 750 mg/die

- Meropenem * 1g x 3/die
- +
- Levofloxacin 750 mg/die

**AD ESORDIO TARDIVO
(> 96 ORE)**

- PIP/TAZ 4,5 g x3 (x 4)/die
- +
- Linezolid 600 mgx2/die
- ±
- Levofloxacin 750 mg/die

- Meropenem * 1g x 3/die
- +
- Vancomicina 1g (prima dose)
→ 500 mg x 4/ die
- ±
- Levofloxacin 750 mg/die

VAP (polmonite associata alla ventilazione meccanica)

* valutare con attenzione rischio/ beneficio e caratteristiche dell'allergia riferita (pregressi shock/solo reazioni cutanee)

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 73B Tel. 06659851 - Fax 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

FEBBRE/SEPSI PAZIENTE NEUTROPENICO/IMMUNODEPRESSO

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | <i>Allergia a beta-lattamici</i> |
|---|--|---|--|
| BASSO RISCHIO DOMICILIO Neutropenia < 7 gg, stabile, no | - Ciprofloxacina 750 mg x 2/die x os o - Levofloxacina 750 mg/die + - Amoxicillina/Clavulanato 875 mg/125 mg x 3/die | - Moxifloxacina 400 mg/die | - Ciprofloxacina 750 mg x2 /die (os) - 400 mg x 2 (ev) o - Levofloxacina 750 mg/die + - Clindamicina 300 mg x 4/die |
| BASSO RISCHIO RICOVERO Neutropenia < 7 gg, stabile no | - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die | - Imipenem 500 mgx4/die* o - Meropenem 1 g x 3/die * | - Amikacina 15 mg/kg/die |
| ALTO RISCHIO RICOVERO Neutropenia > 7 gg, instabile con comorbidità | - Gentamicina 5 mg/kg/die o - Amikacina 15 mg/kg/die + - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die | - Gentamicina 5 mg/kg/die o - Amikacina 15 mg/kg/die + - Imipenem 500 mg x4/die * o - Meropenem 1 g x 3/die * | - Amikacina 15 mg/kg/die + - Ciprofloxacina 750 mg x 2/die |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>ALTO RISCHIO, RICOVERO Se instabile dopo 3-5 gg</p> | <p>COME SOPRA + Vancomicina 1 g x 2/die</p> | <p>- COME SOPRA + - Vancomicina 1 g x 2/die + - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die • - Imipenem 500 mg x 4/die* - Meropenem 1 g x 3 /die * + - Amikacina 15 mg/kg/die + - Vancomicina 1 g x 2/die + - Antimicotico (Echinocandine#)</p> | <p>- COME SOPRA + - Vancomicina 1 g x 2/die + - Vancomicina 1 g x 2/die + - Amikacina 15 mg/kg/die + - Ciprofloxacina 400 mg x 2/die + - Antimicotico (Echinocandine#)</p> |
| <p>SEPSI SEVERA/SHOCK SETTICO</p> | | | |

*se rischio ESBL e/o precedente uso PIP/TAZ; #de-escalation eventuale ad azolici

SEPSI ORIGINE NON NOTA IN PZ NON NEUTROPENICO

Condizione pazienti

1° scelta

2° scelta

Allergia a beta-lattamici

ORIGINE NON NOTA

PIP/TAZ 4,5 g x 4/die

o

Meropenem 1 g x 3/die

±

Vancomicina

→ TERAPIA MIRATA

entro 3-5 gg

- Amikacina 15 mg/kg/die

±

- Vancomicina 500 mg x 4/die

SEPSI CVC CORRELATA

Condizione pazienti

1° scelta

2° scelta

Allergia a beta-lattamici

SEPSI CVC CORRELATA

PIP/TAZ 4,5 g x 4/die

o

Meropenem 1 g x 3/die

+

Vancomicina 500 mg x 4/die

→ TERAPIA MIRATA

entro 3-5 gg

- Amikacina 15 mg/kg/die

+

- Vancomicina 500 mg x 4/die

INFEZIONI ADDOMINALI E SEPSI CORRELATA (Durata 10-14 giorni)

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | 3° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| SEPSI IN INFEZIONI INTRADDOMINALI/PELVICHE [REDACTED] ORIGINE COMUNITARIA | - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die | - Imipenem 500 mg x 4/die o - Meropenem 1 g x 3/die | - TERAPIA MIRATA entro 3-5 gg | - Tigeciclina 1° dose unica 100 mg, poi 50 mg x 2/die |
| SEPSI IN INFEZIONI INTRADDOMINALI/PELVICHE POST CHIRURGICHE | - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die ± - Vancomicina 500 mg x 4/die ± - Amikacina 15 mg/kg/die ± - Antifungino (Fluconazolo/Echinocandina) | - Meropenem 1 g x 3/die ± - Vancomicina 500 mg x 4/die ± - Antifungino (Fluconazolo/Echinocandina) | - TERAPIA MIRATA entro 3-5 gg | - Ciprofloxacina 400 mg x 2/die + - Vancomicina 500 mg x 4/die + - Metronidazolo 500 mg x 4/die ± - Amikacina 15 mg/kg/die ± - Antifungino (Fluconazolo/Echinocandina) |



PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

**SEPSI IN INFEZIONI A
PARTENZA DALLE VIE BILIARI**

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die

- Imipenem 500 mg x 4/die

o

- Meropenem 1 g x 3/die

- **TERAPIA MIRATA** entro 3-5 gg

- Tigeciclina 1° dose unica 100 mg
poi 50 mg x 2/die

INFEZIONI VIE URINARIE (UTI) E UROSEPSI

DONNE NO PATOLOGIE ASSOCIATE

(NO FQ)

Condizione pazienti

1° scelta

2° scelta

Allergia a betalattamici

BATTERIURIA ASINTOMATICA

NO*

NO*

NO*

- Nitrofurantoina 100 mg x 3 o x 4/die (no IR o def G6PDH). **Durata 3-5 gg**

- Sulfametozolo-trimetoprim 800/160 mg x 2/die. **Durata 3-5 gg**

UOMINI NO PATOLOGIE # (urocoltura poi terapia empirica)

- Ciprofloxacina 500 mg x 2/die

UOMINI ANZIANI

DONNE IN GRAVIDANZA O CON COMORBIDITÀ

(urocoltura 2 camp. se asintomatico o 1

PORTATORI DI CV CON FEBBRE

(rimozione CV, urocoltura, emocoltura)

- Cefixime 400 mg/die os

- Nitrofurantoina 100 mg x 3/die (no III trimestre)

- Amoxicillina/Clavulanato 1g x 3 PIP/TAZ 4,5 g x 4/die
- Cefixime 400 mg/die os (no I trim.)

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die

- Amikacina 15 mg/kg/die

UROSEPSI COMUNITARIA

(** Ciprofloxacina da preferire se età < 40 aa; PIP/TAZ se > 40 aa)

- Ciprofloxacina 500 mg x 2/die **

o

- Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3 ev

±

- Sulfametozolo-trimetoprim 800/160 x 2/die

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die **

- Amikacina 15 mg/kg/die



PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

UROSEPSI

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die
+
- Amikacina 15 mg/kg/die

- Imipenem 500 mg x 4/die
o
- Meropenem 1 g x 3/die

- Amikacina 15 mg/kg/die

SEPSI SEVERA/SHOCK SETTICO

- Imipenem 500 mg x 4/die
o
- Meropenem 1 g x 3/die
+
- Vancomicina 500 mg x 4/die

- Amikacina 15 mg/kg/die
+

*eccetto in gravidanza e preparazione intervento chirurgico # considerare prostatite: in questo caso terapia prolungata per 14-21 giorni

INFEZIONI OSTEO-ARTICOLARI (Durata: concordare con infettivologo)

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|--|--|-------------------------|---|
| <p>ARTRITE SETTICA <i>(Eseguire sempre prelievi per esami microbiologici, anche ripetuti, prima di iniziare la terapia)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die <li style="text-align: center;">o - Ceftriaxone 2 g/die <li style="text-align: center;">o - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die | <p>→ TERAPIA MIRATA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2 /die <li style="text-align: center;">o - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die <li style="text-align: center;">± - Levofloxacinina 500 mg/die |
| <p>OSTEOMIELETTA EMATOGENA <i>(Eseguire sempre prelievi per esami microbiologici, anche ripetuti, prima di iniziare la terapia)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die <li style="text-align: center;">o - Ceftriaxone 2 g x 2/die <li style="text-align: center;">o - Vancomicina* 1 g x 2/die <li style="text-align: center;">± - Levofloxacinina 500 mg/die | <p>→ TERAPIA MIRATA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2 /die <li style="text-align: center;">o - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die <li style="text-align: center;">± - Levofloxacinina 500 mg/die |
| <p>OSTEOMIELETTA IN FRATTURA ESPOSTA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die <li style="text-align: center;">o - PIP/TAZ 4,5 g x 3 o x 4/die <li style="text-align: center;">+ - Vancomicina* 1 g x 2/die | | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2 /die <li style="text-align: center;">o - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die <li style="text-align: center;">± - Levofloxacinina 500 mg/die |
| <p>SPONDILODISCITE EMATOGENA <i>(Eseguire sempre prelievi per esami microbiologici, anche ripetuti, prima di iniziare la terapia)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 2,2 g x 3/die <li style="text-align: center;">o - Ceftriaxone 2 g/die <li style="text-align: center;">o - PIP/TAZ 4,5 g x 3 o x 4/die | <p>→ TERAPIA MIRATA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2 /die <li style="text-align: center;">o - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die <li style="text-align: center;">± - Levofloxacinina 500 mg/die |



PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

INFEZIONE PRECOCE DI PROTESI

< 1 mese

(Eseguire sempre prelievi per esami microbiologici, anche ripetuti, prima di iniziare la terapia)

| |
|---|
| - Vancomicina 1 g x 2 /die |
| o |
| - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die |
| + |
| - Ceftriaxone 2 g x 2/die |

→ TERAPIA MIRATA

| |
|---|
| - Vancomicina 1 g x 2 /die |
| o |
| - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die |
| + |
| - Levofloxacin 500 mg/die |

INFEZIONE TARDIVA DI PROTESI

> 1 mese

(Eseguire sempre prelievi per esami microbiologici, anche ripetuti, prima di iniziare la terapia)

| |
|---|
| - Vancomicina 1 g x 2 /die |
| o |
| - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die |
| + |
| - Ceftriaxone 2 g x 2/die |

→ TERAPIA MIRATA

| |
|---|
| - Vancomicina 1 g x 2 /die |
| o |
| - Teicoplanina carico 12 mg/kg x 3 dosi ogni 12 ore, poi 12 mg/kg/die |
| + |
| - Levofloxacin 500 mg/die |

* se MRSA

CUTE E TESSUTI MOLLI

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|--|---|---|---|
| CELLULITE/ERISPELA Ambulatoriale | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 1 g x 3/die ± - Sulfametoxazolo/Trimetoprim 1 cpr x 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina 100 mg x 2/die <p style="text-align: center;">o</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina/Clavulanato 1 g x 3/die ± - Sulfametoxazolo/Trimetoprim 1 cpr x 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 500 mg/die ± - Sulfametoxazolo/Trimetoprim 1 cpr x 2 |
| CELLULITE/ERISPELA Ricoverato | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2 /die | | <ul style="list-style-type: none"> - Clindamicina 600mg x 3/die <p style="text-align: center;">o</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 1 g x 2/die |
| FASCITE NECROTIZZANTE GANGRENA DI FOURNIER (-> sempre sbrigliamento/ | <ul style="list-style-type: none"> - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die + - Clindamicina 600 mg x 3/die + | <ul style="list-style-type: none"> - Meropenem 1 g x 3/die + - Daptomicina 4 mg/kg/die | <ul style="list-style-type: none"> - Levofloxacin 500 mg x 2/die + - Metronidazolo 500 mg x 4/die + |
| GANGRENA GASSOSA | <ul style="list-style-type: none"> - Ampicillina 12 g/die (3 g x 4) ± - Clindamicina 600 mg x 3/die | <ul style="list-style-type: none"> - PIP/TAZ 4,5 g x 4/die + | <ul style="list-style-type: none"> - Ciprofloxacin 400 mg x 2/die + |



PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

PIEDE DIABETICO

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die
o
- Ertapenem 1g die
+
- Vancomicina 1 g x 2 /die

- Meropenem 1 g x 3/die
+
- Vancomicina 1 g x 2 /die

- Ciprofloxacina 400 mg x 2/die
+
- Daptomicina 4 mg/kg/die

SEPSI CORRELATA A INFEZIONE CUTE/TESSUTI MOLLI

- PIP/TAZ 4,5 g x 4/die
+
- Vancomicina 1 g x 2/die

- Ceftriaxone 2 g x 2/die
+
- Clindamicina 600 mg x 3/die

- Daptomicina 4 mg/kg/die
+
- Clindamicina 600 mg x 3/die

ENDOCARDITE INFETTIVA #

| Condizione pazienti | 1° scelta | 2° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|------------------------------------|--|--|---|
| INFEZIONE VALVOLA NATIVA | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">+ - Gentamicina 3 mg/kg/die | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">o - Teicoplanina 8-10 mg/kg/die (dopo carico x 3 ogni 12 h) <li style="text-align: center;">+ - Ceftriaxone 2 g/die | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">+ |
| INFEZIONE VALVOLA PROTESICA | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">+ - Gentamicina 3 mg/kg/die* <li style="text-align: center;">+ | <ul style="list-style-type: none"> - Daptomicina 8 mg/kg/die <li style="text-align: center;">+ - Rifampicina 900 mg/die e.v. > os (600+300 mg) <li style="text-align: center;">± | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">+ - Gentamicina 3 mg/kg/die <li style="text-align: center;">+ |
| PZ TOSSICODIPENDENTE | <ul style="list-style-type: none"> - Oxacillina 6 g x 2 die (12 g/die totali) in infusione continua <li style="text-align: center;">+ - Gentamicina 3 mg/kg/die | <ul style="list-style-type: none"> - Daptomicina 8 mg/kg/die <li style="text-align: center;">+ - Gentamicina 3 mg/kg/die | <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 15 mg/kg/12 ore* in infusione continua <li style="text-align: center;">+ |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Eseguire **sempre prima di iniziare il trattamento almeno 3 coppie di Emocolture**, da ripetere se negative dopo 24 ore, senza iniziare terapia empirica se il paziente è stabile e senza insufficienza cardiaca acuta * **N.B:** monitorare attentamente la funzionalità renale

PROFILASSI ANTIBIOTICA ENDOCARDITE INFETTIVA

| Condizione pazienti [§] | 1° scelta | 2° scelta | Allergia a beta-lattamici |
|----------------------------------|---|--|--|
| ADULTI | <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicillina 2 g per os 1 ora prima della procedura | <ul style="list-style-type: none"> - Ampicillina 2 g e.v. o i.m. 30 min prima della procedura <li style="text-align: center;">o - Cefazolina 1 g e.v. o i.m. 30 min prima della procedura | <ul style="list-style-type: none"> - Clindamicina 600 mg per os 1 ora prima della procedura |

[§] Presenza di protesi valvolari o di materiale protesico vascolare; precedenti endocarditi; difetti valvolari congeniti con o senza materiali protesici; trapiantati cardiaci con valvulopatie.

Manovre cavo orale: qualunque manipolazione del tessuto gengivale; interventi su tessuto apicale/periapicale; perforazione della mucosa orale. **No per** prolapsi valvolari, applicazione o sostituzione di apparecchiature ortodontiche.

* Utilizzare come da PTA, associazione Amoxicillina/Clavulanato



VILI
00148 RI
Tel. 0860

PARS 2024

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

| PRINCIPIO ATTIVO | DOSE GIORNALIERA | COSTO GIORNALIERO in € |
|------------------------------|--|---|
| Amikacina | 15 mg/kg/die o 500x2 o 1g/die | 0,74 |
| Amoxicillina /Clavulanato | 875/125 mg x 3 | 0,24 |
| Amoxicillina /Clavulanato | 2,2 g x 3 | 3,45 |
| Amoxicillina /Clavulanato | 12 g | 6,90 |
| Ampicillina | 2 g x 6 o 12 g | 7,15 |
| Azitromicina | 500 mg | 0,21 |
| Cefixima | 400 mg | 0,59 |
| Cefotaxima | 2 g x 3 | 3,72 |
| Ceftazidima | 2 g x 3 | 3,74 |
| Ceftriaxone | 2 g x 2 - 2 g | 1,64 - 0,82 |
| Ciprofloxacina (os) | 500 mg x 2 - 500 mg x 3 | 0,07 - 0,11 |
| Ciprofloxacina (os) | 750 mg x 2 (cpr da 500 mg + 1/2 500 mg) | 0,05 |
| Ciprofloxacina (ev) | 400 mg x 2 | 1,48 |
| Claritromicina | 500 mg x 2 | 0,03 |
| Clindamicina | 600 mg x 3 - 600 mg x 4 | 1,2 - 1,6 |
| Daptomicina | 4 mg/kg/die - 8 mg/kg/die | 75,58/350 mg - 102,58/500 mg |
| Doxiciclina | 100 mg x 2 | 0,26 |
| Ertapenem | 1 g | 36,10 |
| Gentamicina | 3 mg/kg - 5 mg/kg | 0,6 - 1 |
| Imipenem | 500 mg x 4 | 10,26 |
| Levofloxacina | 500 mg | orale: 0,17 o ev 0,64 |
| Levofloxacina | 750 mg | orale: 0,25 o ev 0,96 |
| Levofloxacina | 1000 mg | orale: 0,34 o ev 1,28 |
| Linezolid | 600 mg x 2 | 110,79 |
| Meropenem | 1g x 3 - 2g x 3 | 8,91 - 17,82 |
| Metronidazolo (ev) | 500 mg x 4 - 500 mg x 3 | 1,06 - 0,79 |
| Moxifloxacina | 400 mg | 0,70 |
| Nitrofurantoina | 100 x 3 - 100 x 4 | 0,15 - 0,20 |
| Oxacillina | 2 g x 6 - 12 g/die | 16,32 |
| Piperacillina /Tazobactam | 4,5 g x 4 - 4,5 g x 3 | 5,32 - 3,99 |
| Rifampicina (ev) | 900 mg | 8,44 |
| Rifampicina (os) | 600 mg + 300 mg o 450 mg x 2 | 0,54 o 0,55 |
| Sulfametossazolo-trimetoprim | 800/160 mg x 2 | 0,21 |
| Sulfametossazolo-trimetoprim | 4 fl x 3 | 21,00 |
| Teicoplanina | 6 mg/kg x 3 ogni 12 h poi 6 mg/kg/die | 113,46 (carico) - 37,82 (mantenimento) |
| Teicoplanina | 8-10 mg/kg/die (dopo carico x 3 ogni 12 h) | 208,01 (carico) - 75,64 (mantenimento) |
| Tigeciclina | 100 mg | 98,27 |
| Vancomicina | 1 g x 2 | 2,66 |
| Vancomicina | 500 mg x 4 o 30 mg/kg | 3,03 |
| Ambisome | 3 mg/kg/die - 5 mg/kg/die | 667,25 - 1111,3 |
| Anidulafungina | 200mg (carico) - 100mg (mantenimento) | 644 (carico) - 322 (mantenimento) |
| Caspofungina | 70mg (carico) - 50mg (mantenimento) | 510,31 (carico) - 401,19 (mantenimento) |
| Fluconazolo (os) | 800 mg (carico) - 400 mg (mantenimento) | 0,64 (carico) - 0,32 (mantenimento) |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Fluconazolo (ev) | 800 mg (carico) - 400 mg (mantenimento) | 1,88 (carico) - 0,942 (mantenimento) |
| Voriconazolo (os) | 400 mg x2 (carico) - 200 mg x 2 (mantenimento) | 151,08 (carico) - 75,54 (mantenimento) |
| Voriconazolo (ev) | 6 mg/kg/die (carico) - 4 mg/kg/die (mantenimento) | 472,1 (carico) - 314,7 (mantenimento) |

Allegato 2

SCHEDA RACCOLTA DATI PER I SINGOLI CASI DI INFEZIONE CORRELATA ALL'ASSISTENZA (ICA)
LE SCHEDE DI RACCOLTA DEI DATI PER SINGOLE INFEZIONI DA PATOGENI ALERT
SONO RIPORTATE IN UN PROGRAMMA DI INTRANET AZIENDALE CONSULTABILE.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06659851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |



ALLEGATO 3

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI RICOVERATI NELLA CASA DI CURA VILLA SANDRA: LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (INFEZIONI OSPEDALIERE)



*La **corretta igiene delle mani** è la "pietra miliare" per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie.*

In ospedale l'igiene delle mani è effettuata utilizzando anche la frizione con un prodotto a base alcolica



LA LOTTA CONTRO IL RISCHIO DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sono infezioni acquisite dal paziente durante il ricovero in ospedale.

Colpiscono **dal 5 al 10% dei pazienti** ricoverati

In alcuni casi possono essere molto gravi, anche se la maggior parte guarisce senza conseguenze dopo breve terapia.

Fattori predisponenti sono:

- Età (rischio maggiore per anziani e prematuri)
- Presenza contemporanea di più malattie, in particolare se croniche ed in grado di ridurre le difese immunitarie
- Durata dell'ospedalizzazione
- Interventi chirurgici, respirazione artificiale, uso di dispositivi invasivi (cateteri vescicali, cateteri vascolari, etc..)

Le infezioni ospedaliere sono prevenibili, ma non eliminabili! Solo 1/3 può essere prevenuto

Allegato 4

**Informativa per i VISITATORI
di un paziente in area di isolamento**
(sottoposto a precauzioni di isolamento)

**MANTENERE PULITE LE MANI E' LA PRIMA E PIU' EFFICACE
MISURA PER RIDURRE LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI**

**LAVARSI LE MANI O FRIZIONARLE CON DISINFETTANTE A BASE
ALCOLICA PRIMA DI USCIRE DALLA STANZA E FREQUENTEMENTE**

DURANTE LA GIORNATA



Il Medico che ha in cura il paziente ha stabilito che sia ricoverato in stanza di isolamento. Verrà posto un segnale all'ingresso della stanza con la tipologia di isolamento e le procedure da seguire per entrare e soggiornarvi.

Per il suo benessere e per quello degli altri pazienti, del personale e dei visitatori, dovete conoscere e aderire ad alcune misure di sicurezza.

In che cosa consistono le procedure d'isolamento?

Se un paziente ha un'infezione può essere necessario ricoverarlo in area di isolamento e seguire determinate procedure con l'obiettivo di prevenire la trasmissione dell'infezione ad altri pazienti, al personale ed ai visitatori.

Vi sono diversi tipi di isolamento, con relative procedure basate sulle rispettive modalità di trasmissione delle malattie. I germi possono essere trasmessi per:

- Via aerea: starnuti, tosse
- Contatto diretto (mani), e indiretto (ambiente, strumentario)

Pertanto, i pazienti con certe infezioni o semplicemente portatori di determinati germi vengono ricoverati in "stanze di isolamento" identificate con cartelli che ne indicano la tipologia, senza però alcuna possibilità di identificazione del paziente o della sua patologia:

- **Aereo**
- **Contatto**
- **Droplets/goccioline respiratorie**

In talune circostanze, e senza rischi per altri pazienti o visitatori, non disponendo di stanze singole, le misure di isolamento possono essere attuate in sicurezza anche in stanze a più letti utilizzando particolari precauzioni.

Cosa si deve fare ?

- **Mantenere pulite le mani** è la prima e più efficace misura per ridurre la diffusione delle infezioni. Tutti i visitatori devono lavarsi le mani o frizionarle con disinfettante prima di entrare ed uscire dalla stanza
 - **Prima di entrare chiedere informazioni al personale:** per ogni tipo di isolamento i visitatori, prima di entrare nelle stanze, devono chiedere al personale **medico ed infermieristico** quali indumenti di protezione indossare (guanti, camici, mascherine) e quali precauzioni adottare
 - **Quanti visitatori sono ammessi?:** quando il paziente è in isolamento è ammesso un solo visitatore per volta
 - **Qualità dell'assistenza:** Le precauzioni sono necessarie per prevenire il diffondersi di microrganismi ma l'isolamento non influisce in alcun modo sulla qualità delle cure
- Altri consigli:**
- Portare all'interno della stanza lo stretto indispensabile
 - Lavaggio indumenti: informarsi dal personale per eventuali precauzioni o specifiche indicazioni

Per ogni ulteriore chiarimento siete invitati a richiedere informazioni

al personale infermieristico

ALLEGATO 5

Informativa AI FAMILIARI E PAZIENTI su: *Malattia da Clostridium difficile*

Clostridium difficile (CD) è un batterio che può essere presente nell'intestino, ma che si può trovare come contaminante anche nell'ambiente nella sua forma più difficile da eliminare, la spora, che può sopravvivere per settimane. CD si introduce per via orale, raggiunge l'intestino e produce tossine che causano alterazioni a livello della mucosa.

Clinicamente la malattia si manifesta con un quadro di enterocolite (diarrea acquosa, perdita di appetito, nausea, dolori addominali). Le forme cliniche generalmente sono lievi, tanto che alcuni soggetti non accusano sintomi particolari. In altri casi, invece, il quadro clinico può diventare più importante. Alcune persone hanno un maggior rischio di infezione: esempio, gli anziani, i soggetti con difese immunitarie ridotte, i pazienti che hanno effettuato una prolungata terapia antibiotica.

CD è il maggior responsabile di diarrea infettiva negli ospedali e in altre strutture assistenziali, dove si può manifestare anche in forma epidemica. CD si trasmette generalmente attraverso le mani, che si contaminano per contatto

diretto (con le feci) o indiretto (con oggetti o superfici contaminate). E' quindi necessario adottare precauzioni che siano in grado di interrompere la trasmissione.

La diagnosi di infezione si basa sul quadro clinico e su esami di laboratorio, in particolare sulla ricerca delle tossine A e B nelle feci.

La terapia consiste nell'assunzione di antibiotici che agiscono a livello intestinale. In alcuni casi risulta necessario ripetere la terapia perché si manifesta una recidiva dell'infezione

LE MISURE DI CONTROLLO

La sistematica applicazione delle misure di seguito elencate è in grado di interrompere la catena di trasmissione e di prevenire la comparsa di nuovi casi di infezione da CD.

Ulteriori informazioni possono essere richieste al medico curante e all'infermiere che ha in cura il paziente.

Segnalazione sulla porta della camera. Il cartello che si trova sulla porta ha lo scopo di ricordare a tutti quelli che entrano di adottare le misure di prevenzione indicate.

Le mani sono il primo veicolo di diffusione: per questo è vivamente raccomandato che il paziente, gli operatori e i visitatori si lavino accuratamente le mani con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico. Vi sono alcuni momenti a particolare rischio infettivo: per il paziente dopo l'uso dei servizi igienici, ma se la persona è allettata o confusa deve essere aiutata a effettuare l'igiene delle mani in più momenti della giornata. I visitatori devono lavare le mani prima di contatti con il paziente (per evitare di contaminarlo) e prima di lasciare la stanza (per evitare di trasferire CD all'esterno).

Gli operatori sanitari effettuano l'igiene delle mani prima o dopo l'assistenza e dopo aver manipolato biancheria sporca, oggetti etc. anche se hanno indossato i guanti; infatti, i guanti non garantiscono una protezione assoluta.

Si ricorda che non deve essere utilizzata la molecola alcolica per la frizione delle mani in quanto l'alcool non agisce sulla spora.

La camera singola con bagno dedicato è preferibile e particolarmente raccomandata quando la persona è incontinente e non collabora attivamente all'osservanza delle misure di controllo. In caso contrario, si applicano le precauzioni da contatto, con particolare attenzione a quanto attiene il potenziale contatto con le feci del paziente. E' perciò consigliato l'uso di una sedia comoda personalizzata o di una padella che sia monouso o personalizzata.



PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

Visite di familiari, badanti, ecc.: è preferibile limitare, per quanto possibile, il numero di visitatori. La visita di bambini deve essere rimandata al termine dell'isolamento del paziente affetto da infezione da CD.

In genere anche per i visitatori si raccomanda l'impiego di guanti e camice monouso prima del contatto diretto con il paziente, la biancheria del letto o personale, le feci. Durante la visita è bene non sedersi sul letto, non appoggiare oggetti sul comodino e in caso di telefonate al cellulare evitare di far toccare la superficie del telefono al paziente.

Prima di lasciare la stanza, dopo aver tolto guanti e camice, i visitatori si devono lavare le mani, anche se hanno indossato i guanti.

Il trattamento della biancheria a domicilio. Manipolare con attenzione la biancheria, non appoggiarla a terra o sulla sedia, ma metterla in un sacchetto e portarla direttamente al lavaggio. Per il lavaggio a domicilio temperature uguali o superiori a 60°C e l'uso di detersivo sono considerati adeguati, oltre alla possibile aggiunta di candeggina.

La pulizia dell'ambiente. E' importante per impedire la trasmissione. Il locale al quale si deve prestare maggior attenzione è il servizio igienico: pulire non solo il pavimento, ma i sanitari (compreso l'asse del WC e il bidet), i rubinetti, gli interruttori e le maniglie della porta. Dopo aver pulito, disinfettare con un prodotto a base di cloro: **candeggina 20 ml in un litro d'acqua** o altri prodotti a base di cloro reperibili normalmente presso la grande distribuzione (es. Amuchina[®], Milton[®]), utilizzando le concentrazioni d'uso consigliate dal produttore.

Anche a livello di strutture sanitarie per la disinfezione ambientale viene utilizzato un prodotto a base di cloro, applicato secondo le modalità indicate dal protocollo di sanificazione, che sono indirizzate ad impedire la diffusione del CD nell'ambiente.

ALLEGATO 6

Informativa per i PAZIENTI in area di Isolamento

(sottoposti a precauzioni di isolamento)

**MANTENERE PULITE LE MANI E' LA PRIMA E PIU' EFFICACE
MISURA PER RIDURRE LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI
LAVARSI LE MANI O FRIZIONARLE CON DISINFETTANTE A BASE
ALCOLICA PRIMA DI USCIRE DALLA STANZA E
FREQUENTEMENTE
DURANTE LA GIORNATA**



Il vostro medico ha stabilito che è necessario un ricovero con isolamento.

Verrà posto un segnale all'ingresso della stanza di ricovero con la tipologia di isolamento e le procedure da seguire per entrare e soggiornarvi. Per il vostro benessere e per quello degli altri pazienti, del personale e dei visitatori, dovete conoscere ed aderire ad alcune misure di sicurezza.

L'isolamento può causare disagio: vi chiediamo la massima cooperazione per proteggere voi, gli altri pazienti, i visitatori ed il personale.

In che cosa consistono le procedure d'isolamento?

Se un paziente ha un'infezione può essere necessario ricoverarlo in area di isolamento e seguire determinate procedure con l'obiettivo di prevenire la trasmissione dell'infezione ad altri pazienti, al personale ed ai visitatori.

Vi sono diversi tipi di isolamento: le procedure sono basate sulle modalità di trasmissione delle malattie. I germi possono essere trasmessi per:

- Via aerea: starnuti, tosse
- Contatto diretto (mani), e indiretto (ambiente, strumentario)

Pertanto, i pazienti con certe infezioni o semplicemente portatori di determinati germi vengono ricoverati in "*stanze di isolamento*" identificate con cartelli che ne indicano la tipologia, senza però alcuna possibilità di identificazione del paziente o della sua patologia;

- **Aereo**
- **Contatto**
- **Droplets/goccioline respiratorie**

In talune circostanze, e senza rischi per altri pazienti o visitatori, non disponendo di stanze singole, le misure di isolamento possono essere attuate in sicurezza anche in stanza a più letti utilizzando particolari precauzioni

Cosa si deve fare ?

- Restate nella stanza; è consentito uscire quando si devono effettuare test medici, seguendo le istruzioni del personale
- Se volete uscire, informatevi sempre prima dal personale medico e infermieristico sulle corrette procedure
- Quanti visitatori sono ammessi?: quando il paziente è in isolamento è ammesso un solo visitatore per volta



PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

- **Qualità dell'assistenza:** Le precauzioni sono necessarie per prevenire il diffondersi di microrganismi, ma l'isolamento non influisce in alcun modo sulla qualità delle cure
- **A domicilio:** al momento della dimissione vi saranno illustrate eventuali precauzioni da seguire

Per ogni ulteriore chiarimento siete invitati a richiedere informazioni

al personale infermieristico

ALLEGATO 7

Informativa su *Klebsiella Pneumoniae* produttrice di Carbapenemasi (KpKPC) Pazienti/portatori famigliari/care-giver e pazienti sottoposti a screening

Cosa sono gli enterobatteri produttori di carbapenemasi?

- * germi che normalmente fanno parte della flora intestinale. **KpKPC** è il più importante microrganismo di questa
- * categoria germi che hanno sviluppato resistenza a quasi tutti gli antibiotici, compresi i carbapenemi, in quanto producono un enzima che li inattiva (carbapenemasi)
- * causa spesso di sola colonizzazione (stato di portatore), ma anche di infezioni extraintestinali gravi e difficili da curare per le scarse opzioni terapeutiche efficaci

Chi è il paziente portatore?

Il portatore è una persona che può trasmettere ad altri un germe pur non avendo alcun sintomo di infezione

Come ci si contagia con KpKPC?



La modalità più frequente è la trasmissione diretta da paziente infetto o colonizzato, oppure toccando superfici o oggetti contaminati (comodino, sponde del letto, strumentario sanitario, ecc...). Sono a maggior rischio i soggetti in gravi condizioni, i lungodegenti, gli esposti a prolungate terapie antibiotiche.

La regola più semplice ed efficace per prevenire l'infezione è applicare una scrupolosa igiene delle mani



PRECAUZIONI DA ADOTTARE DAL PAZIENTE PORTATORE DI KpKPC



1. In caso di ricovero in ospedale

Si applicano le precauzioni "**da contatto**". Se possibile, viene assegnata camera singola o insieme ad altri pazienti portatori di **KpKPC**; altrimenti, viene impostato isolamento funzionale in camera a più letti. La stanza sarà identificata da specifica modulistica. Il **paziente** può uscire dalla camera solo in situazioni prestabilite e non deve entrare nella stanza di altri pazienti. E' importante curare scrupolosamente la propria igiene personale, cambiare la biancheria (indumenti e asciugamani) tutti i giorni ed utilizzare solo il bagno a lui dedicato.

La regola più semplice ed efficace per prevenire l'infezione è applicare una scrupolosa igiene delle mani

Famigliari e conoscenti in visita devono lavarsi accuratamente le mani oppure igienizzarle con un prodotto alcolico ogni volta che escono ed entrano dalla camera, evitando di portare le mani alla bocca durante la permanenza nella camera. Inoltre non devono sedersi sul letto ed evitare l'utilizzo del bagno del paziente.

Medici e infermieri devono attenersi ad alcune norme precise:

- ✓ Scrupolosa igiene delle mani
- ✓ Utilizzo di guanti e camice prima dei contatti con il paziente
- ✓ Quando possibile, utilizzo di dispositivi medici dedicati

2. Quando si torna a casa

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



3. In caso di nuovo ricovero

Il paziente deve segnalare di essere portatore di un entero-batterio



altamente resistente agli antibiotici in modo tale che vengano attuate le precauzioni necessarie già al momento del ricovero.

PERCHE' FARE LO SCREENING?

Per prevenire la diffusione dell'infezione da **KpKPC** in ospedale, è indicato eseguire uno screening in determinate categorie di pazienti, maggiormente a rischio di essere portatori di **KpKPC** In particolare:

1. pazienti che vengono ricoverati in Rianimazione e Medicina d'Urgenza
2. pazienti provenienti da altri ospedali, RSA, Lungodegenze, Centri di riabilitazione neurologica pazienti provenienti da aree di endemia/epidemia
3. pazienti già noti come infetti/colonizzati

Inoltre, in presenza di un paziente infetto/colonizzato, saranno sottoposti a screening i possibili contatti, ovvero i compagni di stanza ed i degenti non autosufficienti del medesimo reparto.

LO SCREENING VIENE ESEGUITO TRAMITE TAMPONE RETTALE: l'esame è totalmente privo di rischi, non è pericoloso né doloroso. L'esito sarà disponibile dopo 48 ore.

LO SCREENING E' NELL'ESCLUSIVO INTERESSE DEL PAZIENTE ED HA L'UNICO SCOPO DI CONTENERE LA DIFFUSIONE

| | | |
|---|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Frosinone - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax. 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Allegato 8

| | | |
|--|---|--|
|  <p>CASA DI CURA VILLA SANDRA</p> | Casa di Cura Villa Sandra <i>U.O. Risk Management</i> |  |
| | PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI PATOGENI SENTINELLA IN AMBIENTE OSPEDALIERO | Rev. 02  Pag. 1 19.01.2022 |

INDICE

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | PREMESSA..... | 2 |
| 3. | SCOPO..... | 4 |
| 4. | DESTINATARI DELLA PROCEDURA..... | 4 |
| 5. | CAMPO D'APPLICAZIONE | 4 |
| 6. | LA SORVEGLIANZA..... | 5 |
| 7. | MODALITÀ OPERATIVE: COMUNICAZIONE ED ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE | 5 |
| 8. | ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE: PRECAUZIONI ED ISOLAMENTO | 9 |
| 9. | COMPETENZE E RESPONSABILITÀ..... | 13 |
| 10. | DATI DI ATTIVITÀ, VERIFICHE E REPORTISTICA | 15 |
| 11. | ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO..... | 16 |
| 12. | DOCUMENTI DI RIFERIMENTO..... | 17 |
| | ALLEGATO 1 MICRORGANISMI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA..... | 18 |
| | ALLEGATO 3 SCHEDA RILEVAZIONE GERMI ALERT... .. | 20 |
| | ALLEGATO 4 SCHEDA DI SEGNALAZIONE CPE..... | 21 |
| | ALLEGATO 5 SCHEDA DI ISOLAMENTO RIPETUTO GERME ALERT... .. | 22 |
| | ALLEGATO 6 PRECAUZIONI STANDARD..... | 23 |
| | ALLEGATO 7 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE..... | 27 |
| | ALLEGATO 8 SCHEDA DI VALUTAZIONE..... | 29 |

| Data | Descrizione | Redatto (Funzione) | Verificato | Approvato (Funzione) DSA |
|------|-------------|-----------------------|------------|--------------------------------|
|------|-------------|-----------------------|------------|--------------------------------|

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
|  <p>CASA DI CURA VILLA SANDRA DEFINITIVAMENTE ACCREDITATA con la Regione Lazio DCA n. 00132 del 11/04/2014 DCA n. 00058 del 13/02/2015 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333 info@villasandra.it - www.villasandra.it</p> | Casa di Cura Villa Sandra U.O. Risk Management |  | |
| | | PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI PATOGENI SENTINELLA IN AMBIENTE OSPEDALIERO | Rev.2 19.01.2022 |

PREMESSA

La strategia di controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) comprende la sorveglianza dei cosiddetti **patogeni "sentinella"** o **"alert microorganism"** (NB: nel corso della esposizione si userà indifferentemente l'una o l'altra denominazione). Questa definizione è riferita a microorganismi 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 (*MultiDrug Resistant Organisms*, MDRO).

Ne deriva la necessità di implementare programmi di sorveglianza e controllo che prevedano, al momento dell'isolamento di un germe alert, la sua segnalazione da parte del microbiologo e la successiva messa in atto di misure volte al contenimento della sua diffusione.

La presente procedura è parte integrante del protocollo sull'isolamento in Ospedale per quanto riguarda le linee generali dell'isolamento e rappresenta la parte operativa da attuare in caso di isolamento di germi sentinella per i pazienti ricoverati nelle UU.OO della Casa di Cura Villa Sandra.

1a. Generalità: i germi alert (o sentinella)

- **germi MDR MultiDrug Resistent**

I germi MDR condividono con i fenotipi antibiotico-sensibili meccanismi di virulenza e modalità di trasmissione ma sono resistenti a una o più classi di antibiotici. Responsabili di episodi epidemici ampiamente descritti in letteratura, sono ritenuti pericolosi anche in ragione delle scarse risorse terapeutiche attualmente a disposizione in campo antibiotico.

Le infezioni da essi sostenute possono acquisire carattere di particolare pericolosità per la difficoltà di trattamento, per la particolare virulenza di alcuni di essi (stafilococchi, pseudomonas, enterobacter) o per germi dotati di minore virulenza (acinetobacter, stentrophomonas, enterococchi), perché colpiscono pazienti con ridotti poteri di difesa immunitaria e di barriera.

I microorganismi multiresistenti generalmente non causano malattie infettive contagiose trasmissibili da soggetto infetto a soggetto sano e tantomeno da soggetto infetto agli operatori sanitari, ma devono essere oggetto di una sorveglianza strutturata e sistematica, in quanto particolarmente selezionabili in ambiente ospedaliero e diffusibili attraverso gli operatori sanitari e le manovre assistenziali (v. sotto).

- **altri germi sentinella in sorveglianza**

Sono inseriti nella lista dei germi oggetto di sorveglianza anche il **Clostridium Difficilis**, la **Legionella Pneumophila**, la **Candida**. Per il **Clostridium**, oltre che per la crescente diffusione, le difficoltà di eradicazione e le conseguenti recidive, la sorveglianza è motivata dalla facile diffusibilità negli ambienti di ricovero in assenza di misure di contenimento e dalla potenziale gravità delle forme cliniche (particolarmente sugli anziani). Per quanto riguarda la **Legionella**, non diffusibile per contagio interumano e non germe MDR ma pericoloso

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

contaminante ambientale, la sorveglianza si attiva per le sole forme di Legionellosi rilevata in persone già presenti in strutture sanitarie o socio-sanitarie nei 10 giorni precedenti l'isolamento.

La sorveglianza sulla **Candida** si attiva per i soli isolamenti su sangue o su liquor cerebro-spinale, con particolare ma non esclusivo riguardo per le aree di terapia intensiva.

In allegato 1 viene riportata la scheda riepilogativa dei germi sentinella.

Gli operatori sanitari sono il principale veicolo di trasmissione dei germi alert da paziente a paziente, **ove non adottino i comportamenti, le procedure e le precauzioni necessarie ad evitarne la trasmissione**, prima fra tutte il corretto **lavaggio delle mani**.

La necessità di adottare comportamenti assistenziali atti a ridurre quanto più possibile la trasmissione è diretta conseguenza dei rischi correlati alla presenza di tali microrganismi in ospedale, che si traduce in:

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

L'isolamento di un germe sentinella da un portatore può in generale configurare due distinte situazioni: la **colonizzazione** e l'**infezione**.

La **colonizzazione** è definita come la moltiplicazione a livello locale senza apparenti reazioni tissutali o sintomi clinici; non richiede necessariamente un trattamento antibiotico.

L'**infezione** avviene dopo invasione e moltiplicazione del microrganismo nell'ospite con associata risposta dello stesso (febbre, leucocitosi, drenaggio purulento, etc.). Preceduta solitamente dalla colonizzazione, richiede trattamento antibiotico.

I report epidemiologici per sito di infezione degli ultimi anni documentano una crescente prevalenza di isolamento di microrganismi multi resistenti (in particolare da sangue e da escreato di pazienti ricoverati in reparti intensivi). Analogamente, anche le infezioni intraospedaliere da Clostridium difficile mostrano trends epidemiologici in salita.

Da qui la necessità di riassumere in un protocollo specifico tutte le precauzioni da attuare allo scopo di circoscrivere i singoli eventi ed impedirne la diffusione.

1.b sintesi delle modalità operative

L'attivazione delle misure previste è basata sulla sola "positività microbiologica" del materiale inviato al Laboratorio di Microbiologia. Riguarda pertanto sia la colonizzazione che l'infezione del paziente, essendo indispensabile intervenire quanto più precocemente possibile per evitare la diffusione ulteriore del microrganismo in causa (evento epidemico).

Sono previste diverse modalità di intervento, graduate per intensità di risposta sulla base della frequenza e della tipologia degli isolamenti e delle relative segnalazioni:

- segnalazione di primo isolamento di germe alert, non preceduto da altri simili nella stessa U.O. in altro paziente entro i 5 giorni precedenti;
- rilevazione di cluster epidemico;
- rilevazione di una epidemia.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

L'**isolamento episodico** di un germe alert, fatta eccezione per la Legionella, prevede la tempestiva segnalazione da parte del medico del Laboratorio Analisi:

- 1) alla U.O. di provenienza della richiesta (per l'attivazione da parte del personale di questa delle misure di prevenzione/isolamento);
- 2) Alla Direzione Sanitaria.
- 3) Al Dirigente Infermieristico.

La segnalazione: **a)** di **Legionella** in soggetto già ricoverato nei 10 gg. precedenti; oppure del verificarsi: **b)** di un **cluster epidemico** (definizione: *verificarsi di almeno due casi concentrati nel tempo e nello spazio di infezioni che condividano uno o più fattori di rischio, le cui caratteristiche epidemiologiche suggeriscono che i fattori che le hanno determinate siano gli stessi*) entro uno spazio temporale di 5 giorni o **c)** di una vera **epidemia** (definizione: *rilevato aumento statisticamente*

significativo della frequenza di una malattia infettiva rispetto a quella normalmente osservata), prevedono in aggiunta a quanto sopra, la tempestiva attivazione:

- dell'infermiere Addetto alle Infezioni Correlate all'Assistenza;
- di una "task force" dedicata a tali emergenze (Nucleo di Primo Intervento Alert, NPI) appartenente al CC-ICA, per i provvedimenti immediati da adottare;
- a seguire, del Gruppo Operativo e/o dell'intero CC-ICA per le decisioni strategiche da prendere ai fini del suo contenimento.

(NB: le modalità operative saranno dettagliatamente descritte nei paragrafi successivi)

Il presente protocollo, pertanto, si configura come un punto di riferimento per il medico e il personale infermieristico di reparto affinché, di fronte di una diagnosi di colonizzazione/infezione da germe alert in un paziente ricoverato, **pongano immediatamente in atto misure operative e procedurali precauzionali finalizzate ad impedirne la trasmissione ad altri pazienti ricoverati.**

OGGETTO

Il presente protocollo tratta sia le colonizzazioni che le infezioni che riconoscono come agente eziologico i microorganismi alert.

Il documento esamina:

- i microorganismi alert da sorvegliare attivamente;
- le modalità operative da attuare per la segnalazione dell'isolamento di un germe alert da parte del microbiologo;
- le responsabilità del personale sanitario (medici/infermieri di reparto) coinvolto nella sorveglianza;
- le responsabilità dell'Infermiere AICA;
- le responsabilità della D.S.;
- le responsabilità del Gruppo Operativo, del Nucleo di Primo Intervento e del CC-ICA e le azioni da attuare a seguito dell'isolamento di un patogeno sentinella;
- azioni e strategie per contenerne diffusione e trasmissione.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 75B Tel. 06659851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

SCOPO

Scopo di codesta procedura è ridurre il rischio di diffusione dei germi alert in ambiente ospedaliero, applicando tutte quelle precauzioni utili ad interrompere la catena di trasmissione responsabile della colonizzazione/infezione di soggetti successivamente al primo.

Essendo indispensabile intervenire quanto più precocemente possibile per prevenire, contenere o possibilmente evitare il verificarsi di eventi infettivi di tipo epidemico, la procedura deve essere attuata anche in caso di semplice **colonizzazione** del paziente (condizione definita dalla "positività microbiologica" del materiale inviato in Laboratorio di Microbiologia senza alcun segno clinico di infezione nel paziente).

DESTINATARI DELLA PROCEDURA

La procedura è rivolta al personale sanitario (medici, infermieri, operatori sociosanitari) di tutte le UU. OO. Casa di Cura Villa Sandra ed al personale non sanitario (ad es. personale addetto alle pulizie e al trasporto) che in tale ambito venga in contatto per ragioni professionali con pazienti colonizzati/infetti da germi alert.

La procedura deve essere presa in considerazione anche per la stesura dei piani di coordinamento previsti dall'articolo 26 del D.Lgs. 81/08 (Testo Unico in materia di sicurezza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro) e s.m.i.

CAMPO D'APPLICAZIONE

La procedura si applica a partire dall'isolamento di un germe alert su materiale biologico conferito alla sezione Microbiologia del Laboratorio Analisi da parte delle Unità Operative della Casa di Cura Villa Sandra.

LA SORVEGLIANZA

Il Gruppo di Lavoro del CC-ICA, in relazione all'epidemiologia locale ed alle indicazioni in materia riportate in letteratura, ha definito il seguente elenco di germi sentinella da sottoporre a sorveglianza:

- *germi MDR:*
 - Cocchi gram positivi con particolare spettro di antibiotico resistenza:
 - Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA),
 - Staphylococcus aureus con resistenza intermedia alla vancomicina (VISA),
 - Enterococcus faecalis e faecium resistenti alla vancomicina (VRE),
 - Streptococcus pneumoniae resistente a penicillina
 - Acinetobacter species multi resistente
 - Pseudomonas aeruginosa resistente a ceftazidime e carbapenemici
 - Stenotrophomonas maltophilia
 - Enterobatteri produttori di ESBL e/o carbapenemasi (CPE)
- *altri:*
 - Clostridium difficile
 - Legionella pneumophila (positività dell'antigene urinario)
 - Candida spp. (su sangue o liquor)

(Per le caratteristiche dei MDRO selezionati, si rimanda all'allegato 1)

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

MODALITÀ OPERATIVE: COMUNICAZIONE ED ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Si riportano di seguito compiti e modalità operative dei diversi settori interessati dalla presente procedura:

- Laboratorio Analisi, sezione Microbiologia
- UO Interessata
- Infermiere Addetto alle Infezioni Correlate all'Assistenza (infermiere AICA)
- D.S.
- Gruppo Operativo del CC-ICA - procedura alert

1.2 *Il Laboratorio Analisi - sezione Microbiologia*

All'atto dell'isolamento di uno dei germi sentinella indicati nel presente documento su campioni prelevati da pazienti ricoverati nelle varie Unità Operative, il medico del Laboratorio Analisi addetto alla Microbiologia dovrà anzitutto annotare data ed ora dell'isolamento su un apposito registro (Registro Alert) diviso per Unità Operative, **controllando se detto isolamento sia il primo o se sia stato preceduto da altri simili, ma su paziente diverso, nella stessa U.O. nei 5 giorni precedenti.**

Verificato ciò, dovrà procedere secondo le modalità sotto indicate:

A. *primo isolamento di germe alert, non preceduto da altri simili provenienti da altro paziente della stessa U.O. (o comunque correlabili) nei 5 giorni precedenti:*

- registrato l'isolamento sull'apposito **Registro Alert** diviso per Unità Operative e verificata la condizione di **primo isolamento:**
 - 1) dare comunicazione tempestiva di isolamento di microrganismo alert:
 - per via telefonica, al medico (presente, di guardia o reperibile) o, in subordine, al coordinatore infermieristico (o suo delegato) della U.O. interessata;
 - perviatelefonica, all'infermiere AICA;
 - per posta elettronica, alla D.S. inviando una copia del referto finale ai seguenti indirizzi:
dir.san@villasandra.it
 - 2) prendere annotazione (documentabile sul Registro Alert) dell'avvenuta comunicazione, dell'ora e dei nomi di coloro che l'hanno ricevuta;
 - 3) apporre sul referto microbiologico definitivo (visualizzabile in formato elettronico nei tempi previsti per la specifica tipologia di esame) la dizione "ATTENZIONE GERME ALERT";
 - 4) in caso di isolamento da emocolture di *Klebsiella Pneumoniae* o *Escherichia Coli* resistenti ai carbapenemici e/o produttrici di carbapenemasi, inviare alla DMO l'apposita scheda di notifica compilata nelle parti di competenza, ai sensi della Circolare Min. Salute del 26/02/2013 ("**scheda segnalazione CPE**" - alla D.S.)

B. *isolamento ripetuto, configurante un possibile cluster/evento epidemico, dello stesso germe nella medesima U.O. da pz diversi (o in U.O. diverse con catena di trasmissione in comune; es: stesse procedure endoscopiche) entro i 5 giorni precedenti:*

- registrato l'isolamento sull'apposito **Registro Alert** diviso per Unità Operative e verificata la condizione di **isolamento ripetuto**:
 - 1) dare comunicazione tempestiva di isolamento **RIPETUTO** di microrganismo alert:
 - per via telefonica, al medico (presente, di guardia o reperibile) o, in subordine, al coordinatore infermieristico (o suo delegato) della U.O. interessata;
 - per via telefonica, all'infermiere AICA;
 - per via telefonica alla DMO;
 - per posta elettronica, alla DMO inviando una copia del referto definitivo ai seguenti indirizzi: dir.san@villasandra.it
 - registrare il caso sull'apposito programma Scheda di Segnalazione Infezioni Ospedaliere nell'intranet di Villa Sandra
 - 2) prendere annotazione (documentabile sul Registro Alert) dell'avvenuta comunicazione, dell'ora e dei nomidicolorochel'hannoricevuta;
 - 3) apporre sul referto microbiologico definitivo (visualizzabile in formato elettronico nei tempi previsti per la specifica tipologia di esame) la dizione "ATTENZIONE GERME ALERT – ISOLAMENTO RIPETUTO"
 - 4) specificare sulla mail per la D.S. "ATTENZIONE GERME ALERT – ISOLAMENTO RIPETUTO"
 - 5) in caso di isolamento da emocolture di Klebsiella Pneumoniae o Escherichia Coli resistenti ai carbapenemici e/o produttrici di carbapenemasi, inviare alla DMO l'apposita scheda di notifica compilata nelle parti di competenza, ai sensi della Circ. Min. Salute del 26/02/2013 ("**scheda segnalazione CPE**" - D.S.)

C. *antigene urinario di Legionella Pneumophila positivo:*

accertare, contattando per via telefonica il personale della U.O. di provenienza, se il paziente è già ricoverato da oltre 10 giorni (o provenga da strutture di lungodegenza, RSA...); in caso positivo, si procede con la massima tempestività come al paragrafo B, specificando "ATTENZIONE LEGIONELLOSI"

1.3 *L'Unità Operativa interessata:*

Il medico e/o il coordinatore infermieristico della U.O. interessata, ricevuta la comunicazione di allarme dal **medico del Laboratorio Analisi addetto alla Microbiologia**, dovrà provvedere alla messa in atto delle misure previste da codesta procedura, definite sulla base:

- a) della problematica clinica (colonizzazione, infezione);
- b) della tipologia del patogeno risultante.

Dal punto di vista operativo, dovrà provvedere:

- alla tempestiva adozione da parte del personale di assistenza delle **precauzioni** previste per il tipo di

- germe segnalato in aggiunta alle “standard” (*contatto, droplets, airborne*) (vedi di seguito: Tab. A; allegati 6 e 7);
- alla adozione delle misure di **isolamento spaziale** del paziente (ad esclusione dei casi di Legionellosi) (vedi di seguito, Tab. B);
- a segnalare alla D.S l’avvenuto isolamento, compilando ed inviando alla stessa la “**Scheda Rilevazione Germe Alert**” (allegato 3);
- **in caso di infezione e non di semplice colonizzazione**, alla eventuale richiesta, quando e se necessaria per il supporto terapeutico, di consulenza infettivologica;
(NB: il trasferimento in Malattie Infettive non è, di norma, contemplato; è da riservare a casi definiti e particolari e possibile solo dopo l’avallo dell’infettivologo chiamato in consulenza)
- ad informare il personale addetto all’assistenza, il paziente ed i familiari sulle procedure comportamentali, assistenziali e terapeutiche da adottare;
- ad informare il responsabile del servizio di pulizie della necessità di adottare adeguate misure di sanificazione/disinfezione ambientale e di protezione individuale degli operatori addetti (secondo i protocolli vigenti);
- a segnalare l’avvenuto isolamento ai precedenti sanitari curanti, qualora il paziente provenga da altre U.O. (o strutture assistenziali territoriali), per le opportune misure di controllo;
- a compilare, in caso di Legionellosi, la prevista notifica;
- ad allegare in cartella clinica copia della “**Scheda Rilevazione Germe Alert**” (allegato 3);
- a riportare nella lettera di dimissione l’eventuale colonizzazione/infezione del paziente da germi Alert.

1.4 L’ infermiere AICA (o altro referente per la D.S.)

1. Ricevuta la segnalazione di isolamento di germe alert ed accertato se l’isolamento sia ripetuto o meno:
 - **casi di cui: primo isolamento, non Legionella:**
 - verifica l’effettiva attuazione delle corrette precauzioni (Tab. A) e delle misure di isolamento (Tab. B) da parte della U.O. interessata, mediante compilazione di apposita *check list* (all. 8) riferendone alla DMO;
 - **casi di cui : possibile cluster epidemico; Legionella:**
 - interviene tempestivamente ed in sintonia con il Nucleo di Primo Intervento Alert (NPI) del CC-ICA;
 - verifica (*check list* - all. 8) l’effettiva attuazione delle corrette precauzioni (Tab. A) e delle misure di isolamento spaziale (Tab. B) da parte della U.O. interessata;
 - si rende parte attiva collaborando con il NPI alla definizione e messa in opera di ulteriori misure eventualmente necessarie (*indagini in altre strutture/servizi,...*)
2. **In ogni caso:**
 - acquisisce, verificandone la rispondenza dei dati riportati, la **Scheda di Rilevazione Germe Alert** (all. 3)
 - inserisce i dati rilevati (all. 3 -5) in un Report Trimestrale da inviare:
 - alla Direzione Sanitaria Aziendale
 - al CC-ICA
 - al Risk Manager.

1.5 La D.S.

1. Ricevuta la segnalazione di alert **dal medico del Laboratorio Analisi addetto alla Microbiologia**, coordina e supervisiona l'intervento dell'infermiere epidemiologo.
2. In caso di sospetto **cluster epidemico**, si raccorda con l'Infettivologo e con il Gruppo Operativo del CC-ICA nella sua articolazione di pronto intervento (NPI); provvede alla convocazione dell'intero Comitato in caso di conferma del sospetto per la definizione delle strategie operative.
3. In caso di **Legionellosi** intra-ospedaliera, convoca con massima urgenza gli organismi tecnici e della prevenzione per le misure **da adottare immediatamente**.
4. Nelle **batteriemie da CPE** (enterobatteri produttori di carbapenemasi) invia al SISP entro 48 ore la scheda Ministeriale di Sorveglianza come da Circolare Min. Salute del 26/02/2013 (all. 8)

1.6 CC-ICA e Nucleo di Primo Intervento Alert

Il **Nucleo di Primo Intervento Alert** è composto da un infettivologo, da un medico della D.S. (o loro delegati) appartenenti al CC-ICA e dall'infermiere AICA.

Rispondendo a criteri di (relativa) urgenza, deve avere quali prerogative specifiche l'agile attivazione e la rapidità di azione. Forma la **"task force"** rapidamente operativa del CC-ICA. Viene individuato tra i componenti del Gruppo Operativo/CC-ICA.

- Mediante il **Nucleo di Primo Intervento Alert**, il **CC-ICA** avvia tempestivamente l'inchiesta epidemiologica in caso di:
 - a) sospetto cluster/evento epidemico;
 - b) legionellosi intra-ospedalieraper:
 - verificare e confermare la presenza di altri eventuali casi;
 - ricostruire la catena di contagio;
 - proporre i provvedimenti sanitari o tecnici necessari per il controllo dell'evento;
 - interrompere la circolazione intraospedaliera del patogeno sentinella.

Il gruppo Operativo CC-ICA:

- attiva un Audit organizzativo per l'attuazione dei necessari interventi di miglioramento:
 - verifica dell'adozione e della tipologia delle misure precauzionali e di isolamento presso l'UO interessata;
 - analisi della cartella clinica;
 - intervista del personale medico ed infermieristico della UO interessata
- Sorveglia sul trend dei casi rilevati attraverso riunioni bimestrali;
- Comunica al CC-ICA eventuali criticità emerse;
- Attua gli interventi di miglioramento decisi dal CC-ICA;
- Verifica l'andamento dei casi segnalati, gli esiti delle misure di contenimento, procedurali e terapeutiche poste in essere, anche oltre l'avvenuta dimissione, relazionandone al CC-ICA

ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE: PRECAUZIONI ED ISOLAMENTO

Al paziente colonizzato/infetto va garantito il percorso assistenziale specifico per la sua patologia di ricovero. Tutte le procedure assistenziali/diagnostiche/interventistiche dovranno essere eseguite nel rispetto di quanto specificato nel presente protocollo.

1.7 Precauzioni da adottare in presenza di pazienti con infezioni/colonizzazioni da MDRO e da altri germi ALERT

Ricordando che il personale di assistenza è il principale responsabile della diffusione dei germi alert da paziente a paziente, le **precauzioni** da adottare dipendono dalle modalità di trasmissione del germe e dal sito di colonizzazione/infezione. Si ribadisce che le precauzioni devono essere messe in atto all'avvenuto isolamento del germe, anche se trattasi di colonizzazione e non di infezione. Si riportano nella sottostante tabella le precauzioni da adottare, oltre al corretto lavaggio delle mani, in base al sito di isolamento (tabella A) del microorganismo, ricordando che vanno aggiunte alle precauzioni standard e da contatto, le precauzioni da droplet tutte le volte che il microorganismo è isolato da secrezioni respiratorie.

Tabella A: trasmissione in base al sito di infezione/colonizzazione e tipo di precauzioni

| MICROORGANISMO | MATERIALE DA CUI VIENE ISOLATO | PRECAUZIONI (OLTRE ALLE STANDARD) |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| MRSA VISA | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO |
| | Sangue | |
| | Urine | |
| | Vie respiratorie | CONTATTO + DROPLET |
| VRE | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO |
| | Sangue | |
| | Urine | |
| | Feci | CONTATTO + DROPLET |
| Vie respiratorie | | |
| ENTEROBATTERIACEAE Resistenti a Carbapenemi (CPE) | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO |
| | Sangue | |
| | Urine | |
| | Vie respiratorie | CONTATTO + DROPLET |
| ACINETOBACTER BAUMANNI MULTIRESISTENTE | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO |
| | Sangue | |
| | Urine | |
| | Vie respiratorie | CONTATTO + DROPLET |
| PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRESISTENTE | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO |
| | Sangue | CONTATTO + DROPLET |
| | Urine | |
| | Vie respiratorie | |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE Tossina A e B | Feci | CONTATTO |
| CANDIDA DA EMOCOLTURA/LIQUOR | Sangue, LCR | CONTATTO |
| STENOTROPHOMOMAS MALTOPHILIA MR | Cute, drenaggi, ferita chirurgica | CONTATTO + DROPLET |
| | Sangue | |
| | Urine | |
| | Vie respiratorie | |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

1.8 Protocollo di isolamento per **pazienti con infezioni/colonizzazioni da MDRO e da altri germi ALERT**

Deve essere attuato da parte del personale della U.O. di appartenenza in caso di pazienti degenti con positività microbiologica per i microrganismi alert (ad eccezione della Legionella acquisita durante la degenza, per la quale si adottano misure di prevenzione di tipo ambientale).

Isolamento spaziale del paziente:

- Collocare possibilmente in stanza singola.
- Nell'impossibilità, creare un'area di isolamento spaziale posizionando il paziente in un letto non centrale, garantendo una distanza minima di un metro e mezzo dal letto vicino.
- Posizionare nel letto adiacente solo pazienti a basso rischio per ICA. Se necessario alla creazione dell'area di isolamento spaziale, considerare la chiusura del posto letto adiacente.
- Fornire nei limiti del possibile assistenza dedicata (stesso/i operatore/i)
- Obbligo, per il personale sanitario, del corretto lavaggio delle mani o loro disinfezione con gel idroalcolico
- Obbligo, per il personale sanitario, di adottare le specifiche misure di barriera previste dalle precauzioni standard, da contatto e da *droplet* come indicato nella tabella A (*Trasmissione in base al sito d'infezione/colonizzazione*)

NB: le indicazioni della procedura possono essere utilmente applicate anche nel caso di microrganismi non compresi nel protocollo ma comunque caratterizzati da pattern di resistenza particolare o complesso

TABELLA B: Protocollo d'isolamento per pazienti colonizzati/infetti da germi MDR ed alert

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Quando si attiva | Esame microbiologico positivo per uno dei microrganismi in sorveglianza: preavviso tramite telefono da parte della Microbiologia al referente di reparto (medico o infermiere) e successivo invio formale del referto | | |
| Chi l'attua | <ul style="list-style-type: none"> - Medico, Caposala, Infermiere - Infermiere epidemiologo per quanto di sua competenza | | |
| Modalità di attuazione | Ubicazione | Singolo paziente | Due pazienti (con colonizzazione/infezione da parte dello stesso germe) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ➢ collocarlo in stanza singola (stanza d'isolamento) ➢ creare, ove la stanza singola non sia disponibile, una zona di isolamento all'interno dell'UO (area di isolamento spaziale): <ul style="list-style-type: none"> • posizionando il paziente in posto letto estremo • mantenendo una distanza di almeno 1,5 mt dal paziente più vicino bloccando – se necessario – il posto letto vicino • ricoverare nel posto letto "più vicino" al soggetto colonizzato/infetto un paziente a "basso rischio" di ICA | <ul style="list-style-type: none"> ➢ creare un'area di isolamento dove effettuare l'isolamento per <i>coorte</i> <ul style="list-style-type: none"> • posizionando i due pazienti vicini tra loro in posizione estrema nell'UO e a distanza di almeno un metro e mezzo dagli altri pazienti • bloccando il posto letto immediatamente vicino • ricoverando nel posto letto "più vicino" ai due soggetti colonizzati/infetti un paziente non infetto e a "basso rischio" di ICA |
| Modalità di attuazione (segue) | Personale di assistenza | Singolo paziente | Due pazienti (colonizzati/infetti dallo stesso germe) |
| | | <p><u>Paziente in stanza singola</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Il personale di assistenza deve: <ul style="list-style-type: none"> • accedere alla stanza di isolamento dopo essersi lavato/disinfettato le mani e aver indossato i dispositivi di barriera previsti dalle precauzioni standard e da contatto • togliersi i dispositivi di barriera e lavare/disinfettare le mani prima di lasciare la stanza (stanza filtro) eliminando gli stessi in un contenitore dedicato posto all'interno della stanza/area di isolamento <p><u>Paziente in area d'isolamento spaziale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Personale d'assistenza dedicato ➢ Ad ogni accesso all'area d'isolamento: <ul style="list-style-type: none"> • impiego dei DPI previsti dalle precauzioni standard e da contatto • lavaggio/disinfezione delle mani ➢ Ad ogni allontanamento dall'area d'isolamento: <ul style="list-style-type: none"> • svestizione all'interno della area d'isolamento dei dispositivi di barriera indossati, eliminando gli stessi in un contenitore dedicato posto all'interno della stanza/area di isolamento • lavaggio/disinfezione delle mani | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Personale d'assistenza dedicato ➢ Ad ogni accesso all'area d'isolamento: <ul style="list-style-type: none"> • impiego dei DPI previsti dalle precauzioni standard e da contatto • lavaggio/disinfezione delle mani ➢ Ad ogni allontanamento dall'area d'isolamento: <ul style="list-style-type: none"> • svestizione in area d'isolamento dei dispositivi di barriera indossati eliminando gli stessi in un contenitore dedicato posto all'interno della stanza/area di isolamento • lavaggio/disinfezione delle mani |
| Percorsi d'accesso | L'accesso al/ai soggetto/i colonizzato/i o infetto/i deve essere quanto più possibile differenziato da quello per gli altri malati ricoverati nell'UO. | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
|  <p>CASA DI CURA VILLA SANDRA DEFINITIVAMENTE ACCREDITATA con la Regione Lazio DCA n. 00132 del 11/04/2014 DCA n. 00058 del 13/02/2015 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333 info@villasandra.it - www.villasandra.it</p> | <p>Casa di Cura Villa Sandra <i>U.O. Risk Management</i></p> | |  |
| | <p>PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI PATOGENI SENTINELLA IN AMBIENTE OSPEDALIERO</p> | | <p>Rev.2 19/01/2022</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Precauzioni da adottare (vedi Tab. A)</p> | <p>Il personale d'assistenza deve applicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> le precauzioni standard su tutti i pazienti ricoverati in ospedale le precauzioni da contatto e da droplet come di seguito indicato: precauzioni da contatto + precauzioni per droplet in caso d'isolamento da secrezioni respiratorie; precauzioni da contatto in caso d'isolamento da: <ul style="list-style-type: none"> urine o secrezione uretrale in paziente cateterizzato sangue, decubiti, ferite (chirurgiche e non) | |
| | <p>Azioni previste</p> | <p>Effettuazione o verifica (a carico di)</p> |
| <p>Procedure aggiuntive e figure professionali ad esse connesse</p> | <p>1. invio di un ulteriore campione biologico prelevato dallo stesso sito al Laboratorio di Microbiologia per verifica del germe isolato</p> | <ul style="list-style-type: none"> medico UO |
| | <p>2. predisposizione di materiale "dedicato" all'interno dell'area di isolamento (<i>termometro...</i>)</p> | <ul style="list-style-type: none"> coordinatore infermieristico o - in sua assenza - personale infermieristico di reparto medico UO |
| | <p>3. eventuale richiesta di consulenza infettivologica</p> | |
| <p>Procedure aggiuntive e figure professionali ad esse connesse (segue)</p> | <p>Azioni previste</p> | <p>Effettuazione o verifica (a carico di)</p> |
| | <p>4. segnalazione al SAPS di attivazione protocollo di isolamento con personale dedicato all'assistenza di uno o più pazienti colonizzati/infetti da uno dei germi indicati nel protocollo di isolamento</p> | <ul style="list-style-type: none"> coordinatore infermieristico |
| | <p>5. informazione sulle procedure attivate al personale sanitario extra-reparto collaborante (ad es.: <i>consulenti medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ecc</i>)</p> | <ul style="list-style-type: none"> medico in turno |
| <p>Durata dell'isolamento</p> | <p>- l'isolamento spaziale (stanza singola o area isolamento) può essere sospeso dopo due colture negative dallo stesso sito di colonizzazione/infezione per lo specifico germe eseguite a distanza di 48 ore</p> | |
| | <p>- le precauzioni da contatto vanno mantenute in attesa di una terza coltura negativa da effettuarsi 72 ore dopo la seconda coltura negativa</p> <p>- le precauzioni da droplet possono essere sospese dopo due colture negative per lo specifico microrganismo su materiale idoneo proveniente dalle vie respiratorie eseguite a distanza di 48 ore</p> | |
| <p>Procedure d'attivare in caso di spostamento del paziente (per esami diagnostici o intervento chirurgico)</p> | <p>Azioni previste</p> | <p>Effettuazione o verifica (a carico di)</p> |
| | <p>In caso di spostamento di un paziente colonizzato/infetto</p> <ul style="list-style-type: none"> avvisare l'UO o la Sala operatoria della situazione clinica del paziente ove possibile, collocare l'esame diagnostico / l'intervento chirurgico nell'agenda degli appuntamenti a fine giornata, in modo da consentire l'idoneo trattamento igienico successivo verifica dell'adeguatezza dei DPI impiegati dal personale ausiliario deputato allo spostamento del paziente | <ul style="list-style-type: none"> coordinatore infermieristico del reparto infermieristico o - in sua assenza - personale infermieristico di reparto |
| | <p>In caso d'accettazione di un paziente colonizzato/infetto (per esami diagnostici o intervento chirurgico)</p> <ul style="list-style-type: none"> vigilanza sulla corretta adozione delle precauzioni standard ed addizionali da parte del personale d'assistenza per tutto l'iter diagnostico o l'intervento chirurgico gestione delle attività di pulizia e sanificazione del locale dove ha stazionato il paziente per l'esecuzione della procedura diagnostica/chirurgica e delle attrezzature a contatto col paziente pulizia e sanificazione della barella utilizzata per il trasporto del paziente | <ul style="list-style-type: none"> coordinatore infermieristico dell'UO dove viene inviato il paziente o - in sua assenza - il personale infermieristico personale infermieristico a cui appartiene la barella |

COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

1.9 Rispetto del protocollo operativo

È compito dei Direttori/Responsabili delle UO intensive chirurgiche e mediche dei Presidi Ospedalieri vigilare sul rispetto del presente protocollo operativo da parte di tutto il proprio personale in caso di contatti diretti e/o indiretti con pazienti colonizzati infetti da MDR.

È responsabilità del **referente dei servizi appaltati di pulizia e trasporto pazienti** - informati i propri operatori sui comportamenti a loro richiesti dal presente documento in caso di contatti con pazienti colonizzati/infetti da germi alert - vigilare sulla corretta applicazione da parte degli stessi operatori, per la parte di loro competenza, dello stesso protocollo operativo.

1.10 Responsabilità degli operatori sanitari di Reparto

È obbligo di tutti i Medici, Infermieri, OSS e ausiliari delle UO aziendali sopra citate, conoscere e attenersi scrupolosamente alle indicazioni contenute nel presente protocollo operativo.

È loro compito informare adeguatamente:

- le altre figure professionali (consulenti, fisioterapisti, tecnici, ecc.) eventualmente chiamate a prestare la loro opera sui comportamenti loro richiesti dal presente documento; queste stesse figure professionali, debitamente informate, dovranno attenersi scrupolosamente alle indicazioni contenute nel presente protocollo operativo
- famigliari ed assistenti del paziente colonizzato/infetto sui comportamenti da adottare

1.11 Compiti dei medici di UO

È loro compito compilare la Scheda Rilevazione Germe Alert (all.3); inoltre, in collaborazione con il **Coordinatore Infermieristico**: applicare le misure d'isolamento sulla base del microrganismo segnalato e del sito di infezione; sorvegliare sul corretto uso dei DPI e sull'osservanza delle precauzioni standard e/o aggiuntive necessarie da parte del personale di assistenza; agevolare e favorire l'operato dell'infermiere AICA ed del NPI per quanto di loro competenza.

1.12 Compiti del Coordinatore infermieristico di UO

- Verifica che venga attuata la prevenzione della contaminazione dell'area di degenza e dei presidi in uso sul paziente colonizzato/infetto mediante adeguate misure di sanificazione e disinfezione, sorvegliando sulla loro applicazione;
- controlla l'applicazione in continuum delle misure di isolamento e prevenzione sul malato colonizzato/infetto;
- limita le uscite del degente dalla camera ai soli casi in cui ciò sia indispensabile;
- Informa sui comportamenti da adottare il personale della struttura presso la quale il degente viene condotto/trasferito o l'addetto al trasporto.

1.13 Compiti dell'infermiere AICA

- verifica per quanto di propria competenza l'attuazione delle norme contenute in codesto protocollo da parte della U.O. di appartenenza del soggetto colonizzato/infetto relazionandone alla DMO ed al gruppo Operativo del CC-ICA (all. 8);
- acquisisce le schede di rilevazione del caso;
- registra gli interventi eseguiti e quanto ritenuto utile in funzione della sorveglianza;
- partecipa alla elaborazione statistica degli interventi fornendo i report trimestrali al CC-ICA.

1.14 *Responsabilità del CC-ICA*

- Raccoglie ed elabora le informazioni relative all'epidemiologia delle ICA. Valuta l'efficacia di azioni e procedure finalizzate alla prevenzione delle ICA
- monitorizza gli scostamenti dei comportamenti rispetto a protocolli e procedure connesse alle pratiche assistenziali
- acquisisce la reportistica semestrale elaborata dal Servizio Farmaceutico Ospedaliero sul consumo quali-quantitativo degli antibiotici effettuando in collaborazione con questo le correlazioni con l'andamento della sorveglianza dei microrganismi alert

1.15 *Responsabilità del Nucleo Primo Intervento Alert*

- raccoglie ed interviene con immediatezza in caso di segnalazioni di infezioni gravi da microrganismi "sentinella" e di eventi epidemici
- verifica l'applicazione di soluzioni immediate ed appropriate relativamente alle segnalazioni di cui sopra

1.16 *Ruolo della Farmacia*

- elabora la reportistica semestrale sul consumo quali-quantitativo degli antibiotici correlandola in ambito CC-ICA con l'andamento della sorveglianza dei microrganismi alert.

- *Matrice delle responsabilità*

| Attività | D.S. di Presidio | Dir. di UO | UO Laboratorio d'analisi e microbiologia | Medico di UO | Coord. Inf. di UO | Inf. addetto al controllo delle infezioni | CC ICA | Referente servizi appalti pulizie e trasporto pz. |
|--|------------------|------------|--|--------------|----------------------|---|--------|--|
| Segnalazione telefonica d'alert per l'attivazione protocollo di isolamento al Medico e/o al coordinatore infermieristico di UO e trasmissione Scheda CPE alla DS | - | - | R | - | - | - | - | - |
| Notifica del caso colonizzato/accertato | R | - | - | - | - | C | - | - |
| Comunicazione del referto di contaminazione/infezione da MDR all'infermiere addetto al controllo delle infezioni e alla DS | C | - | R | - | - | - | - | - |
| Applicazione protocollo di isolamento del malato infetto/colonizzato | I | R | - | R | R | C | I | C |
| Compilazione della scheda di rilevazione caso (all.3) | I | R | - | R | - | I | I | - |
| Verifica dell'applicazione del protocollo di isolamento | - | I | - | C | C | R | I | - |
| Informazione del personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito | - | C | - | R | R | - | - | - |
| Informazione dell'addetto al trasporto e del Referente Servizi appalti pulizie | - | - | - | - | - | - | - | R* |
| Raccolta ed elaborazione delle informazioni relative all'epidemiologia delle ICA | I | I | R | - | - | R | I | - |
| Individuazione, proposizione e verifica applicazione di soluzioni immediate ed appropriate riguardanti le segnalazioni d'alert e di referto | C | C | - | - | - | C | R | - |
| Compilazione e trasmissione del report semestrale di monitoraggio dell'applicazione del protocollo | I | - | R | - | - | R | I | - |
| Revisione del Protocollo Operativo | - | - | - | - | - | - | R | - |
| R = Responsabile; R* = con la supervisione della UO SAPS C = Collabora I = Informato | | | | | | | | |

DATI DI ATTIVITA', VERIFICHE E REPORTISTICA

Quanto posto in essere nell'ambito del sistema di sorveglianza sarà materia di valutazione a mezzo indicatori, di reportistica (mensile, semestrale ed annuale da parte del Laboratorio, semestrale ed annuale in seno al CC-ICA) e di audit sulla casistica di maggior rilievo.

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax. 066072333</p> | <h2>PARS 2024</h2> <h3>PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</h3> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

I dati saranno integrati con quelli forniti dalla Farmacia interna inerenti il consumo di antibiotici.

Tutto ciò ai fini della costruzione dei flussi informativi, della misurazione degli esiti degli interventi ed in generale del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure ospedaliere, nonché per la pianificazione di interventi preventivi mirati.

- 1- INDICATORI numero di azioni di controllo completate/numero di patogeni segnalati richiedenti intervento attivo in reparto
- 2- numero di casi secondari + numero di cluster per caso indice

ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO

- **AMPC:** Cefalosporinasi ad alto livello
- **CC-ICA:** Comitato aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- **CDC d'Atlanta:** più esattamente il "*Center for disease control and prevention*" importante organismo di controllo sulla sanità pubblica degli Stati Uniti, con sede ad Atlanta in Georgia. Ha come funzione, per conto del governo federale statunitense, quella di monitorare, prevenire e suggerire gli interventi più appropriati in caso di epidemie e pandemie.
- **CPE:** Enterobatteri produttori di carbapenemasi
- **DPI:** acronimo per dispositivi di protezione individuale
- **Epidemia:** aumento del numero dei casi rispetto ai casi attesi in un periodo ristretto di tempo.
- **ESBL:** Enterobatteriacee produttrici di Beta Lattamasi a spettro allargato
- **Gruppo Operativo CC-ICA:** organismo aziendale i cui componenti sono individuati e nominati dal Comitato Aziendale tra i dipendenti dell'azienda e professionisti esterni in possesso di competenze relative alle infezioni correlate ai processi assistenziali.
- **ICA:** infezioni correlate all'assistenza sanitaria
- **MDRO:** microrganismi multiresistenti agli antibiotici (acronimo di *Multi-Drug Resistant Organisms*)
- **MRSA:** Stafilococco Aureo resistente alla Meticillina (acronimo di *MRSA Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*)
- **NPI:** Nucleo di Primo Intervento; nell'ambito del gruppo operativo del CC-ICA interviene con immediatezza nei casi richiesti
- **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 da Droplet:** misure per il controllo delle infezioni mirate a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi che sono trasmessi tramite *droplet* dal paziente colonizzato/infetto nelle vie respiratorie.
- **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.
- **Recapping:** azione di reincappucciamento di aghi, lame ed altri taglienti dopo l'uso
- **VISA:** Stafilococco Aureo con resistenza Intermedia alla Vancomicina (acronimo di *Vancomycin Intermediate Staphylococcus Aureus*). **VRE:** Enterococco Vancomicina Resistente (acronimo di *vancomycin-resistant enterococci*).

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Frosinone - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
|  <p>CASA DI CURA VILLA SANDRA DEFINITIVAMENTE ACCREDITATA con la Regione Lazio DCA n. 00132 del 11/04/2014 DCA n. 00058 del 13/02/2015 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333 info@villasandra.it - www.villasandra.it</p> | <p>Casa di Cura Villa Sandra <i>U.O. Risk Management</i></p> |  | |
| | | | <p>PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI PATOGENI SENTINELLA IN AMBIENTE OSPEDALIERO</p> |

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Azienda Ospedaliera San Filippo Neri Roma - Comitato Infezioni Ospedaliere: Protocollo per l'isolamento dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti in Terapia Intensiva. Istruzione Operativa. Revisione del 23-12-2010.
- Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle Cuneo – Comitato Infezioni Ospedaliere: Gestione MRSA in ambiente ospedaliero. Documento descrittivo del 21-08-2013
- 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 - 2005.02.16. Fonte: www.his.org.uk.
- Circolare Ministero della Salute "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26-02-2013
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)-Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries, February 2013
- 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 multi- drug-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. [Erratum, Infect Control Hosp Epidemiol 1995; 16:498].
- 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 blood- stream infection : risk factors and outcome with ampicillinasulbactam treatment. Journal of Hospital Infection 2003; 54:32-38
- WHO. Guidelines on hand hygiene in health care. World Health Organization 2009 Fonte www.who.int.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Fidenza - Via Portuense, 78B Tel. 06605891 - Fax: 066072333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

Allegato 1

MICROORGANISMI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA

Cocchi gram-positivi con particolare spettro di antibioticoresistenza

In questo gruppo sono compresi: *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), *Staphylococcus aureus* con resistenza intermedia alla vancomicina (VISA), Enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE) - *enterococcus faecium* ed *enterococcus faecalis* -, Pneumococchi altamente resistenti alla penicillina.

Il serbatoio principale è costituito dall'uomo, tuttavia, per la loro resistenza all'essiccazione, tali microrganismi possono sopravvivere nell'ambiente e sulle superfici inanimate per lunghi periodi di tempo. La trasmissione avviene principalmente per contatto: in ambiente ospedaliero le mani degli operatori sanitari sono l'anello primario nella catena di contagio.

Acinetobacter species

Coccobacillo gram negativo, ubiquitario (suolo, acqua potabile, acque di superficie e diversi generi alimentari). La specie più importante nell'etiologia delle infezioni ospedaliere è *A. baumannii*. *Acinetobacter* spp. è molto resistente alle condizioni ambientali: il principale serbatoio è rappresentato da superfici ed apparecchi contaminati (umidificatori, tubi e palloncini di assistenza ventilatoria). La trasmissione avviene per contatto diretto e/o tramite le mani degli operatori sanitari.

Pseudomonas aeruginosa

Batterio Gram negativo, aerobio, ubiquitario (acqua, suolo e piante), e facilmente rilevabile in caso di stagnamento di acqua: rappresenta uno dei microrganismi tipici dei biofilm.

In ambiente ospedaliero i principali serbatoi sono rappresentati dai circuiti degli apparecchi per l'assistenza respiratoria, soluzioni antisettiche, lavandini e rubinetti; entro 72 ore dal ricovero, circa

il 20% dei pazienti risulta colonizzato a livello del tratto gastrointestinale. La trasmissione avviene per contatto diretto, tramite le mani degli operatori sanitari e/o per ingestione di cibo/acqua contaminati.

Enterobacteriaceae produttrici di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL positive) e/o carbapenemasi

Le beta-lattamasi a spettro esteso sono enzimi in grado di inattivare tutte le penicilline e le cefalosporine di terza generazione (ceftriaxone, ceftazidime) e in alcuni casi, possono neutralizzare anche le cefalosporine di quarta generazione. Le carbapenemasi sono enzimi capaci di inattivare molti antibiotici beta-lattamici tra cui i carbapenemi, divenendo resistenti alla maggioranza di essi. I batteri produttori di ESBL e/o carbapenemasi possono anche presentare resistenze ad altre classi di antibiotici (aminoglicosidi e chinolonici). Le specie che più frequentemente risultano produttrici di ESBL e/o carbapenemasi in ambito ospedaliero sono: *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp, *Serratia* spp., *Proteus* spp., ed *E. coli*. Il principale serbatoio di *Enterobacteriaceae* ESBL positive è rappresentato dai soggetti colonizzati e/o infetti; possono, inoltre, essere isolate da superfici inanimate e da soluzioni di antisettici. La trasmissione avviene per contatto diretto e/o tramite le mani degli operatori sanitari.

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

Stenotrophomonas maltophilia resistente al cotrimossazolo (SXT-resistente)

Batterio Gram negativo, aerobico ubiquitario (acqua, suolo, animali e piante), e frequentemente ritrovato anche a livello della flora commensale dell'uomo. Può anche essere isolato nel cibo, nelle macchine per la fabbricazione del ghiaccio, acqua distillata, umidificatori, liquidi d'emodialisi, perfusioni per il nutrimento parenterale, soluzioni per aerosol, soluzioni antisettiche. La trasmissione avviene per contatto diretto e/o tramite le mani degli operatori sanitari.

Legionella pneumophila

Batterio Gram-negativo aerobio presente nell'acqua (ambienti lacustri, corsi d'acqua). Il serbatoio è rappresentato dai sistemi di contenimento e erogazione dell'acqua. La trasmissione avviene per inalazione di aerosol contaminato (docce, condizionatori, apparecchi per l'assistenza respiratoria). La trasmissione interumana non è mai stata dimostrata.

Clostridium difficile

Bacillo Gram-positivo, anaerobico, sporigeno, eliminato con le feci. Qualsiasi superficie inanimata contaminata può rappresentare un potenziale serbatoio. La principale via di trasmissione si realizza attraverso le mani degli operatori sanitari.

| | | |
|--|---|---|
|  | SCHEDA RILEVAZIONE GERME ALERT |  |
| DATI GENERALI | | |
| MICROORGANISMO ISOLATO: | | |
| DATA ISOLAMENTO _____ n. Ref: _____ | Sangue <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Fistola <input type="checkbox"/> Ferita Ch. <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> | Liquor <input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> Liquidi/Drenaggi <input type="checkbox"/> Escreato <input type="checkbox"/> |
| | = Altro _____ | |
| DATA ISOLAMENTO _____ n. Ref: _____ | <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Fistola <input type="checkbox"/> Ferita Ch. <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> Liquidi/Drenaggi <input type="checkbox"/> Escreato <input type="checkbox"/> |
| | = Altro _____ | |
| U.O./SERVIZIO: | | |
| PAZIENTE: | | |
| ETA': _____ | DATA DI NASCITA: _____ | SESSO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| DATA RICOVERO _____ | | |
| TIPO DI RICOVERO: | ORDINARIO <input type="checkbox"/> | URGENTE <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> |
| DIAGNOSI DI AMMISSIONE: | | |
| ESITO DEL RICOVERO | IN ATTO <input type="checkbox"/> | DIMESSO <input type="checkbox"/> TRASFERITO <input type="checkbox"/> DECEDUTO <input type="checkbox"/> |
| PRECEDENTI RICOVERI/TRASFERIMENTI | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SE SI <input type="checkbox"/> DAL _____ AL _____ |
| QUESTIONARIO (ESPOSIZIONE DEL PAZIENTE) | | |
| DOMANDE | RISPOSTE | NOTE |
| Il paziente proviene da altro ospedale | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI quale? _____ | |
| Il paziente proviene da altra U.O./Servizio | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI quale? _____ | |
| Il paziente è stato sottoposto a terapia | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se SI quale? _____ | |
| Tipo di terapia in corso | IMMUNOSOPPRESSIVA STEROIDEA ANTIBIOTICA | |
| Antibiotici in uso | PROFILASSI TERAPIA ALTRO / NON NOTO | |
| E' stato sottoposto ad intervento chirurgico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Data intervento _____ | | |
| Classe di intervento | PULITO PULITO - CONTAMINATO CONTAMINATO SPORCO | |
| Trauma | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Impianto/ protesi | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Catetere urinario | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Catetere intravascolare | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Ventilazione meccanica | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Altri devices | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Procedure endoscopiche | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Parte riservata alla compilazione del medico dell'U.O./Servizio | | |
| Colonizzazione | Infezione | |
| | Presunta | Confermata |
| Nota: Il criterio di infezione deve essere conforme alla definizione ufficiale secondo i CDC di Atlanta | | Nosocomiale Comunitaria Non so |
| OSSERVAZIONI: | | |

Allegato 3

SCHEDA SEGNALAZIONE CPE

A. Nome: _____ **Cognome:** _____

Sexo F M Data di nascita: ____/____/____ Comune di residenza: _____

Nazionalità: _____ Data inizio sintomi: ____/____/____

Ospedale/Struttura: _____ Azienda sanitaria: _____

Città: _____ Provincia: _____ Regione: _____

In ASI, ovvero il Dipartimento di Prevenzione della ASI competente per territorio invia entro 7 giorni, esclusivamente questa parte B della presente scheda alla Regione, al Ministero della salute (malinf@sanita.it) e all'ISS (sorveglianza.kpc@iss.it).

B. Segnalato/Notificato da:

Telefono: ____/____/____ Fax: ____/____/____ e-mail: _____

Data compilazione: ____/____/____ Provincia: _____ Regione: _____

DATI DEL PAZIENTE

Sexo F M Età: ____ se età < 1 anno, mesi ____/____ Provincia di residenza: _____

Nazionalità: _____ Data inizio sintomi: ____/____/____

Origine presunta dell'infezione: acquisita in Italia acquisita in Paese estero: _____

Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?

a domicilio in ospedale* in struttura residenziale territoriale

*indicare struttura

Se in ospedale, indicare il reparto di degenza:

- Terapia Intensiva
- Oncologia
- Ematologia
- Neuro-riabilitazione/Unità spinale
- Chirurgia dei trapianti
- Lungodegenza/Cerchiaria
- Medicina generale
- Chirurgia generale o specialistica
- Altro: _____

Microorganismo isolato: *Staphylococcus pneumoniae* *Escherichia coli*

Isolamento da sangue prelevato in data: ____/____/____

Criterio microbiologico per la definizione di caso:

non sensibilità (R.I) a imipenem e/o meropenem
 conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:

Produzione di carbapenemasi

KPC

Metallo-beta-lattamasi

altro (specificare): _____

conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:

KPC

VIM

NDM

OXA-48

altro (specificare): _____

Origine presunta della batteriemia:

- primitiva
- catetere venoso centrale/periferico
- polmonite
- polmonite associata a ventilazione
- infezione delle vie urinarie
- infezione addominale
- infezione della ferita chirurgica (ISC)
- infezione della cute e dei tessuti molli (non ISC)

Esito: Dimesso Deceduto Ancora ricoverato

altro: _____

Trasferito (indicare da dove: _____)

SCHEDE DI SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA CPE (ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI). L'intero scheda è da inviare, entro 48 ore dalla segnalazione, alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Presidio Ospedaliero della ASI, competente per territorio.

Allegato 4

Le Precauzioni Standard

Le **Precauzioni Standard** vanno applicate nell'assistenza di tutti i pazienti indipendentemente dalla presenza certa di uno stato infettivo.

1. Igiene delle mani

- Le mani devono essere lavate immediatamente e con accuratezza, se si verifica un accidentale contatto con sangue, fluidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati, anche se l'operatore indossa i guanti.
- È 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 sullo 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.
- È 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 (es. controllo di epidemie, infezioni permanentemente endemiche).
- Le unghie devono essere mantenute corte, pulite e prive di smalto.
- È vietato indossare anelli, bracciali, orologi e altri monili quando si presta assistenza al paziente.
- È necessario prevenire e curare screpolature, abrasioni e piccole ferite della cute facendo regolarmente uso di **creme emollienti e idratanti alla fine, e non nel corso, di ogni turno di lavoro.**
- *Le mani devono essere sempre lavate dopo la rimozione dei guanti.*



2. Uso dei guanti

- I guanti indossati devono essere della misura adeguata e del tipo idoneo alla prestazione da effettuare.
- I guanti devono essere indossati prima di venire in contatto con: sangue, fluidi corporei, secreti, escreti, mucose, cute non intatta dei pazienti e oggetti contaminati.
- Indossati i guanti, è vietato rispondere al cellulare, al telefono fisso, toccare maniglie, ecc. o compiere qualunque altra azione non direttamente correlata allo specifico atto assistenziale.
- 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,
- I guanti devono essere immediatamente rimossi quando si rompono o si verifica una puntura o una lacerazione.
- I guanti devono essere prontamente rimossi dopo l'uso.
- I guanti dopo l'uso devono essere eliminati nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti.
- *Lavare sempre le mani dopo la rimozione dei guanti.*



3. Protezione delle mucose orale e nasale durante procedure invasive

La mascherina chirurgica deve essere utilizzata soltanto per proteggere le mucose di naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici, come, ad esempio, prelievi, procedure d'aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ecc.; la mascherina



- deve essere sempre correttamente indossata ponendola sulla bocca e sul naso e legandola correttamente dietro la testa per renderla ben adesa al volto
- non deve essere mai abbassata
- deve essere sempre usata una sola volta (dispositivo monouso) e poi gettata nel contenitore dei rifiuti potenzialmente infetti

Dopo la rimozione della mascherina chirurgica, lavare accuratamente le mani.

La mascherina chirurgica **non protegge** chi la indossa da inalazione di agenti biologici dispersi nell'aria, pertanto non sostituisce i facciali filtranti di tipo 2 e 3 (FFP2, FFP3) nel rischio di contagio per via aerea.



4. Protezione delle mucose congiuntivali durante procedure invasive

Durante l'esecuzione di procedure a rischio di schizzi di sangue o di altri liquidi biologici (prelievi, procedure aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ecc.), per proteggere le mucose di occhi

- usare occhiali di protezione o visiera paraschizzi
- preferire sempre questi dispositivi alla mascherina con visiera per la parziale protezione offerta da questo particolare tipo di dispositivo

La visiera paraschizzi o gli occhiali di protezione devono essere indossati correttamente. Per operatori portatori obbligati di occhiali impiegare

- la visiera, se consente, senza intralcio per il lavoro, l'uso dei propri occhiali
- speciali maschere con lenti graduate, se è richiesta dalla specifica mansione lavorativa

5. Camici ed altri indumenti da lavoro

Camici, divise ed altri indumenti da lavoro devono essere indossati per proteggere la cute e prevenire l'imbrattamento degli indumenti personali per il rischio di contaminazione con sangue ed altri liquidi biologici sempre presente nel corso dell'ordinaria attività lavorativa.

Se si prevedono schizzi di sangue o di altri liquidi biologici, grosse contaminazioni, sopra gli abituali indumenti da lavoro devono essere indossati grembiuli o camici idrorepellenti; questi indumenti di protezione aggiuntiva devono essere

- rimossi prima di lasciare la stanza di degenza o ogniqualvolta, in via eccezionale, è necessario interrompere lo specifico atto assistenziale
- smaltiti nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti

Per l'inadeguata protezione che offrono alla cute, **non si devono mai indossare sul lavoro indumenti personali non idonei** (es., d'estate, calzature aperte, sandali).

Dopo aver tolto il camice e/o gli altri indumenti protettivi, si devono **lavare le mani**.

6. Manovre rianimatorie

Durante le manovre rianimatorie

- il personale deve proteggersi, adottando il più precocemente possibile idonee barriere protettive (guanti, facciali filtranti, mascherine di tipo chirurgico con elastici, occhiali protettivi o visiera)
- palloni ambu, boccagli, va e vieni, ecc. devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati e/o sterilizzati.

7. Manipolazione di strumenti/oggetti taglienti o pungenti

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 strumenti taglienti non devono essere indirizzati verso parti del corpo

- presi “al volo”, se stanno cadendo
- raccolti con le mani quando sono caduti
- portati in tasca
- piegati o rotti
- rimossi con le mani

8. Smaltimento di taglienti o pungenti

Aghi e strumenti taglienti devono essere smaltiti negli appositi contenitori.

Tali contenitori devono essere posti in vicinanza dell'operatore ed in posizione comoda rispetto alla zona nella quale i presidi vengono utilizzati

Materiali per l'igiene del paziente

Forbici, tagliaunghie, rasoio, spazzolini per unghie ed altri materiali taglienti o abrasivi necessari per l'igiene del paziente, devono essere personali

- se il paziente è sfornito di tali oggetti, utilizzare materiale monouso o materiale riutilizzabile sterile

Il materiale tagliente riutilizzabile, prima di essere sterilizzato, deve essere decontaminato e sanificato, come indicato nelle relative procedure aziendali.



9. Attrezzature e strumenti impiegati per l'assistenza al paziente

Tali materiali - se si contaminano con sangue, liquidi corporei, secreti ed escreti - devono essere manipolati con attenzione, in modo da prevenire l'esposizione di cute, mucose e indumenti. Le attrezzature riutilizzabili non devono essere usate su altri pazienti prima di essere state sterilizzate; gli strumenti, dopo l'uso, devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati o sterilizzati come indicato nelle relative procedure aziendali.

I materiali sanitari sporchi devono essere decontaminati negli appositi contenitori



È assolutamente vietato

- **reincappucciare (recapping) aghi, lame ed altri taglienti dopo l'uso**
- **sfilare con le mani le lame dei bisturi dal manico**

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 come indicato nel Protocollo di Sanificazione e Disinfezione in Ospedale.

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, dopo l'impiego, devono sempre essere smaltiti immediatamente negli appositi contenitori per rifiuti ospedalieri.



10. Smaltimento dei rifiuti

- La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari deve essere effettuata seguendo le indicazioni impartite.
- 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.
- Deve essere evitato, nel modo più assoluto, di
 - prelevare materiale dai contenitori per rifiuti
 - trascinarli
 - appoggiarli al corpo
 - effettuare manovre che possano pregiudicare la propria e altrui sicurezza



11. Biancheria ed altri effetti lettereci

- La biancheria (lenzuola, federe, coperte, ecc.), qualora risulti imbrattata di sangue o liquidi organici, deve essere riposta negli appositi sacchi per la biancheria sporca ed inviata 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. Effettuare ad ogni cambio paziente la sostituzione degli effetti lettereci dell'unità di degenza.

12. Campionibiologici

I campioni biologici (sangue, urine, feci, prelievi biotici, ecc.) devono essere:

- prelevati in provette e contenitori a chiusura ermetica e non devono essere imbrattati di liquido biologico
- manipolati utilizzando specifici dispositivi di protezione individuale (visiere, guanti, camici, ecc.)
- trasportati negli appositi contenitori a chiusura ermetica
 - tali contenitori, dopo l'uso, devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati e/o sterilizzati.

13. Sanificazione e disinfezione ambientale

- 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 - dopo **decontaminazione** e **sanificazione** - in aree ad alto rischio e in presenza di superfici imbrattate.
- Sanificazione e disinfezione dell'unità di degenza devono essere eseguite ad ogni dimissione, ad ogni trasferimento e/o ad ogni decesso del paziente.
- Eseguire sempre una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti, rispettando i tempi d'azione dei disinfettanti.

14. Informazione a pazienti e visitatori.

15. Pazienti e visitatori devono essere informati circa la necessità di utilizzare precauzioni finalizzate a prevenire la diffusione di microrganismi ad altre persone o all'ambiente

Allegato 5

Precauzioni aggiuntive per infezioni trasmissibili da contatto e/o tramite *droplet*

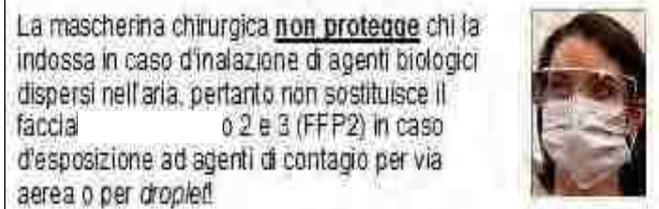
Di seguito si elencano le precauzioni da adottare in aggiunta alle **precauzioni standard** in caso d'infezioni ospedaliere trasmissibili per contatto e/o tramite *droplet*.

1. Collocazione del paziente

- Collocazione del paziente infetto in stanza singola.
- Ove la stanza singola non sia disponibile, creare una zona di isolamento all'interno dell'U.O. (Area d'isolamento spaziale paziente) 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.
- Ricovero nel posto letto “più vicino” al paziente colonizzato/infetto di un paziente a “basso rischio” di ICA.
- Se presenti due o più pazienti con colonizzazione/infezione data dallo stesso germe creare un’“Area d'isolamento” dove effettuare l'**isolamento per coorte**: 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).
- Anche in quest'ultimo caso ricoverare nel posto letto “più vicino” all’“Area paziente” un paziente a “basso rischio” di ICA.

2. Raccomandazioni per MRSA/ESBL

- Posizionamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola. Ove non disponibile posizionamento del paziente in un posto letto estremo, avendo cura di affiancarlo un paziente a “basso rischio” di ICA. Se presenti due pazienti colonizzati/infetti dallo stesso germe posizionare i due pazienti vicini tra loro e in posizione estrema (es. posti letto 1 e 2); il paziente più vicino deve essere a “basso rischio” di ICA.
- In caso di colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio mantenere il paziente ad una distanza non inferiore ad un metro dal paziente più vicino.



3. Guanti e lavaggio delle mani

- Chiunque si avvicina all'**area paziente** deve indossare i guanti (puliti, non sterili).
- I guanti impiegati nell'assistenza al paziente colonizzato/infetto devono essere sostituiti dopo il contatto
 - con il paziente
 - con materiale che può contenere microrganismi (es. materiale fecale, drenaggi ferite, saliva, sangue, etc)
 - con arredi/apparecchiature/dispositivi (letto, effetti lattarecci, sondini, cateteri, apparecchiature, etc) posti vicino al paziente o dallo stesso utilizzati
- Non si devono toccare superfici o oggetti ubicati fuori dell'**area paziente** con guanti utilizzati all'interno di tale area
- I guanti devono essere rimossi prima di lasciare l'**area paziente**
- Immediatamente dopo si deve effettuare il lavaggio delle mani con detergente antisettico
- Dopo la rimozione dei guanti e il lavaggio 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.



4. Protezione respiratoria

- Chiunque (operatori sanitari, parenti) venga in contatto con il paziente deve indossare una **mascherina chirurgica**.

5. *Camice copri divisa*

- Indossare un **indumento copridivisa** (indicato un **camice monouso** di carta; in sua assenza, è sufficiente un camice pulito non sterile), quando si entra nella **stanza di isolamento** o **area paziente**
 - se si prevede un importante contatto con il paziente, con superfici o strumenti contaminati
 - quando il degente è incontinente o presenta diarrea, ileostomia, colonstomia o drenaggi e c'è rischio d'imbrattamento eseguendo manovre che possono generare schizzi
- Rimuovere sempre gli **indumenti copridivisa** prima di lasciare la **stanza d'isolamento** o l'**area paziente**
 - gli **indumenti monouso** dovranno essere eliminati con i rifiuti speciali dopo ogni impiego, mentre i camici di tela dovranno essere raccolti con la biancheria infetta
- Per prevenire la contaminazione **degli abiti sottostanti** da parte degli **indumenti copri divisa**, procedere nell'ordine a:
 - slegare il laccio che chiude il camice all'altezza della vita
 - slacciare il camice all'altezza della nuca
 - far scivolare i polsini sopra le mani e sfilare il camice toccando solo la parte interna
 - avvolgere il camice su se stesso ed eliminarlo
- Al termine della vestizione, se la divisa sottostante è contaminata, deve essere subito cambiata e raccolta con la biancheria infetta.

6. *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 inevitabili, è necessario informare il personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito in merito alla situazione microbiologica del paziente
- Al personale ausiliario deputato allo spostamento del paziente colonizzato/infetto devono essere forniti i dispositivi di protezione individuale da utilizzare durante lo spostamento col paziente
- Ove possibile, concordare l'esame/l'intervento chirurgico, in modo che sia l'ultimo della giornata per permettere la disinfezione ambientale
- Il personale dell'UO dove viene inviato il paziente deve
 - essere informato della necessità di effettuare idonea pulizia e sanificazione delle attrezzature utilizzate e dell'ambiente
 - adottare le precauzioni stabilite nella tabella A (contatto o *droplet*).

7. *Gestione del paziente colonizzato/infetto*

- 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 *droplet* (soprattutto se il paziente non è intubato) il paziente deve indossare una **mascherina chirurgica**
- Quando è possibile, assegnare dispositivi e articoli non critici (es. sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, ecc.) 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.
- Utilizzare "sistemi di bronco-aspirazione a circuito chiuso" per ridurre al massimo la liberazione di *droplet* in ambiente.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

Allegato 9

DIREZIONE SANITARIA

Roma 29.10.2018

**PROCEDURE DA SEGUIRE NEL CASO DI PUNTURE DA AGHI O LESIONI CON TAGLIENTI
CONTAMINATI O SOSPETTI
(Responsabilita' del Medico di Guardia)**

1. Aumentare l'eventuale sanguinamento e lavare con acqua e sapone. Disinfettare la ferita o la parte lesionata con un disinfettante antisettico (clorexidina, prodotto iodato, in soluzione acquosa in caso di ferita estesa).
2. Eliminare l'agente infettante (tagliente, materiale di medicazione, ecc...) nei contenitori idonei, per evitare ulteriore incidente.
3. Raccogliere notizie sullo stato clinico e sierologico per HBV, HCV ed HIV nonché sui possibili comportamenti a rischio (farmaco/tossico-dipendenza, promiscuità sessuale), ed età del paziente.
4. L'operatore vittima dell'infortunio dà tempestiva comunicazione dell'infortunio, anche telefonicamente, al diretto superiore, caposala, medico di reparto o medico di guardia se l'incidente avviene di notte.
5. Effettuare il **test rapido per la ricerca HIV sul paziente (previo consenso informato Allegato A) immediatamente. Qualora positivo, l'operatore dovrà essere inviato entro due ore al più vicino pronto soccorso per la profilassi retrovirale. (al centro di pronto intervento dell'Ospedale Spallanzani). Se il paziente nega il consenso se ne assume tutte le conseguenze in ambito penale sulle sorti dell'operatore leso (comunicarlo chiaramente al paziente e documentarlo con firma del paziente anche in cartella clinica).**
6. Se il test sul paziente è negativo l'operatore potrà essere inviato al P.S. entro 12 ore per effettuare i test su HCV e HBV a tempo zero, per eventuali profilassi e ottenere le certificazioni del caso (**posizione INAIL**).
7. Qualora non sia possibile individuare la provenienza dell'ago o del tagliente l'operatore dovrà essere inviato nel più breve tempo al P.S. più vicino (Ospedale Spallanzani).
8. **Il test rapido HIV si effettua presso il laboratorio di analisi della Casa di Cura. Chiedere la chiave presso il centralino, qualora l'incidente avvenga nelle ore di chiusura del laboratorio.** Esso è contenuto all'interno di una scatola ben segnalata posta sul bancone centrale della sala principale del laboratorio di analisi. E' un kit monouso sigillato di semplice effettuazione sulla saliva del paziente per la cui effettuazione bisogna seguire le allegate istruzioni (Allegato B). *(Prendere la spatola del kit e passarla nel fornice gengivale superiore e inferiore del paziente, poi inserirla nella boccettina ed attendere 20 minuti, il test è negativo se sul C compare la linea scura e sulla T nessuna linea, è positivo se anche sulla linea T compare la linea scura)*
9. Consegnare modello INAIL e Verbale/referto di PS all'Ufficio Personale e compilare il Rapporto di Segnalazione Infortunio.

10. Per la decisione di una eventuale profilassi post esposizione è utile la conoscenza dello stato vaccinale per HBV dell'operatore: si consigliano pertanto gli operatori di avere sempre con se il tesserino certificante lo stato vaccinale ovvero di accertare e conoscere il proprio stato vaccinale per HBV.
11. La puntura accidentale con ago abbandonato di ignota provenienza, comporta un rischio di infezione da HIV basso (tenendo conto della rapida diminuzione della carica virale nell'ago abbandonato nell'ambiente).
12. Solo per i pazienti ambulatoriali, o esterni alla clinica, ovvero per gli operatori dei poliambulatori o in mancanza dei medici di reparto deve essere avvisato il medico in possesso del cordless 3630.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATO 10

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

Io sottoscritto.....nato a

Il.....residente in

Via.....CAP.....

Ho appreso che:

1. non posso essere sottoposto ad accertamento dell'infezione da HIV senza il mio consenso (legge 135 del 05/06/1990 art. 5 comma 3 e successiva sentenza Corte Costituzionale 218/94).
2. sottoporsi al test Hiv è un atto volontario e per la sua esecuzione è necessario che la persona interessata deve preliminarmente essere informata sul significato dell'esame e dell'eventuale esito.
3. il ricovero in ospedale non autorizza gli operatori sanitari a sottoporre a screening i pazienti senza il loro consenso.
4. le persone che si sottopongono al test hanno diritto all'anonimato.
5. il risultato dell'esame deve essere comunicato esclusivamente al diretto interessato evitando la comunicazione dell'esito per telefono o email o posta.
6. in caso di minori l'autorizzazione all'esecuzione dell'esame deve essere data dai genitori o da chi esercita la patria potestà.
7. anche in regime carcerario, il test Hiv non può essere effettuato senza l'autorizzazione dell'interessato.
8. al lavoratore o alla persona che effettua una selezione per l'assunzione non può essere chiesto di sottoporsi all'esecuzione del test Hiv.
9. In caso di puntura accidentale di un operatore sanitario con ago o tagliente usato per prelievi o terapia sul mio sangue, devo effettuare il Test HIV, per tutelare l'operatore. In caso di mio diniego al consenso me ne assumo le conseguenze legali e/o penali in caso di contagio.

Ho ricevuto ampie assicurazioni relativamente alla tenuta del segreto professionale da parte del personale della Casa di Cura e che l'atteggiamento assistenziale non può essere modificato dall'esito del test.

Firma per presa visione del paziente/utente (o genitore o tutore)

.....

Roma

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

ALLEGATO 11

Informativa su: *Gastroenterite da Norovirus*

I Norovirus sono in Europa i più importanti agenti di gastroenterite virale.

La sintomatologia compare dopo breve incubazione (12-72 ore), ed è caratterizzata da crampi addominali, nausea, vomito e diarrea senza sangue o muco. Può esserci febbre, raramente superiore a 38.5 °C. L'infezione si autolimita e risolve spontaneamente entro 2-3 giorni, senza complicanze.

La terapia è solo sintomatica (liquidi e sali per via orale o endovena nei rari casi associati a disidratazione), in quanto non esistono farmaci specifici. Sequele e complicanze sono rarissime e compaiono solo in pazienti già gravemente defedati per altre malattie.

La malattia può insorgere in qualunque periodo dell'anno, anche se si manifesta soprattutto d'inverno. La trasmissione avviene direttamente da persona a persona (in seguito a contatto con le feci o tramite aerosol generato dal vomito), oppure per ingestione di acqua o cibi infetti.

Poiché il virus è altamente contagioso e bastano poche particelle per causare l'infezione, è fondamentale rispettare le norme di seguito elencate per limitarne la diffusione in ambienti e comunità chiuse, come l'Ospedale. Tra queste la più importante è una buona igiene delle mani, che vanno sempre lavate dopo contatto con il paziente o l'ambiente circostante.

Norme per evitare la diffusione della malattia



- Adottare misure di isolamento da contatto per tutti i pazienti ricoverati ed affetti da nausea, e, soprattutto, vomito e diarrea, **con particolare rinforzo del corretto lavaggio delle mani anche solo con acqua e sapone.**



- In presenza di pazienti con vomito e durante le operazioni di pulizia, indossare il filtrante facciale P2 (FFP2 o mascherina chirurgica), per prevenire la possibilità di **trasmissione aggiuntiva da droplets**
- Preferire materiale sanitario monouso e dedicare alla stanza il materiale sanitario riutilizzabile
- Effetti lettereschi ed abiti utilizzati vanno allontanati immediatamente (verso il ciclo di lavaggio a temperatura maggiore di 60° C)



- Rinforzare le operazioni di pulizia e disinfezione di superfici a diretto contatto con il paziente (pulsantiera, sponde, vassoi, ecc...) con i comuni prodotti in commercio
- Per i pazienti sintomatici, limitare le visite negli orari prestabiliti ad un solo parente per ricoverato

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Le suddette misure dovranno essere mantenute fino ad almeno 48-72 ore dalla risoluzione di tutti i casi

Allegato 12

Informativa su **PEDICULOSI**

La pediculosi è una infestazione del capo e delle parti pelose del corpo da **pidocchi** adulti, larve e uova (**lendini**), che comporta prurito intenso e lesioni da grattamento.

Il pidocchio è un piccolo parassita che infesta l'uomo ma che sopravvive per un brevissimo periodo nell'ambiente (48 ore), biancastro, senza ali con il corpo appiattito e le zampe fornite di uncini particolari che gli consentono di ancorarsi saldamente a peli e capelli; l'apparato buccale è in grado succhiare il sangue del corpo umano. Delle numerose specie presenti in natura, parassitano l'uomo il **pidocchio del capo** (*Pediculus humanus capitis*), il pidocchio **del corpo** (*Pediculus Humanus corporis*) ed **il pidocchio del pube** (*Phtirus pubis*).

Essi si riproducono deponendo le uova (lendini) che, in condizioni favorevoli, in 7 – 13 giorni diventano pidocchi adulti e vivono nutrendosi di sangue da 2 a 5 volte al giorno. Il contagio avviene attraverso il passaggio diretto (persona – persona) oppure attraverso l'utilizzo di oggetti contaminati (pettini, cappelli, sciarpe, asciugamani, cuscini, ecc...).

Qualsiasi persona può essere infestata e l'infestazione si manifesta con intenso prurito localizzato nella sede di presenza del parassita; dall'osservazione accurata, aiutandosi con una potente fonte luminosa ed eventualmente una lente d'ingrandimento, si possono evidenziare lendini (uova dei pidocchi) e pidocchi in fase adulta.

L'infezione non è indice di cattiva igiene.

Norme per evitare la diffusione della malattia

La persona affetta da pediculosi deve:

Lavare i capelli con uno shampoo specifico a base di permetrina o Malathion e risciacquare con acqua ed aceto (100 gr di aceto in un litro di acqua calda – tiepida).

Ispezionare il capo in particolare in sede nucale e retro auricolare e provvedere alla rimozione delle lendini aiutandosi con un pettinino specifico.

Ripetere il trattamento dopo 7 gg per "catturare" i pidocchi che erano sfuggiti al trattamento precedente.

Cambiare lenzuola, federa, copridivani dopo aver effettuato lo shampoo.

Lavare la biancheria, lenzuola, federe, coprimaterasso, copridivani, abiti, ecc. a temperatura maggiore di 60°C.

Lasciare esposti all'aria aperta per almeno 48 ore abiti ed altri oggetti non lavabili a temperatura maggiore di 60°C (Peluches, coperte, pupazzi, altro) in quanto il parassita non sopravvive lontano dal suo ospite per più di due giorni.

Lavare accuratamente i pettini e le spazzole immergendoli in acqua calda per 10 minuti o utilizzando uno shampoo antiparassitario.

Misure di isolamento

Il paziente infestato deve essere posto in isolamento da contatto che va mantenuto per 24 ore dall'inizio del trattamento. Evitare lo scambio di indumenti.

Grazie per aver seguito questi semplici consigli

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Allegato 13

Informativa su: **SCABBIA**

La scabbia è una malattia della pelle causata da parassiti (acari), caratterizzata da lesioni papulose intensamente pruriginose, specie la notte, su tutto il corpo, ma in particolare in corrispondenza delle dita delle mani, dei polsi, dei gomiti, delle ascelle e dell'addome.

La trasmissione avviene per contatto diretto (cute – cute, rapporti sessuali) oppure per contatto indiretto (cute – biancheria, biancheria intima, lenzuola, ecc.), nel caso in cui oggetti siano stati contaminati da persona infestata di recente.

Il periodo di incubazione varia da 2 a 6 settimane e la contagiosità è presente fino a che gli **acari** e le uova non siano stati eliminati. La scabbia non è una malattia grave e guarisce senza conseguenze quando adeguatamente trattata; in questi casi le complicazioni si limitano a lesioni da grattamento che si possono sovrainfeettare.

Nei soggetti immunocompromessi però la malattia può apparire come una dermatite generalizzata con presenza di croste ed estesa desquamazione. Il prurito può essere assai ridotto mentre le complicanze e la diffusività sono maggiori (**Scabbia Norvegese**).

Per la terapia è in genere sufficiente l'applicazione per 5 giorni consecutivi di lozioni antiparassitarie; l'isolamento da contatto dei pazienti va mantenuto per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento.

L'uso di preparati da assumere per bocca va limitato a casi particolari (*Scabbia Norvegese*).

La persistenza di prurito per una o due settimane dopo il trattamento può essere normale e non va considerata come un fallimento terapeutico o l'espressione di una recidiva

Se in ospedale il paziente ha già eseguito il trattamento con la lozione specifica applicata dopo la doccia, **per 5 giorni consecutivi, non sono necessari ulteriori trattamenti e non sono necessarie particolari attenzioni**

La cute del paziente continuerà comunque a sfaldarsi per più giorni; mantenerla morbida ed idratata. Se invece il trattamento non è stato completato in ospedale, per evitare che coloro che se ne prendono cura possano a loro volta ammalarsi e/o diffondere ulteriormente l'infezione è consigliabile, sino ad indicazione medica, seguire le raccomandazioni sotto dettate:

Paziente

- **Praticare** per un totale di 5 giorni consecutivi la doccia o il bagno con modesto sfregamento della cute
- **Applicare** dopo il bagno la lozione specifica consigliata
- **Effettuare** almeno un cambio di biancheria nei primi 2 giorni ed **indossare** biancheria pulita in cotone

Famigliari o badanti

- **Utilizzare** guanti di protezione ogni qualvolta si abbia contatto diretto con la cute e gli effetti lettereschi del paziente
- **Lavare** le mani dopo aver tolto i guanti

Pulizia e trattamento biancheria

- **Cambiare** quotidianamente le lenzuola e la federa almeno sino al termine del trattamento
- **Lavare** la biancheria, le lenzuola, il coprimaterasso a temperatura maggiore di 60°C
- **Eliminare**, se possibile coperte, materassi, cuscini e quanto non trattabile con acqua e alta temperatura **oppure – chiudere** il tutto in un sacco impermeabile
- **Spruzzare**, all'interno del sacco, insetticida spray a base di piretro (*quello per le mosche e formiche a base di piretro*)
- **Lasciare** chiuso il sacco per almeno **24 ore** e poi esporre all'aria

Pulizia dell'ambiente

- **Pulire** i locali utilizzando i comuni prodotti in commercio
- **Proteggere** indumenti e mani se il paziente è ancora contagioso (indossare guanti e camice)
- **Eliminare** direttamente nel contenitore per rifiuti guanti ed altro materiale contaminato

| | | |
|---|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 75B Tel. 06659851 - Fax: 066572333 | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

Visitatori

Limitare il numero di visitatori, parenti ed amici ed invitarli a lavarsi le mani al termine della visita

Altro

Informare il medico curante se parenti, amici, badanti riferiscono entro 10 – 40 giorni dal contatto con il paziente, prurito intenso, arrossamento, ecc..

Sospendere le precauzioni secondo l'indicazione del medico

Grazie per aver seguito questi semplici consigli

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 73B Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATO 14

| | | |
|--|---|--------------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 73B Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | Istruzione Operativa GESTIONE RIFIUTI | IO 113 Rev 02 |
| | | Pagina 1 di 16 |
| | | |

1. SCOPO E GENERALITÀ
2. RIFERIMENTI
3. TERMINI E DEFINIZIONI
4. CRITERI OPERATIVI

| | | |
|--------------------|-------|------|
| DS | Firma | Data |
| RGQ | Firma | Data |
| PRESIDENTE DEL CDA | Firma | Data |

1. SCOPO:

Lo scopo di questo documento è di descrivere in modo dettagliato le procedure di smaltimento dei rifiuti ospedalieri in modo che siano chiare a tutti gli operatori interessati dell'U.O. (sia del ruolo sanitario che tecnico) e disponibili al controllo per le autorità preposte.

In sintesi si vuole giungere a:

- informare correttamente tutti gli operatori
- distinguere senza dubbi le diverse tipologie di rifiuti, il loro conferimento, il pretrattamento
- non avere giacenze di alcun genere di rifiuto
- ridurre la quantità, incrementare il riutilizzo e prevenirne la pericolosità

Tutti gli operatori delle UU.OO. sono tenuti all'applicazione dei metodi previsti nelle procedure descritte. Il monitoraggio dell'applicazione del metodo è sotto la responsabilità ultima della Capo sala e degli operatori che contribuiscono al pretrattamento e conferimento dei rifiuti.

Il coordinatore infermieristico comunica alla Direzione Sanitaria eventuali disservizi in merito allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri e degli assimilabili agli urbani.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

2. Riferimenti

Norma UNI EN ISO 9001:2015

3. Termini e Definizioni

Codice CER: codice del Catasto Europeo dei Rifiuti

Deposito temporaneo: luogo deputato allo stoccaggio dei rifiuti fino al conferimento alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento.

Detentore: il produttore dei rifiuti, o la persona fisica o giuridica che li detiene.

Gestione: raccolta, trasporto, recupero e smaltimento dei rifiuti compreso il controllo di queste operazioni. **Luogo di produzione dei rifiuti:** uno o più edifici o stabilimenti, o siti infrastrutturali collegati tra loro all'interno di un'area delimitata in cui si svolgono le attività di produzione dalle quali originano i rifiuti.

Produttore rifiuto: la persona la cui attività ha prodotto materialmente il rifiuto.

Punti di raccolta: stanze o aree di ciascun reparto, laboratorio o ambulatorio deputati alla raccolta temporanea prima del trasporto verso il deposito temporaneo;

Raccolta: operazioni di prelievo, di cernita e di raggruppamento dei rifiuti per il loro trasporto. **Raccolta differenziata:** la raccolta idonea a raggruppare i rifiuti assimilabili urbani in frazioni merceologiche omogenee destinate al riutilizzo, al riciclaggio e al recupero di materia prima

Recupero: i rifiuti devono essere smaltiti e recuperato senza pericolo per la salute dell'uomo e senza usare procedimenti o metodi che possono provocare pregiudizio all'ambiente.

Recupero rifiuto: operazioni, quali l'utilizzazione come combustibile o altro mezzo per produrre energia o materia prima, rigenerazione, riciclo di sostanze, solventi, reimpiego di oli, ecc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio dell'ambiente.

Rifiuto: in base al D. lgs. 05.02.1997 n. 22 si intende per rifiuto qualsiasi sostanza od oggetto di cui il detentore necessita lo smaltimento o abbia deciso o abbia l'obbligo di smaltire.

Rifiuti sanitari: in base al D.M. 26.06.2000, n. 219 sono sanitari i rifiuti prodotti da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di

ricerca, distinti in "non pericolosi", "pericolosi non a rischio infettivo", "pericolosi a rischio infettivo", "rifiuti da esumazione ed estumulazione", "rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali", "rifiuti assimilati ai rifiuti urbani", "rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione".

Smaltimento rifiuto: operazioni, quali l'incenerimento, la discarica, il deposito permanente, la biodegradazione, ecc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio dell'ambiente.

Stoccaggio: le attività di smaltimento consistenti in operazioni di deposito preliminare di rifiuti nonché le attività di recupero consistenti nelle operazioni di messa in riserva di materiali.

ROT: rifiuti ospedalieri trattati.

4. Criteri

Operativi

TIPOLOGIA DEI

RIFIUTI

La Casa di Cura Villa Sandra produce sia rifiuti considerati non pericolosi, sia rifiuti considerati pericolosi. La tabella successiva riporta un elenco di quelli prodotti con regolarità.

Tra i rifiuti non pericolosi alcuni rientrano nel circuito dei rifiuti assimilabili agli urbani (vetro, carta e cartone, plastica), altri sono destinati comunque al recupero (componenti delle apparecchiature fuori uso, metalli, legno, olio vegetale, nastri e toner esausti), i restanti sono destinati allo smaltimento.

Tra i rifiuti pericolosi, la maggior parte sono destinati allo smaltimento per incenerimento, mentre alcuni sono destinati al recupero di alcune componenti (accumulatori al Pb, olio minerale).

| PRODUZIONE DI RIFIUTI | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| RIFIUTI NON PERICOLOSI* | (CER) | RIFIUTI PERICOLOSI* | (CER) |
| Farmaci scaduti | 18 01 09 | Rifiuti a rischio infettivo | 18 01 03 |
| Pellicole e lastre fotografiche | 09 01 07 | Liquidi di fissaggio | 09 01 04 |
| Apparecchiature fuori uso | 16 02 14 | Liquidi di sviluppo | 09 01 01 |
| Carta e cartone | 20 01 01 | Sostanze chimiche pericolose | 18 01 06 |
| Metalli | 17 04 05 20 01 40 | Rifiuti liquidi di laboratorio | 07 07 04 07 07 01 07 07 07 |
| Vetro | 20 01 02 | Sfigmomanometri contenenti Hg | 06 04 04 |
| Ingombranti | 20 03 07 | Accumulatori al Pb | 16 06 01 |
| Calcinacci e cartongesso | 17 09 04 | Olio minerale esausto | 13 02 08 |
| Plastica | 20 01 39 | Filtri cappa | 07 05 10 |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | | |
|----------------------------|----------|--------------------------|--|
| Olio vegetale esausto | 20 01 08 | | |
| Nastri e toner esausti | 15 01 02 | | |
| Filtri aria | 15 02 03 | | |
| Fanghi da serbatoi settici | 20 03 04 | | |
| | | SMALTIMENTO E/O RECUPERO | |

* elenco non esaustivo

5. INDICAZIONI GENERALI

Lo smaltimento dei rifiuti prevede una sequenza di atti che ogni operatore conosce:

- prestare attenzione ai prodotti speciali
- individuare il contenitore idoneo
- chiudere correttamente
- stoccare

Gli infermieri sono i principali artefici del ciclo descritto entro l'U.O.. Gli ausiliari intervengono nella fase di stoccaggio al punto di raccolta all'esterno dell'U.O.. Ogni operatore conosce l'importanza delle azioni corrette nello smaltimento dei rifiuti che regolarizzano la prevenzione di incidenti ed infortuni da parte di tutti coloro che interviene nel processo: gli operatori sanitari, gli addetti all'incenerimento presso la stazione ecologica.

La presente procedura deve essere adottata da tutto il personale della Casa

di Cura. Per lo smaltimento di qualsiasi rifiuto ospedaliero gli operatori

devono:

- eliminare i rifiuti secondo la loro tipologia nei contenitori/sacchi messi a disposizione;
- depositare i rifiuti separatamente a seconda della tipologia;
- compilare le etichette identificative dei rifiuti e chiudere ermeticamente i contenitori;
- indossare dispositivi di protezione individuale:
 - guanti (quando si chiudono e si trasportano i sacchi di plastica);
 - mascherina (nel caso di prolungata permanenza in vicinanza dei sacchi e/o quando ci sono più sacchi da chiudere e/o contenitori da confezionare, in modo da ridurre il rischio di inalazione di sostanze pericolose).

E' vietato assumere cibi e bevande o fumare in prossimità dei rifiuti (specie se infiammabili)

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

Per il trasporto di qualsiasi tipo di rifiuto:

- il trasporto deve essere effettuato solo da persone autorizzate;
- non manipolare i rifiuti;
- indossare sempre i dispositivi di protezione individuale (guanti, occhiali, ecc.);
- assicurarsi che le etichette siano compilate chiaramente e correttamente (altrimenti non procedere al ritiro);
- verificare che i contenitori siano ben chiusi;
- utilizzare carrelli idonei al trasporto;
- trasportare i rifiuti chimici con massima precauzione.

Per la raccolta dei rifiuti speciali sanitari e non sanitari, pericolosi e non pericolosi

- I contenitori/imballaggi utilizzati per la raccolta dei rifiuti devono essere facilmente distinguibili per il colore o altre caratteristiche specifiche e recare con evidenza la dicitura che li identifichi.
- Tutti i contenitori di qualunque forma e tipo, atti a contenere “RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO” solidi devono essere facilmente identificabili mediante un codice indicante pericolo.
Per la Casa di Cura, il colore che indica il rischio infettivo ed il pericolo biologico è il colore giallo.
- Rifiuti pericolosi liquidi: i rifiuti pericolosi liquidi devono essere raccolti in appositi contenitori dotati di una larga imboccatura atta a facilitare gli operatori durante le operazioni di travaso.
- I contenitori devono avere caratteristiche di tenuta, una resistenza chimica e meccanica adeguata alle caratteristiche dei prodotti che dovranno essere contenuti, e dovranno essere omologati all’uso secondo le vigenti normative e convenzioni. Detti contenitori devono essere provvisti di una chiusura ermetica e di tutti gli accessori necessari per il riempimento. In ogni contenitore o tanica deve essere contenuto un solo prodotto.
- E’ assolutamente fatto divieto di miscelare categorie diverse di rifiuti pericolosi ovvero rifiuti pericolosi con rifiuti non pericolosi se questo sia il prodotto conseguente a lavorazioni diverse con materiali compatibili (ovvero non reagenti).
- **Al fine dell’identificazione del punto di produzione del rifiuto (ROT - acronimo di Rifiuti Ospedalieri Trattati - e alcune tipologie di rifiuti urbani differenziati) è fatto obbligo di scrivere con un pennarello indelebile il nome della Divisione, Servizio, Laboratorio o Ambulatorio produttore, data e turno sulla parte superiore del contenitore prima dell’invio dello stesso allo smaltimento.**
- **Rifiuti potenzialmente infetti o infetti da COVID 19, sono classificati come MATERIALE INFETTO - categoria B (UNI3291) e rientrano tra i rifiuti RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO; dovranno quindi essere smaltiti con le procedure descritte in seguito.**

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

5.1 Deposito temporaneo dei contenitori

Le taniche ed i contenitori devono essere chiusi ermeticamente dagli operatori del luogo in cui viene prodotto il rifiuto e dovranno essere successivamente collocati in una sede di pre-deposito temporaneo (luogo di produzione) all'interno della Divisione, Servizio, Laboratori o Ambulatorio. Tale sede deve possibilmente soddisfare i seguenti requisiti:

- Funzionalità per gli operatori addetti al deposito e al ritiro dei materiali;
- difficile accesso ai non addetti ai lavori;
- lontananza da fonti di calore o fiamma libera.

5.2 Etichette

Sulle taniche dei rifiuti pericolosi liquidi e sui contenitori dei rifiuti pericolosi solidi, devono essere obbligatoriamente impresse o poste successivamente le etichette adesive richieste dalla normativa vigente, al fine di poter individuare immediatamente se trattasi di: rifiuti speciali sanitari pericolosi a rischio chimico, rifiuti speciali sanitari pericolosi a rischio infettivo, rifiuti sanitari a rischio infettivo taglienti e/o pungenti.

6. RESPONSABILITA'

Al Direttore Sanitario compete la sorveglianza e il rispetto delle disposizioni di legge concernenti i rifiuti. Tutti i soggetti coinvolti nella procedura di cernita, raccolta, trasporto, deposito temporaneo e smaltimento dei rifiuti prodotti dalla casa di Cura, ciascuno per le proprie competenze, cooperano affinché venga applicata la presente procedura e sono responsabili relativamente ai compiti assegnati. La suddivisione dei ruoli sotto descritta è riferibile a situazioni in cui tutte le figure professionali elencate siano presenti; in assenza delle figure in questione il coordinatore o capotecnico decidono a pieno titolo le spettanze relative alle varie fasi del processo.

Le presenti procedure, istruzioni operative, protocolli e norme interne devono essere adottati da tutto il personale dipendente della Casa di Cura e scrupolosamente osservati. I sigg. Primari, il Responsabile del Servizio Infermieristico, i sigg. Coordinatori infermieristici, i capotecnici ed i preposti devono:

- vigilare sul personale da loro dipendente affinché tali disposizioni non vengano disattese;
- segnalare immediatamente verbalmente e successivamente per iscritto alla Direzione sanitaria tutte le "non conformità" riscontrate;
- Fare richiesta scritta alla Direzione Sanitaria per l'attivazione di nuovi servizi di ritiro dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo sia liquidi che solidi, dei rifiuti speciali non pericolosi sia solidi che liquidi, nonché dei rifiuti urbani.

6.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Soggetti coinvolti:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

DS Direttore
Sanitario RM
Risk Manager
(DS)

DI: Dirigenza infermieristica

RUO: Responsabile medico di Unità Operativa

CI, CT Coordinatori infermieristici, capotecnici delle varie
divisioni IP, T Infermieri professionali, tecnici di
laboratorio e di radiologia OSS, OTA e ausiliari

DE Direttore Economato

PT Personale tecnico dell'economato e area tecnica

| | DS | RM | RUO | DI | CI CT | IP | OSS AUS | DE | PT |
|--|-----|----|-----|----|----------|----|------------|----|----|
| Elaborazione e revisione della procedura | R A | C | | | | | | | |
| Controllo sulla rispondenza della procedura adottata | A | | R | R | R | R | | | |
| Confezionamento, sigillatura ed etichettatura | | | | | | R | R | | |
| Trasporto presso i depositi temporanei (a seconda del tipo di rifiuto) | | R | | C | | | R | | |
| Sorveglianza nella fase di conferimento alla ditta smaltitrice | | | | | | | | R | R |
| Documentazione e archiviazione | | | | | | | | R | R |

R= responsabile azione; C= collaboratore; A= approvazione

TIPOLOGIA DI RIFIUTI PRODOTTI

Modalità di conferimento dei rifiuti URBANI

Fanno parte dei rifiuti URBANI:

- rifiuti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie, relativamente alla preparazione di pasti;
- residui dei pasti provenienti dalle unità operative, ad esclusione di quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive, per i quali sia ravvisato clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui (questi ultimi sono da considerare rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo);
- rifiuti provenienti dalle attività di pulizia dei locali;
- rifiuti provenienti dalle attività di giardinaggio;

- rifiuti costituiti da materiale metallico non ingombrante non soggetti a raccolta differenziata;
- rifiuti costituiti da materiale ingombrante non soggetti a raccolta differenziata;
- scarti vari che non siano venuti a contatto con sostanze contaminate;
- rifiuti costituiti da indumenti monouso non contaminati da materiale biologico;
- gessi ortopedici e bendaggi non contaminati da materiale biologico e che non abbiano sangue in quantità visibile; piccoli imballi;

- rifiuti cartacei: involucri di siringhe, di boccette di farmaci di uso comune, di guanti sterili, carta monouso per lettini ambulatoriali, salviette monouso per l'asciugatura delle mani.

Modalità di raccolta e trasporto

Alla fine di ogni pasto nella cucina centrale della Casa di Cura ed in ogni reparto di degenza, tutti i residui dei pasti vengono raccolti in appositi sacchetti impermeabili trasparenti e biodegradabili ed inseriti in contenitori, che due volte al giorno, gli operatori provvedono a trasportare nell'apposito container dei rifiuti organici.

Confezionamento

Il sacco pieno va chiuso a cura del personale del reparto, utilizzando il laccio disponibile e riposto nello spazio riservato allo sporco presso l'unità operativa (deposito locale con superfici facilmente lavabili e disinfettabili). Il sacco non dovrà avere un peso superiore ai 6 Kg. Anche per quanto riguarda i residui delle attività di giardinaggio è il personale addetto alla cura dei giardini che provvede al conferimento di tali rifiuti nell'apposito container.

Contenitori per rifiuti assimilabili agli urbani

Questi sacchi impermeabili, che attualmente sono trasparenti, devono essere accuratamente confezionati, chiusi e devono essere di peso tale da garantire una facile manovrabilità (non più di 10 Kg.)

RESIDUI INFORMATICI DA STAMPA (toner fotocopiatrici, cartucce laser ed ink-jet, cartucce fax) esistono contenitori presso l'economato che vengono periodicamente ritirati dalla ditta fornitrice, per il riciclo.

FARMACI SCADUTI: come da specifica disposizione, devono essere consegnati dai Coordinatori inf. alla Farmacia interna.

CARTA E CARTONE DA IMBALLAGGIO: la carta viene introdotta in sacchi trasparenti gialli e smaltiti in appositi contenitori. E' opportuno procedere allo schiacciamento al fine di ridurre il volume al momento dell'immissione nel sacco. I cartoni da imballaggio vengono stoccati su appositi roll all'esterno della Casa di Cura.

PLASTICA E METALLO (LATTINE E IMBALLAGGI D'ALLUMINIO):

Vengono introdotti in sacchi trasparenti celesti e poi smaltiti in appositi contenitori. E' opportuno

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

procedere allo schiacciamento al fine di ridurre il volume al momento dell'immissione nel sacco.

ORGANICO:

- rifiuti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie, relativamente alla preparazione di pasti;
- residui dei pasti provenienti dalle unità operative, ad esclusione di quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive, per i quali sia ravvisato clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui (questi ultimi sono da considerare rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo); vengono raccolti in appositi sacchi biodegradabili trasparenti di peso non superiore a 6 Kg. e stoccati in appositi contenitori esterni subito dopo la raccolta. Successivamente sono conferiti presso i contenitori dell'organico posti nell'isola ecologica della Casa di Cura.

INDIFFERENZIATA:

I rifiuti che non rientrano nelle categorie sopra descritte (tranne ingombranti e altri specifici prodotti di lavorazione edilizia o tecnica, non di competenza dei reparti sanitari) vengono raccolti in appositi sacchi trasparenti e conferiti presso gli specifici contenitori.

6.2 Modalità di conferimento dei farmaci scaduti (18 01 09)

Contenitori usati:

Appositi contenitori rigidi presso la farmacia interna con la scritta:

“farmaci scaduti”. Tipologia rifiuti:

- rientrano in questa categoria tutti i farmaci scaduti presenti nei reparti di degenza o presso il magazzino farmacia e considerati non pericolosi, tranne i farmaci stupefacenti scaduti che hanno un percorso diverso.

Modalità operative:

I farmaci scaduti sono consegnati con periodicità trimestrale alla ditta esterna per l'incenerimento.

6.3 Modalità di conferimento del vetro (20 01 02)

Contenitori usati:

appositi contenitori messi a disposizione dalla ditta municipalizzata

Tipologia rifiuti:

- rientrano in questa categoria i contenitori in vetro: per uso alimentare, per farmaci e soluzioni da infusione non contaminati da farmaci antitumorali o da liquidi biologici. **(vetro non sanitario)**
- contenitori in vetro di farmaci e soluzioni da infusione contaminati da farmaci antitumorali o da liquidi biologici. **(vetro sanitario)**

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

Modalità operative:

Il personale del reparto deve verificare che non vi siano collegati aghi o set da infusione ed eventualmente svuotare eventuali residui di soluzione.

6.4 Modalità di conferimento della carta e cartone (20 01 01)

Contenitori usati:

bidoncini carrellati a disposizione dei reparti e uffici; cassonetti da 1000 litri; compattatore della carta

Tipologia rifiuti:

- rientra in questa categoria tutto il materiale cartaceo non contaminato da sostanze organiche, compreso quello proveniente da uffici e direzioni.

Modalità operative:

I cartoni vengono depositati nei contenitori (roll) specifici nell'isola ecologica.

6.5 Modalità di conferimento delle apparecchiature fuori uso, metalli, ingombranti, legno, calcinacci, cartongesso

Contenitori usati: Container situati presso l'isola ecologica (nella parte posteriore della casa di

cura) Modalità operative:

Il materiale viene allontanato dal personale di manutenzione. I calcinacci e il cartongesso vengono

allontanati da una ditta esterna su chiamata. Gli ingombranti sono stoccati presso un container posto nelle vicinanze dell'isola ecologica. Periodicamente i containers vengono svuotati da una ditta appaltatrice per il loro svuotamento. Le apparecchiature speciali sono smaltite da ditte esterne su chiamata.

6.6 Modalità di conferimento di altri rifiuti non pericolosi

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

Per tali rifiuti verranno presi di volta in volta accordi con la direzione sanitaria. Il nostro personale preleverà i rifiuti da smaltire e li trasporterà al deposito temporaneo. Tutti i rifiuti vengono infine conferiti alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento.

6.7 Modalità di conferimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 18 01 03)

I rifiuti speciali pericolosi di origine sanitaria, sono attualmente classificati come “rifiuti di maternità, diagnosi e prevenzione delle malattie negli uomini”, devono essere allontanati ogni 5 giorni e devono essere eliminati per mezzo della termodistruzione presso impianti espressamente autorizzati. Sono considerati RSP a rischio infettivo i rifiuti sotto elencati:

Rifiuti contaminati da:

- Sangue o liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile; Feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
- Liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o amniotico;

Altri rifiuti:

- Assorbenti igienici, pannolini e pannoloni, nel caso in cui sia ravvisato clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
- bastoncini cotonati per colposcopia e pap test e cuvette monouso per prelievo biotico endometriale;
- Bastoncini oculari non sterili e bastoncini oftalmici;
- Cannule e drenaggi;
- Cateteri (vescicale, venosi, arteriosi, per drenaggi pleurici) raccordi, sonde, circuiti per circolazione extracorporea;
- Deflussori;
- Fleboclisi contaminate;
- Filtri di dialisi, filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico);
- Guanti monouso;
- Materiale monouso: pipette, provette, indumenti protettivi, mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, soprascarpe, camici;
- Materiale per medicazioni: garze, tamponi, bende, cerotti, lunghette, maglie tubolari;
- Sacche (per trasfusioni, urina, stomia, nutrizione parenterale);
- Set di infusione;
- Sonde rettali e gastriche;
- Sondini (nasogastrici, per broncoaspirazione, per ossigenoterapia);
- Spazzole, cateteri per prelievo citologico;

- Speculum auricolare e vaginale monouso;
- Suture automatiche monouso;
- Gessi e bendaggi che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile; Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili;
- Contenitori vuoti di vaccino ad antigene vivo;
- Rifiuti di ristorazione e spazzatura che provengono da pazienti affetti da malattia infettiva per i quali sia ravvisata clinicamente dal medico che li ha in cura una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
- Parti anatomiche non riconoscibili;
- Piastre, terreni di colture ed altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni;

Metodo e materiali di smaltimento:

Contenitori rigidi in plastica di diverse misure per rifiuti taglienti e pungenti; contenitori in cartone polialveolare rigidi di colore giallo da 60 litri per gli altri rifiuti sopra elencati.

All'interno del contenitore in cartone, un sacco di plastica di colore giallo, dotato di fascetta per la chiusura di sicurezza, si ricorda a tutti gli operatori che i contenitori pieni non devono superare i 10 Kg.

N.B.: Le sacche monouso, piene di urina o urina ematica, non infetta devono essere vuotate negli scarichi preposti (vuota). Le sacche monouso, piene di urina ematica il cui contenuto sia infetto (certificato dal medico di reparto) devono essere smaltite come rifiuti pericolosi nei contenitori preposti. Al fine di evitare percolamento di liquidi è fatto obbligo annodare il tubo di collegamento del sacco dell'urina infetta per evitare fuoriuscita di materiale biologico pericoloso. Nel corso delle operazioni di svuotamento delle

sacche, gli operatori dovranno utilizzare i dispositivi di protezione individuale. Le sacche vuote che hanno contenuto urina devono essere smaltite negli appositi contenitori per rifiuti sanitari ospedalieri.

N.B. anno assolutamente inseriti nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

1. Parti anatomiche riconoscibili
2. Rifiuti sanitari liquidi
3. Rifiuti sanitari assimilati agli urbani (ad es. residui di pulizia, giornali, ecc.)
4. Rifiuti sanitari oggetto di raccolta differenziata (ad es. carta, plastica, ecc.)
5. Aghi e taglienti fuori dagli appositi contenitori rigidi

Confezionamento

I rifiuti **sanitari pericolosi a rischio infettivo** devono essere inseriti in apposito sacco impermeabile a perdere, di colore giallo, contenuto dentro un contenitore apposito resistente e dotato di un sistema di chiusura in grado di evitare spandimenti accidentali del contenuto.

Tali contenitori, sia internamente che esternamente, sono facilmente distinguibili dai contenitori

| | | |
|--|---|---|
|  <p data-bbox="188 241 405 300">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="715 159 943 199">PARS 2024</p> <p data-bbox="512 208 1145 239">PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1225 138 1505 165">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|---|

usati per gli altri tipi di rifiuto e devono recare con evidenza la scritta “rifiuti sanitari ospedalieri” con l’indicazione dell’unità operativa di provenienza e la data di chiusura.

Il sacco impermeabile va chiuso con apposito laccio, dal personale di reparto, prima della chiusura del contenitore rigido. Durante tale manovra occorre fare uso di presidi protettivi, come previsto dal D. Lgs. 81/08 ed indicati al punto 5 della presente procedura (guanti e mascherina). I contenitori chiusi non devono essere più riaperti. Nel caso in cui il sacco o il contenitore si rompa o si fori occorre provvedere, per evitare spargimenti di materiale all’utilizzo di un secondo sacco o di un altro contenitore esterno rigido in cui porre il primo.

In caso di smaltimento di materiali pesanti occorre utilizzare due sacchi di plastica. In ogni caso il peso dei contenitori non deve mai superare i 10 kg. Nel caso in cui il contenitore non sia ben riempito, ma vi sia la necessità di chiuderlo (cattivo odore, materiale particolarmente contaminato ecc), si può chiudere il sacco giallo all’interno del contenitore e inserirne uno nuovo e riempire il contenitore fino dove previsto.

Movimentazione interna fino al deposito temporaneo:

I contenitori correttamente chiusi e identificati vengono movimentati, sempre in posizione verticale, fino al deposito temporaneo, dal personale adibito all’incarico. Gli incaricati alla raccolta rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sono tenuti a non ritirare i contenitori che non riportano i dati di identificazione richiesti (data ed unità operativa) e/o non correttamente confezionati o macchiati, ed a segnalare l’eventuale mancanza ai caposala.

Aghi e taglienti

Il Decreto Ministeriale 28/09/1990 stabilisce che “l’eliminazione degli aghi e degli altri oggetti taglienti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture accidentali. In particolare gli aghi, le lame di bisturi, e gli altri materiali acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati e reincappucciati, ma riposti per l’eliminazione, in appositi contenitori resistenti alla puntura.” Non devono essere riempiti oltre i

$\frac{3}{4}$ della loro capacità. Tali contenitori devono essere chiusi ermeticamente, prima di essere inseriti nel contenitore per rifiuti pericolosi sanitari a rischio infettivo e devono recare con evidenza la scritta “rifiuti sanitari pericolosi”. Esempio: il corretto smaltimento del materiale usato per un’infusione venosa seguirà tre diverse vie indicate nel riquadro seguente: Il flacone se contiene sostanze pericolose da un punto di vista chimico, es. citostatici, deve essere conferito nel contenitore per rifiuti citotossici; se invece contiene sostanze di natura biologica quali il sangue deve essere conferito nel contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo; l’ago cannula o butterfly e la parte acuminata del deflussore devono essere conferiti nel contenitore per taglienti; la restante parte del deflussore deve essere conferita nel contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Deposito locale nell’unità operativa

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

Il contenitore chiuso, confezionato ed identificato in maniera visibile (reparti e data di chiusura) va collocato, a cura del personale della ditta per la sanificazione ambientale e/o del personale di reparto, nello spazio riservato allo sporco presso l'unità operativa (deposito locale).

Contenitori usati: contenitori rigidi esterni; contenitori rigidi in polietilene portaaghi.

N.B.: in caso di paziente sospetto per COVID-19, come indicato nella procedura IO115, la movimentazione del ROT dovrà essere effettuata con:

- mascherine
- chirurgiche
- guanti
- monouso
- camice
- monouso
- occhiali o
- visiera

6.8 Modalità di conferimento dei rifiuti pericolosi liquidi a rischio chimico (CER 07 07 01 – 07 07 04 – 07 07 07)

Contenitori usati: Tuniche in polietilene da 10, 20 o 30 litri. Bottiglie di vetro solo per sostanze incompatibili con la plastica.

Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria tutti i reagenti, solventi, miscele di composti contenenti le sostanze di seguito elencate: xilolo, metanolo, alcool etilico, soluzioni di sodio azide, soluzioni alcooliche varie, fenolo, bromuro di etidio in soluzione, reagenti vari, glicerolo, formalina, toluolo, cloroformio, alcool isoamilico (elenco non esaustivo). Eventuali altre sostanze di cui si conosce il potere tossico o mutageno/cancerogeno.

Modalità operative: I rifiuti liquidi vanno raccolti in tuniche. Eventuali miscele a rischio di incompatibilità tra sostanze vanno segnalate alla Direzione Sanitaria per le valutazioni del caso. Le soluzioni acquose in

cui il componente principale è l'acqua vanno smaltite con la denominazione di: soluzioni acquose di lavaggio e acque madri - codice CER 07 07 01. Le soluzioni più concentrate o le miscele di composti non acquosi vanno smaltite con la denominazione di: solventi organici - codice CER 07 07 04. Le soluzioni di bromuro di etidio vanno smaltite con la denominazione di: residui di reazione alogenati – codice CER 07 07 07. Le tuniche devono essere a tenuta:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

si raccomanda di controllare quelle riciclate dall'attività di laboratorio. In caso contrario vengono fornite dalla ditta che provvede allo smaltimento. Le taniche, una volta riempite, vanno etichettate con gli appositi cartelli autoadesivi, inserendo il nome e il codice CER del rifiuto e il nome del laboratorio. Le taniche piene vengono ritirate dal nostro personale, tale personale provvede anche alla consegna dei vuoti e delle etichette autoadesive.

La ditta esterna autorizzata allo smaltimento provvede al ritiro dal deposito temporaneo e al successivo smaltimento, con periodicità mensile. Si ricorda, infine, che feci, urine e sangue possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria.

Modalità di conferimento dei rifiuti liquidi del Laboratorio di analisi. I rifiuti sanitari liquidi di laboratorio rientrano nella categoria "rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo" con codice CER 180106. Le taniche contenenti i reflui di laboratorio sono riempite in modo diretto nella tanica dall'apparecchiatura in uso. Confezione e trasporto: Non riempire eccessivamente la tanica Chiudere la tanica in modo ermetico Apporre sulla tanica la data di chiusura, il nome del reparto o servizio ed il codice C.E.R. Trasportare la tanica nei locali individuati per il deposito temporaneo, da qui saranno prelevate dalla ditta addetta allo smaltimento dei rifiuti.

Importante:

- E' vietato allontanare dal reparto, ambulatorio diagnostica i contenitori se non perfettamente chiusi ed etichettati.
- E' vietato lasciare i contenitori pieni in luoghi diversi da quello individuato.

6.9 Modalità di conferimento di tutti gli altri rifiuti pericolosi

Per tali rifiuti, di produzione eccezionale, verranno presi di volta in volta accordi con la direzione sanitaria. Nel caso di rifiuti ingombranti (come i filtri delle cappe) il nostro personale provvederà ad allontanarli dal laboratorio e trasportarli fino al deposito temporaneo. Tutti i rifiuti vengono infine conferiti alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento.

6.10 Tenuta del registro dei rifiuti pericolosi

Il registro di carico e scarico deve essere completato con i dati relativi alla ditta, alla residenza e al codice fiscale prima della vidimazione. Deve essere tenuto da un operatore della Direzione Sanitaria individuato e delegato dal Direttore sanitario e disponibile per organismi di controllo. Iter per l'acquisizione e l'utilizzo del registro di carico e scarico: Acquisizione del registro: richiesta di acquisto all'Economato Apertura del registro: compilazione intestazione (1° pagina) con i dati del Produttore Numerazioni registrazioni: deve essere progressiva; in ogni spazio di registrazione deve essere evidente la cronologia delle registrazioni Registrazione carico e scarico (entro 5 giorni dal conferimento dei rifiuti pericolosi, meglio se subito):

Compilare ogni voce della 1° colonna Compilare ogni voce della 2° colonna, deve risultare il tipo di rifiuto e smaltimento. Compilare ogni voce della 3° colonna, devono risultare i Kg, litri o

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

metri cubi Integrazione formulario: riportare il numero dello scarico in altro a destre, il formulario e il suo scarico sono in atto unico, registro e formulario scaricati sono uniti. E' VIETATO coprire la scrittura. In caso di errore barrare lo scritto da eliminare, in modo che sia visibile l'errore. Non vanno mai usati sistemi coprenti

7. MODALITA' DI CONFERIMENTO DI RIFIUTI PARTICOLARI

7.1 Sostanze stupefacenti e psicotrope

Non possono essere considerati rifiuti i farmaci soggetti alle prime quattro tabelle della legge 22/12/1975 n° 685 perché le sostanze psicotrope non possono essere abbandonate ma, anzi, per legge devono essere detenute obbligatoriamente in farmacia finché non sono ritirate e/o distrutte dall'Autorità Sanitaria Locale con le specifiche procedure di verbalizzazione e registrazione che la stessa normativa prevede. Le sostanze stupefacenti e le altre sostanze psicotrope devono essere avviate allo smaltimento in impianti di incenerimento autorizzati ai sensi del D. lgs. 22/97, secondo le norme e le procedure previste dal D.P.R. 309/90.

Parzialmente utilizzate In caso di somministrazione parziale di una forma farmaceutica il cui residuo non può essere successivamente utilizzato (come una fiala iniettabile), si procederà alla scarico della intera unità di dosaggio: la rimanenza sarà dispersa nei contenitori dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo destinati all'incenerimento.

8. LOCALI DI DEPOSITO TEMPORANEO

Il deposito temporaneo per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e per i rifiuti pericolosi a rischio chimico è situato in un apposito locale di stoccaggio al di fuori della casa di cura. Qui i rifiuti vengono stoccati fino al conferimento alla ditta esterna di smaltimento secondo i tempi stabiliti dal capitolato speciale d'appalto e comunque nel rispetto dei tempi previsti dalle leggi vigenti (5 giorni per i rifiuti potenzialmente infetti; 2 mesi per gli altri rifiuti pericolosi).

Il locale di deposito temporaneo deve essere:

- chiuso in modo da impedire l'accesso a personale non autorizzato;
- ben ventilato;
- dotato di illuminazione artificiale e di emergenza;
- dotato di vasche di contenimento di eventuali fuoriuscite di liquidi, di volume pari almeno al volume del contenitore di maggiore capacità;
- dotato di un kit di emergenza (comprendente materiale per l'assorbimento di liquidi dispersi, DPI – guanti, mascherine)
- dotato di attrezzature idonee allo spegnimento di incendi (mezzi estinguenti, coperte antifiama);

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

- dotato di idonea cartellonistica con indicazione dell'uscita di emergenza, cartelli indicanti il tipo di rifiuto stoccato, le indicazioni di pericolo, segnalazione relativa alla presenza di lavaocchi e di doccia di emergenza.

9. COMPILAZIONE FORMULARI E REGISTRI DI CARICO E SCARICO

La compilazione dei formulari di identificazione dei rifiuti deve avvenire secondo le norme vigenti. In particolare i formulari, redatti in quattro copie, devono contenere le seguenti informazioni:

- identificazione del produttore del rifiuto (Casa di Cura Villa Sandra, con l'indicazione del presidio, sede legale e codice fiscale)
- identificazione del destinatario del rifiuto (nome impianto di smaltimento, sede legale e codice fiscale, numero di autorizzazione albo smaltitori e data della autorizzazione)
- descrizione del rifiuto, codice CER, stato fisico, caratteristiche di pericolo, n° colli o contenitori conferiti;
- destinazione del rifiuto (smaltimento o recupero);
- quantità trasportata (se il mezzo non è dotato di mezzo di pesa automatica, deve essere stimato il volume in litri, con l'indicazione di peso da verificarsi a destino);
- l'indicazione relativa al peso verrà recuperata dalla quarta copia di ritorno dall'impianto di smaltimento.
- Indicazione del percorso del rifiuto, se diverso dal più breve;
- indicazione se il rifiuto è sottoposto a normativa ADR (pericoloso o non pericoloso)
- le firme leggibili del produttore e del trasportatore, con le generalità del conducente del mezzo: si fa presente che i soggetti delegati alla firma per il produttore sono stati muniti di delega ufficiale dal Direttore Sanitario;
- la targa dell'automezzo e dell'eventuale rimorchio utilizzato;
- la data e l'ora dell'inizio del trasporto.

La compilazione dei registri di carico e scarico per i rifiuti pericolosi viene effettuata a cura di personale della Direzione Sanitaria, in base alle norme vigenti, entro una settimana dal carico e dallo scarico dei singoli rifiuti. Nel registro di carico e scarico, deve essere annotato il numero del formulario di identificazione; parimenti nel formulario deve essere indicato il riferimento dei movimenti di carico e scarico. Detto personale ha inoltre il compito di controllare che la copia di ritorno dall'impianto di smaltimento (quarta copia del formulario) pervenga entro tre mesi dallo scarico.

10. Documentazione

Registri

11. Tabella Revisioni



PARS 2024
PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
|------------|------------|--|---------|--------|
| 00 | 03.02.2019 | Prima emissione | tutti | tutte |
| 01 | 04.03.2020 | Aggiornamento periodico | tutti | tutte |
| 02 | 23.03.2020 | Aggiornamento con indicazione COVID 19 | tutti | tutte |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATO 15

| | | |
|--|--|-------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</small> | Istruzione Operativa | IO 15 |
| | GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE | REV 04 |
| | | |
| | | Pagina 151 di 198 |

1. SCOPO E GENERALITA'
2. RIFERIMENTI
3. TERMINI E DEFINIZIONI
4. CRITERI OPERATIVI
5. TABELLA DELLE REVISIONI

| | | |
|--------------------|-------|------|
| RGQ | Firma | Data |
| DS | Firma | Data |
| PRESIDENTE DEL CDA | Firma | Data |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 738 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

1 Scopo e Generalità

Scopo della presente Istruzione Operativa definire e uniformare le modalità di esecuzione del cateterismo vescicale e prevenire le infezioni delle vie urinarie nei pazienti cateterizzati.

2 Riferimenti

UNI EN ISO 9001:2015

3 Termini e Definizioni

Si fa riferimento al Glossario del manuale della qualità

4 Criteri Operativi

4.1 Descrizione delle attività e delle responsabilità

Il posizionamento del **Catetere Vescicale** (CV) è una procedura di competenza Infermieristica, previa prescrizione medica. Il CV può essere utilizzato per finalità urinario-evacuative, terapeutiche e diagnostiche. In tutti i casi si tratta di un'azione che deve svolgersi nella più assoluta sterilità, per evitare al paziente lesioni ed infezioni. L'utilizzo del catetere vescicale è spesso associato ad un aumento del rischio di **infezioni delle vie urinarie**, di conseguenza deve essere limitato ai casi in cui non sia praticabile nessuna alternativa (ad esempio nei casi di ostruzione delle vie urinarie o ritenzione urinaria, disfunzioni neurologiche della vescica, interventi chirurgici, incontinenza urinaria) e deve essere per quanto possibile limitato nel tempo. Al momento del ricovero durante la fase di accettazione l'infermiere registra sulla cartella infermieristica se il paziente è portatore di catetere vescicale, la data del posizionamento, la data in cui dovrà essere sostituito o in accordo con il medico se può essere rimosso, in tal caso dopo la rimozione l'infermiere dovrà controllare se il paziente riesce a ripristinare la minzione spontanea. Durante il ricovero può presentarsi l'indicazione al posizionamento del CV, in diaria dovrà essere registrato il posizionamento, il motivo dell'indicazione, la tipologia del catetere, la data della successiva sostituzione.

4.2 Indicazioni

Le principali indicazioni al cateterismo vescicale sono le seguenti:

- Ostruzione acuta delle vie urinarie e ritenzione urinaria
- Disfunzione neurologica permanente della vescica (1° opzione: cateterismo ad intermittenza, 2° opzione: cateterismo permanente.)
- Monitoraggio della diuresi nei pazienti critici
- Interventi chirurgici
- Esecuzione di test di funzionalità vescicale
- Incontinenza urinaria dove esistono motivate controindicazioni cliniche all'uso di metodi alternativi (pannoloni, urocontrol, padella, pappagallo)

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 738 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

4.2 Preparazione del materiale

- Catetere vescicale sterile di diametro adeguato al paziente e alla sua condizione patologica
- Sistema di drenaggio a circuito chiuso sterile
- Kit per cateterismo vescicale o in assenza:
 - telini sterili,
 - garze e batuttoli sterili,
 - antisettico monodose sterile,
 - lubrificante monodose sterile,
 - fiale di acqua sterile,
 - siringhe sterili.
 - Guanti sterili
 - Guanti non sterili
- Cerotto anallergico
- Supporto per sacca di raccolta
- Contenitore per rifiuti speciali
- Contenitore rifiuti urbani

4.3 Posizionamento

- Spiegare al paziente la procedura
- Garantire la privacy
- Ai pazienti autosufficienti far eseguire un'accurata igiene intima; ai pazienti non autosufficienti eseguire l'igiene intima
- Eseguire lavaggio antisettico delle mani
- Predisporre tutto il materiale con manovre antisettiche
- Scoprire e posizionare il paziente in posizione supina
- Indossare i guanti sterili
- Aprire l'antisettico monodose e versarlo sui tamponi
- Eseguire copertura dei genitali con il telino fenestrato
- Eseguire un'accurata antisepsi dei genitali
 - nella donna: muovendo dalla parte superiore a quella inferiore disinfettare, in successione grandi labbra, piccole labbra e meato urinario, sostituendo il batuffolo ad ogni passaggio; ripetere per 3/4 volte cambiando sempre il batuffolo
 - nell'uomo: retrarre il prepuzio ed eseguire l'antisepsi muovendo dal meato urinario verso la base del glande con movimenti circolari; ripetere per 3/4 volte
- Togliere i guanti e indossarne un secondo paio
- Controllare la tenuta del palloncino
- Lubrificare il catetere
- Introdurre il catetere nell'uretra femminile fino a quando vi è la fuoriuscita dell'urina
- Introdurre il catetere nell'uretra maschile, mantenendo il pene perpendicolare all'addome fino ad avvertire la resistenza prostatica,

successivamente abbassarlo e continuare l'inserimento fino a quando vi è fuoriuscita dell'urina

- Raccordare il catetere al sistema di drenaggio a circuito chiuso
- Attendere che sia completato lo svuotamento della vescica
- Iniettare l'acqua sterile per gonfiare il palloncino del catetere
- Ritirare lentamente il catetere verso il basso e accertarsi che sia adeguatamente ancorato al collo vescicale
- Fissare il catetere alla coscia con cerotto, al fine di evitare trazioni sull'uretra, rispettando le diversità anatomiche
- Nell'uomo ricoprire il glande col prepuzio onde evitare di provocare parafimosi
- Posizionare la sacca di raccolta sotto il livello della vescica
- Smaltire il materiale utilizzato
- Togliere i guanti
- Effettuare il lavaggio sociale delle mani.

4.4 Verifica

Il Coordinatore infermieristico provvederà a verificare la corretta applicazione del protocollo.

6. Tabella revisioni

| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
|---------|------------|------------------------------------|---------|--------|
| 00 | 01.01.2009 | Prima emissione | tutti | tutte |
| 01 | 08.01.2013 | Seconda emissione | tutti | tutte |
| 02 | 12.01.2016 | Terza emissione | tutti | tutte |
| 03 | 09.10.2019 | Quarta emissione | tutti | tutte |
| 04 | 13.04.2021 | Aggiornamento per nomina nuovo RGQ | Tutti | Tutte |
| 05 | 15.02.2023 | Aggiornamento | Tutti | Tutte |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax. 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATO 16

| | | |
|--|--|-------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax. 066572333</small> | Istruzione Operativa PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI | IO 17 |
| | | REV 3 |
| | | Pagina 155 di 198 |

7. SCOPO E GENERALITA'
8. RIFERIMENTI
9. TERMINI E DEFINIZIONI
10. CRITERI OPERATIVI
11. TABELLA DELLE REVISIONI

| | | |
|--------------------|-------|------|
| RGQ | Firma | Data |
| DS | Firma | Data |
| Presidente del CDA | Firma | Data |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

1. Scopo e Generalità

Definire e uniformare le modalità per eseguire l'igiene delle mani e garantire che tutti gli operatori ne siano a conoscenza e le applichino al fine di prevenire o ridurre l'incidenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), come indicato dal Piano Regionale sull' Igiene delle Mani del febbraio 2021. L'applicabilità del presente protocollo è estesa a tutti gli operatori sanitari in servizio presso le Unità Operative, il Poliambulatorio, le Palestre, la Camera Operatoria e i servizi. Inoltre il protocollo è esteso anche ai visitatori che al momento dell'ingresso nella Casa di Cura devono igienizzare le mani con la frizione del gel in soluzione alcolica.

2. Riferimenti

UNI EN ISO 9001:2015

3. Termini e Definizioni

Si fa riferimento al glossario del manuale della qualità

4. Criteri Operativi

Il lavaggio delle mani consente di rimuovere lo sporco e ridurre la flora microbica presente sulla superficie delle mani, al fine di prevenire e ridurre l'incidenza delle ICA.

4.1 Principi Preliminari da Rispettare. (sec. OMS)

L'operatore sanitario deve sempre rispettare i seguenti principi:

- Unghie corte e ben pulite
- Non utilizzare smalto sulle unghie, anche se trasparente
- Non indossare monili (anelli, bracciali, orologi), la fede può essere mantenuta solo nel caso del lavaggio sociale.
- La cute delle mani deve essere sempre mantenuta integra, è consigliata l'applicazione di creme idratanti a fine giornata.

. Per ogni tipo di lavaggio va utilizzato un lavandino, preferibilmente con rubinetto attivato a pedale, a fotocellula e/o a leva.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

I fattori che influenzano l'efficacia della procedura e differiscono per la tipologia di lavaggio delle mani sono:

- sostanza chimica utilizzata;
- azione meccanica;
- tempo di esecuzione

Si richiede pertanto un tempo minimo (fattore tempo), una tecnica di strofinamento (fattore meccanico) perché il principio attivo (fattore chimico) agisca efficacemente.

Si distinguono tre principali metodiche in riferimento alle differenti finalità operative:

1. Lavaggio sociale
2. Lavaggio antisettico
3. Lavaggio chirurgico

4.2 Lavaggio Sociale

Permette di allontanare la flora batterica "*TRANSITORIA*" o occasionale (quella acquisita tramite il contatto con pazienti ed oggetti) ed è indicata nelle attività assistenziali a basso rischio infettivo.

Il lavaggio sociale delle mani può essere eseguito :

- a) Con l'utilizzo di un sapone detergente, acqua di rubinetto e salviette monouso per asciugare.
- b) Con il frizionamento di un gel in soluzione alcolica.

Il lavaggio sociale delle mani secondo le indicazioni dell'OMS deve essere eseguito nei **5 momenti fondamentali:**

1. Prima del contatto con il paziente
2. Prima di una manovra asettica
3. Dopo l'esposizione ad agente biologico
4. Dopo il contatto con il paziente
5. Dopo il contatto con ciò che è intorno al paziente

Inoltre è buona pratica lavare le mani:

- all'inizio ed alla fine del turno
- all'inizio ed alla fine della somministrazione della terapia ev, im, sc ed orale (se si viene a contatto con la mucosa orale di un utente si deve procedere al lavaggio sociale delle mani prima di proseguire in altre attività)
- prima e dopo la distribuzione del vitto
- dopo ogni operazione di pulizia ambientale routinaria
- dopo il contatto con materiale sporco e/o potenzialmente infetto (biancheria, rifiuti, provette, ecc.)
- prima del contatto con materiale pulito (ad es. biancheria)
- dopo l'utilizzo dei servizi igienici

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 738 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

- dopo la rimozione dei guanti

4.2.1 Materiale necessario

- Lavandino attivato a pedale, a fotocellula e/o a leva.
- Sapone liquido in flaconi oppure monodose
- Salviette monouso in cellulosa
- Gel in soluzione alcolica al60-80% (nel caso di frizionamento)

4.2.2 Procedura con acqua e sapone

- aprire il rubinetto, regolare la temperatura dell'acqua e bagnare le mani
- prelevare dall'apposito erogatore una dose adeguata di detergente liquido
- lavare con cura il dorso, il palmo, gli spazi interdigitali e la zone periungueale, estendendo il lavaggio al polso ed a parte dell'avambraccio. Il tutto per la durata di almeno trenta secondi e ripetere se necessario.
- sciacquare ogni residuo di sapone, mantenendo le mani in posizione più alta rispetto ai gomiti
- asciugare a lungo con salvietta monouso (tamponando) per evitare il permanere di zone umide, partendo dalle mani e proseguendo verso i gomiti
- eliminare l'asciugamano nel contenitore dei rifiuti urbani
-

4.2.3 Procedura con gel in soluzione alcolica

- versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani
- frizionare le mani palmo contro palmo
- il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa
- palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro
- dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro
- frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa
- frizione rotazionale in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa
- aspettare che le mani siano asciutte

Il frizionamento con l'utilizzo del gel in soluzione alcolica NON può essere eseguito:

- 1) quando le mani appaiono visibilmente sporche
- 2) quando le mani sono venute a contatto con liquidi o materiale organico.

I dispenser della soluzione/gel alcolica sono presenti su tutti i carrelli dedicati alle attività infermieristiche e sono posizionati lungo i corridoi delle U.U. O.O. a disposizione dei visitatori.

4.3 Lavaggio Antisettico

Consente di rimuovere la flora batterica transitoria e, anche se in misura inferiore, quella "RESIDENTE" ed è indicato nelle seguenti attività assistenziali:

- prima e dopo ogni procedura invasiva da eseguire con tecnica asettica e sempre prima di indossare i guanti sterili (medicazioni di ferite, cateterismo vescicale, inserimento e medicazione del catetere venoso centrale)
- dopo contatto accidentale con materiale biologico o fonte contaminata da patogeni ospedalieri
- dopo il contatto con pazienti in isolamento o materiali infetti o presunti tali
- prima di prestare assistenza a persona immunodepressa
- dopo aver pulito l'ambiente contaminato da secreti/escreti
- prima e dopo aver svolto qualsiasi attività all'interno di unità operative ad alto rischio
-

4.3.1 Materiale necessario

- Lavandino con rubinetto attivato a pedale, a fotocellula e/o a leva.
- Detergente - disinfettante in dispenser
- Salviette monouso in cellulosa

4.3.2 Procedura

- aprire il rubinetto, regolare la temperatura dell'acqua e bagnare le mani
- prelevare dall'apposito erogatore una piccola quantità di antisettico- detergente liquido
- lavare con cura il dorso, il palmo, gli spazi interdigitali e la zona periungueale, estendendo il lavaggio al polso ed a parte dell'avambraccio
- lasciare la soluzione sulla cute per almeno un minuto
- sciacquare ogni residuo di antisettico - detergente mantenendo le mani il più possibile in posizione più alta rispetto ai gomiti
- asciugare a lungo con salvietta monouso (tamponando) per evitare il permanere di zone umide, partendo dalle mani e proseguendo verso il gomito
- eliminare l'asciugamano nel contenitore dei rifiuti speciali.

4.4 Lavaggio Chirurgico

L'antisepsi chirurgica delle mani e degli avambracci è un lavaggio accurato con sapone antisettico, eseguito da tutta l'equipe chirurgica che ha un contatto diretto con un campo sterile o con dispositivi medici e/o attrezzature sterili utilizzati sul campo stesso. Il fine è di eliminare la flora transitoria, ridurre la flora residente, ridurre il rilascio di batteri cutanei dalle mani per tutta la durata della procedura, far acquisire comportamenti uniformi sulla pratica dell'antisepsi chirurgica delle mani e degli avambracci.

La procedura deve essere applicata prima di ogni intervento chirurgico o prima dell'esecuzione di manovre altamente invasive.

4.4.1 Materiale necessario

- Lavandino con rubinetto attivato a pedale o fotocellula

- Soluzione detergente con antisettico dotata di dosatore/dispenser no touch
- Punto acqua
- Asciugamani monouso sterili
- Limetta per pulire sotto le unghie
- Spazzolino chirurgico sterile monouso
- Contenitore per rifiuti

4.4.2 Procedura

- Effettuare lo scrub chirurgico con soluzione antisettica/detergente su ogni lato di tutte le dita, tra le dita e sul dorso e sul palmo della mano per due minuti.
- Effettuare lo scrub sulle braccia, tenendo sempre la mano più in alto rispetto al braccio.
- Lavare l'interno e l'esterno di un braccio, dal polso al gomito per un minuto e ripetere sull'altra mano, tenendo sempre sollevate le mani rispetto ai gomiti.
- Sciacquare mani e braccia passandoli sotto l'acqua in una sola direzione, dalla punta delle dita al gomito
- Non spostare le braccia avanti ed indietro sotto il flusso dell'acqua
- Usare acqua tiepida
- Non versare acqua sugli indumenti
- Asciugare accuratamente le mani e le braccia con asciugamani monouso sterili
- Tamponare la cute
- Procedere dalle dita fino al gomito
- Gettare gli asciugamani nel contenitore per rifiuti evitando di toccare il bordo con le mani
- L'intera procedura deve durare circa cinque minuti.

PIANO D'AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI

Modalità operative

Le modalità operative della presente IO sono suddivise in cinque sezioni, secondo quanto riportato nel Piano Regionale sopra citato:

Sezione A: Requisiti strutturali e tecnologici

Sezione B: Formazione del personale

Sezione C: Monitoraggio e feedback

Sezione D: Comunicazione permanente

Sezione E: Clima organizzativo

Come definito dal documento regionale citato al punto 1. (PIRIM), e dalle successive comunicazioni della Regione Lazio in merito all'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) per il 2023, un obiettivo di tutte le Strutture per cui è mandatoria

| | | |
|--|---|---|
|  <p data-bbox="188 241 405 300">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="719 159 943 199">PARS 2024</p> <p data-bbox="512 208 1150 239">PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1230 141 1505 165">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|---|

l'elaborazione del PARS è elaborare ed allegare a quest'ultimo un "Piano di azione locale per l'igiene delle mani". Nel presente documento, che si pone l'obiettivo di ottemperare a tale indicazione, vengono indicati i punteggi di autovalutazione ottenuti da Villa Sandra nelle 5 sezioni del PRIM, e le azioni che si ha intenzione di mettere in campo per il raggiungimento del livello "intermedio" in tutte le sezioni entro il 31 dicembre 2023.

Sezione A: requisiti strutturali e tecnologici

La Struttura deve rendere disponibili agli operatori dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire un'agevole pratica dell'igiene delle mani. I dispenser contenenti la soluzione alcolica devono essere disponibili nelle medicherie, all'ingresso dei reparti, sui carrelli adibiti all'attività assistenziale e in prossimità della mensa e delle cucine. Vista la tipologia di pazienti residenti a Villa Sandra, non è opportuno rendere disponibili i dispenser nelle stanze di degenza. Le postazioni fisse, definite "Punto di igienizzazione" devono essere dotate di cartelli esplicativi.

Si elencano di seguito alcune buone pratiche sulla gestione dei dispenser:

- Per evitare contaminazioni, i contenitori non devono essere rabboccati né travasati;
- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore. Se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone, questo deve essere pulito;
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura;
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni Unità Operativa.

Implementazione sezione A

E' stato raggiunto il livello intermedio, punteggio: 75

Aspetti salienti:

a) È stata revisionata e pubblicata l'Istruzione Operativa "Piano di azione locale per l'igiene delle mani";

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2023

b) Il numero di dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani è stato incrementato in ogni area della Struttura. Al 31/12/2023 sono presenti 53 punti di igienizzazione, fissi e mobili, a disposizione del personale, degli ospiti e dei visitatori, così distribuiti:

Reparti degenza n.28 dispenser

Palestra 8

Zona Uffici n.04

Cucina n.01

Poliambulatori 10

Mensa dipendenti 1

Mensa Day Hospital 1

N.53 postazioni totali

Sezione B: Formazione del personale

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani. La diffusione di messaggi chiari e non aperti

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

ad interpretazione, può consentire di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura generale del personale, mirando a rendere le competenze parte integrante del loro comportamento professionale. Le attività formative sono documentate e tracciabili. Nel Piano di Addestramento e Formazione, come da procedura, sono specificate la durata del corso, la data prevista di svolgimento e quella effettiva, il nominativo del docente formatore e le categorie professionali a cui è indirizzato il corso.

Le attività formative in materia di igiene delle mani prevedono il coinvolgimento di tre categorie di operatori:

a. Formatori: sono le figure incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Le figure dirigenziali dei reparti di degenza (Medico responsabile, dirigente infermieristica, coordinator infermieristici e di palestra) sono le più accreditate a svolgere questo ruolo.

b. Osservatori: il loro ruolo è fondamentale per consentire a Villa Sandra di monitorare adeguatamente la comprensione delle regole da parte del personale e la loro applicazione nel lavoro quotidiano. Le figure degli osservatori possono coincidere con quelle dei formatori.

c. Operatori sanitari: sono le figure professionali target delle attività formative.

I corsi di formazione sull'igiene delle mani devono contenere almeno i seguenti argomenti:

- Definizione ed impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo ICA.

Implementazione sezione B

Per la sezione B del PRIM è stato raggiunto il livello intermedio, punteggio: 75

Aspetti salienti:

a) È stata realizzata e messa a disposizione in punti strategici della Struttura, compresi i reparti di degenza, una brochure sulla corretta igienizzazione delle mani.

b) Gli operatori sanitari e parasanitari hanno partecipato nel 2022 a corsi di formazione sulla prevenzione e gestione dell'infezione da *Sarcoptes scabiei* (scabbia umana) e sulla PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2023 prevenzione e gestione del rischio infettivo con focus sulle ICA, in cui è stato trattato specificatamente anche l'argomento "igiene delle mani".

Sezione C: Monitoraggio e feedback

Il monitoraggio continuo della corretta igiene delle mani da parte degli operatori rappresenta un aspetto fondamentale nella strategia d'intervento sulla prevenzione delle ICA. L'osservazione diretta "sul campo" è il metodo più efficace applicabile e, dai risultati ottenuti, la Struttura può valutare l'efficacia delle azioni formative intraprese e del grado di implementazione del sistema. I principali aspetti da monitorare sono:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 738 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

1. Corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta. Questo monitoraggio viene effettuato tramite osservazione "sul campo" e deve essere fatta dagli Osservatori

per ognuno dei reparti prendendo in esame tutte le categorie professionali interessate all'assistenza ai pazienti. Il numero minimo di opportunità da osservare per unità è 200 nel periodo di riferimento. I periodi di osservazione possono essere in numero variabile nell'anno (comunque almeno uno ogni dodici mesi), in base alle necessità per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel Piano di Intervento Regionale. Lo standard da perseguire è una compliance dell'80%.

2. Qualità e quantità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura.

Può essere effettuato un monitoraggio semestrale sui dispenser e annuale sui lavandini.

3. Formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA

Il Piano Formativo Annuale viene aggiornato ogni volta che i responsabili (RGQ e Dirigente Infermieristico) lo ritengano opportuno. L'efficacia dei corsi di formazione e la percentuale di adesione ai corsi, in generale, vengono monitorate ogni sei mesi in sede di monitoraggio dei processi del Sistema di Gestione Qualità.

4. Consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura

Il sistema di monitoraggio degli indicatori del PARS (Piano Annuale Rischio Sanitario) prevede il controllo trimestrale del consumo dei prodotti idroalcolici e dei detergenti per l'igiene delle mani.

Tra i quattro punti oggetto di monitoraggio, la corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta risulta essere il più critico. L'osservatore deve servirsi della "Scheda di osservazione" compilando:

a. l'intestazione in cui deve scrivere, tra l'altro, il reparto, la data, l'inizio e la fine dell'osservazione;

b. la griglia dei dati per l'osservazione, dove vanno indicate le categorie professionali (per esempio: "INF" per infermiere; "OSS" per operatore sociosanitario) e il numero di persone osservate;

c. le opportunità, cioè l'oggetto dell'attenzione dell'osservatore. L'opportunità è ogni fase in cui si osserva una delle indicazioni per l'igiene delle mani. Infatti ogni "opportunità" richiede "un'azione di igiene delle mani". Ad ogni opportunità corrisponde almeno una "indicazione" (per esempio "prima del contatto con il paziente") e un'azione intrapresa (per esempio: "frizione").

Il monitoraggio viene fatto calcolando il rispetto dell'igiene delle mani (la compliance), cioè rapportando il numero di azioni di igiene delle mani eseguite e il numero di azioni di igiene delle mani richieste (opportunità). Lo standard da perseguire è una compliance dell'80%.

I dati devono essere raccolti in modo anonimo; prima di iniziare, l'osservatore deve annunciare la propria presenza; le sessioni di osservazione devono durare tra i 20 e i 30 minuti; ogni sessione dovrebbe osservare e valutare un'attività sanitaria completa; successivamente ad ogni osservazione i dati devono essere analizzati ed i risultati diffusi al personale, al CC-ICA e alla Direzione, attraverso riunioni di equipe (ove ritenuto opportuno) oppure attraverso il mezzo e-mail.

Implementazione sezione C

Per la sezione C del PIRIM è stato raggiunto il livello intermedio, punteggio: 70

Aspetti salienti:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

a) Nel corso dell'anno sono stati consumati 300 litri di detergente per le mani con risciacquo e 220 litri di soluzione idroalcolica. Le quantità sono state calcolate considerando tutte le Unità Operative della Struttura.

b) È stata effettuata, ad opera dei coordinatori dei reparti, l'osservazione periodica del personale assistenziale, durante lo svolgimento delle attività lavorative che prevedono l'igiene delle mani. Complessivamente, nell'anno 2023, sono state osservate 120 "opportunità" (ovvero "attività" assistenziali per le quali è necessaria un'azione di igienizzazione delle mani).

L'adesione del personale assistenziale alle disposizioni in termini di igiene delle mani, è stata più che soddisfacente. La Direzione Sanitaria è stata opportunamente informata sui risultati, come previsto, con cadenza semestrale.

Nonostante il raggiungimento del livello intermedio (70 punti) nella sezione C, per incrementare ulteriormente il punteggio di autovalutazione, si stabilisce di porre maggiore attenzione alla frequenza di osservazione periodica del personale assistenziale ed effettuarla con cadenza almeno trimestrale.

Sezione D: Comunicazione permanente

La comunicazione permanente sulla corretta igiene delle mani è uno strumento importante per ricordare all'operatore l'importanza dell'azione in oggetto. Nei reparti è opportuno affiggere promemoria e poster all'uopo, che rappresentano anche un mezzo per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi. I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica devono essere affissi in prossimità di ogni dispenser fisso.

Le comunicazioni ai dipendenti e ai collaboratori (comprendenti anche le indicazioni sulla corretta igiene delle mani) vengono effettuate anche attraverso comunicati affissi in punti strategici della Struttura, ad opera dell'Ufficio del Personale.

Implementazione sezione D

Per la sezione D del PIRIM è stato raggiunto il livello avanzato, punteggio: 80

Aspetti salienti:

a) Già prima della pandemia da COVID 19 Villa Sandra aveva adottato vari metodi di sensibilizzazione dei pazienti, dei visitatori e dei lavoratori verso la prevenzione del rischio infettivo, tra cui l'affissione di cartelli e poster informativi. Nel corso del 2022 il numero di cartelli è stato incrementato ed è stata verificata regolarmente l'integrità e l'aggiornamento degli stessi. Inoltre è stata realizzata e diffusa in vari punti della Struttura, compresi i reparti di degenza, una brochure che illustra il metodo corretto di igienizzazione delle mani.

Sezione E: Clima organizzativo

Anche attraverso un opportuno corso di formazione, tutti gli operatori devono essere informati sulle politiche aziendali sul tema delle ICA, che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) è stato istituito a Villa Sandra in data 13.11.2028.

Implementazione Sezione E

Per la sezione E del PIRIM è stato raggiunto livello base, punteggio: 50

Aspetti salienti:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- a) In data 13/04/2023 in sede di riunione del Comitato multidisciplinare di supporto al CC-ICA, è stato istituito un nuovo team di lavoro per l'implementazione della pratica di igiene delle mani, così costituito:
- Dott. Mario E. D'Imperio, Direttore Sanitario, RGQ e RM
 - Dott. Luigi Federico, medico internista
 - Dott. Rosa Zolli, Dirigente infermieristica

Per incrementare di 10 punti il punteggio di autovalutazione per la sezione E, e raggiungere il livello intermedio, si stabilisce di definire un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio.

4. Documentazione e moduli di riferimento

- Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, emesso dal Centro Regionale Rischio Clinico, prima emissione del 19/02/2021
- Determinazione del 25 gennaio 2022, n. G00643 dal titolo "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio U0124752 del 02/02/2023 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)"

| OBIETTIVO: FORMAZIONE DEGLI OPERATORI | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|
| ATTIVITÀ A2 : PROGETTO FORMATIVO LAVAGGIO DELLE MANI | | | | | | | |
| INDICATORE: PROGETTO AZIENDALE | | | | | | | |
| STANDARD: SI | | | | | | | |
| STRUTTURA RESPONSABILE: U0 DEGENZE | | | | | SCADENZA: 31/12/2024 | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | | | | | |
| AZIONE | CC-ICA | MEDICO COMPETENTE | RSPP | UO DEGENZE RIABILIT. | UO Lab. Analisi | Risk Management e Qualità | DAPS |
| Progettazione | I | C | R | R | C | C | C |
| Realizzazione | I | C | R | R | C | C | C |

**TEST DI APPRENDIMENTO DELLA ISTRUZIONE OPERATIVA
SULLA SORVEGLIANZA E CONSUMO DELLA SOLUZIONE IDROALCOLICA
E IGIENE DELLE MANI**

- 1) La frizione con soluzione idroalcolica delle mani, consente di rimuovere lo sporco e ridurre la flora microbica presente sulla superficie delle mani, al fine di prevenire e ridurre l'incidenza delle ICA.
 - a) La frizione delle mani con soluzione idroalcolica non è riconosciuta dall'OMS
 - b) Vero
 - c) Falso

- 2) Molte pratiche assistenziali possono e devono essere eseguite senza guanti, ma con le mani igienizzate tra una pratica l'altra utilizzando la soluzione idroalcolica.
 - a) Vero
 - b) Falso
 - c) Non è necessario utilizzare la soluzione idroalcolica

- 3) L'utilizzo dei guanti sostituisce la pratica dell'igiene delle mani?
 - a) Si
 - b) No, il lavaggio delle mani deve essere comunque eseguito
 - c) Dipende dallo scenario.

- 4) L'igiene delle mani secondo le indicazioni dell'OMS deve essere eseguita in 5 momenti fondamentali: 1 Prima del contatto con il paziente; 2 Prima di una manovra asettica; 3 Dopo l'esposizione ad agente biologico; 4 Dopo il contatto con il paziente; 5 Dopo il contatto con ciò che è intorno al paziente.
 - a) Non sono stati definiti momenti cruciali
 - b) Vero
 - c) L'importante è igienizzare le mani a inizio e fine turno

- 5) E' stata definita una procedura su come eseguire la frizione con soluzione idroalcolica ed è stata diffusa una immagine descrittiva.
 - a) Vero
 - b) Non esiste una procedura definita
 - c) Non esiste una immagine descrittiva

- 6) La frizione con soluzione alcolica non sostituisce il lavaggio mani con acqua e sapone quando queste sono venute a contatto con una sostanza organica (sangue, urine, feci etc) e/o quando queste appaiono visibilmente sporche.
 - a) Vero

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- b) Falso
 - c) Il contatto con sostanze biologiche non è una indicazione al lavaggio delle mani.
- 7) Nella fase di controllo un indicatore di aderenza del personale all'uso della soluzione idroalcolica è il rapporto tra il numero delle azioni eseguite e il numero delle azioni che effettivamente richiederebbero l'igiene delle mani.
- a) Non è necessario controllare il personale
 - b) Vero
 - c) Falso
- 8) La pratica dell'igiene delle mani è estesa anche ai visitatori e ai pazienti ambulatoriali che al momento dell'ingresso nella Casa di Cura devono igienizzare le mani con la frizione della soluzione idroalcolica.
- a) Non è necessario
 - b) Falso
 - c) Vero

Cognome _____
Nome _____
Qualifica _____
Reparto _____
Firma _____

Roma, ___/___/_____

5 Tabella revisioni

| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
|---------|------------|------------------------------------|---------|--------|
| 00 | 01.06.2008 | Prima emissione | tutti | tutte |
| 01 | 15.10.2018 | Aggiornamento | tutti | tutte |
| 02 | 27.11.2020 | Aggiornamento | tutti | tutte |
| 03 | 13.04.2021 | Aggiornamento per nomina nuovo RGQ | Tutti | Tutte |
| 04 | 09.11.2022 | Aggiornamento | Tutti | Tutte |
| 05 | 06.12.2023 | Aggiornamento | Tutti | Tutte |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | |
|--|---|-------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</small> | Istruzione Operativa SORVEGLIANZA CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA | IO 123 |
| | | REV 0 |
| | | Pagina 168 di 198 |

- 12. SCOPO E GENERALITA'
- 13. RIFERIMENTI
- 14. TERMINI E DEFINIZIONI
- 15. CRITERI OPERATIVI
- 16. REQUISITI STRUTTURALI
- 17. FORMAZIONE DEL PERSONALE E COMUNICAZIONE PERMANENTE
- 18. IMMAGINI ALLEGATE
- 19. TABELLA DELLE REVISIONI

| | | |
|--------------------|-------|------|
| RGQ | Firma | Data |
| DS | Firma | Data |
| Presidente del CDA | Firma | Data |

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

5. Scopo e Generalità

Definire e uniformare l'utilizzo della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, garantire che tutti gli operatori sanitari la utilizzino durante le pratiche assistenziali, garantire la disponibilità e la reperibilità dei dispenser, al fine di prevenire o ridurre l'incidenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), come indicato dal Piano Regionale sull'Igiene delle Mani del febbraio 2021 e sul Documento di Indirizzo del CRRC del novembre 2022, sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA. L'applicabilità del presente protocollo è estesa a tutti gli operatori sanitari in servizio presso le Unità Operative, il Poliambulatorio, le Palestre, la Camera Operatoria e i servizi. Inoltre il protocollo è esteso anche ai visitatori che al momento dell'ingresso nella Casa di Cura devono igienizzare le mani con la frizione della soluzione Idroalcolica.

6. Riferimenti

UNI EN ISO 9001:2015

7. Termini e Definizioni

Si fa riferimento al glossario del manuale della qualità

8. Criteri Operativi

La frizione con soluzione idroalcolica delle mani, consente di rimuovere lo sporco e ridurre la flora microbica presente sulla superficie delle mani, al fine di prevenire e ridurre l'incidenza delle ICA. L'implementazione del consumo della soluzione idroalcolica deve essere documentato e deve corrispondere ad un consumo sempre minore dei guanti monouso.

L'UTILIZZO DEI GUANTI NON SOSTITUISCE L'IGIENE DELLE MANI, molte pratiche assistenziali possono e devono essere eseguite senza guanti, ma con le mani igienizzate tra una pratica l'altra, per questo motivo è di fondamentale importanza focalizzare i 5 MOMENTI FONDAMENTALI (vedi allegato) quando eseguire l'igiene delle mani con la soluzione idroalcolica e come eseguire la frizione (vedi allegato).

4.1 I 5 Momenti Fondamentali

L'igienizzazione delle mani secondo le indicazioni dell'OMS deve essere sempre eseguita nei 5 momenti fondamentali:

6. Prima del contatto con il paziente
7. Prima di una manovra asettica
8. Dopo l'esposizione ad agente biologico
9. Dopo il contatto con il paziente
10. Dopo il contatto con ciò che è intorno al paziente

| | | |
|--|--|---|
|  <p data-bbox="183 241 406 300">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 738 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="512 159 1145 237">PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1225 141 1506 165">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|--|---|

Inoltre è buona pratica igienizzare le mani:

- all'inizio ed alla fine del turno
- all'inizio ed alla fine della somministrazione della terapia ev, im, sc ed orale tra un paziente e l'altro
- prima e dopo la distribuzione del vitto
- dopo ogni operazione di pulizia ambientale routinaria
- dopo il contatto con materiale sporco e/o potenzialmente infetto (biancheria, rifiuti, provette, ecc.)
- prima del contatto con materiale pulito (ad es. biancheria)
- dopo l'utilizzo dei servizi igienici
- dopo la rimozione dei guanti.

4.2 Procedura della frizione con soluzione idroalcolica

- versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani
- frizionare le mani palmo contro palmo
- il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa
- palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro
- dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro
- frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa
- frizione rotazionale in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa
- aspettare che le mani siano asciutte

Il frizionamento con l'utilizzo del gel in soluzione alcoolica NON può essere eseguito:

- 1) quando le mani appaiono visibilmente sporche
- 2) quando le mani sono venute a contatto con liquidi o materiale biologico.

In entrambi i casi le mani devono essere lavate con acqua e sapone.

9. Requisiti Strutturali

5.1 I dispenser della soluzione idroalcolica sono posizionati:

- all'ingresso della Casa di Cura a disposizione dei visitatori e degli utenti,
- all'ingresso delle UU OO,
- nelle medicherie,
- negli ambulatori,

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

- nelle palestre,
 - nei locali ristoro,
 - sui carrelli adibiti all'attività assistenziale,
 - sui carrelli per la preparazione e distribuzione della terapia farmacologica,
 - sui carrelli delle medicazioni
 - sui carrelli dei prelievi
- a. E' stata posizionata una cartellonistica in punti strategici che illustra come eseguire la frizione con la soluzione idroalcolica e i 5 momenti fondamentali in cui va eseguita la frizione.
 - b. Nelle medicherie e negli ambulatori sono presenti lavandini dove poter eseguire il lavaggio delle mani con acqua e sapone.

10. Formazione e controllo del personale e comunicazione permanente

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari rendendo facilmente accessibile il Piano di Intervento Regionale e l'Istruzione Operativa interna.

6.1. La somministrazione annuale di un test di apprendimento relativo ai documenti citati ed il monitoraggio continuo da parte dei coordinatori sono gli strumenti adottati per monitorare l'aderenza del personale sanitario all'igiene delle mani.

6.2. Per monitorare l'aderenza del personale sanitario all'igiene delle mani, in ogni singola unità operativa viene identificato un operatore che ha il compito di osservare e se necessario intervenire nel corretto utilizzo della soluzione idroalcolica. Un indicatore di aderenza è il rapporto tra il numero delle azioni eseguite e il numero delle azioni che effettivamente richiederebbero l'igiene delle mani. Nella fase di monitoraggio l'operatore designato, oltre al controllo del personale, deve controllare che la soluzione idroalcolica sia sempre disponibile.

11. Immagini Allegate



Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi!

- 1a** Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.
- 1b** Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.
- 2** Frizionare le mani palmo contro palmo.
- 3** Il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa.
- 4** palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro.
- 5** dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro.
- 6** frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa.
- 7** frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa.
- 8** ...una volta assolte, le tue mani sono sicure.

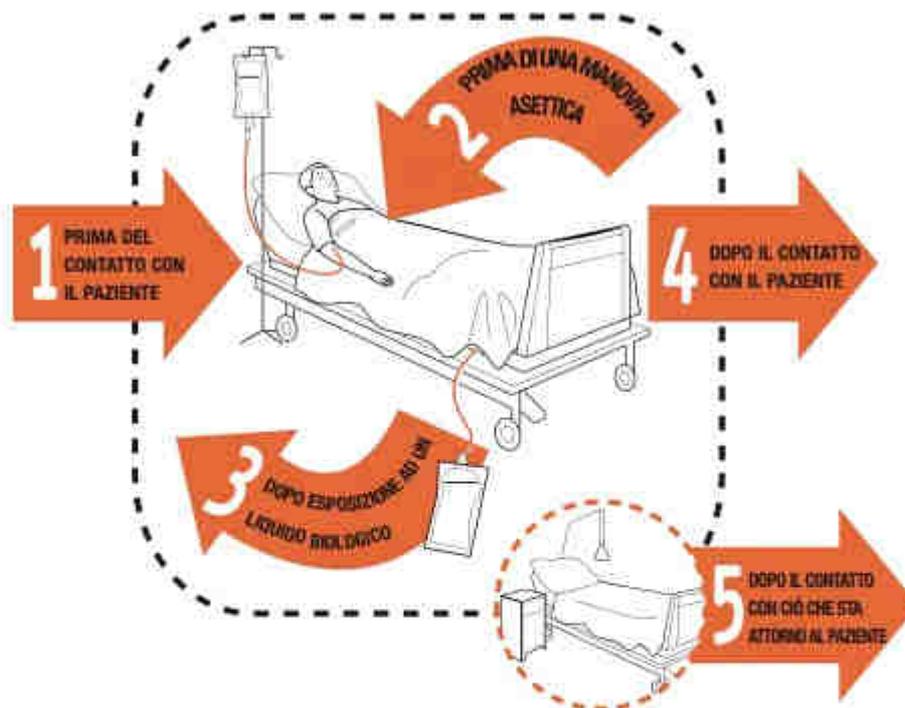
WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO collaborates with the Italian Administration of Rome (ASL) to contribute the members of the Italian Society of Hygiene (SIS) to the development of the manual.

World Health Organization



I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



| | | |
|----------|---|--|
| 1 | PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE | QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani. |
| 2 | PRIMA DI UNA MANIPOLAZIONE ASETTICA | QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al tuo microbioma. |
| 3 | DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO | QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e mani non intaccate i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni. |
| 4 | DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE | QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente (uscendo dalla stanza). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni. |
| 5 | DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE | QUANDO? Effettua l'igiene delle mani secondo dalle stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni. |

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Italian Universities of Genua (I.U.G.), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.
October 2010, updated 1.



© 2010 World Alliance for Patient Safety. All rights reserved. This document is intended for use by the members of the World Alliance for Patient Safety. It is not intended for sale or distribution outside the World Alliance for Patient Safety. The World Health Organization has no liability for any damage or loss of any kind resulting from the use of this document.

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

12. Tabella revisioni

| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
|----------------|-------------|-------------------------|----------------|---------------|
| 00 | 05/05/2023 | Prima Emissione | tutti | tutte |
| 01 | 08/02/2024 | Aggiornamento periodico | tutti | tutte |
| | | | | |

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

ALLEGATO 17

| | | |
|--|---|-------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655951 - Fax: 066572333</small> | Istruzione Operativa | IO 121 |
| | Procedura/istruzione operativa sulla corretta gestione della terapia antibiotica (antimicrobial stewardship) | REV 02 |
| | | Pagina 175 di 198 |

| | | |
|--------------------|-------|------|
| RGQ | Firma | Data |
| DS | Firma | Data |
| Presidente del CDA | Firma | Data |

Antimicrobial stewardship: gestire e ottimizzare la terapia antibiotica ai tempi delle resistenze batteriche

La **terapia antibiotica** è uno dei capitoli più rilevanti della pratica medica, sia da un punto di vista clinico che di sanità pubblica e farmaco-economia. I nostri pazienti sono sempre più spesso immunodepressi, portatori di dispositivi invasivi, allettati, quindi esposti a quadri infettivi sempre più complessi. La **prescrizione dell'antibiotico** si distingue da quella di altri farmaci per l'impatto che ha non solo sul singolo paziente, ma anche sulla flora ospedaliera, quindi sugli altri pazienti. È infatti dimostrata una stretta correlazione tra l'impiego di un antibiotico e i livelli di resistenza.

È ormai noto anche all'opinione pubblica generale che l'efficacia degli antibiotici è minacciata dalla dilagante resistenza batterica. Nel nostro Paese la resistenza è un fenomeno molto più grave che nella maggior parte degli altri Paesi europei, verosimilmente in relazione a un uso eccessivo e spesso non appropriato di antibiotici, soprattutto ad ampio spettro e di ultima generazione, a un ingiustificato protrarsi della profilassi pre-operatoria e ad una insufficiente applicazione delle norme igieniche, principalmente il lavaggio delle mani. Ciò è tanto più preoccupante se si considera che

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

negli ultimi anni lo sviluppo di nuovi antibiotici è andato progressivamente diminuendo.

Inoltre, la terapia antimicrobica costituisce uno dei principali capitoli della spesa farmaceutica ospedaliera. Le possibili soluzioni possono essere riassunte sotto il termine di **antimicrobial stewardship: programma o serie di interventi diretti al monitoraggio e all'orientamento dell'utilizzo degli antimicrobici in ospedale, attraverso un approccio standardizzato che sia supportato dall'evidenza al fine di ottenere un uso giudizioso dei farmaci**. Il primo obiettivo dell'antimicrobial stewardship è quello di migliorare l'outcome clinico, visto che è ampiamente dimostrato che il trattamento antibiotico empirico appropriato e tempestivo riduce la mortalità per infezione. In secondo luogo l'antimicrobial stewardship mira a ridurre la selezione e la diffusione di germi resistenti, ridurre gli effetti avversi degli antibiotici e infine contenere i costi.

Il programma di antimicrobial stewardship può trovare applicazione in una serie di attività:

1. Creazione di gruppi di lavoro che comprendano almeno uno specialista in malattie infettive o medico internista.
2. Consulenza infettivologica. La fornitura di alcuni farmaci può essere vincolata alla consulenza, fin dall'inizio o entro le prime 48-72 h di terapia. La consulenza è maggiormente importante se in uso farmaci a maggior impatto sulle resistenze, ad esempio i carbapenemici, quelli da preservare per i germi multi-resistenti, come la Colistina, e i più costosi, come la Tigeciclina e la Daptomicina.
3. Servizio di Microbiologia "fast lab" in stretta relazione con il clinico.
4. Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia.
5. Monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche con feedback periodici ai reparti.
6. Formazione e aggiornamento del personale medico e infermieristico.

Il presupposto per ottimizzare la gestione delle infezioni e la terapia antibiotica è fare ogni sforzo per ottenere una diagnosi eziologica. In primo luogo si devono fare i prelievi: quante volte viene impostata una terapia empirica anche molto costosa e non si preleva prima un campione di urina o di sangue per la coltura? Le ultime linee guida sulla gestione della sepsi severa e dello shock settico individuano 4 cose da fare nelle prime 3 ore, e

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

una di queste è il prelievo per le emocolture. Almeno nei casi di sepsi severa e shock settico i tempi di trasporto e processazione delle emocolture devono essere ridotti al minimo.

Il laboratorio deve ridurre al minimo i tempi per le analisi, ad esempio effettuare subito una colorazione di Gram dall'emocoltura positiva e comunicare prontamente il risultato al clinico. Sapere anche soltanto che il paziente ha emocolture positive per Gram positivi, Gram negativi o lieviti migliora di molto l'appropriatezza rispetto alla terapia empirica, quasi quanto l'antibiogramma completo. Le nuove tecnologie possono dare un contributo in questo senso: un programma basato sull'identificazione rapida dell'agente isolato da emocoltura, ha portato ad una riduzione del tempo di degenza e dei costi.

In Italia programmi di questo tipo sono di recente introduzione e la restrizione su alcuni farmaci è ancora vissuta da alcuni colleghi come una limitazione nell'esercizio della professione. Nel Regno Unito, ad esempio, è da tempo in vigore un sistema per cui i medici possono prescrivere liberamente attenendosi alle linee guida, mentre per prescrivere altri farmaci devono confrontarsi con il microbiologo clinico e con un farmacista dedicato, figure disponibili h24 e che frequentano i reparti per discutere i casi con il clinico. Questo sistema non è vissuto come una limitazione ma come un'opportunità, e il Regno Unito consuma meno antibiotici e ha minori problemi di resistenza.

Programmi di antimicrobial stewardship basati su nuove linee guida (**meno chinoloni, clindamicina, cefalosporine, amoxicillina/clavulanato e altri beta-lattamici ad ampio spettro, più Cotrimossazolo, Gentamicina, Claritromicina, Penicillina, Vancomicina, Nitrofurantoina**), ha portato ad una marcata riduzione dell'incidenza dell'infezione da Clostridium difficile.

In sintesi i programmi di antimicrobial stewardship sono indirizzati a:

- Riduzione della probabilità di acquisire infezioni nosocomiali.
- Riduzione delle infezioni catetere-correlate.
- Riduzione tromboflebiti.

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- Favorire la compliance del paziente.
- Potenziale riduzione del rischio di reazioni avverse.
- Riduzione dei potenziali errori legati alla preparazione.
- Riduzione disagi del paziente e precoce dimissione dall'ospedale.
- Risparmio del tempo del personale medico e infermieristico.
- Riduzione della spesa. Va considerato che al costo del deflussore, sacca di fisiologica/glucosata, agocannula, ecc. va sommato il prezzo della fiala che spesso è ben più alto del prezzo della compressa/capsula.

Tabella revisioni

| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
|---------|------------|-----------------|---------|--------|
| 00 | 01.06.2016 | Prima emissione | tutti | tutte |
| 01 | 15.10.2018 | Aggiornamento | tutti | tutte |
| 02 | 27.11.2022 | Aggiornamento | tutti | tutte |
| 03 | 10.11.2023 | aggiornamento | tutti | tutte |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | |
|---|--|-----------------|
|  | REGOLAMENTO DEL CCICA COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | PG. |
| | | REV. 1 |
| | | Pagina 179 di 6 |

ALLEGATO 18

INDICE

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1. OGGETTO e SCOPO | 2 |
| 2. DESCRIZIONE DEL REGOLAMENTO | 2 |
| 3. MONITORAGGIO | 6 |
| 4. RIFERIMENTI | 7 |

1. OGGETTO e SCOPO

Il presente regolamento definisce gli obiettivi, le attività, le modalità organizzative ed i compiti istituzionali del comitato per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) in coerenza ai criteri contenuti nel DGR Lazio n. 4112 del 01/04/2014 "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".

2. DESCRIZIONE DEL REGOLAMENTO

Art. 1 Definizione

Il CC-ICA è istituito con deliberazione del Direttore Generale Aziendale, dura in carica 3 anni, salvo diversa decisione aziendale.

Il CC-ICA è un organismo aziendale multidisciplinare con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico e di coordinamento delle attività finalizzate alla riduzione e/o abbattimento dei rischi di contrazione e trasmissione di malattie infettive tra pazienti, operatori sanitari, volontari, studenti e visitatori.

Rappresenta una delle dimensioni di governo clinico e assicura la corretta gestione delle infezioni correlate all'assistenza in un'ottica di miglioramento della Qualità e della sicurezza nelle strutture sanitarie.

Art. 2 Obiettivi ed attività

Al CC – ICA della ASL Rieti sono istituzionalmente attribuiti i seguenti compiti e finalità:

1) Definizione delle strategie di lotta contro le ICA, con particolare riguardo ai seguenti aspetti di attuazione:

- a. organizzazione di un sistema di sorveglianza sui patogeni sentinella;
- b. adozione delle idonee misure di prevenzione;
- c. divulgazione e condivisione dei piani operativi, delle linee di intervento e degli obiettivi con i componenti del Comitato, del Gruppo Operativo, dei Gruppi di Lavoro e con tutte le strutture aziendali interessate;
- d. Elaborazione e divulgazione di dati inerenti l'andamento delle ICA e correlati flussi di attività;
- e. Presentazione del Piano annuale delle attività del Comitato recante gli obiettivi di sorveglianza aziendale validati dal Direttore Sanitario;

2) verifica dell'applicazione dei programmi di sorveglianza e ne misura efficienza ed efficacia in

| | | |
|--|--|---|
|  <p data-bbox="183 241 406 302">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="512 159 1147 241">PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1227 138 1501 168">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|--|---|

collaborazione con la Direzione Sanitaria;

- 3) introduzione di nuovi modelli organizzativi e supporti tecnologici utili ed efficaci per il miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
 - 4) promozione della formazione e della cultura del personale;
 - 5) supportare da un punto di vista delle competenze tecnico-scientifiche e metodologiche le unità operative;
 - 6) curare la produzione di periodici reports e valutazioni sull'andamento delle ICA, nonché la relazione annuale da presentare alla Direzione Sanitaria Aziendale;
 - 7) stabilire all'inizio di ogni biennio gli orientamenti e i programmi operativi del periodo in
- Questione

Art. 3 Organi del CC – ICA

- Presidente
- Comitato ICA:
- Gruppo Operativo
- Gruppo di supporto - Rete dei facilitatori

Le attività del Comitato prevedono uno stretto coinvolgimento del Medico Competente, del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione e dei Servizi Tecnici Aziendali.

Nello svolgere il ruolo di prevenzione e di lotta contro le ICA, le azioni del Comitato sono caratterizzate da un alto contenuto educativo ed hanno una funzione di aiuto a tutte le Unità Operative. nonché di promozione della sicurezza delle cure e dell'igiene ambientale e del lavoro.

Art. 4 Attività e responsabilità del Presidente

Il Presidente del Comitato è il Direttore Sanitario.

Il presidente del CC – ICA:

- presiede e convoca il Comitato di Controllo;
- rappresenta l'organismo nei rapporti con interlocutori esterni all'Azienda;
- assicura la coerenza tra l'operato del comitato e le politiche aziendali;
- dirige l'attività dell'ICA al fine di garantire l'integrazione e ottimizzazione delle risorse;
- verifica l'attuazione delle decisioni assunte;
- in caso di assenza o impedimento le sue funzioni vengono svolte da un sostituto preventivamente indicato.

Art. 5 Attività e responsabilità del Comitato C-ICA

Il Comitato di Controllo è costituito oltre che dal Direttore Sanitario, in qualità di presidente, dalle seguenti figure professionali:

- referente Laboratorio analisi
- risk manager (direttore sanitario)
- referente medico reparti di riabilitazione
- dirigente infermieristico

È un organismo collegiale con funzioni di programmazione, indirizzo e verifica delle seguenti attività:

- elabora, monitora ed implementa un programma aziendale per la prevenzione ed il controllo

| | | |
|--|---|---|
|  <p data-bbox="183 241 406 300">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="715 159 943 199">PARS 2024</p> <p data-bbox="512 208 1145 239">PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1225 138 1505 165">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|---|

delle infezioni correlate ai processi assistenziali. A tal fine predispone entro la fine dell'anno precedente il piano annuale delle attività e dell'utilizzo delle risorse disponibili nel rispetto di leggi e regolamenti, da validarsi a cura del Direttore Sanitario;

- valuta ed approva le procedure e i protocolli redatti dal/congiuntamente al Gruppo Operativo;
- individua i gruppi di lavoro ed eventuali gruppi di supporto sulla scorta del programma di attività che il Comitato ICA intende realizzare;
- valuta i risultati delle verifiche periodiche effettuate dal Gruppo Operativo sulla base degli standard e degli indicatori identificati ed adotta eventuali provvedimenti consequenziali;
- riesamina a fine anno il rendiconto delle attività svolte e dei risultati conseguiti;
- provvede alla diffusione dei dati informativi circa il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza;
- promuove eventi formativi per il personale.

Gli obiettivi raggiunti verranno valutati a cadenza semestrale utilizzando l'approccio metodologico del miglioramento continuo della qualità.

La sede del CC-ICA coincide con quella del Presidente. Il gruppo si riunisce 2 volte l'anno o, ogni qualvolta particolari condizioni lo richiedano.

Il Comitato di controllo ha facoltà di proporre la partecipazione alle riunioni di figure interne ed esterne all'azienda che abbiano particolari qualifiche su specifiche problematiche all'ordine del giorno. La convocazione sarà fatta dalla segretaria CC-ICA con preavviso scritto almeno 7 giorni prima rispetto alla data fissata (cartaceo e/o via mail)

In casi di urgenza la convocazione può essere comunicata anche per le vie brevi.

I membri nominati hanno l'obbligo di partecipare personalmente alle riunioni, in caso di assenza giustificata possono delegare un sostituto, in caso di tre assenze ingiustificate vengono dichiarati decaduti e sostituiti.

Per tutte le riunioni viene redatto dalla segretaria un verbale che, firmato dal presidente e dal segretario stessa, viene trasmesso ai membri presenti, al Direttore Sanitario e al Direttore Generale.

Art. 6 Attività e responsabilità del Gruppo Operativo

Il gruppo Operativo è rappresentato da:

- Medico igienista (Direttore Sanitario)
- Dirigente Infermieristico addetto al controllo delle infezioni (AICA)

Il Gruppo Operativo costituisce lo strumento per assicurare l'approccio quotidiano ai temi della sorveglianza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; riceve con cadenza annuale il piano operativo redatto dal Comitato ICA.

Il Gruppo:

- Mette in atto le azioni per attuare il piano annuale definito dal Comitato di Controllo;
- Redige e promuove la divulgazione di procedure, protocolli, linee guida sulla base degli obiettivi definiti dal Comitato di controllo;
- Predispone e diffonde a livello aziendale protocolli assistenziali mirati alla prevenzione ed alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori e altri soggetti coinvolti nei processi di cura;
- Formula proposte operative e provvedimenti di urgenza da adottarsi in particolari evenienze di rischio infettivo quali infezioni da microrganismi alert o eventi epidemici;
- Favorisce il confronto professionale ed il diffondersi della cultura, delle buone pratiche e

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

dei corretti comportamenti inerenti la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, partecipa alla realizzazione di eventi formativi;

- Realizza il sistema di monitoraggio dei patogeni sentinella, contribuendo a tutte le azioni necessarie alla sua operatività ed efficacia;
- Partecipa ai gruppi di lavoro per la valutazione e possibili soluzioni di specifiche problematiche riconducibili al mandato del presente comitato;
- Conduce indagini epidemiologiche, studi di incidenza e prevalenza, report di attività, verifiche di efficienza ed efficacia, audit sulle attività del CC-ICA;
- Redige relazione semestrale sull'attività svolta.

Il gruppo operativo si riunisce ogni 6 mesi o urgentemente quando necessario. Le riunioni vengono verbalizzate ed il verbale viene inviato ai presenti ed al Presidente del Comitato ICA entro una settimana dalla riunione.

Art 7 Gruppo di supporto – Rete dei facilitatori

3. MONITORAGGIO

Indicatori di processo e di esito per valutazione delle attività del Comitato ICA

CRITERIO 1: Il programma di prevenzione del rischio infettivo nella struttura sanitaria è sviluppato ed è approvato in modo formale.

Modalità di verifica: Pubblicazione su sito aziendale della delibera e del regolamento del Comitato per la prevenzione e sorveglianza delle ICA

CRITERIO 2: Evidenza di una assegnazione di responsabilità alle Unità Operative nella gestione degli interventi

Modalità di verifica: verbale di formazione del personale delle Unità Operative

CRITERIO 3: Il Comitato si riunisce almeno 2 volte all'anno

Modalità di verifica: Verbali anno

4. RIFERIMENTI

1. DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) Prima emissione: 25 novembre 2022.

2. DGR Lazio n. 4112 del 01/04/2014 "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".

3. Circolare ministeriale 8/1988: "Lotta alle infezioni ospedaliere: la sorveglianza."

4. Seduta della Conferenza Stato Regioni del 20 marzo 2008.

5. Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure . Codice sito 4.10/2008/55. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131.



PARS 2024
PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

Rev. 00 del 24.02.2024

| RGQ | | Firma | Data | |
|----------------|------------|-------------------------|---------|--------|
| DS | | Firma | Data | |
| PRESIDENTE CDA | | Firma | Data | |
| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
| 05 | 13.11.2018 | Aggiornamento periodico | tutti | tutte |
| 06 | 13.04.2023 | Aggiornamento periodico | Tutti | Tutte |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------|
|  | Procedura | PG. |
| | VERBALI DI RIUNIONE DEL CCICA | REV. 1 |
| | | Pagina 184 di 5 |

ALLEGATO 19

Roma 13.10.2023

In data odierna si riunisce il CCICA, così composto:

- Referente Laboratorio analisi: Dott. Massimo Riccardi, biologo e resp. Lab. microbiologia
- Risk manager (Direttore sanitario) Dott. Mario D'Imperio
- Referente medico reparti di riabilitazione Dott. Luigi Federico
- Dirigente infermieristico Dott.ssa Rosa Maria Zolli

Argomenti:

PIANO ANNUALE DELLA FORMAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA

La **DS** della Casa di Cura si impegna a produrre ed adottare un piano di formazione per la prevenzione delle ICA entro il 30/12/2023.

La formazione degli operatori sanitari riveste un ruolo cardine nella promozione della cultura della qualità e della sicurezza nell'ambito della prevenzione del rischio infettivo, e la sensibilizzazione degli operatori è essenziale per l'effettiva applicazione delle procedure/istruzioni operative, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e nel Piano formativo che verrà adottato saranno previsti obiettivi formativi differenziati per le seguenti categorie di operatori:

Osservatori: il loro ruolo è fondamentale per consentire alla Struttura di porre in atto l'attività di monitoraggio nei confronti dei propri operatori.

Operatori sanitari: la formazione di questi operatori sarà incentrata sui seguenti argomenti

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;

| | | |
|--|---|------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

- Gestione del clostridium difficilis e delle recidive
- Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle strutture sanitarie.
- Antibiotico resistenza: cause e meccanismi

La Dott.ssa Zolli provvederà ad inviare i testi per la formazione ai reparti e a preparare i questionari da somministrare a tutto il personale sanitario della Casa di Cura.

Alle 13,30 la riunione è terminata.

| | | |
|-----------|-------------|------------------------|
| RGQ RM DS | Firma | Data |
| DIR. INF. | Firma | Data |
| REF: LAB | Firma | Data |
| REF. REP. | Firma | Data |
| | DATA | DESCRIZIONE |
| | 13.10.2023 | Verbale riunione CCICA |

ALLEGATO 20

| | | |
|--|--|------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 798 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | Procedura | PG. |
| | PROCEDURE DI PREVENZIONE RISCHIO LEGIONELLA | REV. 1 |
| | | Pagina 185 di 14 |

1. INTRODUZIONE

Sono definite "Legionellosi" tutte le forme morbose causate da batteri Gram-negativi aerobi del genere.

Legionella

La malattia si può manifestare sia in forma di polmonite con tasso di mortalità variabile tra 10-15%, sia in forma febbrile extrapolmonare e sia in forma subclinica.

| | | |
|--|--|---|
|  <p data-bbox="183 241 406 300">VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p data-bbox="512 159 1147 241">PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p data-bbox="1225 141 1501 170">Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|--|---|

I batteri del genere Legionella sono ubiquitari e la malattia può manifestarsi in forma di cluster epidemico dovuto all'esposizione aerea di una comunità a un'unica fonte con elevata virulenza o in forma isolata, in particolare nei soggetti con particolari fattori contribuenti di rischio individuale

I casi di polmonite da Legionella di origine nosocomiale, a differenza dei cluster di comunità extraospedaliera, non presentano una particolare stagionalità.

L'agente eziologico della legionellosi è veicolato dalla rete idrica distribuita per usi civili (comprese le strutture sanitarie di ricovero e cura) e può colonizzare il soggetto ricevente attraverso le attività ordinarie quotidiane (doccia o cure igieniche in genere, esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata gestione dei sistemi di filtraggio, inalazione da sistemi di nebulizzazione / umidificazione dell'aria) oppure attraverso alcune pratiche assistenziali erogate senza i necessari requisiti di sicurezza protettiva per il paziente. Non sono segnalati casi di contagio e trasmissione diretta interumana di legionellosi. La prevenzione primaria è rappresentata dalla bonifica dei serbatoi naturali e dei sistemi di convogliamento e distribuzione idrica.

L'evoluzione clinica della malattia è spesso influenzata dal contributo dei fattori individuali del paziente, la rilevazione nosocomiale di un caso isolato, o di un cluster clinico, è tuttavia rilevante in quanto espressione di un problema sistemico della struttura e dell'organizzazione sanitaria che richiede un tempestivo intervento di valutazione tecnico-microbiologica dell'impiantistica e di verifica delle buone pratiche assistenziali.

Per le ragioni sopra sintetizzate, la prevenzione e il controllo della legionellosi richiede due classi di intervento distinte per natura (tecnico-ingegneristico e clinico assistenziale) e per ambito di competenza, ovvero l'ambito della UOC Tecnico Patrimoniale per gli aspetti strutturali e manutentivi degli impianti e quello della Direzione sanitaria e del Risk Management per l'implementazione sia di misure proattive finalizzate al contenimento dei casi di infezione sia reattive per la corretta gestione dei casi di legionellosi. L'esposizione degli operatori segue sul piano generale le stesse misure preventive del resto della popolazione, ovvero l'abbattimento periodico della carica batterica negli impianti tecnologici della struttura e, sotto il profilo professionale, si richiama al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) in presenza di nebulizzazioni, aerosolizzazioni e manovre, in seguito meglio descritte a carico dell'apparato respiratorio o di interventi odontoiatrici dei pazienti.

2. OBIETTIVI

Prevenire e gestire i casi di colonizzazione/infezione e/o di malattia legionellosi nosocomiale tra i pazienti e gli operatori nelle strutture della ASL Rieti, attraverso l'adozione di idonee misure sia sul piano preventivo che reattivo.

a. PIANO PREVENTIVO

- Identificare i fattori di rischio e mettere in atto tutte le strategie tecniche per prevenire possibili rischi.
- Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire la possibilità di eventi avversi.

b. PIANO REATTIVO:

- Standardizzare modalità reattive all'evento avverso.

Il genere Legionella comprende 61 diverse specie ma non tutte sono state associate a casi di malattia nell'uomo. La Legionella pneumophila è la specie responsabile dell'85% delle infezioni nel mondo.

PIANO PREVENTIVO

UO Manutenzione impianti:

Manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti sanitari; Controllo filtri. Cura la

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|--|-------------------------------|

realizzazione di indagini semestrali utili ai fini della prevenzione.

Fornisce alla DMO, al RSPP e ai Medici Competenti i risultati dei monitoraggi effettuati.

UO Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale:

Valuta il rischio igienico ambientale e propone

alla Direzione Strategica un piano di interventi per il miglioramento della sicurezza.

Effettua sopralluoghi nei luoghi di lavoro

Elabora i dati riguardanti la descrizione degli impianti, i rischi presenti negli ambienti di lavoro,

Elabora le misure preventive e protettive integrandole con le risultanze delle visite negli

ambienti di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e delle relazioni del medico competente,

nonché dei monitoraggi ambientali, aggiornando conseguentemente il DVR.

Medico Competente Collabora con il SPP alla valutazione dei rischi e stesura dei piani di miglioramento. Visita nei luoghi di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e relazioni per quanto di competenza.

INTERVENTI DI PREVENZIONE AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI

UOSD Risk Management e Qualità:

Promuove proattivamente interventi clinico assistenziali di buone pratiche

Assume idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine di contenere il rischio per il paziente.

Partecipa alle attività di formazione.

Cura gli aggiornamenti della presente procedura in occasione di nuove evidenze scientifiche e/o perfezionamenti organizzativi.

Direzione sanitaria:

Garantisce la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali a loro afferenti

Supervisiona lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso i verbali di attività dell'Area Tecnica.

Partecipa con il Risk manager a iniziative nelle UU.OO. per verificare la buona condotta operativa e/o le criticità emergenti al fine dell'implementazione di buone pratiche per la riduzione del rischio.

Direttore/Responsabile di UU.OO/Coordinatori:

Garantiscono l'applicazione delle Buone Pratiche nelle strutture afferenti

Riunioni di diffusione e condivisione delle modalità operative.

Monitoraggio e controllo della corretta adozione procedurale per gli ambiti di competenza

PIANO REATTIVO

UO Tecnica- manutenzione:

Attivano le misure per risolvere le criticità strutturali, ambientali e tecnologiche.

Predispongono un'indagine ambientale per la valutazione del rischio, a livello della rete idrica in base alla struttura dell'impianto e ai dati emersi dall'indagine epidemiologica, identificando i punti critici, per procedere al campionamento ambientale.

Fornisce alla DMO e al SPP e al Medico Competente:

i risultati dei monitoraggi effettuati in seguito all'indagine ambientale;

copia schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

sui filtri assoluti dei terminali idrici;
 copia schede di manutenzione periodica, ordinaria e straordinaria, effettuata negli ultimi sei mesi sugli impianti di condizionamento;
 relazione su eventuali trattamenti di bonifica, sanificazione ed iperclorazione effettuati sul circuito di distribuzione dell'acqua calda e fredda;
 relazione su impianto di climatizzazione (ubicazione delle prese d'aria, centrali di trattamento dell'aria, sistema di umidificazione, stato delle condotte dell'aria ed eventuali punti di condensa, torri di raffreddamento).
 Provvede tempestivamente ad effettuare eventuali interventi straordinari richiesti.

UO RSPP

Verifica ambienti di lavoro Se necessario aggiorna il DVR e relativo piano di miglioramento.
 Raccoglie la documentazione ritenuta utile.
 Effettua un sopralluogo per la verifica degli ambienti di lavoro.
 Se necessario, aggiorna il DVR, anche sulla base della documentazione acquisita.

MEDICO COMPETENTE

Sorveglianza sanitaria e collaborazione con valutazione dei rischi
 Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.
 Effettua una visita negli ambienti di lavoro ex art. 25 D.lgs 81/2008 e collabora all'eventuale aggiornamento del DVR.

INTERVENTI REATTIVI AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI

Il medico del Laboratorio Comunica tempestivamente l'esito dell'esame al Medico della U.O. che ha inviato il campione
 Valuta, insieme al medico di reparto, se il tempo di permanenza in ricovero del paziente è compatibile con una possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione.
 Nel dubbio di una probabile/possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione, il Medico di Laboratorio scriverà sul referto "ATTENZIONE LEGIONELLOSI"
 Attiva la DMO e l'infermiere AICA annotando e registrando le modalità dell'avvenuto contatto.

Medico UU.OO

Attiva consulenza Infettivologica e precauzione del caso
 Richiede al consulenza dell'infettivologo
 Predisporre l'applicazione delle precauzioni del caso all'interno dell'Unità operative.
 Avviare la sorveglianza di possibili ulteriori casi.
 Attiva il sistema di notifica
 Compila il Modello Semplificato di Denuncia di Malattia Infettiva da inviare alla DMO allegandone copia in cartella clinica;
 Compila la scheda di rilevazione germe alert da inviare alla DMO come indicato Procedura Aziendale per la Sorveglianza il Controllo e la Prevenzione della diffusione dei Patogeni Sentinella in Ambiente Ospedaliero.
 Invia le informazioni richieste alla UO DMO

Coordinatore UU.OO

Diffusione delle informazioni a tutto il personale della UOC

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

Diffondere rapidamente l'informazione del caso a tutto il personale sanitario dell'Unità Operativa interessata;

Direzione Sanitaria Ospedaliera (DMO)

Gestione del caso

Inoltra la scheda di segnalazione compilata dalla U.O. alla UOC e Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e al Medico Competente.

Presiede il CC-ICA e coordina i lavori di analisi epidemiologica reattiva in caso di legionellosi isolata o in cluster epidemico.

Si raccorda con l'Infettivologo e con il Gruppo Operativo del CC-ICA nella sua articolazione di pronto intervento (NPI) per una rapida valutazione del caso.

Provvede alla convocazione del CC-ICA in caso di conferma del sospetto per la definizione delle strategie operative.

Dispone e coordina le misure organizzative, operative e di comunicazione interna e con gli Enti esterni.

UOSD Risk Management e Qualità

Partecipa alle attività del CC-ICA Partecipa agli audit organizzati dal CC-ICA e collabora all'elaborazione di piani di miglioramento.

Alimenta il flusso SIMES In caso di evento avverso cura l'alimentazione del flusso Rating / SIMES Coordina la risposta reattiva e gli eventuali piani di miglioramento.

MEDICO UOC SISP

Sistema di sorveglianza e eventuale indagine epidemiologica

Compila la scheda di notifica e la scheda di sorveglianza secondo la Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993 e le "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" del 7/05/2015, provvedendo al successivo invio dei dati alle strutture destinatarie.

In caso di infezione comunitaria:

Attiva Indagine epidemiologica.

Trasmissione dell'esito dell'Indagine epidemiologica alla DMO.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ

PIANO PREVENTIVO: INTERVENTI DI PREVENZIONE TECNICO INGEGNERISTICI

In questo ambito si evidenzia la necessità di agire per la prevenzione del rischio e contenimento del rischio attraverso una strategia multifattoriale.

STRATEGIE AMBIENTALI

Al fine di prevenire l'insorgenza di infezioni legate alla possibile presenza negli impianti del batterio di Legionella, la presente per procedurizzare sinteticamente la linea di azione più efficace e compatibile con gli impianti presenti, sempre nel rispetto ed aderenza normativa.

L'obiettivo è quello di monitorare la presenza della Legionella e contenerne ovvero azzerare la sua concentrazione negli impianti interessati.

Su tale principio, la Direzione ha inteso agire operativamente perseguendo due linee di azione:

- 1.manutenzione costante sia ordinaria che straordinaria degli impianti sanitari;
- 2.controllo UFC/litro del batterio Legionella secondo la ISO 11731:2004 con verifica in autotutela da parte del laboratorio.

Gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria sugli impianti sono documentati attraverso un "Registro" appositamente predisposto, vidimato in bianco e consegnato all'Ufficio tecnico con cadenza mensile

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

ovvero su richiesta della stessa.

MANUTENZIONE COSTANTE SIA ORDINARIA CHE STRAORDINARIA DEGLI IMPIANTI SANITARI

Tale linea di azione viene implementata attraverso le seguenti varie azioni:

- Clorazione continua dell'impianto idrico: il cloro è un agente ossidante efficace per il controllo igienico-sanitario delle acque potabili; occorre mantenere il pH dell'acqua tra i valori di 6 e 7 per poter ottenere l'attività biocida del cloro. Per la sanificazione dell'impianto è stato scelto il metodo della clorazione continua attraverso l'immissione nella rete idrica di Biossido di Cloro tramite una produzione in loco con l'installazione di appositi generatori.

Il sistema prevede la preparazione ed il dosaggio di biossido di cloro proporzionale al reale consumo dell'acqua misurato dal contatore volumetrico.

La lettura strumentale elettronica del potenziale redox del residuo di disinfettante presente nell'acqua consente il monitoraggio e l'eventuale correzione necessaria, al fine di ottenere costantemente la concentrazione desiderata, che possa garantire la disinfezione dell'acqua nel rispetto dei parametri di potabilità.

Il biossido di cloro viene dosato da ogni punto di produzione di acqua calda e fredda sanitaria, mentre il disinfettante residuo viene monitorato e registrato su rete attraverso prelievi periodici in punti definiti come significativi: i valori di concentrazione del cloro vengono mantenuti in un range tra 0,2 e 0,5 ppm.

L'attività di campionamento viene svolta, in accordo con la U.O.T.P., dalla Ditta esterna che ha anche l'incarico della manutenzione e della verifica di corretto funzionamento degli impianti.

È sulla base di tali campionamenti che l'U.O.T.P. provvede agli opportuni aggiustamenti della quantità di cloro introdotta ed effettua i relativi dosaggi.

- Impianto di condizionamento (aree di degenza)

- Prese d'aria esterne

- Verifica: verificare che in prossimità delle prese d'aria non vi siano ristagni d'acqua oppure che non vi siano infiltrazioni all'interno delle stesse.
- Misure di prevenzione: eliminare quindi tutte le fonti di inquinamento, pulire le prese d'aria e avvisare l'U.O.T.P.
- Tempistica: fatta la prima verifica e risolte eventuali fonti di inquinamento, i controlli e la pulizia delle griglie di prese d'aria esterne deve avvenire con cadenza mensile.

Filtri

- Verifica: verificare lo stato di pulizia dei filtri (a celle, a sacco ed assoluti).
- Misure di prevenzione: pulire tutte le unità filtranti. In alternativa effettuare la sostituzione con filtri nuovi.
- Tempistica: per i filtri a celle (pre-filtri): controllo settimanale ed eventuale sostituzione mensile. Per i filtri a sacco: controllo a vista ed eventuale sostituzione. Per i filtri assoluti: sostituzione con cadenza semestrale (come previsto dal contratto di manutenzione).

Unità Trattamento Aria (U.T.A.) - Vasche di raccolta condense

- Verifica: verificare che nelle vasche di raccolta condense delle UTA non ristagni acqua.
- Misure di prevenzione: aspirare eventuali ristagni d'acqua ed effettuare una verifica della pendenza della vasca e degli scarichi. Disinfettare quindi la vasca con prodotti appropriati (DECS o similari) e risciacquarla con acqua.
- Tempistica: Trimestrale.

Unità Trattamento Aria (U.T.A.) - Batterie di scambio termico

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
|---|---|------------------------|

- **Verifica:** verificare, ove possibile, che non vi siano incrostazioni sulle superfici delle batterie di scambio termico, con particolare attenzione nel periodo estivo a quelle di raffreddamento.
- **Misure di prevenzione:** spruzzare un prodotto appropriato (DECS o similari) sulle batterie di scambio termico assicurandosi che il prodotto riesca a raggiungere la parte più interna della batteria stessa, quindi procedere al risciacquo con acqua in modo da ridurre o eliminare del tutto eventuali residui al fine di non rendere tossica l'aria trattata.
- **Tempistica:** tale procedura può essere effettuata annualmente, anche in considerazione delle difficoltà di esecuzione.

Torri evaporative

- **Misure di prevenzione:** le vasche di raccolta dell'acqua devono essere vuotate e quindi disinfettate con prodotti appropriati (DECS o similari). I pacchi di raffreddamento devono essere disinfettati con prodotti appropriati (DECS o similari).
- **Tempistica:** Tale attività deve essere svolta semestralmente e comunque prima dell'inizio della stagione estiva.

N.B. Tutte le attività sopradescritte devono essere sempre registrate su apposita scheda datata e firmata dall'operatore oppure dal Capo Servizio della Ditta esecutrice della manutenzione.

Tali schede hanno valore di registro delle attività di prevenzione nei confronti della Legionella e devono essere consegnate all'U.O.T.P e alla DMO con cadenza mensile o su richiesta della stessa.

Il personale della Ditta esecutrice che effettua la manutenzione/decontaminazione degli impianti è esposto a rischio biologico e pertanto deve indossare i dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio (filtrante facciale, guanti, occhiali); i lavoratori ASL non dovranno presenziare alle attività di manutenzione/decontaminazione; ove ciò fosse necessario devono indossare i DPI, e comunque rispettare tutte le misure indicate nel DUVRI.

- Impianto idraulico

Bollitori

- **Misure di prevenzione:** procedere allo smontaggio degli scambiatori e immergerli preliminarmente nell'acido cloridrico al fine di eliminare eventuali incrostazioni calcaree, quindi immergerli in prodotti disinfettanti appropriati (DECS o similari). il fondo del bollitore deve essere pulito per asportare ogni eventuale deposito calcareo e successivamente lavato con prodotti appropriati (DECS o similari).
- **Tempistica:** l'intervento deve essere trimestrale.

Rubinetteria

- **Misure di prevenzione:** i soffioni doccia e i rompigitto dei miscelatori devono essere sostituiti con materiale nuovo oppure devono essere preventivamente disincrostatati e disinfettati con prodotti appropriati (DECS o similari).
- **Tempistica:** la sostituzione dei soffioni doccia e dei rompigitto deve essere trimestrale.

N.B. Tutte le attività sopradescritte vengono registrate su apposita scheda datata e firmata dall'operatore oppure dal Capo Servizio della Ditta esecutrice.

Tali schede hanno valore di registro delle attività di prevenzione nei confronti della Legionella e devono essere consegnate all'U.O.T.P con cadenza mensile o su richiesta della stessa.

Il personale della Ditta esecutrice che effettua la manutenzione/decontaminazione degli impianti è esposto a rischio biologico e pertanto deve indossare i dispositivi di protezione individuale per l'apparato respiratorio (filtrante facciale, guanti, occhiali).

- Filtrazione assoluta terminale: per minimizzare il rischio di contaminazione biologica soprattutto nelle aree

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

definite a rischio, sono stati installati dei Filtri Assoluti Terminali (indicato per la produzione di acqua microbiologicamente controllata) nei punti d'erogazione dell'acqua d'uso sanitario. Tali filtri vengono sostituiti mensilmente.

CONTROLLO UFC/LITRO DEL BATTERIO LEGIONELLA SECONDO LA ISO 11731:2004 CON VERIFICA IN AUTOTUTELA DA PARTE DEL LABORATORIO (BIOS)

Tale linea di azione viene implementata attraverso le seguenti varie azioni:

- I controlli ambientali periodici e la ricerca di Legionella nei campioni

Il Servizio di Prevenzione e Protezione e l'U.O.T.P hanno predisposto una prima mappatura dei punti di prelievo dell'acqua sulla base delle criticità legate all'impianto idrico e alle UU.OO. presenti e sulla base dei risultati dei campionamenti effettuati negli ultimi anni.

È in funzione di tale mappa, che la Ditta esecutrice esterna effettua un campionamento iniziale in circa 10 punti contemporaneamente per valutare il livello di colonizzazione dell'impianto idrico.

D'intesa con la stessa, la Ditta esterna esegue quindi vari campioni di acqua all'anno, ai quali sommare ulteriori campioni eventualmente necessari (comprendenti anche tamponi, filtri e prelievi di depositi e incrostazioni).

I prelievi ambientali periodici per la ricerca della Legionella devono essere effettuati al fine di monitorare costantemente il livello di colonizzazione degli impianti, considerando un rischio elevato di infezioni nosocomiali da Legionella per concentrazioni del microrganismo 103 UFC/L.

In questo caso, si procede ad una clorazione dell'acqua calda in modo da ottenere una concentrazione di cloro libero ai punti periferici di utenza compreso tra 1 e 2ppm.

- Modalità di campionamento

Modalità di prelievo: le modalità di prelievo sono quelle indicate dalle Linee Guida Nazionale del 07 maggio 2015.

1. Prelievo di acqua sanitaria da rubinetto o doccia:

- aprire il rubinetto o la doccia (dopo, per quest'ultima, aver smontato il bulbo doccia) e, senza far scorrere acqua e/o flambare, raccogliere il primo litro d'acqua in bottiglia sterile;

- nel caso di acqua di rete da poco clorata e/o in fase di clorazione usare recipienti sterili contenenti soluzioni al 10% di sodio tiosolfato (0,1 ml ogni 100 ml di capacità)

- Prelievo per tamponamento:

- introdurre e sfregare un tampone sterile all'interno del rubinetto o bulbo doccia (usare guanti sterili); immergere successivamente il tampone in una provetta sterile con tappo a vite contenente circa 5 ml di acqua dello stesso punto di prelievo.

2. Prelievo da serbatoi:

- per il prelievo dal fondo del serbatoio procedere con le stesse modalità previste per il prelievo dell'acqua sanitaria;

- per il prelievo all'interno del serbatoio occorre far prima scorrere l'acqua per circa 5-10 minuti, flambare e successivamente campionare un litro d'acqua, eventualmente con tiosolfato in caso di acque clorate;

- Trasporto e conservazione: i campioni vanno trasportati a temperatura ambiente e conservati in idonei contenitori che garantiscano il riparo dalla luce solare; gli stessi vanno consegnati al laboratorio analisi nel più breve tempo possibile.

LA UO RSPP:

- Valuta il rischio igienico ambientale e propone alla Direzione Strategica un piano di interventi per il miglioramento della sicurezza:

Effettua sopralluoghi nei luoghi di lavoro

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

Elabora i dati riguardanti la descrizione degli impianti, i rischi presenti negli ambienti di lavoro,
Elabora le misure preventive e protettive integrandole con le risultanze delle visite negli ambienti di lavoro e delle relazioni del medico competente.
Mappa nel Documento Valutazione Rischi la rischiosità generale e specifica

IL MEDICO COMPETENTE

- Collabora con il SPP alla valutazione dei rischi e stesura dei piani di miglioramento
- Visita negli ambienti di lavoro e redige le relazioni per quanto di competenza

PIANO PREVENTIVO: INTERVENTI DI PREVENZIONE RISCHIO AMBITO CLINICO ASSISTENZIALI

Le procedure assistenziali che espongono al rischio di legionellosi sono quelle che coinvolgono l'apparato respiratorio, in particolare sono coinvolti quegli interventi che necessitano di acqua sia per il reprocessing degli strumenti impiegati che per il loro funzionamento.

Utilizzando le categorie di Vincent relative ai fattori contribuenti il verificarsi di un evento avverso, nello specifico la legionellosi, è necessario inquadrare il problema della prevenzione in una prospettiva multidimensionale:

- Caratteristiche del paziente: per i pazienti ospedalizzati i fattori individuali contribuenti sono i seguenti:
 - Immunosoppressione dovuta a trapianti o ad altre cause,
 - interventi chirurgici a testa e collo,
 - tumori,
 - leucemie e linfomi,
 - diabete,
 - malattie croniche dell'apparato cardiaco e polmonare,
 - utilizzo di dispositivi per la respirazione assistita,
 - tabagismo e alcolismo.
- Fattori legati al compito: ovvero la disponibilità e il corretto rispetto di procedure.
- Fattori legati al team di lavoro: ovvero la cura degli aspetti comunicativi nelle sue articolazioni scritte e verbali.
- Fattori legati all'ambiente di lavoro: ovvero la manutenzione delle attrezzature e la bonifica periodica degli impianti, precedenti casi di Legionellosi, isolamento in passato di Legionella negli impianti.
- Fattori gestionali e organizzativi: ovvero la cultura della sicurezza.
- Fattori legati al contesto istituzionale: ovvero il collegamento con organizzazioni esterne.

Per quanto sopra risulta fondamentale che i Direttori di UU.OO/Servizi ed i Coordinatori provvedano alla diffusione del documento ed alla vigilanza sull'osservanza dei corretti comportamenti degli operatori durante le pratiche assistenziali.

MECCANISMI DI TRASMISSIONE DELLA LEGIONELLA CORRELATI ALLE PROCEDURE ASSISTENZIALI

L'esposizione al rischio avviene per via respiratoria tramite:

- inalazione dei microrganismi da droplet di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria ecc.;
- contaminazione dei presidi usati per la terapia respiratoria e dei dispositivi medici impiegati sulle vie respiratorie;

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

- meccanismi di aspirazione dell'acqua (colonizzazione dell'orofaringe, inserimento di sonde nasogastriche, ecc.);

Nella pratica assistenziale vi sono alcune procedure operative a maggior rischio di contaminazione/colonizzazione/infezione del paziente,

- Broncoscopia, broncoaspirazione, broncolavaggio.
- Intubazione orotracheale.
- Ventilazione Assistita.
- Tracheostomia.
- Sondino naso-gastrico.
- Trattamenti odontoiatrici
- Aerosol terapia.
- Ossigenoterapia.

per le quali sono necessari alcuni dispositivi caratterizzati da differente livello di criticità (vedi definizioni) :

- Maschere facciali e sonde rinofaringee e cannule di Mayo-Guedel.
- Tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio dei ventilatori meccanici.
- Catetere mount e raccordi per circuiti respiratori.
- Pallone di Ambu con reservoir per la rianimazione.
- Umidificatore.
- Incubatrici.
- Spirometri e boccagli
- Broncoscopi e loro accessori (pinze per biopsia e spazzolini per campioni).
- Tubi endotracheali ed endobronchiali.
- Lame del laringoscopio.
- Nebulizzatori, maschere ed occhialini per l'ossigenazione.
- Sonde dell'analizzatore di CO2 e valvole espiratorie e loro accessori.
- Mandrini per intubazione.
- Sondini per aspirazione e valvola di aspirazione.
- Sensori di temperatura.

E' fatto obbligo del rispetto delle misure di trattamento igienico sanitario coerenti con il grado di criticità del dispositivo.

NB: In caso di ossigenoterapia di breve durata o intermittente e in ventilazione spontanea (ventimask) è controindicata l'introduzione di acqua, anche distillata, nel gorgogliatore in quanto inefficace sotto il profilo dell'umidificazione e potenziale terreno di crescita batteriche.

In caso di ossigenoterapie protratte utilizzare umidificatori/vaporizzatori termici a piastra con acqua distillata sterile. In caso di consumo parziale dell'acqua sterile nell'arco delle 24 ore, questa non deve essere rabboccata ma sostituita integralmente.

I gorgogliatori vanno periodicamente detersi con soluzioni disinfettanti e a pH acido per rimuovere eventuali patine da biofilm e, in particolare, alla dimissione del paziente.

Pertanto le funzioni aziendali deputate alla gestione degli interventi preventivi secondo le specifiche competenze sono le seguenti:

RISK MANAGEMENT E QUALITÀ

- Promuove proattivamente interventi clinico assistenziali di buone pratiche:

Assume idonee iniziative per implementare le buone pratiche al fine di contenere il rischio per il paziente.

Partecipa alle attività di formazione.

Cura gli aggiornamenti della presente procedura in occasione di nuove evidenze scientifiche e/o perfezionamenti organizzativi

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|---|---|-------------------------------|

DIREZIONE SANITARIA

- Garantisce la corretta condotta igienico sanitaria delle strutture aziendali a loro afferenti: Supervisiona lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso i verbali di attività dell'Area Tecnica.
- Partecipa con il Risk manager a iniziative nelle UU.OO. per verificare la buona condotta operativa e/o le criticità emergenti al fine dell'implementazione di buone pratiche per la riduzione del rischio.

I DIRIGENTI SANITARI E COORDINATORI

- Tutti i Dirigenti e Coordinatori dovranno agevolare l'adozione delle misure igienico sanitarie per la prevenzione della legionellosi correlata all'assistenza, finalizzate a minimizzare il rischio di trasmissione di Legionellosi nel corso di Procedure Assistenziali.

PIANO REATTIVO- GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI TECNICO INGEGNERISTICI

Le azioni da adottare a breve termine in ipotesi di "Casi di Legionellosi Nosocomiale" sono le seguenti:

1. Effettuare una sanificazione dell'impianto risultato contaminato mediante:
 - operazioni di svuotamento, disincrostazione e disinfezione dei serbatoi di accumulo: con il semplice riempimento per almeno 24 ore del serbatoio, dopo averlo scollegato dalla rete, con una soluzione di acido cloridrico diluito, circa al 2% (che ha il vantaggio di sciogliere tutte le incrostazioni di calcare e contestualmente disinfettare il serbatoio);
 - accurato ed esaustivo lavaggio del serbatoio e sua successiva messa in rete.
 Tale operazione generalmente elimina la principale causa della contaminazione da legionella.
2. Ricontrollare i punti rete ad esso collegati e solo in caso di presenza di cariche significative di legionella (>103UFC/litro) deve essere effettuata la sanificazione della rete come segue:
 - effettuare la clorazione dell'acqua calda in modo da ottenere una concentrazione di cloro libero ai punti periferici di utenza compreso tra 1 e 2pp.
3. Predisporre un'indagine ambientale per la valutazione del rischio, sia a livello della rete idrica che dell'impianto di condizionamento, in base alla struttura dell'impianto e ai dati emersi dall'indagine epidemiologica, identificando i punti critici, per procedere al campionamento microbiologico ambientale e fornisce copia della documentazione relativa agli interventi di manutenzione effettuati.
4. Provvedere tempestivamente ad effettuare eventuali interventi straordinari richiesti dal Direttore Sanitario.

LA UO SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

- acquisisce la documentazione ritenuta necessaria.
- Effettua un sopralluogo per la verifica degli ambienti di lavoro.
- Nei casi necessari aggiorna il DVR

MEDICO COMPETENTE

- Effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.
- Effettua le visite negli ambienti di lavoro previste dalla normativa e collabora all'eventuale aggiornamento del DVR.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax. 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

PIANO REATTIVO- GESTIONE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA: INTERVENTI CLINICO ASSISTENZIALI

- IL MEDICO DEL LABORATORIO

Il medico del Laboratorio che riscontra una positività dell'antigene della Legionella nelle urine deve:

- comunicare tempestivamente per via telefonica l'esito dell'esame al Medico della U.O. che ha inviato il campione (o al sanitario di guardia, o comunque al medico referente della U.O.);
- Valutare, insieme al medico di reparto, se il tempo di permanenza in ricovero del paziente è compatibile con una possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione. In particolare, se il test è stato eseguito in un paziente con sintomatologia acuta già ricoverato in Ospedale o struttura sanitaria associata continuativamente per almeno 9 - 10 giorni dall'inizio della sintomatologia, il sospetto di acquisizione nosocomiale sarà molto consistente; nel caso invece di pazienti non istituzionalizzati ricoverati nelle 48 ore precedenti il test per polmonite, si tratterà di caso ad acquisizione comunitaria.
- Nel dubbio di una probabile/possibile acquisizione nosocomiale dell'infezione, il Medico di Laboratorio scriverà sul referto "ATTENZIONE LEGIONELLOSI" e, in conformità con quanto indicato nella procedura aziendale per la sorveglianza dei germi alert, dovrà avvisare IMMEDIATAMENTE per via telefonica, oltre al medico di reparto, la DMO (se necessario, anche nella figura del reperibile) e l'infermiere AICA annotando e registrando le modalità dell'avvenuto contatto.

- IL MEDICO DELLA U.O./RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA deve:

- richiedere la consulenza urgente dell'Infettivologo per l'eventuale trasferimento in Malattie Infettive o, in alternativa ed a seconda della situazione clinica del paziente (es. UTIC; CR...) impostare la terapia concordata con l'Infettivologo;
- attivare le prime misure precauzionali tra le quali:
 - interdire l'uso della doccia ed inibire l'utilizzo di acqua proveniente dai rubinetti presenti nella stanza del paziente (usare acqua proveniente da rubinetti non interdetti o, in alternativa, richiedere fornitura di acqua distillata alla farmacia per le spugnature durante le cure igieniche al paziente);
 - richiedere fornitura di acqua minerale per l'igiene orale e per bere
- compilare il Modello Semplificato di Denuncia di Malattia Infettiva da inviare via fax al SISF ed alla DMO allegandone copia in cartella clinica;
- compilare la scheda di rilevazione germe alert da inviare alla DMO come indicato Procedura Aziendale per la Sorveglianza il Controllo e la Prevenzione della diffusione dei Patogeni Sentinella in Ambiente Ospedaliero;
- predisporre una relazione clinica sul paziente, che deve essere inviata alla Direzione Medica Ospedaliera per la rapida attivazione del CC-ICA;
- diffondere rapidamente l'informazione del caso a tutto il personale sanitario dell'Unità Operativa interessata;
- avviare la sorveglianza di possibili ulteriori casi;
- inviare alla Direzione Medica e al Medico Competente l'elenco del personale sanitario del reparto di ricovero del paziente;
- fornire alla DMO i nominativi dei pazienti ricoverati nella stessa stanza di degenza del caso specificando se siano ancora ricoverati o siano stati dimessi;
- predisporre, se richiesta (es. cluster nosocomiali), la raccolta di campioni biologici per l'isolamento culturale del germe da inviare al Laboratorio dell'ISS.

| | | |
|--|---|-------------------------------|
|  <p>VILLA SANDRA 00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</p> | <p>PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO</p> | <p>Rev. 00 del 24.02.2024</p> |
|--|---|-------------------------------|

-LA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

- Ricevuta la segnalazione di alert dal medico del Laboratorio Analisi addetto alla Microbiologia, coordina e supervisiona l'intervento dell'infermiere epidemiologo e:
- In caso di Legionellosi NOSOCOMIALE, invia la comunicazione a:
 UO SPP;
 UO Risk Management e Qualità;
 UO Tecnico Patrimoniale;
 Medico Competente;
 e li convoca con massima urgenza per la definizione delle misure da adottare immediatamente.
- Invia scheda di notifica alla UOC Igiene e Sanità Pubblica.
- Predisporre dettagliata relazione finale di tutti i provvedimenti adottati da allegare al fascicolo che verrà consegnato alla UOC Igiene e Sanità Pubblica.
- Fornisce un feed-back di quanto messo in atto alla U.O. segnalante.

- IL CC- ICA

- avvia tempestivamente l'inchiesta epidemiologica, attraverso il Nucleo di Primo Intervento Alert (composto da un infettivologo, da un medico della DMO (o loro delegati) e dall'infermiere AICA) per: valutare la pertinenza della segnalazione, predisponendo eventualmente un secondo esame di laboratorio per la conferma diagnostica;
 definire il caso in base ai criteri clinici e di laboratorio;
 verificare la sussistenza dei criteri temporali utili a definire il caso come sospetto o accertato nosocomiale;
 la ricerca dell'esposizione, luoghi frequentati e trattamenti a rischio, verificando anche le condizioni di un eventuale utilizzo dei dispositivi;
 ricostruire la catena di contagio;
 proporre i provvedimenti sanitari o tecnici necessari per il controllo dell'evento e per interrompere la circolazione intraospedaliera del patogeno sentinella.
- Acquisisce le informazioni del Nucleo di Primo Intervento.
- Attiva l'audit al fine di:
 verificare e confermare la presenza di altri eventuali casi;
 Effettuare, quando possibile, il confronto dei ceppi di Legionella isolati dai malati con quelli isolati dall'ambiente; per la tipizzazione e il confronto inviare gli isolati al laboratorio di riferimento nazionale presso l'ISS.
 Acquisire la conferma di laboratorio della diagnosi.
 Verificare l'applicazione della presente procedura per la ricerca di Legionella in tutti i casi di polmonite nosocomiale.
 Descrivere la distribuzione nel tempo e nello spazio dei casi confermati e dei casi presunti rappresentando graficamente la curva epidemica ed effettuando la ricerca di esposizioni comuni.
 Acquisire la risultanza delle indagini ambientali sulla rete idrica e le attrezzature sospette, mirate in base alle ipotesi emerse dallo studio descrittivo.
- Predisporre la relazione finale sul caso clinico.

- LA UO RISK MANAGEMENT E QUALITÀ

- Partecipa alle attività del CC-ICA e relativi audit;
- Garantisce il rispetto del flusso SIMES.

- I DIRIGENTI SANITARI E COORDINATORI

| | | |
|--|---|------------------------|
|  VILLA SANDRA <small>00148 Roma - Via Portuense, 788 Tel. 06655851 - Fax: 066572333</small> | PARS 2024 PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO | Rev. 00 del 24.02.2024 |
| | | |

- Tutti i Dirigenti e Coordinatori dovranno agevolare l'adozione delle misure igienico sanitarie stabilite e finalizzate a minimizzare il rischio di trasmissione di Legionellosi nel corso di Procedure Assistenziali.

REVISIONE

La revisione della procedura dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili ed i coordinatori delle strutture aziendali coinvolte che hanno la responsabilità di diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione della UO Risk anagement e Qualità

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi - Approvate in Conferenza StatoRegioni nella seduta del 7 maggio 2015.

- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Accordo del 7 febbraio 2013 concernente la Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria.

| RGQ | | Firma | Data | |
|----------------|------------|-------------------------|---------|--------|
| DS | | Firma | Data | |
| PRESIDENTE CDA | | Firma | Data | |
| N° REV. | DATA | DESCRIZIONE | PARAGR. | PAGINA |
| 05 | 13.11.2018 | Aggiornamento periodico | tutti | tutte |
| 06 | 13.04.2023 | Aggiornamento periodico | Tutti | Tutte |