

ORIGINALE ☐

COPIA ☐

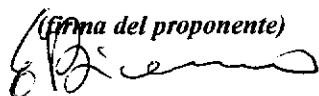
IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1008 del 07-08-2020.

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità alla vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Premesso che il Regolamento UE 2016/679 e il D.lvo 196/2003 e ss.mm.ii. contengono principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(firma del proponente)


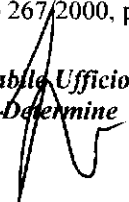
OGGETTO: Procedura Operativa
"Sorveglianza e controllo infezione da
Enterobatteri resistenti a carbapenemici
(CRE) e gestione dei pazienti con
colonizzazione/infezione da Germi
Multiresistenti" PG CIO n°01 –
ADOZIONE

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno:

11 AGO. 2020

ai sensi dell'art.124 c.1 D.L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determinine*


DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova copertura sul/i conto/i economico/i :

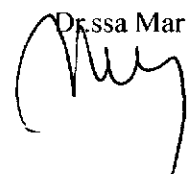
n . del
n . del
n . del

☒ presente provvedimento è reso
immediatamente esecutivo.

In presenza di fattura di importo superiore a € 5.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo tramite l'Agenzia delle Entrate

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

IL DIRETTORE GENERALE

D.ssa Maria Morgante


PROPOSTA DI DELIBERA

OGGETTO: Procedura Operativa “Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Germi Multiresistenti” PG CIO n°01 – ADOZIONE

Il Direttore Sanitario Dott.ssa Elvira Bianco

PREMESSO

- Che è compito delle Aziende Sanitarie attuare negli ospedali i sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, allo scopo di monitorare l'andamento del fenomeno, identificando le aree di intervento e valutare le misure di controllo adottate, in linea con la normativa in vigore Nazionale e Regionale;

CONSIDERATO

che risulta fondamentale implementare azioni e strumenti per promuovere la diffusione di strumenti di sorveglianza attiva dei patogeni sentinella nelle strutture di ricovero e cura;

ATTESO

Che con Delibera del Direttore Generale n. 106 del 24.01.2020, e successiva modifica n. 961 del 3.08.2020 veniva approvata la costituzione del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere a cui compete, tra gli altri, l'obiettivo di adottare protocolli e procedure assistenziali validati per le principali attività a rischio infettivo in ambito ospedaliero, in applicazione di quanto consigliato dalla letteratura scientifica internazionale e/o nazionale aggiornata e validata;

VISTO

- **Circolare del Ministero della Salute n. 1479 DEL 17/01/2020 DGPRES:** “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemici (CRE).”
- **D.R. N° 1715 del 28/09/2007** Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione e Controllo delle infezioni associate all'Assistenza Sanitaria.
- **DGRC n 767 del 28/12/2016** "linee d'indirizzo e coordinamento per le aziende sanitarie ed ospedaliere della Campania sull'uso appropriato degli antibiotici e sul controllo delle infezioni da organismi multiresistenti per l'attuazione delle azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018".
- **DCA n 44 del 19/02/2018:** linee di indirizzo programmi di antimicrobial stewardship.

CONSIDERATO

che il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, riunitosi presso la sede della Direzione Aziendale, ha elaborato e proposto la Procedura Operativa “Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Germi Multiresistenti” PG CIO n°01, condivisa con i Direttori/Dirigenti delle strutture Aziendali interessate;

DATO ATTO CHE

tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso la Direzione Sanitaria Aziendale;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

DICHIARATA l'insussistenza di conflitto di interessi, anche potenziale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90, introdotto dalla Legge 190/2012;

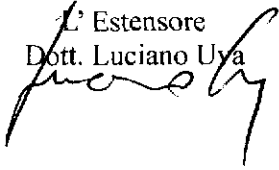
DICHIARATO che non sussistono motivi ostativi a procedere, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge e ai regolamenti aziendali;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore Sanitario Aziendale

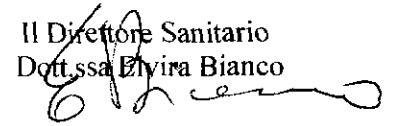
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

di prendere atto e adottare la Procedura Operativa "Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Germi Multiresistenti" PG CIO n°01, allegata al presente provvedimento.

L' Estensore
Dott. Luciano Uya



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elvira Bianco



IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 368 del 06/08/2019 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 110 del 08/08/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dott.ssa Daniela Capone e dal Direttore Sanitario dott.ssa Elvira Bianco, ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore Sanitario Aziendale avente ad oggetto: Procedura Operativa "Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Germi Multiresistenti" PG CIO n°01 - ADOZIONE

Preso atto

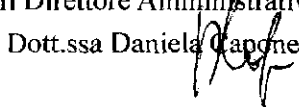
dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore Sanitario Aziendale, a seguito della istruttoria dal medesimo effettuata e come dallo stesso attestato ed articolato; di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto

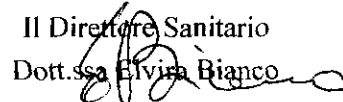
Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore Sanitario Aziendale e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Daniela Capone



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Elvira Bianco

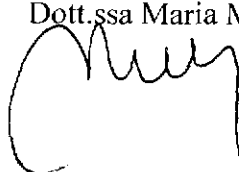


DELIBERA

Di prendere atto ed adottare la Procedura Operativa "Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Germi Multiresistenti" PG CIO n°01, allegata al presente provvedimento.

1. **Di trasmettere** il presente atto al Collegio Sindacale, alla Direzione Sanitaria Aziendale proponente per la notifica alle Macrostrutture, ai servizi interessati per il seguito di competenza ed a garantire le previste forme di pubblicità dell'atto secondo legge;
2. **Di attribuire** immediata esecutività al presente atto.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Maria Morgante



SORVEGLIANZA E CONTROLLO INFEZIONE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMICI (CRE) E GESTIONE DEI PAZIENTI CON COLONIZZAZIONE/INFEZIONE DA GERMI MULTIRESISTENTI

Revisione del		Distribuzione controllata
Motivo Revisione		
Redazione	Gruppo di Lavoro Dott.ssa Maria Rosaria Troisi Dir ff UOC QA Dott. Angelo Frieri Direttore Sanitario PP.OO. Dott.ssa Emanuela Lo Priore Specializzanda In Igiene presso Università Vanvitelli	Presidio Ospedaliero di Ariano I. Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L. SPS di Bisaccia – Distretto di Sant'Angelo dei L. Hospice di Solofra- Distretto di Atripalda
Verifica	Dott.ssa Elvira Bianco Direttore Sanitario Dott. Maurizio Ferrara Direttore UOC Anestesia PO Ariano I. Dott. Carmine Antonio Tammaro Direttore UOC Laboratorio Analisi PO Ariano I.	
Approvazione	CIO Aziendale	
Autorizzazione	Direttore Generale Direttore Sanitario	

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
3. MODALITA' OPERATIVE:
 - 3.1 SEGNALAZIONE DEI CASI DI EMOCOLTURA POSITIVA PER KLEBSIELLA PNEUMONIAE ED ESCHERICHIA COLI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI
 - 3.2 SEGNALAZIONE DEI CASI DI COLONIZZAZIONE/INFEZIONE DA PARTE DI GERMI SENTINELLA
4. MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLA TRASMISSIONE
 - 4.1 ISOLAMENTO DEL CASO
 - 4.2 DIAGRAMMA DI FLUSSO ISOLAMENTO DEL CASO
 - 4.3 INDIVIDUAZIONE DEI CONTATTI
 - 4.4 DIAGRAMMA DI FLUSSO INDIVIDUAZIONE DEI CONTATTI
 - 4.5 SCREENING ALL'INGRESSO: TEMPISTICA, REFERTAZIONE E MISURE DI CONTROLLO
 - 4.6 DIAGRAMMA DI FLUSSO SCREENING PER "ALERT ORGANISM"
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'
6. RIFERIMENTI
7. ALLEGATI

1. INTRODUZIONE

L'uso eccessivo, e spesso inappropriato, degli antibiotici sia in ambito umano che veterinario ha determinato il diffondersi di ceppi di batteri antibiotico-resistenti, riducendo nel tempo l'efficacia di questi farmaci. L'antibiotico-resistenza (Antimicrobial Resistance, AMR) si manifesta quando i batteri acquisiscono la capacità di resistere all'azione di antibiotici verso i quali, in precedenza, risultavano sensibili. Molti batteri hanno sviluppato nel tempo resistenze a diverse classi di antibiotici, diventando talora resistenti a più antibiotici contemporaneamente (multiresistenti o multi-drug resistant, MDR). Verso i batteri MDR le opzioni terapeutiche sono limitate e conseguentemente il rischio di complicanze gravi o decessi dovuti a infezioni precedentemente curabili è aumentato. Considerando la velocità di diffusione del fenomeno dell'AMR, la limitata disponibilità di nuove opzioni terapeutiche efficaci e le potenziali criticità relative all'utilizzo clinico di nuove molecole antibiotiche, l'AMR rappresenta un serio problema di sanità pubblica a livello mondiale, con un forte impatto sia clinico che economico, ed è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una delle sfide prioritarie per i sistemi sanitari.

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescente diffusione di infezioni sostenute da tali microrganismi, che classicamente rientrano nella categoria dei patogeni "sentinella" (o alert) a causa della loro elevata patogenicità ed elevata diffusibilità e che sono presenti sia in ospedale sia nel territorio.

Esperienze in singoli ospedali o in interi paesi hanno dimostrato come sia possibile eradicare o contenere fortemente la diffusione attraverso interventi aggressivi di controllo delle infezioni in ambito sanitario, mirati ad identificare tempestivamente i casi di infezioni clinicamente manifeste ed i colonizzati (per ogni caso clinico si stimano da 3 a 5 pazienti colonizzati) ed a adottare tempestivamente misure stringenti di contenimento della diffusione (isolamento, igiene delle mani, pulizia e decontaminazione ambientale, ecc). Pertanto, risulta fondamentale implementare azioni e strumenti per promuovere la diffusione sempre più capillare, negli ospedali italiani, di sistemi di sorveglianza attiva dei patogeni sentinella.

Nel seguente protocollo sono state considerati sia le colonizzazioni sia le infezioni che riconoscono come agente causale i seguenti **microrganismi multiresistenti** individuati come "**alert organism**", nei confronti dei quali vengono implementate ulteriori misure di ricerca attiva sia dei pazienti colonizzati che infetti al fine di ridurre la trasmissione crociata (paziente, operatore, paziente).

I germi multiresistenti sono microrganismi resistenti all'azione di molteplici antibiotici, in grado di causare le medesime infezioni sostenute dai germi antibiotico-sensibili, con cui condividono la stessa virulenza e le stesse modalità di trasmissione.

- Staphylococcus aureus meticillino resistente (MRSA)
- Staphylococcus coagulans negativi resistenti a linezolid
- Enterococcus faecium e enterococcus faecalis vancomicina resistente (VRE)
- Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenemici
- Acinetobacter baumannii multiresistente
- Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae ed Escherichia coli (famiglia Enterobacteriaceae) resistenti a carbapenemici (CPE/CRE).

Tra questi, assumono particolare rilevanza le **Enterobacteriaceae**, che si caratterizzano per un notevole impatto epidemiologico nei diversi setting assistenziali, essendo agenti causali di batteriemie, infezioni del

sito chirurgico, infezioni delle basse vie respiratorie, etc. Un problema clinico rilevante è determinato dall'acquisizione da parte di questi microrganismi di meccanismi di resistenza ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae, CRE), per la produzione di carbapenemasi (Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae, CPE), enzimi appartenenti al gruppo delle B-lattamasi, che conferiscono ai batteri la resistenza ad un amplissimo spettro di antibiotici B-lattamici, incluse molecole come Imipenem, Meropenem, Ertapenem, Doripenem.

La principale causa delle infezioni/colonizzazioni da germi multiresistenti in ambito ospedaliero è data dalla mancata osservanza dei corretti comportamenti assistenziali, che favorisce il passaggio dei microrganismi dal paziente colonizzato/infetto ad altri pazienti o, addirittura, determina la colonizzazione degli operatori sanitari stessi, qualora questi non si attengano alle precauzioni standard, da contatto e da droplet.

I pazienti, quindi, possono acquisire tali microrganismi attraverso le mani degli operatori sanitari, come evenienza più probabile, attraverso le mani di altri pazienti o attraverso oggetti e devices.

Devono, pertanto, essere considerati a rischio e sottoposte a screening le seguenti categorie di pazienti:

- pazienti identificati come colonizzati o infetti nei 12 mesi precedenti l'attuale ricovero;
- pazienti trasferiti da altra struttura assistenziale per acuti (pubblica o privata) e da riabilitazione intensiva;
- pazienti trasferiti da strutture territoriali per anziani (es. case residenza anziani);
- pazienti in ingresso, per primo ricovero, in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Oncologia, Ematologia, Riabilitazione intensiva, Chirurgia dei trapianti;
- pazienti con contatti frequenti con le strutture assistenziali, quali quelli sottoposti a dialisi o chemioterapia antitumorale nei precedenti 12 mesi, o comunque immunodepressi;
- contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da "allert organism" e pazienti assistiti dalla stessa équipe di un paziente risultato infetto o colonizzato;

Inoltre per le Enterobatteriacee CPE/CRE

- pazienti con storia di ricovero e pernottamento in un setting assistenziale comprese le strutture residenziali per anziani e pazienti dializzati anche senza ricovero, in zone endemiche, in Italia o all'estero (nei 3 mesi precedenti o, se possibile, nei 6 mesi precedenti); nel caso di pazienti provenienti da altri Paesi endemici (es, Grecia, Cipro, India, Pakistan, Colombia, Israele, USA), lo screening è raccomandato anche in assenza di contatto con le strutture sanitarie nel Paese estero;

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente documento è fornire indicazioni pratiche per il controllo della trasmissione dei germi sentinella, aderendo ai sistemi di sorveglianza nazionale e regionale, definendo le responsabilità, il campo di applicazione e le modalità operative per la gestione dei pazienti che risultano colonizzati o infetti da questi microrganismi nelle strutture di degenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, al fine di attuare il più adatto livello di intervento sanitario corrispondente.

Il presente Protocollo si applica a tutte le Unità Operative dei due PP.OO. e alle strutture residenziali territoriali dell'ASL per le quali vi sia isolamento da germi multiresistenti nel corso dell'attività diagnostico-assistenziale, al fine di:

- riconoscere tempestivamente il paziente colonizzato/infetto;
- applicare tempestivamente le misure di prevenzione e di contenimento per evitare la diffusione e la trasmissione ad altri pazienti;
- monitorare le colonizzazioni e le infezioni dei pazienti;
- salvaguardare gli operatori sanitari.

3. MODALITA' OPERATIVE

3.1 SEGNALEZIONE DEI CASI DI EMOCOLTURA POSITIVA PER KLEBSIELLA PNEUMONIAE ED ESCHERICHIA COLI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI

Al fine di monitorare la frequenza e la distribuzione geografica delle infezioni invasive da CRE/CPE, è attivo in Italia un sistema nazionale di sorveglianza che prevede la segnalazione di tutti i pazienti **con emocolture positive per Klebsiella pneumoniae ed Escherichia coli non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi**, che rispondano alla definizione di caso indicata nella Circolare del Ministero della Salute n. 1479 DEL 17/01/2020 DGPRE: “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).”; pertanto dovranno essere segnalate dal referente di Laboratorio, nel rispetto di precise modalità di raccolta e trasmissione dei dati, stabilite dalla citata Circolare Ministeriale, attraverso la scheda di segnalazione contenuta nell’*Allegato 1*, tutti i pazienti con Emocoltura positiva per **K. pneumoniae o E. coli che presentino almeno una delle seguenti caratteristiche:**

- a) resistenza ad almeno un carbapenemico (ertapenem, imipenem o meropenem) e/o
- b) produzione di carbapenemasi e/o presenza di geni codificanti carbapenemasi confermata attraverso test di laboratorio. A questo proposito va sottolineata l’importanza di approfondire la caratterizzazione dei ceppi (punto b) e di riportarla puntualmente sulla scheda di notifica (*Allegato 1*), per tutti gli isolati che già soddisfino il punto a). Inoltre, vanno comunque segnalati i ceppi produttori di carbapenemasi (con conferma fenotipica o genotipica) anche se questa caratteristica è rilevata in ceppi di categoria I o S. Per ogni paziente dovrà essere segnalato solo il primo caso nell’anno solare causato dalla stessa specie.

ed in particolare

A) per i PP. OO. di Ariano Irpino e S. Angelo dei Lombardi:

1. Il Referente di laboratorio:

- Compila e invia tempestivamente la scheda di notifica ministeriale (*Allegato 1*) alla **Direzione Medica di Presidio (DMP)**,
- trasmette inoltre il referto recante la dicitura “**ALERT ORGANISM**” all’ Unità Operativa (U.O.) di degenza del paziente risultato positivo per Enterobatteriacee CPE all’emocoltura, al fine di poter mettere in atto tutte le misure di sicurezza indicate di seguito al paragrafo 4.

2. La DMP

- raccoglie i dati eventualmente mancanti del modulo in *allegato 1* ricevuto dal laboratorio;
- provvede entro 48 ore alla notifica del caso al **SEP** (Servizio di Epidemiologia e Prevenzione);

- procede con l'inserimento dei dati relativi al caso, contenuti nell'*allegato 1*, sul sito **ICAARO WEB** entro una settimana.

3. Tutto il personale della UO coinvolta, su disposizione immediata del Coordinatore Infermieristico, mettere in atto le misure di isolamento del caso (paragrafo 4).

B) Per le Strutture Residenziali Territoriali Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia (HOSPICE, SUAP, RSA), RSA di Nusco, HOSPICE di Solofra e Polo Riabilitativo Don Gnocchi:

1. Il Referente di laboratorio del P.O. di S. Angelo dei Lombardi:

- Compila e invia tempestivamente la scheda di notifica ministeriale (*Allegato 1*) e il referto recante la dicitura **"ALERT ORGANISM"** al **Dirigente Medico** operante nella struttura in cui è ricoverato il paziente risultato positivo per Enterobatteriacee CPE all'emocoltura, al fine di poter compilare la scheda di notifica con eventuali dati mancanti e mettere in atto tutte le misure di sicurezza indicate di seguito al paragrafo 4.

2. Il Dirigente Medico che ha in carico il caso compila e invia la scheda di notifica (*allegato 1*) al Direttore di Distretto per conoscenza e alla **DMP** del P.O. di S. Angelo dei Lombardi;

3. La DMP del P.O. di S. Angelo dei Lombardi

- provvede entro 48 ore alla notifica del caso al **SEP** (Servizio di Epidemiologia e Prevenzione);
- procede con l'inserimento dei dati relativi al caso, contenuti nell'*allegato 1*, sul sito **ICAARO WEB** entro una settimana.

4. Tutto il personale della struttura coinvolta, su disposizione immediata del Coordinatore Infermieristico, mettere in atto le misure di isolamento del caso (paragrafo 4).

3.2. SEGNALE DEI CASI DI COLONIZZAZIONE/INFEZIONE DA PARTE DI GERMI SENTINELLA

In caso di isolato in **qualunque matrice biologica (emocoltura, urinocoltura, tampone, ecc)** sia di *K. Pneumoniae* CRE ed *E.coli* CRE che **di tutti gli altri germi sentinella**, la segnalazione da parte del referente di laboratorio ha valenza interna e deve essere effettuata nel rispetto di precise modalità di raccolta e trasmissione secondo la scheda contenuta nell'*allegato 2*, in particolare:

A) per i PP. OO. di Ariano Irpino e S. Angelo dei Lombardi:

1. Il Referente di laboratorio:

- contatta tempestivamente la **Direzione Medica di Presidio (DMP)** e trasmette il referto recante la dicitura **"ALERT ORGANISM"** alla Unità Operativa (UO) in cui è ricoverato il **paziente colonizzato/infetto da germe sentinella**; segnalando il caso per le vie brevi al Direttore della UO che all'erta a sua volta il Coordinatore infermieristico al fine di attuare le misure di sicurezza indicate di seguito al paragrafo 4.

2. Il Medico dell'U.O. di degenza:

- compila e trasmette alla **DMP** il modulo in **allegato 2** al fine di fornire le informazioni necessarie all'indagine epidemiologica interna;
- prescrive tampone rettale per tutti i contatti del paziente colonizzato/infetto da germe sentinella (si veda al punto 4.3 e 4.4).

3. il Coordinatore infermieristico dispone di mettere in atto tutte le misure atte a contenere la trasmissione intraospedaliera dei germi sentinella, indicate di seguito al paragrafo 4.

B) Per le Strutture Residenziali Territoriali Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia (HOSPICE, SUAP, RSA), RSA di Nusco, HOSPICE di Solofra e Polo Riabilitativo Don Gnocchi:

1. Il Referente di laboratorio del P.O. di S. Angelo dei Lombardi

- contatta tempestivamente il **Dirigente Medico** operante nella struttura in cui è ricoverato il **paziente colonizzato/infetto da germe sentinella**, segnalando il caso per le vie brevi al coordinatore infermieristico e trasmette il referto recante la dicitura "**ALERT ORGANISM**" al fine di attuare le misure di sicurezza indicate di seguito al paragrafo 4;

2. Il Medico dell'U.O. di degenza:

- compila e trasmette alla **DMP** del P.O. di S. Angelo dei Lombardi il modulo in **allegato 2** al fine di fornire le informazioni necessarie all'indagine epidemiologica interna;
- prescrive tampone rettale per tutti i contatti del paziente colonizzato/infetto da germe sentinella (si veda al punto 4.3 e 4.4).

3. il Coordinatore infermieristico dispone di mettere in atto tutte le misure atte a contenere la trasmissione intraospedaliera dei germi sentinella, indicate di seguito al paragrafo 4;

la **DMP**, sia per i PP.OO. che per le strutture residenziali territoriali, al fine di monitorare l'eventuale comparsa di cluster epidemici ed intervenire tempestivamente, cataloga tutti gli isolati di **germi sentinella** da tutte le matrici biologiche, compresi i tamponi positivi allo screening dei contatti, su apposito registro cartaceo ed informatico inserendo le informazioni contenute nell' **Allegato 2**.

Periodicamente, con frequenza da stabilirsi in base all'andamento locale del fenomeno, il Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (**CIO**) analizza il report dei dati raccolti dalla DMP e viene valutata nella prima riunione utile l'efficacia delle misure adottate e le ulteriori azioni da intraprendere.

4 MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLA TRASMISSIONE

4.1 ISOLAMENTO DEL CASO

Per il paziente che risulta positivo agli esami di laboratorio, dovranno essere attivate specifiche precauzioni per prevenire la trasmissione da contatto degli agenti infettivi in ambito ospedaliero:

- collocare il paziente in stanza singola (stanza di isolamento); ove la stanza singola non sia immediatamente disponibile, il paziente dovrà essere temporaneamente posizionato nella stanza con il minor numero di posti letto, in un posto letto estremo e mantenendo una distanza di almeno 1,5 metri dal paziente più vicino, bloccando, se necessario, il posto letto più vicino e creando in tal modo una "area di isolamento paziente"; ove vi sia positività di più pazienti allo stesso microrganismo, si potrà procedere al raggruppamento in stanza comune (isolamento in coorte o "cohorting");
- adottare misure di prevenzione e contenimento della trasmissione, con particolare attenzione all'igiene delle mani (prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato/infetto) attraverso il lavaggio e/o la decontaminazione con soluzione idroalcolica, all'uso di guanti e del sovra camice, all'intensificazione dell'igiene ambientale;
- privilegiare l'utilizzo di materiale monouso quando disponibile;
- utilizzare strumenti ad uso dedicato, quali fonendoscopio, bracciale sfigmomanometro (o utilizzo di copri-manicotto), glucometro, ossimetro, lacci emostatici, materiale occorrente per il posizionamento di accessi venosi, copri-cavi per monitor, padelle e pappagalli (quando non monouso). Qualora tali strumenti non possano essere dedicati, gli stessi dovranno essere decontaminati prima di un nuovo utilizzo per un altro paziente;
- sanificare accuratamente tre volte al giorno l'unità letto e le superfici che vengono toccate frequentemente dal paziente e dal personale di assistenza; il personale preposto alla pulizia dovrà usare guanti e copri-divisa prima di accedere all'area di isolamento e rimuoverli prima di uscirne; l'infermiere di reparto vigilerà sulla corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti utilizzati per la pulizia e la sanificazione degli ambienti, rispettando i tempi d'azione dei disinfettanti; tutto il contenuto del carrello per la sanificazione dovrà essere gettato dopo l'intervento;
- attivare misure supplementari di igiene dei pazienti, effettuando l'igiene corporale con clorexidina al 2% evitando le aree al di sopra della mandibola e le ferite aperte;
- informare il paziente, qualora sia in grado di deambulare, che deve limitare il più possibile i suoi movimenti -soprattutto fuori dalla stanza di degenza- per evitare la contaminazione dell'ambiente,
- segnalare la positività del paziente in maniera ben visibile sulla documentazione clinica e in prossimità dell'unità paziente, mediante segnalazione codificata, che faciliti l'identificazione da parte di tutti gli operatori come soggetto infetto/colonizzato;
- garantire una capillare e tempestiva diffusione dell'informazione (positività microbiologica) a tutto il personale di assistenza del reparto e ad altri operatori che entrino occasionalmente in contatto con il paziente, come fisioterapisti, consulenti, volontari, tecnici di radiologia e soprattutto Operatori Socio Sanitari addetti al trasporto del paziente al di fuori del reparto
- comunicare immediatamente la positività culturale all'U.O. di accettazione, in caso di trasferimento del paziente, in modo particolare quando si tratta di una U.O. di Area Critica;
- comunicare lo stato di colonizzato/infetto al paziente e/o ai suoi familiari, informandoli sulle misure comportamentali necessarie ad impedire la diffusione ad altri degenti e a limitare la contaminazione dell'ambiente circostante;
- limitare l'ingresso di visitatori per il paziente isolato ed assicurarsi che questi seguano le istruzioni del personale d'assistenza per l'igiene delle mani e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI);
- disinfettare radicalmente la stanza di degenza alla dimissione, con particolare attenzione a tutte le superfici.

Il coordinatore infermieristico o suo delegato fa in modo che:

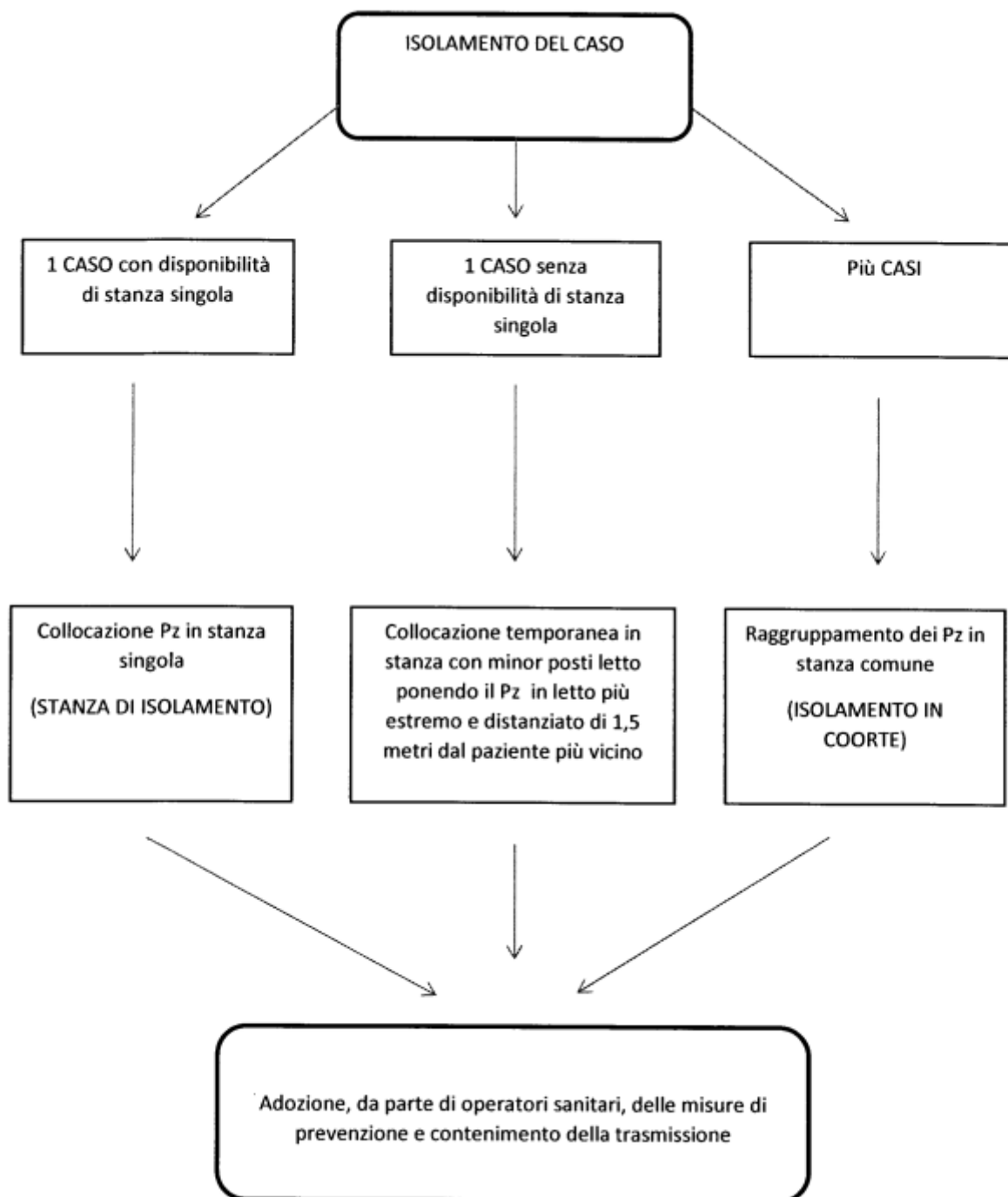
- nella stanza del paziente colonizzato /infetto venga collocato un contenitore dedicato in modo che tutti i rifiuti vengano smaltiti come speciali a rischio infettivo;

- gli operatori della ditta di pulizie utilizzeranno nella stanza del paziente colonizzato/infetto, materiale dedicato che smaltirà, subito dopo l'uso, nel contenitore dei rifiuti speciali;
- tutta la biancheria utilizzata dal paziente colonizzato/infetto venga maneggiata sempre con guanti e sovracamice;
- il vitto per il paziente colonizzato/infetto venga servito in vassoio monouso. (*Allegato 4* Igiene ambientale)

Nell'*Allegato 5* si riporta una sintesi delle precauzioni standard da mettere in atto nel caso di contatto con il paziente e le precauzioni per categorie di isolamento (contatto e droplet).

Nell'*Allegato 6* si riporta una sintesi delle misure di prevenzione e contenimento delle infezioni/colonizzazione dei germi multi resistenti.

4.2 DIAGRAMMA DI FLUSSO ISOLAMENTO DEL CASO



4.3 INDIVIDUAZIONE DEI CONTATTI

Vengono definiti “contatti”, riferiti al caso indice o ai casi secondari, i pazienti gestiti dalla stessa équipe assistenziale che ha in carico i pazienti infetti/colonizzati. L'identificazione tempestiva dei contatti si rende necessaria al fine di prevenire e contenere la trasmissione batterica.

L'individuazione deve essere preceduta dalla valutazione dello stato del paziente. Considerando che i pazienti degenti nella stessa stanza sono a maggior rischio di contatto diretto con il caso e con le superfici a questo prossime e che i pazienti non auto-sufficienti sono a maggior rischio di trasmissione veicolata dal personale assistenziale che ha in carico il caso attraverso le mani o i vestiti:

- in caso di pazienti autosufficienti, dovranno essere sottoposti a tampone rettale solo i degenti che hanno condiviso o condividono la stessa stanza;
- in caso di pazienti non auto-sufficienti, il tampone rettale dovrà esser esteso a tutti i soggetti allettati del reparto.

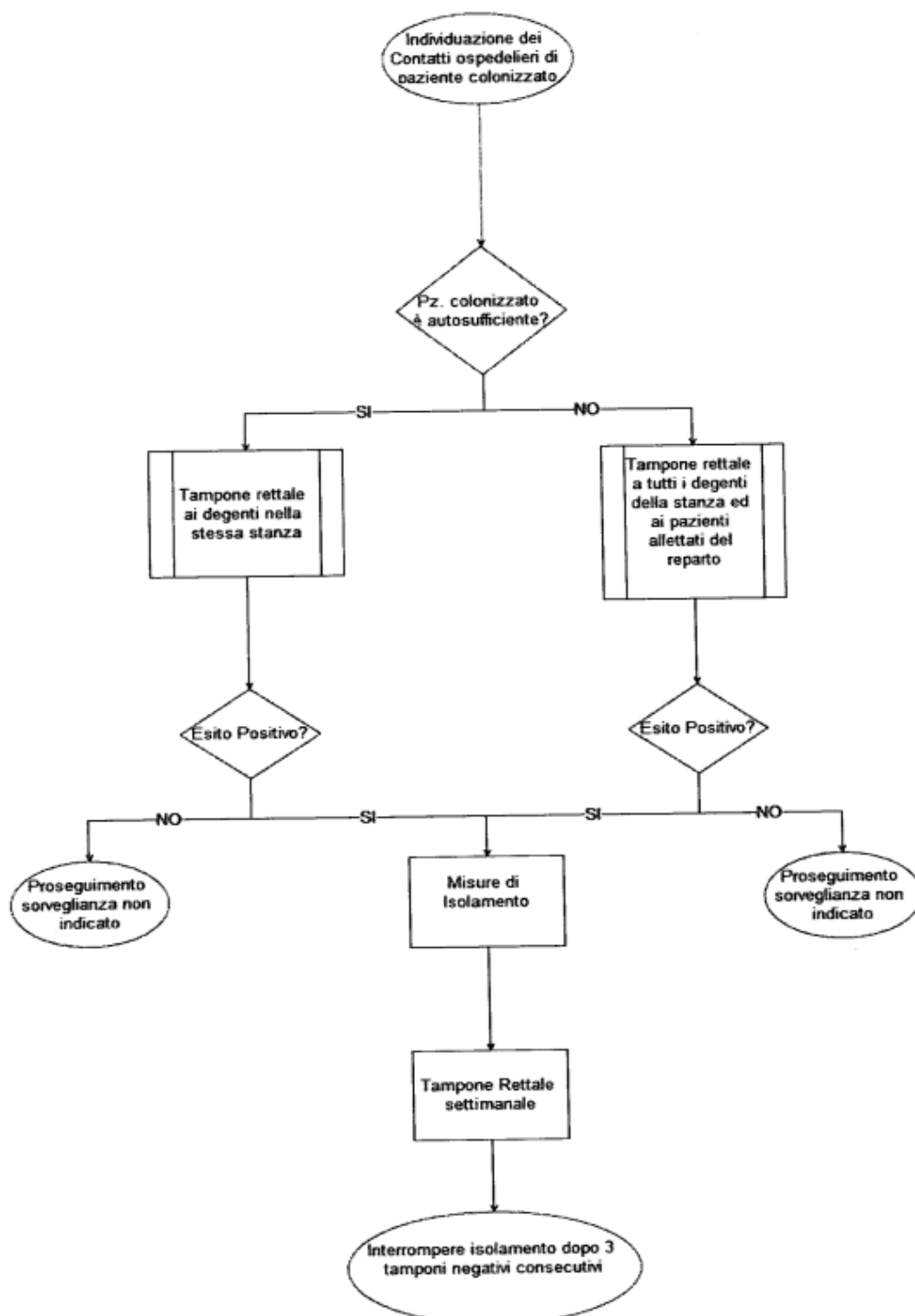
Se i contatti risultano **positivi**, che siano colonizzati o infetti, sarà necessario predisporre le idonee misure di isolamento. Inoltre, occorrerà:

- proseguire la sorveglianza, per l'intera durata del ricovero, mediante tampone rettale 1 volta a settimana;
- interrompere le misure di isolamento dopo 3 tamponi consecutivi siano risultati negativi;
- ripristinare le misure di isolamento in presenza di un nuovo tampone positivo.

Se i contatti risultano **negativi**, non è indicato il proseguimento della sorveglianza.

I contatti saranno sottoposti a tampone rettale una volta alla settimana per tutta la degenza del paziente fonte.

4.4 DIAGRAMMA DI FLUSSO INDIVIDUAZIONE DEI CONTATTI



4.5. SCREENING ALL'INGRESSO: TEMPISTICA, REFERTAZIONE E MISURE DI CONTROLLO

Al fine di contenere la diffusione dei germi sentinella nell'ambito ospedaliero, si raccomanda di sottoporre a screening per gli **“alert organism”** - tramite tampone nasale e rettale – i pazienti ricoverati **nei reparti a rischio** individuati dalla letteratura (Terapia Intensiva, Oncologia, Ematologia, Riabilitazione intensiva, Chirurgia dei trapianti);

Il Medico di tutte le Unità Operative e delle strutture residenziali territoriali, prescriverà il tampone rettale, indipendentemente dall'isolamento da parte del laboratorio, anche per i **pazienti** che al momento del ricovero sono considerati **a rischio** e cioè:

- pazienti identificati come colonizzati o infetti nei 12 mesi precedenti l'attuale ricovero;
- pazienti trasferiti da altra struttura assistenziale per acuti (pubblica o privata) e da riabilitazione intensiva;
- pazienti trasferiti da strutture territoriali per anziani (es. case residenza anziani);
- pazienti in ingresso, per primo ricovero, in reparti a rischio, quali Terapia Intensiva, Oncologia, Ematologia, Riabilitazione intensiva, Chirurgia dei trapianti;
- pazienti con contatti frequenti con le strutture assistenziali, quali quelli sottoposti a dialisi o chemioterapia antitumorale nei precedenti 12 mesi, o comunque immunodepressi;
- contatti di pazienti con infezione o colonizzazione da **“allert organism”** e pazienti assistiti dalla stessa équipe di un paziente risultato infetto o colonizzato;

Inoltre per le Enterobatteriacee CPE/CRE

- pazienti con storia di ricovero e pernottamento in un setting assistenziale comprese le strutture residenziali per anziani e pazienti dializzati anche senza ricovero, in zone endemiche, in Italia o all'estero (nei 3 mesi precedenti o, se possibile, nei 6 mesi precedenti); nel caso di pazienti provenienti da altri Paesi endemici (es, Grecia, Cipro, India, Pakistan, Colombia, Israele, USA), lo screening è raccomandato anche in assenza di contatto con le strutture sanitarie nel Paese estero;

Per i pazienti cui non sia possibile effettuare il tampone rettale si procederà a screening mediante ricerca su feci.

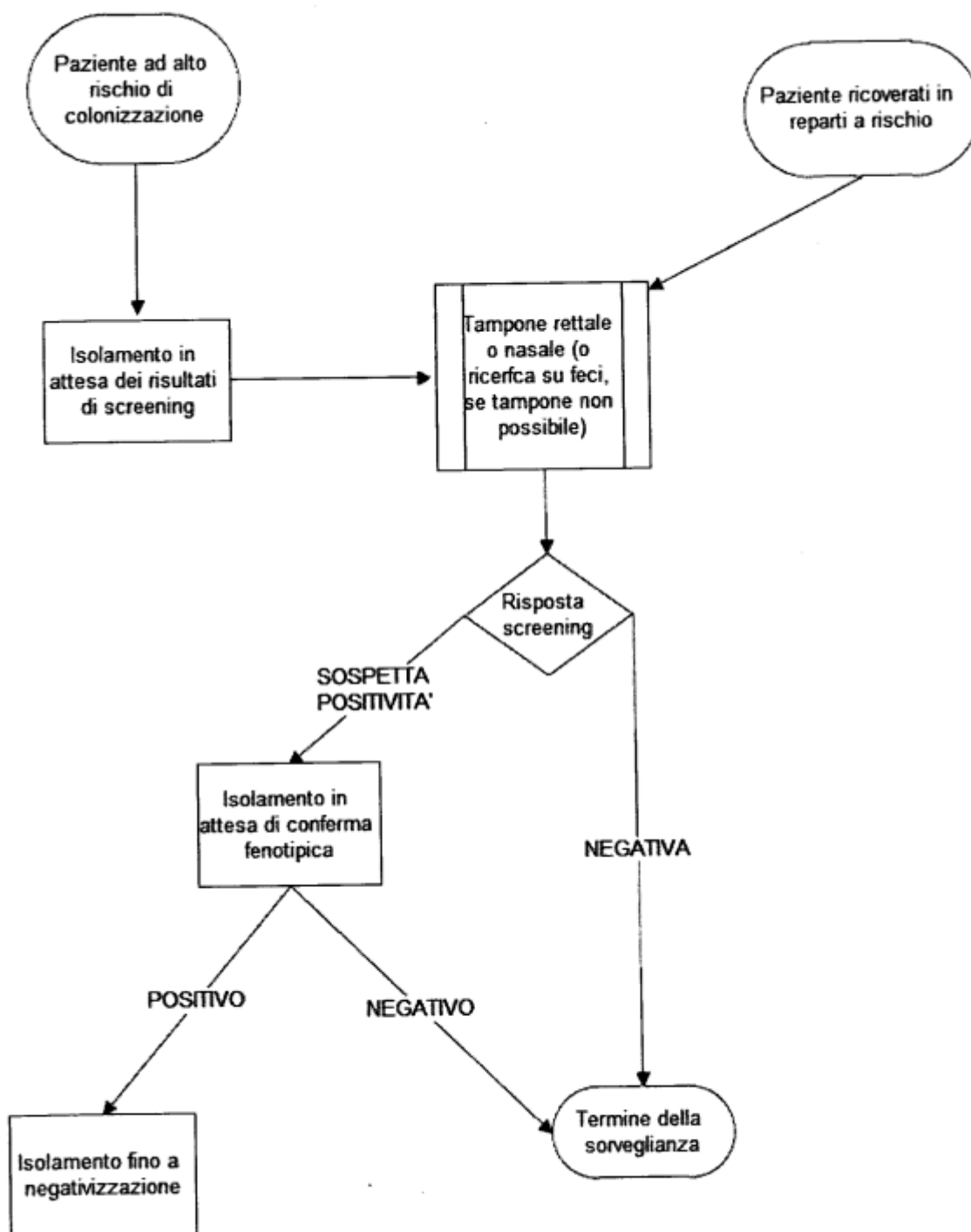
La raccolta del campione per il test di screening deve essere effettuata tempestivamente per consentire l'applicazione corretta delle misure di controllo. Il laboratorio deve eseguire il test e comunicare al reparto la negatività o la sospetta positività entro 24 - 48 ore dal prelievo.

Per tutti i pazienti identificati come infetti o colonizzati si utilizzano le precauzioni da contatto.

Inoltre, richiederanno isolamento preventivo anche:

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

4.6 DIAGRAMMA DI FLUSSO SCREENING PER “ALERT ORGANISM”



5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

		LIVELLO OPERATORE						
		DMP/CIO	LABORATORIO	DIRETTORI UNITA' OPERATIVA	MEDICI	SERVIZIO INFERMIERISTICO	COORDINATORI INFERMIERISTICI	PERSONALE DEL COMPARTO
PROCEDURA	REDAZIONE DELLA PROCEDURA	R						
	AGGIORNAMENTO DELLA PROCEDURA	R						
	DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA	Co		R		Co	R	
	SEGNALAZIONE ALLA DMP E ALLA UOC		R					
	SEGNALAZIONE AL SEP	R						
	GESTIONE PULIZIA, RIFIUTI, BIANCHERIA					Co	R	R
	PRESCRIZIONE SCREENING			R	R			
	RICHIESTA SCREENING						R	
	ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI CONTENIMENTO			R			R	
	APPLICAZIONE DELLE MISURE DI CONTENIMENTO			R	R		R	R
	TRASMISSIONE MODULO PER INDAGINE EPIDEMIOLOGICA				R		C	R
	ALLERTA IN CASO DI TRASFERIMENTO				R			
	CONSULTO INFETTIVOLOGICO				R			
	INFORMAZIONE AL PAZIENTE			R	R		R	C
	ANNOTAZIONE IN CARTELLA			R	R			
	INFORMAZIONE AL MMG (LETTERA DI DIMISSIONE)			R	R			
	VERIFICA DIRETTA APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA			R			R	

	SORVEGLIANZA E CONTROLLO INFEZIONE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMICI (CRE) E GESTIONE DEI PAZIENTI CON COLONIZZAZIONE/INFEZIONE DA GERMI MULTIRESISTENTI	Pg/CIO n.01 Rev: 00 Data: 16.07.2020
---	--	--

LEGGENDA:

Co: livello/operatore che coordina l'attività

R: livello/operatore che è responsabile dell'espletamento dell'attività

C: livello/operatore che è coinvolto nell'espletamento dell'attività

6. RIFERIMENTI

- Circolare del Ministero della Salute n. 35470 DEL 06/12/2019 “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”.
- Circolare del Ministero della Salute n. 4968 del 26.02.2013 sulla “Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE).
- Delibera della Giunta Regionale della Campania n° 1715 del 28/9/2007 “Approvazione del piano Regionale della Prevenzione e Controllo delle Infezioni Associate all'Assistenza”
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) “Risk assessment on the spread of carbapenemase producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer”, Stockholm; 2011
- Carmeli Y, Akova M, Cornaglia G, Daikos GL, Garau J, Harbarth S, Rossolini GM, Souli M, Giamarellou H. “Controlling the spread of carbapenemase-producing Gram-negatives: therapeutic approach and infection control.” Clinical Microbiology and Infection, 2010; 16(2): 102–11.
- Mouloudi E, Protonotariou E, et al. “Bloodstream infections caused by metallo-beta-lactamase/Klebsiella pneumoniae carbapenemase-producing K. pneumoniae among intensive care unit patients in Greece: risk factors for infection and impact of type of resistance on outcomes.” Infect Control Hosp Epidemiol 2010; 31:1250–1256.
- Comitato di Studio Associazione Microbiologi Clinici Italiana (AMCLI) per gli Antimicrobici (COSA): Luzzaro F., Pagani L., Rossolini .M., Sarti M., Stefani S., Varaldo P.E. : “Indicazioni per la conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi nelle Enterobacteriaceae”, C.O.S.A. 2011.
- ESCMID PUBLICATIONS “Guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients.” Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Suppl. 1): 1–55.
- “Facility Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE).”; CDC; 2015 November Update, CRE Toolkit.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) “Rapid risk assessment: Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae. Stockholm; 2016.
- OMS 2009 “Guidelines on Hand Hygiene in Health Care”.

7. ALLEGATI

ALLEGATO 1: SCHEDA DI RACCOLTA DATI SUI CASI DI MALATTIA INVASIVA CRE

(da inviare esclusivamente attraverso piattaforma ICAARO WEB)

Data compilazione:

Sezione A

Nome: _____ Cognome: _____
Data di nascita: _____ Codice fiscale: _____
Numero Cartella clinica: _____
Data del ricovero: _____

Sezione B

Sesso ☐ F ☐ M Et  se et  < 1 anno, mesi
Nazione di residenza: _____
Comune di residenza: _____ Provincia di residenza: _____

Caso Segnalato/Notificato da:

Nome Cognome: _____ Azienda sanitaria: _____
Ospedale/Struttura: _____ Regione: _____ Provincia: _____
Citt : _____ Fax: _____ e-mail: _____
Telefono: _____

DATI DEL PAZIENTE

Data inizio sintomi di infezione: _____

Origine presunta dell'infezione: ☐ acquisita in Italia ☐ acquisita in Paese estero (indicare quale):

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

☐ a domicilio ☐ in ospedale* _____
☐ in struttura residenziale territoriale (RSA o simili)

*indicare il nome dell'ospedale

Se in ospedale, indicare l'area di degenza (indicare una sola opzione):

☐ Terapia Intensiva	☐ Chirurgia dei trapianti
☐ Oncologia	☐ Lungodegenza/Geriatria/Riabilitazione
☐ Ematologia	☐ Medicina /Malattie infettive
☐ Neuro-riabilitazione/Unit� spinale	☐ Chirurgia generale o specialistica
☐ Pronto Soccorso /Breve Osservazione	☐ Altra area di degenza

Esito:

Esito registrato in data:

☐ Dimesso
☐ Deceduto
☐ Ancora ricoverato
☐ Trasferito presso altra struttura:

²² In base all'organizzazione locale, i referenti per la sorveglianza dell'AMR, in collaborazione con le autorit  competenti, identificano il modello organizzativo appropriato decidendo il livello dell'inserimento dei dati (ad esempio a livello di SISP/ASL, o di Dipartimento di Prevenzione, o di Direzione Sanitaria, etc.).

Microorganismo isolato: ☐ *Klebsiella pneumoniae*

Isolamento da sangue prelevato in data:

Criterio microbiologico per la definizione di caso²⁶:

- ☐ Resistenza a imipenem e/o meropenem e/o ertapenem
☐ Positività a test di conferma per Produzione di carbapenemasi (specificare nella tabella sottostante il tipo di conferma).

Conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi	Conferma del tipo di carbapenemasi mediante analisi molecolare
Positività per (anche più di una): ☐ KPC (mediante test di sinergia) ☐ Metallo Enzima (mediante test di sinergia)	Positività per (anche più di una): ☐ KPC ☐ VIM ☐ NDM ☐ OXA-48 ☐ IMP

Origine presunta della batteriemia: (indicare anche più di una opzione)

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

Microorganismo isolato: ☐ *Escherichia coli*

Isolamento da sangue prelevato in data:

Criterio microbiologico per la definizione di caso²⁷:

- ☐ non sensibilità (R/I) a imipenem e/o meropenem e/o ertapenem
☐ Positività a test di conferma per Produzione di carbapenemasi (specificare nella tabella sottostante il tipo di conferma).

Conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi	Conferma del tipo di carbapenemasi mediante analisi molecolare
Positività per (anche più di una): ☐ KPC (mediante test di sinergia) ☐ Metallo Enzima (mediante test di sinergia)	Positività per (anche più di una): ☐ KPC ☐ VIM ☐ NDM ☐ OXA-48 ☐ IMP

Origine presunta della batteriemia: (indicare anche più di una opzione)

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

²⁶ Un isolato da sangue di *K. pneumoniae* va segnalato se resistente ad almeno un carbapenemico (ertapenem, imipenem o meropenem) e/o produttore di carbapenemasi e/o con presenza di geni codificanti carbapenemasi confermata attraverso test di laboratorio. Vanno comunque segnalati i ceppi produttori di carbapenemasi (con conferma fenotipica o genotipica) anche se questa caratteristica è rilevata in ceppi di categoria I o S.

²⁷ Un isolato da sangue di *E. coli* va segnalato se resistente ad almeno un carbapenemico (ertapenem, imipenem o meropenem) e/o produttore di carbapenemasi e/o con presenza di geni codificanti carbapenemasi confermata attraverso test di laboratorio. Vanno comunque segnalati i ceppi produttori di carbapenemasi (con conferma fenotipica o genotipica) anche se questa caratteristica è rilevata in ceppi di categoria I o S.

ALLEGATO 2: SORVEGLIANZA LOCALE DEI GERMI MULTIRESISTENTI

(Scheda di rilevazione dati a cura del Medico di U.O./Struttura residenziale)

INFORMAZIONI SULL'ISOLATO:

MICROORGANISMO: K. pneumoniae (resistente a carbapenemici) ☐
Staphylococcus aureus meticillino resistente (MRSA) ☐
Staphylococcus coagulasi negativo resistenti a linezolid ☐ Enterococcus fecium (VRE) ☐
Enterococcus faecalis (VRE) ☐ Pseudomonas aeruginosa (CPE) ☐
Acinetobacter Baumannii multiresistente ☐ Klebsiella pneumonia (CPE) ☐
Escherichia coli (CPE) ☐ Enterobacter cloacae (CPE) ☐

MATERIALE ANALIZZATO DAL LABORATORIO

DATA PRELIEVO _____ DATA REFERTO _____

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE:

COGNOME _____ NOME _____ N° CARTELLA CLINICA _____

REPARTO _____

DATA DI NASCITA _____ SESSO _____ DATA DI AMMISSIONE _____

PROVENIENZA DEL PAZIENTE: (domicilio, altro reparto, altro ospedale, da RSA) _____

RILIEVO ANAMNESTICO DI:

ricovero (ultimi 3 mesi) ☐
soggiorno in aree in cui la diffusione di CRE è endemica ☐
stato di colonizzazione/infezione precedente al ricovero ☐

INFORMAZIONI CLINICHE IN CASO DI PAZIENTE INFETTO:

DATA INSORGENZA _____

IL PAZIENTE VIENE CONSIDERATO: Colonizzato ☐ infetto ☐

DATA DIMISSIONE _____ ESITO _____

MISURE DI CONTENIMENTO INTRAPRESE:

Informazione al personale ☐
Precauzioni da contatto ☐
isolamento in stanza singola ☐
isolamento in coorting ☐
isolamento funzionale ☐
bagno dedicato ☐
informazione al paziente ☐
informazioni ai suoi visitatori ☐
tampone rettale/coprocoltura dei contatti ☐

DATA COMPILAZIONE _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

ALLEGATO 3: LAVAGGIO MANI

LAVAGGIO CON ACQUA E SAPONE	FRIZIONAMENTO CON GEL IDROALCOLICO
PERCHÉ: Per ridurre la flora batterica transitoria	PERCHÉ: Per ridurre il più rapidamente possibile la flora
QUANDO: - Prima e dopo il contatto con il paziente - Prima di una manovra asettica - Dopo rischio/esposizione ad un liquido biologico - Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente - Se le mani sono chiaramente sporche prima e dopo l'uso dei guanti Inoltre: - Prima della distribuzione vitto - Prima della distribuzione farmaci per terapia orale - Prima e dopo il consumo degli alimenti - Dopo l'uso dei servizi igienici - Ad inizio e fine turno	QUANDO: - Prima e dopo il contatto con il paziente - Prima di una manovra asettica - Dopo rischio/esposizione ad un liquido biologico - Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente - Le mani non sono visibilmente sporche VANTAGGI: - Tempi inferiori di esecuzione - Lo strofinamento alcolico non necessita di risciacquo - Seppur di utilizzo frequente, non causa secchezza ed irritazione della pelle - È più efficace rispetto al lavaggio con acqua e sapone
RIMUOVERE ANELLI, OROLOGI DA POLSO E BRACCIALETTI LE UNGHIE CON SMALTO E/O ARTIFICIALI SONO PROIBITE	
CON CHE COSA: Detergente liquido a pH 5.5 (in flacone con erogatore)	CON CHE COSA: Spray o gel antisettici (in dispenser o flaconi portatili)
DURATA PROCEDURA 40-60 sec	DURATA PROCEDURA 20-30 sec

ALLEGATO 4: IGIENE AMBIENTALE

IGIENE AMBIENTALE

- Sanificazione giornaliera unità letto e delle superfici (il personale preposto alla pulizia dovrà indossare guanti e copri-divisa prima di accedere all'area di isolamento e rimuoverli prima di uscirne)
- Diluizione con acqua sterile dei disinfettanti/detergenti, utilizzati per la sanificazione ambientale, prima dell'uso portandoli alla concentrazione indicata dalla scheda tecnica e vigilanza da parte dell'infermiere di reparto sulla corretta diluizione
- Utilizzo di dispositivi di protezione individuale (guanti, occhiali di protezione e/o visore, facciale filtrante, copridivisa) prima della sanificazione ambientale o della diluizione dei disinfettanti e prima l'ingresso o dopo l'uscita nella stanza di isolamento.
- Tutto il contenuto del carrello/vaschetta utilizzato per la sanificazione dovrà essere gettato dopo l'intervento. I carrelli/vaschette devono essere deterse e disinfettate
- In caso di superfici visibilmente contaminate con materiale organico si deve procedere alla decontaminazione prima di applicare le procedure di pulizia, disinfezione.
- Sanificazione radicale della stanza alla dimissione del caso

PRINCIPIO ATTIVO	INDICAZIONE	TEMPO DI CONTATTO
<u>Derivati del Cloro</u> Ipoclorito di Sodio 1-3% Clorossidanti 3-5% Clorammina attiva Clorossidanti elettrolitici 3-5%	Ampio spettro d'azione e rapida azione Utili sia per interventi di routine sia in caso di contaminazione Non utilizzare su superfici metalliche e in presenza di acidi	≥ 10 minuti
<u>Clorexidina 15% + Cetrimide 15%</u>	Spettro d'azione limitato Indicato per piani di lavoro metallici e superfici non trattabili con derivati del cloro e derivati fenolici	

ALLEGATO 5: PRECAUZIONI STANDARD E PER CATEGORIA DI ISOLAMENTO

Precauzioni Standard

Attività	Esempio di attività	Igiene mani	Guanti	Sovra camice	Mascherina
Nessun contatto	Parlare con il paziente	No	No	No	No
Contatto con cute intatta o indumenti non macchiati	Esplorazione fisica, rilevazione parametri vitali	Prima e dopo	No	No	No
Contatto con cute lesa, mucose, fluidi, secrezioni, escrezioni	Prelievi ematici, medicazioni, manipolazioni di cateteri e drenaggi	Prima e dopo	Sì	No (salvo medicazioni ferite)	No (salvo medicazioni ferite)
Esposizione a secrezioni respiratorie	Aspirazione, medicazione tracheostomia	Prima e dopo	Sì	Sì	Sì

Precauzioni per Categoria di Isolamento

Categoria	Stanza singola (o isolamento per cohorting)	Igiene mani	Guanti	Sovra camice	Mascherina	Trasporto paziente
Contatto	Sì*	Prima e dopo	Sì	Sì	No (solo se colonizzazione/infezione vie respiratorie)	Paziente: sovra camice Personale: guanti e sovra camice
Droplet	Sì*	Prima e dopo	No	No	Sì	Paziente: mascherina Personale: nessun DPI addizionale

* Se più pazienti sono positivi allo stesso microrganismo è possibile procedere al raggruppamento in stanza comune (isolamento in coorte o “cohorting”)

ALLEGATO 6: MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO DELLA TRASMISSIONE

- Igiene delle mani (allegato 3)
- Uso di guanti e sovra camice (privilegiando l'utilizzo di materiale monouso)
- Igiene del paziente con Clorexidina al 2% evitando le aree al di sopra della mandibola e le ferite
- Sanificazione accurata giornaliera dell'unità-letto e delle superfici (allegato 4)
- Informare il paziente qualora sia in grado di deambulare, che deve limitare il più possibile gli spostamenti, per evitare la contaminazione dell'ambiente
- Segnalare la positività microbiologica del paziente sulla cartella clinica
- Informare il personale di assistenza e i familiari che entrano in contatto con il caso
- Comunicazione all'UO di accettazione in caso di trasferimento

☐ *Esecutiva in data* _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 626 del 11 AGO. 2020

*Il Responsabile Ufficio
Delibera e Determina*

