	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

## SOMMARIO

1.	PREMESSA .....	1
2.	FINALITA' .....	2
3.	DEFINIZIONE .....	2
4.	LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI .....	3
5.	PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO .....	4
6.	STRUMENTI E ATTIVITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI PER LA PREVENZIONE BE LA GESTIONE DELLE ICA .....	4
7.	GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE DELLE ICA .....	6
8.	GESTIONE NUOVI INGRESSI, CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER .....	14
9.	GESTIONE DELL'OSPITE.....	16
10.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'.....	16
11.	RESPONSABILITÀ' DEI LAVORATORI.....	17
12.	ALLEGATI.....	17
13.	MODALITÀ' DI DISTRIBUZIONE .....	17

Revisione numero	Data emissione od ultima modifica	Emessa da (Servizio Infermieristico)	Approvata da (Direzione o Delegato)
00	Aprile 2022	<b>RGA</b>  <i>Gabriel Moldovan</i>	<b>Responsabile Appalto Vives</b>  <i>Michela Carlet</i>  <b>Direttore area cure sanitarie e socioassistenziali ASP</b>  <i>Patrizia Vicenzotto</i>  <b>Responsabile Qualità ASP</b>  <i>Gabriella De Luca</i>  <b>Direttore Generale ASP</b>  <i>Valentina Battiston</i>

### 1. PREMESSA

La seguente procedura si applica nella valutazione e gestione del rischio Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) presso la Residenza per anziani di terzo livello ed il Servizio Semiresidenziale dell'A.S.P. Cordenonese VIRGINIA FABBRI TALIENTO ed è destinata al personale Asp e del Consorzio Vives.

L'A.S.P. Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento" gestisce la Residenza per Anziani convenzionata con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale – ASFO).

Ospita persone con diversi livelli di fragilità e polipatologie, pertanto caratterizzate da maggiori probabilità di contrarre Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Situazioni emergenziali legate all'insorgere di ICA possono interessare un paziente durante un processo/percorso assistenziale in un ospedale o in altri contesti di cura. Possono manifestarsi sia in corso di permanenza all'interno della struttura e/o dopo la dimissione e costituiscono la complicità a maggior frequenza e maggior gravità riscontrabile in tutti i contesti assistenziali.

I patogeni, causa di tali infezioni, possono essere sia comuni germi cutanei o delle mucose, ma anche microrganismi trasmessi da altri pazienti, operatori, visitatori e/o provenienti dall'ambiente di degenza. Alle ICA sono attribuiti circa 37.000 decessi/anno nonché circa 16 milioni di giornate di degenza aggiuntive, causa di enormi costi per i sistemi sanitari nazionali. La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezione sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali e che le fragilità di sistema (strutturali, tecnologiche e/o procedurali) aumentino l'incidenza annua delle stesse.

## 2. FINALITA'

Il documento definisce le misure da adottare in caso di scenari emergenziali legati alla diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), con la finalità di ottimizzare gli sforzi gestionali ed organizzativi, nell'interesse dei lavoratori e, soprattutto, nell'ottica della salvaguardia degli ospiti e nella tutela delle loro fragilità.

La seguente procedura ha lo scopo di:

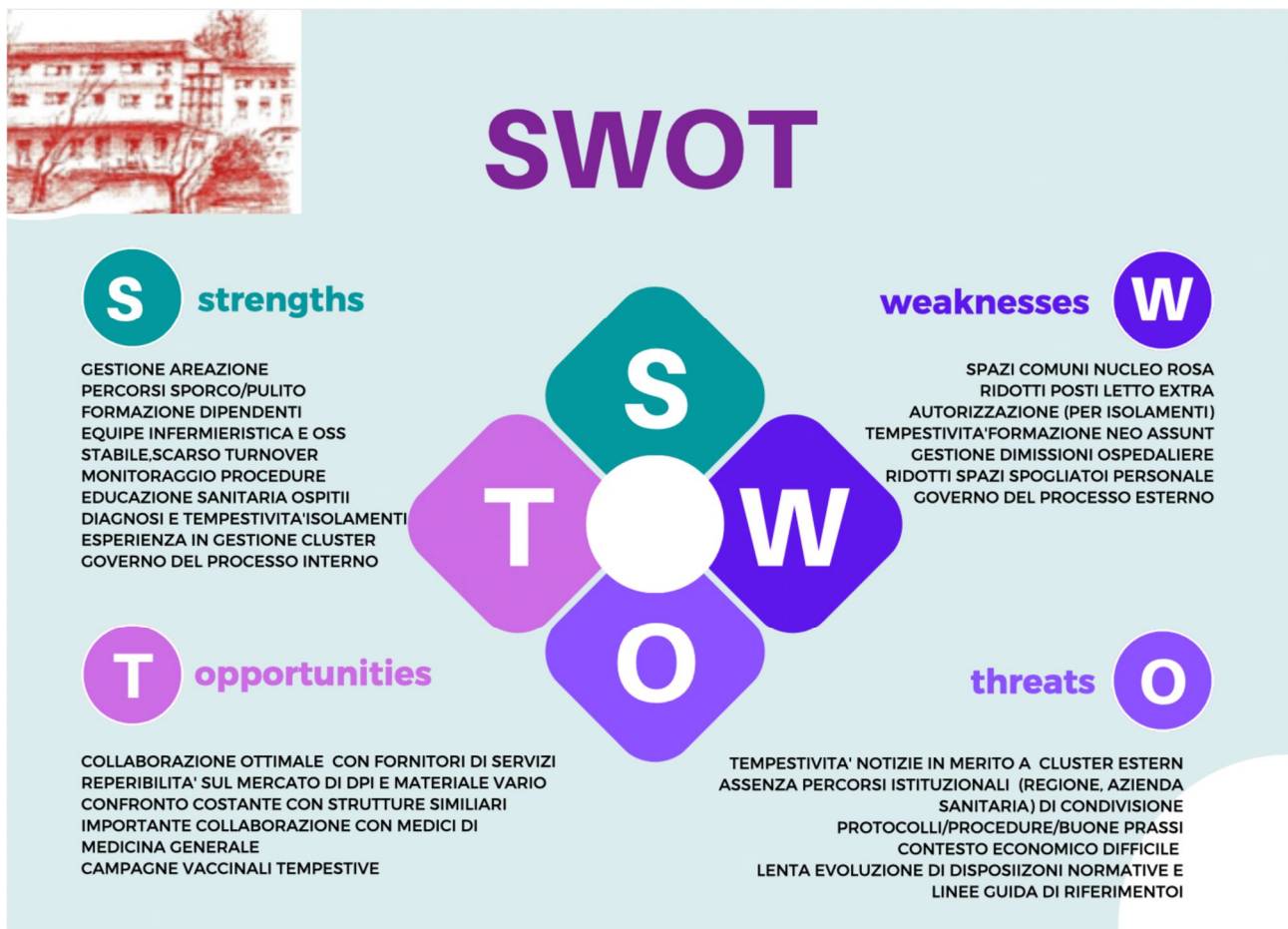
- Implementare la diffusione delle buone pratiche socioassistenziali e sanitarie
- Fornire un'evidenza documentale della avvenuta rilevazione del rischio e delle misure di trattamento attivate
- Monitorare attivamente l'applicazione della procedura e gli esiti dei trattamenti attivati
- Definire i livelli di responsabilità, delle modalità di valutazione e della gestione del rischio

## 3. DEFINIZIONE

Al fine di consentire un'analisi completa di rischi e opportunità, che tenga conto di tutti i fattori interni ed esterni che impattano sull'organizzazione, è stata condotta un'analisi del contesto nel quale sono inseriti la Residenza per Anziani e il Servizio Semiresidenziale che tiene conto dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione aziendale, in riferimento alla gestione dell'emergenza legata all'insorgenza e alla diffusione delle ICA (tra cui il COVID-19), e alle minacce e opportunità di miglioramento delle prestazioni provenienti dall'interazione con l'esterno. La metodologia individuata è la SWOT Analysis, finalizzata a rappresentare in forma schematica punti di forza e debolezza legati a fattori interni ed opportunità e minacce correlati a fattori esterni.

I fattori interni sono stati classificati come punti di forza o di debolezza della struttura, mentre i fattori esterni minacce o opportunità. L'analisi del contesto è stata svolta raccogliendo i bisogni e le aspettative delle parti interessate rilevanti. Rispetto a queste ultime, in particolare Familiari e Volontari, è necessario implementare ulteriori canali di comunicazione efficaci che possano facilitare e garantire la valorizzazione del contributo delle persone nella definizione delle misure di prevenzione e protezione, la condivisione di strategie e gli obiettivi, l'aumento della consapevolezza del rischio e la promozione di adeguati comportamenti anche a livello individuale.

Di seguito la SWOT analisi realizzata.



	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

#### 4. LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI

La struttura organizzativa della Residenza per Anziani ha definito ruoli e responsabilità necessari al funzionamento dei processi e ha altresì previsto figure sostitutive per le funzioni chiave, al fine di assicurare la continuità operativa e la gestione di scenari relativi all'insorgenza o diffusione di ICA. In linea con le disposizioni normative di cui all'allegato alla Delibera di Giunta regionale n. 1156/2022 "Regolamento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006)", l'A.S.P. ha inserito nel proprio organigramma aziendale la figura del Referente Area Qualità, cui sono stati attribuiti compiti specifici di Risk Management e prevenzione ICA, in collaborazione con RGA del Consorzio Vives.

A seguire le principali funzioni:

- Controllo sulla corretta applicazione della procedura per la prevenzione e il contenimento della diffusione delle ICA
- attenersi alle indicazioni fornite dal Dipartimento di Prevenzione per la gestione di casi sospetti/accertati e la sorveglianza degli eventuali contatti
- collaborare con il Medico Competente della Struttura e con i Coordinatori RGA del Consorzio per le attività relative alla sorveglianza del personale e all'adozione delle misure rivolte alla riduzione del rischio infettivo per gli operatori
- formare e aggiornare periodicamente il personale della Struttura, in collaborazione con il Consorzio Vives, sulle procedure in essere e sull'uso dei DPI, che, come da Dlgs 81/2018, art.18 comma 1 lettera D, devono essere forniti dal datore di lavoro
- garantire l'approvvigionamento periodico dei DPI, dei farmaci e degli eventuali dispositivi medici, utili per il trattamento degli ospiti positivi monitorandone costantemente le giacenze
- garantire una comunicazione costante e trasparente ai familiari, riguardo alle condizioni degli ospiti, sia positivi alle infezioni ICA, eventualmente presenti in struttura, che negativi
- aggiornamento dell'elenco degli ospiti presenti quotidianamente in Struttura con procedura informatizzata su SIRA "Gestione utenza"
- aggiornamento dell'elenco del personale che opera a vario titolo all'interno della Residenza, con procedura informatizzata su SIRA "Personale".

Nell'ambito della Residenza per Anziani, ad integrazione della struttura organizzativa di base, è stato inoltre istituito il seguente comitato, che collabora con ulteriori figure professionali volta in volta integrabili, e che ha la finalità di tenere sotto controllo i processi e, con specifico riferimento alla gestione delle ICA, prevenire il rischio di insorgenza e contagio.

**Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)** Ha il compito di definire la strategia di lotta contro le infezioni, di verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo, la loro efficacia e di curare la formazione culturale del personale operante sotto il controllo dell'organizzazione. CCICA è composto da:

- DIRETTORE GENERALE (Presidente del CCICA)
- DIRETTORE SANITARIO (di cui al nuovo regolamento approvato con Delibera di Giunta regionale n.1157/2022)
- COORDINATORE UNICO DEI SERVIZI Consorzio Vives
- REFERENTE INFERMIERISTICO Consorzio Vives
- REFERENTE ASSISTENZIALE Consorzio Vives
- RESPONSABILE AREA SOCIO SANITARIA
- REFERENTE QUALITÀ

Il CCICA in situazioni emergenziali si riunisce con cadenza almeno settimanale e, comunque, ad ogni variazione ritenuta significativa (per esempio: cluster all'interno della Residenza per Anziani).

In aggiunta al CCICA, per scenari emergenziali particolarmente impattanti anche sulla salute e sicurezza dei lavoratori, è istituito nominato il seguente organo:

**Comitato per la definizione e la verifica delle misure di prevenzione e protezione:** oltre ai soggetti facenti parte dei CCICA, prevede la presenza dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST), delle rappresentanze sindacali, del Datore di Lavoro, dell' RSPP e del MC.

Tutte le attività dei comitati istituiti sono verbalizzate, comunicate alle parti interessate e conservate come informazioni documentate. Le strutture dei comitati sono rese note a tutto il personale e disponibili alle parti interessate rilevanti, quali Enti di Controllo, caregiver, parenti, ecc. (per esempio: mediante pubblicazione sul sito internet aziendale, comunicazione documentale ai caregiver, affissione per la consultazione da parte del personale e degli ospiti, ecc.)

#### 4.1 CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE NEI CONTESTI EMERGENZIALI

Il processo di consultazione e partecipazione degli RLS è un processo essenziale per la gestione degli

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	<b>Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47</b> <b>PREVENZIONE INFEZIONI</b> <b>CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

aspetti di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno di una qualsiasi organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dal contesto in cui essa opera, proprio per la centralità del lavoratore nell'ambito dell'organizzazione che può condividere le proprie proposte sulla base della propria esperienza e conoscenza.

Al verificarsi reale o potenziale di un contesto emergenziale il Datore di Lavoro, con la collaborazione del RSPP, del MC, del Medico Responsabile e del CCICA, deve consultare gli RLS attraverso riunioni, interviste, sopralluoghi congiunti in campo, in particolare nei seguenti casi:

- valutazione dei rischi (consultazione preventiva e tempestiva al fine di riesaminare l'adeguatezza)
- individuazione, programmazione, realizzazione e verifica delle attività di prevenzione e protezione
- organizzazione delle attività formative
- identificazione degli stakeholder (parti interessate rilevanti), interni ed esterni, e delle relative esigenze ed aspettative
- definizione dei controlli da applicare nel caso di appalti e forniture
- modalità di comunicazione da adottare.

A tal proposito, al fine di dimostrare l'avvenuta consultazione e partecipazione, l'organizzazione acquisisce e predispone tutta la documentazione ritenuta necessaria (mail, verbali di riunione, ecc.) che viene conservata e, ove necessario, messa a disposizione degli organismi di vigilanza e di eventuali enti o soggetti preposti alle attività di controllo.

## 5. PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

Generalmente le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono contratte dai pazienti e, solo in misura minore, dal personale coinvolto nell'assistenza.

I fattori che rendono questi individui maggiormente suscettibili possono essere divisi in **intrinseci**, condizioni e/o patologie che indeboliscono i meccanismi di difesa dell'individuo, non rendendolo in grado di contrastare efficacemente l'infezione, ed **estrinseci** non dipendono direttamente dall'individuo

FATTORI DI RISCHIO INTRINSECI	FATTORI DI RISCHIO ESTRINSECI
<b>Presenza di Patologie e/o polipatologie:</b> neoplasie, immunodeficienze, diabete, patologie cardiovascolari, insufficienza renale, ostruzioni/stenosi dell'apparato gastrointestinale o genito-urinario	<b>procedure invasive e assistenziali:</b> ricovero in terapia intensiva, interventi chirurgici e utilizzo di dispositivi invasivi
<b>condizioni particolari:</b> età (neonati, anziani), recenti traumatismi/ustioni, infezioni concomitanti, malnutrizione, obesità, alterazioni dello stato di coscienza, pregressa splenectomia e trapianti	<b>durata della degenza</b>
	Mancata adozione di <b>misure generali di prevenzione</b>

## 6. STRUMENTI E ATTIVITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA

Le attività clinico-assistenziali svolte dagli operatori sanitari all'interno della Residenza per Anziani e del Servizio Semiresidenziale espongono quotidianamente gli stessi a rischi e responsabilità professionali qualificate in materia penale, civile e amministrativa.

Eliminare le infezioni correlate all'assistenza (ICA) è da tempo uno degli obiettivi della comunità scientifica internazionale. L'obiettivo infezioni "zero" appare però ancora di difficile realizzazione. Non sempre, infatti, eliminare o prevenire tutti i fattori di rischio legati all'infezione è possibile; risulta necessario ridurre/minimizzare il rischio infettivo con il rispetto e l'applicazione delle linee guida pubblicate nel Programma Regionale che prevede le seguenti azioni:

### A) Prevenzione e controllo delle ICA

**Indicazioni Regionali per la sorveglianza dei microorganismi sentinella 2014 Rete Cure Sicure (2019) (ALL.2).**

**Rispetto del Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali Rete Cure Sicure (2019) (ALL. 3).**

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

Il *bundle* è uno strumento di supporto tecnico agli operatori sanitari per migliorare la cura dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio; è un insieme contenuto di pratiche *evidence-based* che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi, con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente.

I campi di applicazione considerati sono i seguenti:

- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza
- Gestione del catetere vescicale (CV) a permanenza
- Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)
- Gestione del catetere venoso periferico (CVP)
- Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico Midline
- Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo del catetere periferico Midline
- Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
- Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocultura

#### **Protocollo per la valutazione dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico (2019)**

**Rispetto delle procedure per la corretta igiene delle mani** (cfr. Procedura SR 57) che fornisce le indicazioni per l'igiene delle mani con acqua e sapone e attraverso l'uso di soluzione idroalcolica, oltre al corretto utilizzo dei DPI. Per il corretto utilizzo di DPI diversi (mascherine, schermi facciali e camici) si rimanda alle specifiche istruzioni operative in uso presso i servizi residenziale e semiresidenziale

**Rispetto delle Linee Regionali di gestione e indirizzo terapeutico per l'uso prudente degli antibiotici (antimicrobial stewardship)** sviluppate dalla Direzione Centrale della Salute FVG, per la prevenzione e gestione specifica delle seguenti infezioni:

- Gestione terapeutica delle polmoniti batteriche
- Gestione terapeutica delle infezioni delle vie urinarie
- Gestione terapeutica delle infezioni della cute e dei tessuti molli
- Indicazioni per la gestione delle infezioni da enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi
- Indicazioni per la gestione delle infezioni da *Acinetobacter baumannii*
- La sepsi: Riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto. Riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi nel paziente pediatrico in Pronto Soccorso. Riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi associata alle pratiche assistenziali
- Pieghevole "Il modello one-health in FVG: professionisti e cittadini alleati contro l'antibiotico resistenza"

#### **Rispetto delle linee guida per l'uso sicuro dei farmaci**

- Breve guida alla somministrazione del farmaco per via orale nel paziente disfagico. Do not crush list FVG
- Raccomandazioni per la gestione dei sistemi elastomerici di infusione
- Algoritmo sulla deprescrizione delle benzodiazepine
- Algoritmo sulla deprescrizione degli inibitori di pompa protonica

#### **Percorso finalizzato a ridurre i rischi**

Il governo del rischio infettivo all'interno della Residenza per Anziani e del Servizio Semiresidenziale dell'A.S.P. Cordenonese si sostanzia in una serie di iniziative, volte al perseguimento di una cultura aziendale orientata alla comprensione della complessità e della strategicità dell'approccio alla gestione del rischio legato alle ICA. È stato predisposto un **sistema procedurale** di vario livello, definendo un insieme di raccomandazioni, in aggiunta alle precauzioni standard (tra cui: igiene delle mani, igiene respiratoria e galateo della tosse, collocazione del paziente, gestione delle attrezzature e dispositivi medici, gestione della biancheria, ecc.), basate sulle vie di trasmissione: precauzioni per malattie a trasmissione aerea; precauzioni per malattie a trasmissione attraverso goccioline aerodiffuse generate durante la tosse, lo starnuto, nel parlare e nel corso di procedure come l'aspirazione e/o la broncoscopia; precauzioni per malattie a trasmissione attraverso il contatto.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

Sono stati definiti, attraverso **rappresentazioni schematiche** di facile lettura, strumenti di supporto (diagrammi di flusso, istruzioni operative, protocolli, ecc.) per guidare e standardizzare le decisioni nei casi di infezione e/o colonizzazione dell'ospite e stabiliti: frequenza con cui sottoporre l'ospite ai test clinico-diagnostici per la ricerca dell'infezione; come comportarsi in caso di esiti positivi o casi altamente probabili; quando tornare all'utilizzo delle precauzioni standard e ritenere il paziente guarito; come comportarsi in caso di indisponibilità di camera singola.

Sono stati definiti **interventi ambientali** attuati per ridurre il rischio di diffusione delle ICA:

- suddivisione delle aree della struttura in nuclei ad accesso dedicato a ospiti e operatori
- individuazione delle stanze per l'isolamento singolo o in coorte dell'ospite (per esempio nel caso di Clostridium difficile per evitare la diffusione di spore negli ambienti)
- ridefinizione dei percorsi sporco pulito
- applicazione della segnaletica verticale ed orizzontale finalizzata a gestire l'isolamento e il distanziamento
- contingentamento degli accessi negli spazi comuni (per esempio: sale da pranzo, soggiorni, palestre, mensa, spogliatoi, ascensori, aree fumatori, aree in cui sono presenti distributori di bevande e snack, ecc.)
- regolamentazione dell'accesso delle persone (fornitori, visitatori, ecc.) esterne all'organizzazione anche nelle aree non sanitarie
- assegnazione quanto più stabile possibile del personale, con la costituzione di team dedicati per Nucleo alle attività nella Residenza per Anziani e Servizio Semiresidenziale; nella impossibilità di poterlo fare, si procede con la limitazione, ai casi di effettiva necessità, degli spostamenti del personale tra i nuclei o aree operative
- la definizione ed attuare programmi di screening ravvicinati (ad ogni accesso presso la struttura)
- richiedere l'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time, con sospensione del servizio a chi non possa garantirla (in caso di elevata diffusione del contagio)

In allegato le planimetrie della Residenza per Anziani riportanti quanto sopra indicato. [ALL. 1 Piano per la gestione delle emergenze epidemiche].

## 7. GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DIFFUSIONE DELLE ICA

L'infrastruttura della Residenza per Anziani, risalente al 1940, mostra aspetti tecnici molto complessi che di volta in volta sono valutati da impiantisti e/o, nel caso degli impianti aerulici, da igienisti aerulici rispetto a norme tecniche di settore, protocolli nazionali e/o internazionali, supervisionati dall'RSPP aziendale.

### Gestione degli ambienti chiusi (indoor)

Negli ambienti chiusi e sempre garantita un'adeguata aerazione naturale soprattutto in un contesto emergenziale quale la presenza di ICA, attraverso l'apertura di porte e finestre, mantenendo chiuse le porte interne all'edificio/locale, onde limitare la diffusione tra ambienti adiacenti. I ricambi d'aria devono essere effettuati avendo cura di:

- non creare situazioni di disagio (discomfort) (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo) per gli operatori o per gli ospiti
- non introdurre situazioni di rischio per gli ospiti (in considerazione della presenza di ospiti con patologie demetigene)
- non compromettere l'igienicità e la salubrità degli alimenti nei locali destinati alla manipolazione, preparazione, somministrazione degli alimenti stessi o nei locali destinati alla conservazione dei farmaci
- garantire condizioni salubri anche nelle aree in cui sono collocati i distributori automatici di bevande calde, acqua e alimenti.

L'edificio dispone di impianto con UTA, la cui funzionalità è periodicamente verificata attraverso una puntuale gestione dello stesso, con interventi regolari di pulizia e manutenzione, quali mezzi con cui assicurare la buona qualità dell'aria fornita. Per le attività di ispezione e sanificazione degli impianti di ventilazione/climatizzazione, sono applicate le indicazioni del Protocollo Operativo AIISA (Associazione Italiana Igienisti Sistemi Aerulici) revisione 01 del 2018 e NADCA-ACR 2021.

La struttura è inoltre dotata di impianti climatizzazione/ventilazione come condizionatori, fancoil, e termoconvettori. Su queste tipologie di impianto, le operazioni da effettuare, prevedono interventi di sanificazione mensili, regolarmente registrati su apposite schede.

All'interno dei locali occupati occasionalmente da persone estranee agli ospiti della struttura il funzionamento degli impianti di ventilazione primaria senza ricircolo viene interrotto. Dopo l'uscita dei visitatori, si provvede ad un'intensa ventilazione

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

naturale dei locali occupati, mediante l'apertura di serramenti su esposizioni diverse, in modo da permettere un ricambio dell'aria. Nei locali sprovvisti di aperture (per esempio: bagni, spogliatoio), ma dotati di ventilatori ed estrattori, gli stessi sono tenuti in funzione per tutto il tempo di permanenza degli operatori nei locali.

### **Impianti di ventilazione e climatizzazione**

Per infezioni che possono diffondersi anche nell'aria, attraverso l'aerosol, sono state valutate le probabilità di contagio dovute all'attivazione degli impianti di areazione e climatizzazione. Sono state definite indicazioni operative e gestionali per gli interventi sugli impianti aeraulici; di natura preventiva e gestionale (manutenzione, sanificazione, integrazione eventuale con sistemi di sanificazione attiva).

### **Valutazione delle condizioni microclimatiche ambientali**

Il microclima influisce in maniera significativa, unitamente a quanto descritto precedentemente, sulla qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi sul benessere delle persone. Il conseguimento del benessere termico, cioè lo stato di piena soddisfazione nei confronti dell'ambiente stesso, costituisce una condizione indispensabile e prioritaria per il conseguimento del benessere totale sia per gli ospiti della Residenza per Anziani che per i lavoratori.

Nei periodi estivi ed invernali viene effettuata una valutazione strumentale dei parametri termoigrometrici degli ambienti (tra cui: temperatura dell'aria, umidità relativa, velocità dell'aria, temperatura media radiante), fondamentale per la definizione del livello di rischio da contagio associato agli impianti di areazione.

### **Acqua e servizi igienici**

La legionellosi è una malattia causata da batteri Gram-negativi aerobi del genere legionella e si annovera tra le più pericolose ICA che possono presentarsi all'interno di una Residenza per Anziani. I batteri sono ubiquitari e la malattia può pertanto interessare ospiti ed operatori, manifestandosi in cluster epidemici (dovuti all'esposizione aerea ad una fonte ad elevata virulenza) o in casi isolati (nei soggetti caratterizzati da fattori di rischio individuale).

La legionellosi può manifestarsi con diversi decorsi clinici (polmonite, forma febbrile extrapulmonare o in forma subclinica) e può portare nei casi più gravi (con un tasso di mortalità variabile tra il 10- 15%) al decesso della persona che ha contratto l'infezione. La possibilità di contrarre la legionellosi è direttamente correlabile; alla gestione della rete idrica dell'organizzazione, alla datazione, all'utilizzo e alla struttura degli stessi (per esempio: diramazioni non utilizzate), alla temperatura dell'acqua, alla presenza di nebulizzazione e all'utilizzo discontinuo di stanze (nel caso in cui possano ad esempio rimanere non occupate per lunghi periodi). La colonizzazione del soggetto può avvenire durante le attività svolte ordinariamente all'interno delle Residenze per Anziani quali, ad esempio le docce e le cure igieniche in generale, ma può anche essere legata anche all'esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata gestione dei sistemi di filtraggio o all'inalazione di aerosol generato da sistemi di nebulizzazione e umidificazione dell'aria con una inadeguata gestione degli interventi di trattamento dell'acqua.

L'A.S.P., per il tramite di uno studio esterno specializzato nel settore, ha adottato uno specifico "Protocollo di gestione biosicurezza One Health" che prevede specificamente:

- valutazione del rischio Impianto aeraulico generale e Impianto idrico generale
- gestione delle misure preventive e protettive per la definizione del rischio
- definizione di procedure per la gestione delle infrastrutture
- punti di campionamento
- cronologia delle Revisioni
- formazione del personale interessato interno all'organizzazione o dei fornitori (personale tecnico manutentivo, delle pulizie e igienisti aeraulici)
- utilizzo dei DPI di protezione delle vie respiratorie, ove necessario (per esempio: in presenza di nebulizzazioni, a carico dell'apparato respiratorio)

### **Misure preventive per la gestione degli impianti**

Il valore associato al rischio di contagio da virus connesso agli impianti aeraulici così ottenuto e confrontato con relativa matrice di valutazione permette di associare una specifica classe di rischio all'ambiente in esame. L'A.S.P. procede all'attuazione di misure preventive e gestionali quali:

- ispezione periodica degli impianti aeraulici per verificarne lo stato igienico e manutentivo
- manutenzione, pulizia meccanica e disinfezione ordinaria periodica degli impianti aeraulici e dei suoi componenti

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- controllo dei parametri operativi degli impianti con la relativa ottimizzazione dei valori microclimatici e del benessere termico, riduzione del rischio di contagio da virus e ottimizzazione dei consumi.

### Gestione strumenti ed attrezzature

Nel caso del configurarsi di scenari emergenziali legati alle ICA, la gestione degli strumenti e delle attrezzature deve avvenire in considerazione del potenziale rischio associato all'utilizzo degli stessi nel caso in cui ne sia previsto l'uso promiscuo e si possano configurare come vettori di contagio.

Al fine di agevolare il lavoro del personale in servizio presso la Residenza per Anziani ed evitare il rischio di possibili errori, è stato previsto l'utilizzo dedicato ad ogni singolo nucleo di strumenti ed attrezzature (materiale pulizie e sanificazione, carrelli somministrazione pasti, termoscanner per la rilevazione della temperatura, stetoscopi, etc). In ogni caso viene effettuata la disinfezione degli stessi con alcol etilico al 70% ogni volta che il dispositivo viene usato da un ospite all'altro. Nel caso di cluster attivi presso la Residenza per Anziani viene utilizzato materiale monouso sia per la somministrazione dei pasti (monoporzione) che per il servizio di igiene e sanificazione ambientale.

Sono stati altresì individuati aree e spazi dedicati in cui depositare e gestire strumenti ed attrezzature per garantire la riduzione del rischio di infezione. Tali spazi sono identificati sia all'interno delle camere degli ospiti che nelle zone di rieducazione, condivisione e stimolazioni sensoriali.

### Applicazione ed intensificazione delle precauzioni di riferimento

Indipendentemente dal verificarsi reale o potenziale di un'emergenza sanitaria legata alle ICA, il personale sanitario, di assistenza, di pulizia e sanificazione, del servizio socioeducativo e il personale incaricato dello sporzionamento e della somministrazione degli alimenti durante l'orario di servizio deve attenersi ad alcune pratiche igieniche:

- rimuovere orecchini, collane, anelli, bracciali, orologio e qualsiasi altro dispositivo non necessario all'erogazione della prestazione assistenziale, in quanto, possono essere contaminati da materiale biologico e costituire un vettore per virus e batteri favorendone la diffusione anche al di fuori degli ambienti sanitari.
- curare la barba e mantenere i capelli in ordine
- mantenere le unghie corte (pareggiate fino all'attaccatura) e prive di smalto. Le unghie lunghe, così come le unghie finte possono danneggiare i guanti ed altri DPI forniti in dotazione, quindi, un vettore per virus e batteri
- gestire correttamente gli abiti da lavoro e i DPI.

Il mancato rispetto di tali semplici disposizioni può invalidare l'efficacia di tutte le altre misure messe in campo dall'organizzazione e incrementare il rischio per se stessi, gli ospiti e tutte le persone con cui si hanno dei contatti.

Allo scopo di permettere il rispetto delle precauzioni igieniche personali l'A.S.P. Cordenonese rende disponibili:

- idonee attrezzature (negli spogliatoi: armadietti a doppio scomparto che possano garantire la separazione fra abiti personali ed indumenti da lavoro)
- dotazione dei servizi igienici con dispenser di sapone, gel alcolico igienizzante, carta asciugamani
- gel idroalcolico igienizzante nelle postazioni maggiormente accessibili al personale (per esempio, nelle infermerie, sui carrelli delle medicazioni, ecc.). Gli erogatori di prodotti detergenti o di gel idroalcolico igienizzante devono essere accessibili a tutti i lavoratori e devono essere collocati in punti segnalati e facilmente individuabili (soprattutto ad inizio e fine percorso). Particolare cura è stata riservata anche alla gestione delle pause del personale. Riferimento Procedura modalità di svolgimento pause [ALL. 1 Piano per la gestione delle emergenze epidemiche].

### Gestione mense aziendali

In un contesto emergenziale un ambiente presso cui il rischio di trasmissione diventa più elevato e la mensa aziendale.

Il servizio è organizzato tenendo conto dei seguenti principali elementi critici:

- ingresso e predisposizione di una fila al punto di ritiro del vassoio in cui è necessario garantire il distanziamento
- contatto con vassoi e stoviglie passate dal personale del servizio di ristorazione per cui risulta importante l'igienizzazione delle mani
- consumo del pasto senza mascherina in compagnia di altro personale, per cui è ancora più importante il rispetto del distanziamento
- utilizzo di bottiglie, brocche o distributori di acqua comuni tra il personale seduto allo stesso tavolo.

Per superare tali criticità l'organizzazione ha messo in atto le seguenti azioni di prevenzione:

- istituzione della prenotazione on line



	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- individuazione del corretto distanziamento lungo la fila per il ritiro del vassoio attraverso segnaletica sul pavimento
- collocazione di dispenser per l'igienizzazione delle mani con soluzione a base alcolica
- individuazione, con apposita segnaletica, di posti occupabili attorno al tavolo a garanzia di distanziamento
- fornitura di bottigliette d'acqua personali
- la fornitura di condimenti monouso per i pasti (olio, aceto, sale, pepe, ecc.)
- Istituzione del divieto di ingresso nei locali cucina, mensa e consumo del pasto indossando la divisa con cui viene svolta l'attività sanitaria. Al personale sanitario che svolge un turno continuativo per cui non è consigliato dismettere la divisa prima di recarsi a mensa, e fornito un camice monouso all'ingresso dei locali della mensa.

### Gestione degli approvvigionamenti

L'A.S.P. Cordenonese deve gestire i propri fornitori critici in termini di impatto sulla diffusione delle ICA tenendo conto:

- della tipologia di fornitura effettuata e del rischio intrinseco associato alla stessa
- dell'insorgenza di rischi interferenziali

Laddove il prodotto o servizio offerto sia da ritenersi critico o impattante sul rischio (es. ristorazione collettiva, lavanolo, pulizie, manutenzione elettromedicali, manutenzione impianti, servizi funerari) vengono richieste al fornitore le specifiche procedure messe in atto per la gestione del rischio di diffusione delle ICA:

- auto-dichiarazione (ai sensi delle disposizioni legislative vigenti) dell'avvenuta applicazione delle eventuali misure preventive integrative disposte dalle autorità competenti volte a tutelare la salute pubblica con particolare riferimento all'avvenuta informazione dei lavoratori circa l'obbligo di astensione dal lavoro nel caso dell'insorgere di sintomi riconducibili all'infezione, nonché alle norme di buona prassi allegiate ai decreti emessi da Autorità pubbliche ed che ogni altra prescrizione e/o raccomandazione emanata, per limitare l'espandersi della malattia
- procedure specifiche o eventuali documenti operativi predisposti per la gestione dei rischi relativi all'ICA e impattanti sul servizio erogato
- tracciabilità degli accessi
- limitare e documentare l'eventuale impiego di personale presso la struttura e a rotazione presso altre strutture sanitarie
- limitare l'accesso dei fornitori esterni alla struttura allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza e diffusione di agenti patogeni, riducendo al minimo la possibilità di contatto con l'ospite. In caso di scenario emergenziale sono sospese le attività svolte in struttura da personale esterno che, per loro stessa natura, non permettono di ridurre il rischio (parrucchiere e podologo).
- utilizzare all'interno della struttura mascherine FFP2 e guanti e, più in generale, gli specifici DPI previsti per il luogo o l'attività svolta, in accordo alle corrette modalità di utilizzo dei DPI descritte di seguito. Nei casi in cui siano previsti DPI di terza categoria, quali per esempio mascherine facciali filtranti, il fornitore deve dare evidenza della distribuzione e dell'addestramento in merito all'utilizzo degli stessi
- utilizzare servizi igienici dedicati diversi da quelli destinati al personale
- avere una specifica formazione in materia di prevenzione delle ICA
- seguire percorsi definiti nell'accesso e il transito all'interno della struttura
- sottoporsi alla rilevazione della temperatura corporea all'ingresso e all'uscita dalla struttura
- compilare l'autocertificazione e il registro degli accessi al momento dell'ingresso in struttura
- essere a conoscenza dell'impossibilità di fare ingresso in struttura in caso di temperatura corporea superiore a 37.5°C o in presenza di sintomi riconducibili ad infezioni
- essere a conoscenza delle modalità di comunicazione da attivare all'interno e all'esterno della struttura in caso di insorgenza dei sintomi durante lo svolgimento delle attività
- disporre di interfacce e canali di comunicazione con i referenti di struttura.

Quanto sopra indicato assume una particolare rilevanza per quanto riguarda i fornitori di alimenti, e personale esterno incaricato della ristorazione collettiva. Attraverso la figura di un consulente esterno, Tecnologo alimentare, sono verificati in particolare:

- l'esistenza di piani di sanificazione validati
- l'evidenza di attuazione dei piani di sanificazione
- l'utilizzo di prodotti chimici idonei alle superfici e all'agente infettivo da eliminare (per esempio che risultino efficaci rispetto ai virus incapsulati
- il rispetto delle temperature di cottura e conservazione degli alimenti a temperatura controllata

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI          CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- l'attuazione di programmi di formazione specifici erogati al personale alimentarista
- le indicazioni di astensione dal lavoro nel caso di sintomatologia compatibile con le malattie trasmissibili con gli alimenti

### Dispositivi di Protezione Individuale

Il Datore di Lavoro, sulla base delle risultanze della valutazione dei rischi e delle eventuali indicazioni fornite dalle autorità competenti per la specifica situazione emergenziale, deve periodicamente riesaminare i DPI in dotazione ai lavoratori e valutarne idoneità, in conformità alla pertinente normativa vigente ed eventuali necessità di integrazione.

La dotazione minima di DPI per le stanze con ospiti contagiati o sospetti può essere infatti ampliata con diversi dispositivi in relazione alla natura dell'ICA e alle modalità di trasmissione.

Il datore di lavoro assicura una formazione adeguata e organizza periodicamente uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico del DPI.

I lavoratori vengono resi competenti e consapevoli anche in merito alle corrette modalità di vestizione e svestizione. Per queste attività sono state previste opportune procedure che devono essere attuate sotto la supervisione di personale esperto. Le tipologie di DPI, suddivise per Aree di gestione casi, sono riportate al paragrafo 10.6.

### Percorsi

Nell'ambito dell'organizzazione l'impatto di eventuali scenari emergenziali legati alle ICA e il rischio di contagio possono essere ridotti mediante modalità organizzative finalizzate alla razionalizzazione e riduzione dei contatti sociali nell'ambito dei Servizi Residenziali e Semiresidenziali per Anziani.

Le misure adottate consistono in:

- suddivisione della struttura in nuclei o aree operative separate con personale dedicato (la creazione di gruppi autonomi distinti e riconoscibili consente una più agevole tracciabilità in caso di necessità). Tale organizzazione riguarda il personale sociosanitario, le attività di riabilitazione e di educazione terapeutica.
- richiesta temporanea, a seconda della fase dell'emergenza, dell'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time. Qualora questa misura sia ritenuta essenziale viene sospeso dal servizio chi non può garantirla
- ridotta esposizione del personale sanitario attraverso l'assegnazione di operatori dedicati all'assistenza del paziente e all'ottimizzazione delle attività al letto del paziente
- adottare orari differenziati e flessibili che possano favorire il distanziamento sociale e prevenire il rischio di assembramenti all'ingresso, all'uscita e all'interno degli spazi comuni (per esempio spogliatoi)
- impedimento o contingentamento dell'ingresso alla struttura di visitatori, caregiver, fornitori, ecc in caso di emergenza
- facilitazione della video-comunicazione con parenti e caregivers in caso di emergenza
- riduzione o il divieto delle riunioni in presenza, favorendo le modalità a distanza. Considerata la peculiarità delle attività, tale disposizione non può essere sempre osservata (si pensi ad esempio alle riunioni di equipe o agli interventi di emergenza).
- riduzione o l'annullamento degli eventi di interni e ogni attività di formazione in modalità in aula favorendo la formazione a distanza.

### Lavanderia e servizio di lavanolo

La rimozione degli effetti lettereci può essere un'attività a rischio per la trasmissione di ICA all'interno della Residenza per Anziani, che può impattare nell'ambito di uno scenario emergenziale sia sugli ospiti che sui lavoratori.

Nella gestione delle attività di lavanderia e lavanolo e posta particolare attenzione al rispetto del percorso sporco pulito rispettando le modalità definite in struttura per il carico e lo scarico ed evitando la commistione fra le attrezzature (per esempio, carrelli utilizzati per lo sporco o per il pulito).

Il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola segue, in via preventiva, le seguenti disposizioni:

- indossare idonei DPI: guanti e camice monouso e, nel caso di ICA che si trasmettono per via aerea, FFP2;
- rispettare i seguenti elementi per la cura della biancheria e delle lenzuola, o non agitare le lenzuola e la biancheria durante il cambio; o non appoggiare le lenzuola e la biancheria al corpo;

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi (sacchi), manipolandola e scuotendola il meno possibile nell'ambiente, prima dell'inserimento nei contenitori e dell'invio all'impresa qualificata addetta al lavaggio e alla sanificazione. Utilizzare i sacchi corrispondenti al codice colore assegnato alla biancheria infetta (sacchi rossi) e seguire le regole definite dalla struttura (per esempio utilizzo del doppio sacco, sacco rosso e sacco idrosolubile e contenitore dedicato);
- rimuovere i DPI e il camice;
- igienizzare le mani e indossare un nuovo paio di guanti;
- sostituire la biancheria da letto e da bagno utilizzata con biancheria sanificata da impresa qualificata, in accordo a specifiche procedure interne validate dal comitato CCICA;

Nel caso di ospite con caso sospetto o confermato, il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola avviene per il tramite del personale OSS. Il personale addetto al servizio consegna il carrello del pulito in area apposita esterna all'area Covid, ove viene prelavata dal personale del Nucleo. Lo sporco segue il percorso identificato in planimetria. Riferimento procedura Gestione Biancheria Sporca [ALL. 1 Piano per la gestione delle emergenze epidemiche].

### Sanificazione Ambientale

La contaminazione ambientale può rappresentare una possibile fonte di trasmissione delle ICA, pertanto, la pianificazione delle attività di sanificazione degli ambienti di lavoro, degli strumenti e delle attrezzature deve sempre essere sottoposta al riesame del CCICA.

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA il piano di pulizia e sanificazione di struttura viene riesaminato, tenendo conto:

- delle caratteristiche dell'agente infettante
- del rischio associato alle diverse aree della struttura
- delle informazioni disponibili nella letteratura scientifica
- delle indicazioni dei produttori indicate nelle schede tecniche e schede di sicurezza dei prodotti chimici.

Le modifiche consistono nell'intensificazione delle attività o integrazione con attività straordinarie tracciate.

I prodotti chimici vengono scelti in base all'efficacia sull'agente infettante, alla tipologia di superficie da sanificare, agli impatti sulla salute e sicurezza degli operatori e dei residenti in struttura e sull'ambiente. I prodotti chimici devono essere utilizzati secondo le indicazioni del produttore; pertanto, viene svolta una formazione specifica al personale dedicato.

Con riferimento a recenti studi di settore, i piani di sanificazione devono essere integrati della criticità associata alle aree, nel rispetto di quanto segue:

- **Ambienti sanitari** le aree di intervento sanitario (stanze dei pazienti, aree di attesa, ecc.) in cui è stato visitato o ricoverato un caso sospetto o confermato di COVID-19, prima di procedere alla bonifica devono essere areate adeguatamente per almeno un'ora tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio. I locali in cui sono state eseguite procedure che generano aerosol (ventilazione assistita, somministrazione di medicinali nebulizzati, broncoscopia, ecc.) devono essere areati con ventilazione naturale per 1-3 ore o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio, prima della pulizia e prima di ammettere nuovi pazienti. La sanificazione, in caso di emergenza, avviene due volte al giorno secondo le seguenti modalità:

- pulizia con un detergente neutro
- sanificazione con ipoclorito di sodio allo 0,5% per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e per i bagni e allo 0,1% per le altre superfici. È prevista attività di pulizia e sanificazione aggiuntiva nel caso di spandimenti accidentali e/o procedure che generano aerosol, alla dimissione del paziente e/o al trasferimento dello stesso in altra struttura. Particolare attenzione nella pulizia viene dedicata alle superfici toccate più di frequente (per esempio: bagni, docce, vasche da bagno ecc.). Per le superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, apparecchiature di controllo a distanza, maniglie delle porte, pulsanti dell'ascensore, ecc.) utilizzare alcol etilico al 70%
- risciacquo dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- per superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, maniglie delle porte, pulsanti ascensori, ecc.) utilizzare alcol etilico al 70%;

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- per i dispositivi elettronici come tablet, touch screen, tastiere, telecomandi, seguire le istruzioni del produttore. Se non sono disponibili istruzioni del produttore, considerare l'uso di salviette pre-impregnate o panni imbevuti di prodotti a base di alcol etilico al 70%. Asciugare accuratamente le superfici per evitare il ristagno di liquidi (si consideri l'impiego di involucri sanificabili o monouso, da utilizzare a protezione di tali dispositivi);

- l'attrezzatura riutilizzabile (per esempio: secchi, manici ecc.) per la pulizia viene dedicata specificatamente ai diversi ambienti (per esempio: all'interno di carrelli utilizzati per un unico nucleo o per le sole stanze di pazienti con casi sospetti o confermati) e vengono disinfettanti con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. Le attrezzature e il materiale che entrano in contatto con le superfici sono monouso (panni, spugnette, carta ecc.) e dedicato all'ambiente e all'oggetto della sanificazione (per esempio: panni diversi per i sanitari, per i mobili ecc.).

Il personale che ha effettuato le procedure di pulizia e sanificazione in locali in cui abbia soggiornato un caso sospetto o confermato, non va considerato come caso contatto, salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

- **Aree sanitarie che non rientrano nella precedente tipologia**

(cioè in assenza di casi sospetti o confermati): la pulizia e la sanificazione vengono effettuate utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature vengono gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco-pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso vengono sanificati con disinfettante a base di cloro secondo modalità analoghe a quanto sopra riportato.

Nelle aree comuni (per esempio: palestra) viene effettuata una sanificazione con analoghi prodotti almeno con frequenza giornaliera, prestando particolare attenzione agli oggetti che sono toccati più di frequente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte ecc.

- **Ambienti non sanitari:**

- In cui abbiano soggiornato casi confermati positivi prima di essere ospedalizzati, i luoghi e le aree potenzialmente contaminate vengono sanificati utilizzando, acqua e detergenti comuni e ipoclorito di sodio 0,1%, da utilizzare dopo la fase di pulizia. Per le superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, utilizzare etanolo al 70% dopo pulizia con un detergente neutro. Le attrezzature e il materiale utilizzato sono monouso (panni, spugnette, ecc.) e dedicati. Nel caso in cui le attrezzature siano riutilizzabili, pur restando dedicate, vengono decontaminate dopo l'uso con disinfettante a base di cloro. Le pulizie vengono effettuate da personale che utilizza i DPI previsti per la fase di assistenza a casi sospetti o confermati e nel rispetto delle procedure di vestizione e svestizione dagli stessi. Dopo l'uso i DPI monouso devono essere smaltiti come materiale potenzialmente infetto, mentre quelli riutilizzabili devono essere opportunamente sanificati. I DPI utilizzati per la pulizia e i rifiuti generati dall'attività (come asciugamani di carta, guanti, maschere, fazzoletti) devono essere smaltiti negli RSP. Modalità analoghe a quelle sopra descritte devono essere seguite per la pulizia e sanificazione delle aree destinate alla vestizione e svestizione dei DPI.

- In cui non abbiano soggiornato casi sospetti o positivi, la sanificazione viene effettuata utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie, qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature sono gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco/pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso vengono sanificati con disinfettante a base di cloro.

Indipendentemente dalla tipologia dell'area, sono state diffuse le seguenti indicazioni:

- procedere dalle aree più pulite verso quelle più contaminate, ad esempio:

- pulire le superfici condivise della stanza prima di passare a quelle dell'area dell'ospite; quindi, pulire le aree e superfici a bassa frequenza di contatto prima di quelle ad alta frequenza
- pulire la stanza prima del bagno

- procedere dall'alto verso il basso per prevenire la ricaduta dei microrganismi su aree precedentemente sanificate; ad esempio, pulire le sponde del letto prima delle gambe; pulire le superfici verticali prima del pavimento, il quale va pulito per ultimo per asportare lo sporco che si è eventualmente depositato;

- non spruzzare in maniera diretta i disinfettanti sopra gli eventuali spandimenti di materiale biologico o sulle superfici, al fine di evitare la formazione di aerosol, ma applicare i disinfettanti sul panno da utilizzare
- evitare i sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici perché producono aerosol o

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente; come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare: devono essere preferite le metodiche ad umido

- sono state dedicate attrezzature alla sanificazione di ambienti ad esempio: carrelli pulizie diversi per nucleo o per aree a basso ed alto rischio e differenziazione delle attrezzature dedicate agli spazi destinati ai residenti e al personale (stanze e spogliatoi);
- è stata identificata un'area designata per i servizi di pulizia ambientale ed un'area dedicata alla preparazione, lo stoccaggio e il ritrattamento di attrezzature e forniture riutilizzabili per la pulizia;
- è stata identificata un'area separata per la sanificazione delle apparecchiature biomediche e per gli strumenti utilizzati;
- arieggiare i locali durante e al termine della sanificazione, compatibilmente con le necessità e la salvaguardia della salute dei residenti;
- pulire accuratamente e con frequenza maggiore (almeno due volte al giorno) le superfici destinate ad essere toccate più di frequente (per esempio: maniglie, tastiere dei distributori automatici, cornette del telefono, tastiere dei PC) o, nel caso degli alimenti, dove possa esistere un maggior rischio di contaminazione crociata (tra cibi cotti e cibi destinati ad essere consumati crudi).

Riferimento procedura Decontaminazione superfici [ALL. 1 Piano per la gestione delle emergenze epidemiche].

### **Somministrazione pasti**

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale legato alle ICA, durante lo sporzionamento e la somministrazione dei pasti, una delle importanti misure di mitigazione del rischio quale l'utilizzo delle mascherine non risulta attuabile, devono essere seguite le seguenti indicazioni:

- il personale che si occupa della somministrazione dei pasti viene sensibilizzato rispetto alle buone prassi di lavorazione e alle buone prassi igieniche (che fanno parte della sua formazione specifica) e deve indossare abbigliamento da lavoro e DPI previsti dal piano HACCP (per esempio: cuffia, grembiule protettivo e, ove previsti, guanti) o da eventuali sue integrazioni (per esempio: FFP2);
- la disposizione dei tavoli e delle sedie degli ospiti nelle aree comuni è organizzata in modo tale da garantire almeno la distanza di un metro fra gli ospiti durante i pasti (a tal fine può essere opportuno individuare aree aggiuntive, rispetto a quelle normalmente utilizzate);
- tutte le attrezzature utilizzate (per esempio, stoviglie e posate) e le superfici vengono sanificate al termine di ogni utilizzo, secondo le modalità previste dal piano HACCP e da procedure straordinarie;
- i locali utilizzati vengono aerati preventivamente e al termine di ogni somministrazione;
- utilizzo, ove necessario, ad esempio caso sospetto o confermato, di materiale monouso e monoporzione (per esempio: stoviglie, posate, ecc.);
- eventuali carrelli per la distribuzione dei pasti non devono essere portati all'interno delle stanze di degenza o in aree potenzialmente contaminate.

### **Gestione rifiuti**

Il percorso dei rifiuti sanitari a rischio infettivo all'interno della Residenza per Anziani e Servizio Semiresidenziale avviene in accordo a quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti, indipendentemente dalla tipologia di scenario emergenziale connesso alle ICA verificatosi.

I rifiuti non a rischio infettivo (per esempio carta monouso, mascherine e guanti utilizzati per le pulizie in ambienti non a rischio infettivo) vengono chiusi in un doppio sacco e smaltiti come rifiuti indifferenziati.

Di seguito viene descritta la modalità di gestione dei rifiuti nel caso di isolamento per infezione .

Qualora si riscontri un caso sospetto o confermato in struttura e se ne predisponga l'isolamento, all'interno della stanza devono essere posizionati:

- un contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (RSP) in plastica all'interno del quale devono essere posizionati due sacchi in plastica uno dentro l'altro;
- un contenitore per aghi e taglienti.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

All'interno del RSP devono essere smaltiti tutti i rifiuti, fatta eccezione per aghi e taglienti che hanno un contenitore dedicato, riconducibili all'ospite in isolamento (comprese le stoviglie e i bicchieri monouso, i residui alimentari e i panni utilizzati per la pulizia della stanza) e i DPI utilizzati dal personale sanitario e di assistenza, compreso il personale delle pulizie, che ha operato all'interno della stanza. Per tali rifiuti, considerato l'alto rischio infettivo, non si deve effettuare nessuna forma di raccolta differenziata.

La manipolazione dei rifiuti deve avvenire utilizzando i DPI previsti nelle stanze di isolamento nel rispetto delle pratiche di corretta igiene delle mani. Devono essere, inoltre, adottate le seguenti precauzioni: rispettare, ove presenti, i livelli di riempimento del contenitore e non schiacciare e comprimere i rifiuti.

Al momento in cui si renda necessario lo smaltimento dei rifiuti contenuti nel RSP, l'operatore facendo attenzione a non danneggiarlo, preleva il sacco più interno e provvede a chiuderlo accuratamente. Il sacco deve poi essere deposto in un contenitore RSP di cartone appositamente preparato all'esterno della stanza (zona pulita). L'operatore deve aver cura di non uscire dalla stanza durante l'operazione e di farsi aiutare da un collega posto all'esterno della stanza per aprire la porta (al fine di non contaminare la maniglia) l'operatore all'esterno viene dotato dei seguenti DPI: facciale filtrante FFP2, camice e guanti.

L'operatore deve, quindi, procedere a togliere i guanti, effettuare l'igiene delle mani ed indossare un secondo paio di guanti. Al termine delle operazioni di svestizione, all'uscita della stanza provvede alla chiusura del RSP, avendo cura di manipolare il contenitore con guanti puliti al fine di non contaminare la superficie dello stesso ed infine trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

Qualora si renda necessario la sostituzione del contenitore per aghi e taglienti, lo stesso deve essere prelevato dall'operatore e, con le stesse modalità adottate precedentemente, essere posto nel RSP di cartone presente all'esterno della stanza di isolamento. Il contenitore RSP può, in seguito, essere trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

## 8. GESTIONE NUOVI INGRESSI, CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER

### Misure di contenimento dell'infezione nelle strutture residenziali/semiresidenziali per anziani

L'ASP in collaborazione con il consorzio VIVES attua un monitoraggio attivo dell'insorgenza di segni e sintomi di infezione e di altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi positivi nella struttura o nella comunità) tra i residenti e gli operatori.

La gestione degli ospiti nelle varie declinazioni:

- Ospiti negativi
- Ospiti con sospetto o positività
- Gestione clinico-assistenziale dell'ospite
- Criteri per eventuale ospedalizzazione
- Accoglimento nuovi ospiti
- Riammissione di ospiti positivi
- GESTIONE DEL PERSONALE

Avviene secondo le "INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO versione 2-06/04/2020 della Regione FVG (rif. Allegato salvo diverse indicazioni da parte della Task Force) e secondo le Indicazioni operative regionali di cui alla nota prot.n.0022559/P/GEN dd.27/05/2022 della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità.

### Accoglimento di nuovi ospiti sospetti/positivi e gestione re-ingressi

Eventuali **quarantene precauzionali** di nuovi ingressi e/o dimissioni ospedaliere di ospiti sospetti o positivi saranno valutate di volta in volta dal Coordinatore Infermieristico, sentito il Referente Area Sociosanitaria, e situati in camere dedicate nei diversi nuclei della struttura, come indicato in planimetria [ALL. 1 Piano per la gestione delle emergenze epidemiche].

- stanze dedicate all'isolamento precauzionale saranno stanze singole (o uso singole) con annesso servizio igienico dedicato e saranno scelte di volta in volta in base alle necessità nei rispettivi nuclei a partire dal fondo del nucleo.
- Le stanze saranno identificate da apposito cartello "OSPITE IN ISOLAMENTO".

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

- Tali camere vengono scelte solitamente a partire dal fondo del nucleo ( in prossimità all'uscita di emergenza) per permettere di ridurre al minimo le interferenze con le altre camere del nucleo e di seguire percorsi distinti di ingresso ed uscita con spazi dedicati, rispettivamente, alla vestizione e svestizione del personale, oltre che dei percorsi sporco-pulito.
- la presenza di operatori dedicati, assicura la permanenza dell'ospite all'interno della propria stanza, durante tutto il periodo previsto dalla normativa.
- Si farà riferimento all'Equipe Multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, fisioterapista) e alla redazione di apposito PAI (Piano di Assistenza Individualizzato), per eventuali ospiti con difficoltà cognitive che potrebbero avere difficoltà a rispettare la quarantena. Nella decisione verranno coinvolti anche i familiari.

Nell'ambiente antecedente la vestizione e svestizione vengono collocati tutti i DPI ed il materiale di pulizia ed igiene delle mani necessario agli operatori:

- guanti monouso;
- cuffie;
- mascherine;
- sovrascarpe (o telino con soluzione disinfettante);
- visiera o occhiali;
- tuta /camice monouso di terza categoria;
- erogatore di gel idroalcolico;
- soluzione disinfettante;
- contenitore rifiuti speciali;
- contenitore rifiuti indifferenziati.

Nella camera del paziente vengono collocati i prodotti di pulizia necessari alle cure igieniche del paziente stesso. All'inizio ed al termine di ogni intervento l'operatore provvede ad indossare e rimuovere i DPI.

Ad ogni turno si individuano gli operatori dedicati (o l'operatore in collaborazione con l'infermiere) che si occuperanno degli interventi assistenziali al fine di ridurre il numero di interazioni tra l'ospite e gli operatori. Vengono ottimizzati il numero di accessi alla stanza di degenza concentrando le attività che possono essere svolte in sequenza.

#### 10.6 Gestione aree di lavoro e dispositivi di protezione individuale

L'adozione delle misure di igiene e dei dispositivi di protezione individuale indicati nel presente

PIANO DI EMERGENZA è fondamentale. Ad oggi tutto il personale ASP, VIVES e Sodexo Italia S.p.A. indossa la mascherina FFP2 all'interno della Residenza per Anziani e Servizio Semiresidenziale. Il personale Sodexo è autorizzato ad utilizzare mascherina chirurgica nei soli locali del centro cottura.


Tutto il personale è dotato dei DPI previsti secondo le indicazioni dal Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità ed alla valutazione del rischio specifica, in funzione del contesto lavorativo, di cui ai paragrafi successivi.

L'ASP in collaborazione con il Consorzio VIVES vigila, attraverso la propria struttura gerarchica, sul corretto posizionamento da parte del personale dei DPI e dei presidi forniti. Tutti i dispositivi di protezione individuale rispondono ai requisiti richiesti dalla normativa attualmente vigente.

La Direzione dell'ASP e del Consorzio VIVES effettuano, compatibilmente con le disponibilità, un'adeguata programmazione dell'approvvigionamento, in quantità e qualità, dei dispositivi di protezione individuale e di altri prodotti e dispositivi necessari per la prevenzione e controllo della trasmissione delle ICA. Si raccomandano le procedure di vestizione/svestizione fornite dall'ASFO e riportate nelle infografiche in allegato. (ALL.3).

### 9. GESTIONE DELL'OSPITE

Il verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA in una Residenza per Anziani, che comporti restrizioni può avere un impatto significativo sui residenti, in particolare per quanto riguarda la sfera cognitiva. Infatti, causa la fragilità dell'ospite presente nella Residenza per Anziani e Servizio Semiresidenziale, una condizione di isolamento e di inattività può comportare la perdita di abilità, l'insorgere di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Nel caso in cui si presenti la necessità di limitazioni delle attività, degli accessi o degli spostamenti all'interno e/o all'esterno della struttura, l'organizzazione deve garantire la continuità delle attività socioassistenziali, riorganizzando le attività stesse in funzione della natura dell'ICA e delle misure che sono necessarie per la relativa gestione.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

L'emergenza che richiede l'isolamento come misura di intervento per ridurre il rischio di diffusione, nella persona con disabilità psichica e neurologica, può causare l'interruzione della routine quotidiana e dei rapporti con le persone significative, contribuendo alla perdita di abilità, all'incattivarsi di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Questi cambiamenti nell'attività abituale possono sviluppare stati psicologici di depressione e ansia, contribuendo all'aggravarsi dei disturbi comportamentali già presenti in persone con disabilità psichica e neurologica, come le stereotipie, l'aggressività, l'oppositività.

Interventi funzionali al fine di mitigare tali effetti sono:

- sostituire la routine che non può essere mantenuta, con una nuova routine che includa la frequenza dei luoghi consentiti
- pianificare attività diverse nel corso della giornata, tenendo a mente le predilezioni della persona
- garantire il supporto psicologico per l'anziano e la sua famiglia, utilizzando supporti tecnologici che garantiscono la comunicazione e la relazione da remoto
- garantire l'esercizio del culto con la garanzia di accesso a funzioni religiose nel rispetto delle condizioni di sicurezza (anche con il supporto di strumenti informatici, filodiffusione, organizzazione di funzioni all'aperto)

La presenza delle suddette misure non rappresenta motivo di interruzione o modifica del percorso di riattivazione cognitivo motoria e/o riabilitativo dell'ospite.

Considerata la rilevanza dell'interazione sociale per gli ospiti vengono garantite le attività riabilitative e di socializzazione previa valutazione:


- degli spazi privilegiando gli ambienti esterni garantendo la stimolazione cognitivo-sensoriale e l'interazione sociale.
- del numero possibile di partecipanti e di operatori presenti contemporaneamente, per preservare il distanziamento
- del livello di compliance degli ospiti, che nel caso sia ridotta, richiede l'individuazione di un ambiente più raccolto (camera) con l'utilizzo di DPI previsti per l'operatore e la mascherina all'ospite, qualora non sia possibile rispettare il distanziamento.
- Dell'implementazione delle idonee procedure d'igienizzazione delle mani e sanificazione degli ausili utilizzati alla fine delle attività.

## 10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Il referente sanitario per la prevenzione e controllo delle ICA deve svolgere un ruolo di supporto e di esempio e deve costantemente ricordare agli operatori e ai residenti l'importanza delle misure preventive e precauzioni relative alle infezioni. Collabora con il Coordinatore Sanitario Vives nella definizione del rischio, nella definizione delle misure di prevenzione e gestione delle ICA, nel monitoraggio della corretta applicazione delle procedure di prevenzione e gestione delle ICA.

Attività	IP	OSS	ED	IGIENE AMB.	Coordinatore	Referente qualità cure ASP
Rilevazione rischio infettivo	C	I	I	I	R	C
Applicazione delle misure di prevenzione e gestione ICA	R	R	R	R	R	R
Formazione del personale	C	I	I	I	R	C
Monitoraggio corretta applicazione	C	C	C	C	R	R
Valutazione processo gestionale del contenimento e	I	I	I	I	R	R



	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Procedura Governo Clinico e Sicurezza delle Cure – cod. SR58/47 <b>PREVENZIONE INFEZIONI  CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)</b>	

gestione rischio ICA						
-------------------------	--	--	--	--	--	--

## 11. RESPONSABILITÀ DEI LAVORATORI

- È fatto obbligo a qualsiasi destinatario della presente procedura attenersi scrupolosamente a quanto indicato, consultando eventualmente il preposto, qualora le indicazioni di sicurezza non possano essere applicate per problemi particolari.
- Il lavoratore che non rispetti le procedure di sicurezza può essere soggetto ad azione disciplinare.
- L'azienda si riserva la facoltà di attuare tutte le misure necessarie al fine di evitare il ripetersi di azioni pericolose da parte dei lavoratori, qualora si verificassero.

## 12. ALLEGATI

- All. 1 Piano per la Gestione delle Emergenze Epidemiche ASP Virginia Fabbri Taliento
- All. 2 Indicazioni generali per la sorveglianza dei microrganismi sentinella (Gestione Rischio Clinico 2014 Direzione centrale della Salute Regione Autonoma FVG, attualmente presente in ARCS)
- All. 3 Bundle per la prevenzione delle infezioni connesse alle pratiche assistenziali (2019 Rete Cure Sicure, attualmente presente in ARCS)

## 13. MODALITÀ' DI DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura viene distribuita a tutto il personale in servizio presso la Residenza per anziani di Terzo livello e presso il Servizio Semiresidenziale, attraverso il sistema informatizzato INSOFT, che garantisce le seguenti attività:

- caricamento di procedure e di allegati (formato PDF)
- accesso individuale tracciato (utilizzo di credenziali personali)
- verifica da parte del Coordinatore dell'effettiva presa visione del documento



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

# PIANO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE DELL'A.S.P. CORDENONESE "VIRGINIA FABBRI TALIENTO"

*Redatto ai sensi del Regolamento recante modifiche al regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, emanato con decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144 e successive modifiche di cui alla Delibera di Giunta regionale n.1157/2022*

*Il presente documento costituisce un allegato al Documento di valutazione del rischio biologico, di cui al Titolo X del D.Lgs 81/2008*

REV.0 DEL 12/2022

Per l'A.S.P. Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento":

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Medico Competente \_\_\_\_\_

RSPP \_\_\_\_\_

RLS \_\_\_\_\_

Per il Consorzio VIVES \_\_\_\_\_

Per Sodexò Italia Spa \_\_\_\_\_



INTRODUZIONE .....	5
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	6
2. RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI .....	6
3. TERMINI, DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI .....	8
3.1 Termini e definizioni.....	8
3.2. Abbreviazioni.....	9
4. PRINCIPIO .....	10
5. PIANIFICAZIONE .....	11
5.1. GENERALITA' .....	11
5.2. ANALISI DEL CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE .....	11
5.3. LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI.....	12
5.3.1. Generalità.....	12
5.3.2. MODIFICHE ORGANIZZATIVE (CCICA E COMITATI).....	13
5.3.3. CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE NEI CONTESTI EMERGENZIALI .....	15
5.3.4. RESPONSABILITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI .....	16
5.4. RISK MANAGEMENT .....	16
5.4.1. Rischio Clinico.....	17
5.4.2. Salute e sicurezza sul lavoro.....	18
6. LUOGHI DI LAVORO .....	19
6.1. Generalità.....	19
6.2. Luoghi di lavoro fisici .....	19
6.3. Lavoro agile .....	20
6.4 Lavoro in più luoghi .....	20
7. GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE .....	21
7.1. Generalità.....	21
7.2. Gestione degli ambienti chiusi (indoor) .....	21
7.3. Impianti di ventilazione e climatizzazione.....	22
7.3.1. Valutazione delle condizioni microclimatiche ambientali .....	22
7.4. Acqua e servizi igienici.....	22
7.5. Misure preventive per la gestione degli impianti.....	23
7.6. Gestione strumenti ed attrezzature .....	23
8. PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE.....	24
8.1. Resilienza e continuità operativa .....	24
8.2. Applicazione ed intensificazione delle precauzioni di riferimento.....	26
8.3. Gestione mense aziendali .....	27



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

8.4. Approvvigionamento.....	27
8.5. Dispositivi di Protezione Individuale .....	30
8.6. Protezione dei dati negli scenari emergenziali.....	31
8.7. Competenza e consapevolezza .....	34
9. PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE ORGANIZZATIVE E DI EVENTUALI RESTRIZIONI .....	36
9.1. Gestione accessi di persone esterne all'organizzazione e delle uscite degli ospiti .....	36
9.2. Percorsi.....	36
9.3. Lavanderia e servizio di lvanolo.....	37
9.4. Sanificazione.....	38
9.5. Somministrazione pasti .....	42
9.6. Gestione rifiuti.....	42
9.7 Gestione animali da compagnia .....	43
10. GESTIONE NUOVI INGRESSI, CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER.....	44
10.1 Misure di contenimento dell'infezione nelle strutture residenziali per anziani.....	44
10.2 Accoglimento di NUOVI OSPITI e gestione RE-INGRESSI .....	44
10.2.1 Modalità operative .....	44
10.3 L'isolamento di ospite/i COVID 19 positivi .....	45
10.4 La quarantena o l'isolamento precauzionale .....	45
10.5 Indicazioni per l'accesso alle zone/locali di isolamento e di isolamento precauzionale .....	46
10.6 Gestione aree di lavoro e dispositivi di protezione individuale .....	46
10.6.1 CASI ACCOLTI PRESSO AREA CONTATTI-QUARANTENA E SOSPETTI .....	47
10.6.2 CASI ACCOLTI PRESSO AREA COVID o ZONA ROSSA.....	48
10.6.3 AREE NON INTERESSATE DA ISOLAMENTO .....	49
10.7 Screening e tamponi diagnostici: tempistica ed attività di esecuzione.....	50
11. GESTIONE DELL'OSPITE .....	51
11.1. Generalità.....	51
12. SALUTE E BENESSERE PSICOLOGICO .....	52
13. INCLUSIVITA' .....	52
14. MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE ADOTTATE .....	53
ALLEGATI .....	54
<b>ALLEGATO 1 – COMUNICAZIONE FORNITORI .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 2 – PROCEDURA DECONTAMINAZIONE DELLE SUPERFICI.....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 3- GESTIONE BIANCHERIA SPORCA .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 4 – INFOGRAFICHE E PROCEDURE DPI .....</b>	<b>54</b>



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

<b>ALLEGATO 5 - INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO VERSIONE 2-06/04/2020 DELLA REGIONE FVG .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 6 – PLANIMETRIA INGRESSI/USCITE E SPOGLIATOI PERSONALE .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 7 – PLANIMETRIE DEI LOCALI CON AREE COVID, CONTATTI-QUARANTENA, PERCORSI SPORCO-PULITO .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 8 – PROTOCOLLO PER LE VISITE E USCITE OSPITI INDICAZIONI OPERATIVE PER LE VISITE PROTETTE.....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 9 – PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DEI TAMPONI AL PERSONALE E AGLI OSPITI. ....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 10 – PROCEDURA MODALITÀ SVOLGIMENTO PAUSE .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 11 – SARS COV – 2 E ANIMALI DA COMPAGNIA: RACCOMANDAZIONI E INDICAZIONI OPERATIVE .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 12 – DISPOSIZIONI DA ATTUARE NEL CASO DI OPERATORE ENTRATO IN CONTATTO CON CASO CONFERMATO COVID-19.....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 13 – PROCEDURA VERICA GREEN PASS.....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 14 – PROTOCOLLO SERVIZIO DI ASSISTENZA SPIRITUALE E RELIGIOSA .....</b>	<b>54</b>
<b>ALLEGATO 15 – LISTA DI DISTRIBUZIONE.....</b>	<b>54</b>



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

### INTRODUZIONE

Le strutture territoriali denominate Residenze per Anziani sono strutture di accoglienza permanente per persone non autosufficienti. Queste strutture offrono a tali persone, che non necessitano di ricovero in Ospedale o in centri di riabilitazione, prestazioni sanitarie ed assistenziali e prestazioni di recupero funzionale e di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale.

L'A.S.P. Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento" gestisce una Residenza per Anziani convenzionata con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale – ASFO). Ospita persone con diversi livelli di fragilità e pertanto caratterizzate da maggiori probabilità di contrarre Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e gravi forme di malattia (quali decorso clinico più severo della malattia COVID-19).

Situazioni emergenziali legate all'insorgere di ICA possono interessare un paziente durante un processo/percorso assistenziale in un ospedale o in altri contesti di cura. Possono manifestarsi sia in corso di permanenza all'interno della struttura e/o dopo la dimissione e costituiscono la complicità a maggior frequenza e maggior gravità riscontrabile in tutti i contesti assistenziali. I patogeni, causa di tali infezioni, possono essere sia comuni germi cutanei o delle mucose, ma anche microrganismi trasmessi da altri pazienti, operatori, visitatori e/o provenienti dall'ambiente di degenza. Alle ICA sono attribuiti circa 37.000 decessi/anno nonché circa 16 milioni di giornate di degenza aggiuntive causa di enormi costi per i sistemi sanitari nazionali. La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezione sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali e che le fragilità di sistema (strutturali, tecnologiche e/o procedurali) aumentino l'incidenza annua delle stesse. Un opportuno utilizzo di protocolli atti prevenire la trasmissione di predette infezioni nosocomiali, associato ad una costante implementazione di attività formative sul personale, rende prevenibili circa il 50% delle stesse.

La Residenza per Anziani dell'A.S.P. Cordenonese, già da alcuni anni, ha implementato la propria organizzazione attraverso protocolli, procedure, attività formative del personale finalizzati alla prevenzione delle ICA ed è stata in grado di ottenere una maggiore capacità contenitiva della trasmissione dell'epidemia da SARS-CoV-2 rispetto ad altre realtà. Appare evidente, infatti, come vi sia una diretta correlazione tra la capacità di protezione delle ICA e l'impatto epidemico dell'infezione da SARS-CoV-2 in ambito sanitario e/o sociosanitario, essendo gran parte degli strumenti di prevenzione e contenimento dell'emergenza COVID-19 misure generali e specifiche di contenimento infettivo. Basti pensare, ad esempio, alla corretta igiene delle mani che rappresenta uno strumento/risorsa cardine per ridurre la trasmissione virale veicolata dagli operatori, non solo attraverso goccioline aerodiffuse (droplets), ma anche attraverso il contatto diretto e/o indiretto con soggetti o strumenti precedentemente contaminati. La trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, con il possibile sviluppo della malattia nelle sue forme più gravi, in contesti con un deficit organizzativo può essere inquadrata come ICA e, potenzialmente, può aprire ad una ipotesi responsabilità contrattuale dell'organizzazione sanitaria. In questo contesto il corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, l'etichetta respiratoria, il distanziamento fisico, azioni per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, solo se inseriti in un più ampio sistema preventivo infettivo può garantire che l'organizzazione sanitaria abbia minori rischi di diffusione epidemica all'interno ovvero abbia una maggiore capacità di contenimento della trasmissione tra degenti e tra gli operatori.

Il SARS-CoV-2 può trasmettersi, infatti, attraverso contatto:

- diretto: con goccioline aerodiffuse, ovvero goccioline di dimensioni  $\geq 5 \mu\text{m}$  di diametro, emesse da un soggetto infetto, mediante tosse o starnuti (ma anche semplicemente con le attività del parlare e respirare) che, propagandosi per brevi distanze (da meno di un metro a



poco più) possono direttamente raggiungere le mucose nasali, orali o le congiuntive di soggetti suscettibili nelle immediate vicinanze, oppure depositarsi su oggetti o superfici;

- indiretto: qualora oggetti e superfici contaminati da goccioline aerodiffuse o da secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), vengano in contatto con le mani e le stesse vengano portate a contatto con la bocca, naso o agli occhi.

La trasmissione per via aerea per i coronavirus, ossia mediante particelle di dimensioni minori di 5 µm, è fatta oggetto di studio, ma è comunque possibile in ambiente sanitario per generazione di aerosol a seguito di specifiche procedure, quali, ad esempio, intubazione o ventilazione forzata. In un contesto di rapida evoluzione delle conoscenze è tuttavia necessario prendere in considerazione l'ipotesi di diffusione del virus attraverso altre modalità.

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento definisce le misure da adottare in caso di scenari emergenziali legati alla diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in particolare, alla prevenzione e controllo dell'emergenza legata al CoViD-19 nella Residenza per Anziani, con la finalità di ottimizzare gli sforzi gestionali ed organizzativi, nell'interesse dei lavoratori e, soprattutto, nell'ottica della salvaguardia degli ospiti e nella tutela delle loro fragilità.

Le modalità operative descritte possono essere utilizzate come riferimento, con un approccio proattivo, per la definizione e adozione di buone prassi di prevenzione delle ICA anche in scenari non emergenziali.

I contenuti del documento sono da ritenersi integrativi e non sostitutivi di eventuali altri documenti emanati dalle autorità sanitarie nazionali, regionali e/o territoriali.

Il documento è rivolto a tutto il personale operante all'interno della Residenza per Anziani, sia esso alle dirette dipendenze dell'A.S.P. o esternalizzato attraverso contratti d'appalto o libera professione. La diffusione del presente documento ai lavoratori assolve allo scopo di informazione ed allo stesso tempo li richiama ai loro doveri in materia.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

La presente prassi di riferimento rimanda, mediante riferimenti datati e non, a disposizioni contenute in altre pubblicazioni. Tali riferimenti normativi e legislativi sono citati nei punti appropriati del testo. Per quanto riguarda i riferimenti datati, successive modifiche o revisioni apportate a dette pubblicazioni valgono unicamente se introdotte nel presente documento come aggiornamento o revisione. Per i riferimenti non datati vale l'ultima edizione della pubblicazione alla quale si fa riferimento.

- *Decreto Legge 24 marzo 2022, n. 24 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza";*
- *Ordinanza 28 aprile del Ministro della Salute "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie".*
- *DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021, n. 221 - Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19;*



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- *DECRETO-LEGGE 26 novembre 2021, n. 172 - Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali;*
- *Ordinanza 8 maggio 2021 del Ministero della Salute - Visita di familiari e visitatori in tutte le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie nel rispetto delle indicazioni formulate nel documento "Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale";*
- *DECRETO-LEGGE 1 aprile 2021, n. 44 - Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici;*
- *Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2020 - Gestione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 negli animali da compagnia;*
- *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 - Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione del 13 marzo 2021;*
- *Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021 - Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Versione del 10 marzo 2021;*
- *Rapporto a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da sars-cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie, Revisione del 24.08.2020;*
- *Rapporto a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2, Revisione del 10.05.2020;*
- *Rapporto a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2, Revisione del 25.05.2020;*
- *PIANO DI EMERGENZA condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro, siglato il 24.04.2020 dal Governo e dalle Parti sociali;*
- *Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020;*
- *Procedura regionale Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Rev. 03 del 13.03.2020;*
- *INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO Versione 2-06/04/2020;*
- *Indicazioni operative per l'accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali del territorio regionale – nota prot.n.0022559/P/GEN dd.27/05/2022 della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.*





### 3. TERMINI, DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

#### 3.1 Termini e definizioni

Ai fini del presente documento valgono i termini e le definizioni seguenti:

- **audit:** Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze oggettive e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono soddisfatti.
- **caregiver:** Persona che, a livello familiare o professionale, presta assistenza a un malato, specialmente terminale.
- **contaminazione crociata:** Trasferimento non intenzionale di microrganismi o sostanze chimiche da un alimento a un altro.
- **partecipazione:** Coinvolgimento nel processo decisionale [UNI ISO 45001:2018]
- **consultazione:** Ricerca di pareri prima di prendere decisioni [UNI ISO 45001:2018]
- **stakeholders (parti interessate):** Persona od organizzazione che può influenzare, essere influenzata, o percepire sé stessa come influenzata, da una decisione o attività. Ad esempio: Clienti, proprietari, persone di un'organizzazione, fornitori, banchieri, autorità in ambito legislativo, sindacati, partner o collettività che possono comprendere concorrenti o gruppi di pressione contrapposti.
- **pulizia:** Procedimento atto a rimuovere polveri, materiale non desiderato o sporizia da superfici, oggetti, ambienti chiusi (generalmente indicati con il termine inglese indoor), ed è quindi l'operazione che consente di rendere le superfici visibilmente pulite combinando l'azione di prodotti chimici con azioni meccaniche (es. strofinamento, frizione, effetto di trascinamento). I prodotti per la pulizia possono includere sapone liquido, detersivi enzimatici e detersivi che hanno lo scopo di rimuovere il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei ecc.) e di sospendere il grasso e l'olio. Nella scelta dei detersivi devono essere privilegiati prodotti neutri (pH tra 6-8) e facilmente solubili in acqua calda ed acqua fredda.  
NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n.20/2020 del 14/05/2020
- **attività di disinfezione:** Attività che riguardano il complesso dei procedimenti ed operazioni atti a rendere sani determinati ambienti confinati ed aree di pertinenza mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni.  
NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione"
- **disinfezione:** Complesso di procedimenti e operazioni atti a sanificare determinati ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituiti della pulizia, a meno che non si tratti di prodotti disinfettanti-detersivi combinati. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco.  
NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n.20/2020 del 14/05/2020
- **attività di disinfestazione:** Attività che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni atti a distruggere piccoli animali, in particolare artropodi, sia perché parassiti, vettori o riserve di agenti infettivi sia perché molesti e specie vegetali non desiderate. La disinfestazione può essere integrale se rivolta a tutte le specie infestanti ovvero mirata se rivolta a singola specie.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione"

- **attività di derattizzazione:** Attività che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni di disinfestazione atti a determinare o la distruzione completa oppure la riduzione del numero della popolazione dei ratti o dei topi al di sotto di una certa soglia.

NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione"

- **sanificazione:** Insieme dei procedimenti e operazioni atti ad igienizzare determinati ambienti e mezzi mediante l'attività di pulizia e di disinfezione.

NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n.20/2020 del 07/07/2020

- **burn-out:** Sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate
- **isolamento di coorte:** Collocazione, nella stessa stanza, pazienti con la stessa infezione Nota Durante focolai epidemici, personale sanitario dedicato può essere assegnato a una coorte di pazienti, per limitare ulteriormente le possibilità di trasmissione (assistenza di coorte)
- **ricondizionamento:** Insieme delle attività necessarie all'abbattimento della carica microbica presente su un dispositivo medico dopo il suo utilizzo fino al raggiungimento delle condizioni di sterilità richieste per l'utilizzo successivo
- **interessato:** Colui al quale si riferiscono i dati
- **titolare del trattamento:** Persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri.

NOTA Definizione tratta dal GDPR 769/2016

- **tanatocosmesi:** Attività svolte sulle salme finalizzata a curarne l'aspetto quali, adesempio, lavaggio, taglio delle unghie, dei capelli, della barba e tamponamento.
- **informazione documentata:** Informazioni che devono essere tenute sotto controllo e mantenute da parte di un'organizzazione ed il mezzo che le contiene. [UNI 9000:2015]
- **precauzioni standard:** le precauzioni standard combinano le principali caratteristiche delle precauzioni universali e dell'isolamento delle sostanze corporee e si basano sul principio che tutto il sangue, i liquidi biologici, le secrezioni, le escrezioni eccetto il sudore, la pelle non integra e le mucose possono contenere agenti infettivi trasmissibili.

Fonte: 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings - Ultimo aggiornamento: Luglio 2019

### 3.2. Abbreviazioni

- CoViD-19 Corona Virus Disease – anno di diffusione
- DPI Dispositivi di Protezione Individuale
- DPO Data Protection Officer
- DUVRI Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali



- DVR Documento di Valutazione dei Rischi
- ECDC European Centre for Disease Prevention and Control
- FMEA Failure Mode and Effect Analysis
- GDPR Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679
- GHP Good Hygiene Practice (buone prassi igieniche)
- GMP Good Manufacturing Practice (buona pratica fabbricazione)
- HACCP Hazard Analysis Critical Control Point
- ICA Infezioni correlate all'assistenza
- INAIL Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
- ISS Istituto Superiore di Sanità
- MC Medico Competente
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
- PARS Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario
- PCO PhotoCatalytic Oxidation – Ossidazione fotocatalitica
- RLS Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
- RLST Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale
- RSP Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio infettivo
- RSPP Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- SARS CoV-2 Sindrome Acuta Respiratoria Grave Coronavirus 2
- UTA Unità Trattamento Aria
- UV UltraVioletto
- VMC Ventilazione Meccanica Controllata

#### 4. PRINCIPIO

La prassi di riferimento è strutturata in maniera tale da definire delle linee guida sulle soluzioni da attuare nella gestione o nella prevenzione di scenari emergenziali legati alle ICA e, in particolare, per la prevenzione e il contenimento del contagio da COVID-19 e sue varianti.

Il documento si sviluppa secondo la seguente struttura:

- pianificazione (punto 5);
- luoghi di lavoro (punto 6);
- gestione delle infrastrutture (punto 7);
- preparazione e risposta alle emergenze (punto 8);
- pianificazione delle modifiche organizzative e di eventuali restrizioni (punto 9);
- gestione nuovi ingressi, casi sospetti, casi confermati e cluster (punto 10);
- gestione dell'ospite (punto 11);
- salute e benessere psicologico (punto 12);
- inclusività (punto 13);
- monitoraggio e implementazione delle misure adottate (punto 14).

La prassi si completa con i seguenti ALLEGATI:

ALLEGATO 1 – COMUNICAZIONE FORNITORI

ALLEGATO 2 – PROCEDURA DECONTAMINAZIONE DELLE SUPERFICI



ALLEGATO 3- GESTIONE BIANCHERIA SPORCA

ALLEGATO 4 – INFOGRAFICHE E PROCEDURE DPI

ALLEGATO 5 - INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO VERSIONE 2-06/04/2020 DELLA REGIONE FVG

ALLEGATO 6 – PLANIMETRIA INGRESSI/USCITE E SPOGLIATOI PERSONALE

ALLEGATO 7 – PLANIMETRIE DEI LOCALI CON AREE COVID, CONTATTI-QUARANTENA, PERCORSI SPORCO-PULITO

ALLEGATO 8 – PROTOCOLLO PER LE VISITE E USCITE OSPITI INDICAZIONI OPERATIVE PER LE VISITE PROTETTE

ALLEGATO 9 – PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DEI TAMPONI AL PERSONALE E AGLI OSPITI

ALLEGATO 10 – PROCEDURA MODALITÀ SVOLGIMENTO PAUSE

ALLEGATO 11 – SARS COV – 2 E ANIMALI DA COMPAGNIA: RACCOMANDAZIONI E INDICAZIONI OPERATIVE

ALLEGATO 12 – DISPOSIZIONI DA ATTUARE NEL CASO DI OPERATORE ENTRATO IN CONTATTO CON CASO CONFERMATO COVID-19

ALLEGATO 13 – PROCEDURA VERIFICA GREEN PASS

ALLEGATO 14 – PROTOCOLLO SERVIZIO DI ASSISTENZA SPIRITUALE E RELIGIOSA

ALLEGATO 15 – LISTA DI DISTRIBUZIONE

## 5. PIANIFICAZIONE

### 5.1. GENERALITÀ

La gestione delle ICA e/o di uno scenario emergenziale quale quello correlato al COVID-19, all'interno della Residenza per Anziani dell'A.S.P. Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento", si basa su un macro-processo di pianificazione che, a sua volta, si compone delle fasi di: analisi del contesto, leadership e consultazione dei lavoratori, responsabilità dei professionisti sanitari e di valutazione dei rischi impattanti sull'assistenza (per gli ospiti, operatori, caregiver ecc.). Tutte le fasi descritte sono svolte con un approccio multidisciplinare e tracciato nei documenti dell'organizzazione.

### 5.2. ANALISI DEL CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Al fine di consentire un'analisi completa di rischi e opportunità, che tenga conto di tutti i fattori interni ed esterni che impattano sull'organizzazione, è stata condotta un'analisi del contesto nel quale è inserita la Residenza per Anziani che tiene conto dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione aziendale, in riferimento alla gestione dell'emergenza legata all'insorgenza e alla diffusione delle ICA (tra cui il COVID-19), e alle minacce e opportunità di miglioramento delle prestazioni provenienti dall'interazione con l'esterno. La metodologia individuata è la SWOT Analysis, finalizzata a rappresentare in forma schematica punti di forza e debolezza legati a fattori interni ed opportunità e minacce correlati a fattori esterni.

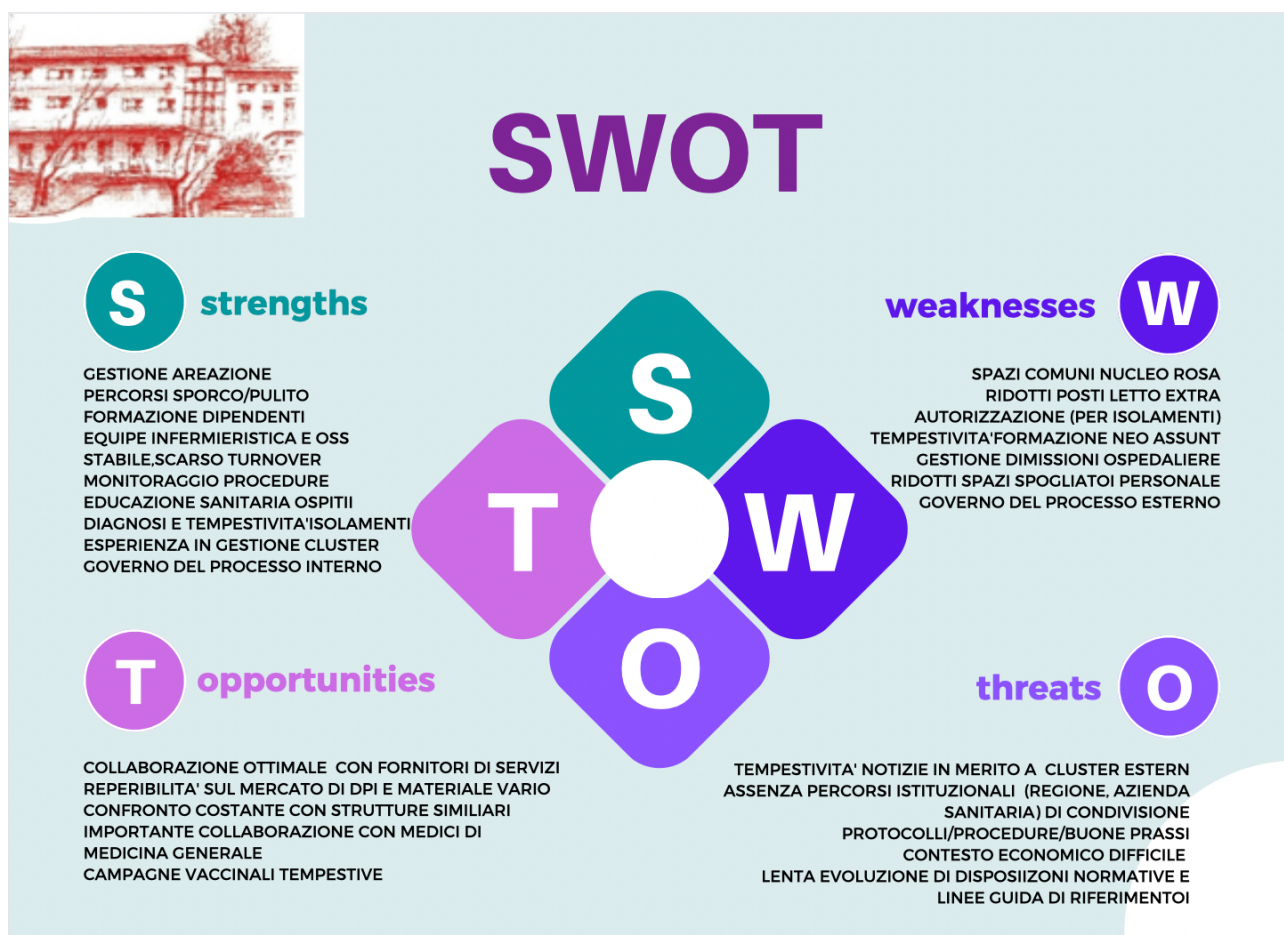
I fattori interni sono stati classificati come punti di forza o di debolezza della struttura, mentre i fattori esterni minacce o opportunità.

L'analisi del contesto è stata svolta raccogliendo i bisogni e le aspettative delle parti interessate rilevanti. Rispetto a queste ultime, in particolare Familiari e Volontari, è necessario implementare



ulteriori canali di comunicazione efficaci che possano facilitare e garantire la valorizzazione del contributo delle persone nella definizione delle misure di prevenzione e protezione, la condivisione di strategie e gli obiettivi, l'aumento della consapevolezza del rischio e la promozione di adeguati comportamenti anche a livello individuale.

Di seguito la SWOT analisi realizzata.



### 5.3. LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI

#### 5.3.1. Generalità

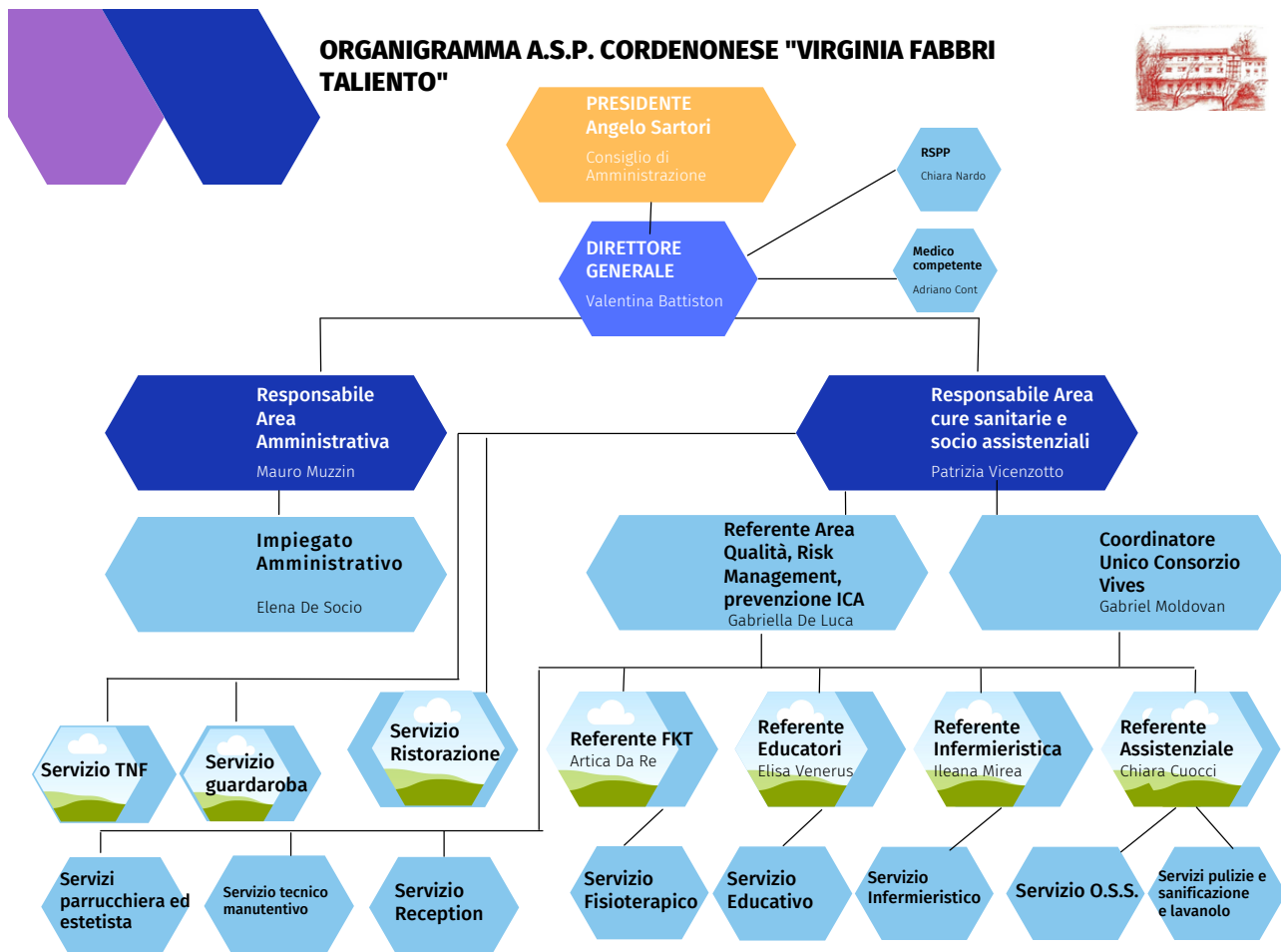
La struttura organizzativa della Residenza per Anziani ha definito ruoli e responsabilità necessari al funzionamento dei processi e ha altresì previsto figure sostitutive per le funzioni chiave, al fine di assicurare la continuità operativa e la gestione di scenari relativi all'insorgenza o diffusione di ICA o scenari emergenziali quali il COVID-19.

In linea con le disposizioni normative di cui all'allegato alla Delibera di Giunta regionale n.1156/2022 "Regolamento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006)", l'A.S.P. ha inserito nel proprio organigramma aziendale la figura del Referente Area Qualità, cui sono stati attribuiti compiti specifici di Risk Management e prevenzione ICA.



# Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

Di seguito l'organigramma aziendale dell'A.S.P. Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento".



## 5.3.2. MODIFICHE ORGANIZZATIVE (CCICA E COMITATI)

Con ordinanza presidenziale n.1/2020 il Direttore Generale è stato formalmente nominato Referente per la Prevenzione ed il controllo di Covid-19. Gli adempimenti a cui il Referente Covid-19 corrisponde sono i seguenti:

- adottare la procedura interna per la prevenzione e il contenimento della diffusione;
- attenersi alle indicazioni fornite dal Dipartimento di Prevenzione per la gestione di casi sospetti/accertati e la sorveglianza degli eventuali contatti;
- mantenere rapporti costanti con Distretto e Dipartimento di Prevenzione confrontandosi sulle modalità di effettuazione del monitoraggio epidemiologico su ospiti e operatori e relativamente a quesiti e/o criticità relative alla gestione del rischio infettivo correlato a SARS-CoV-2 in Struttura;
- collaborare con il Medico Competente della Struttura per le attività relative alla sorveglianza del personale e all'adozione delle misure rivolte alla riduzione del rischio infettivo per gli operatori;
- formare e aggiornare periodicamente il personale della Struttura sulle procedure in essere e sull'uso dei DPI, che, come da Dlgs 81/2018, art.18 comma 1 lettera D, devono essere forniti dal datore di lavoro;
- garantire l'approvvigionamento periodico dei DPI, dei farmaci e degli eventuali dispositivi medici, utili per il trattamento degli ospiti positivi (compreso l'ossigeno) monitorandone costantemente le giacenze;



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

- garantire una comunicazione costante e trasparente ai familiari, riguardo alle condizioni degli ospiti, sia positivi al SARS-CoV-2, eventualmente presenti in struttura, che negativi;
- garantire il flusso informativo per l'emergenza SARS-CoV-2 nelle Residenze per Anziani, e in particolare, verificando l'aggiornamento di:
  - scheda informatizzata "Monitoraggio SARS-CoV-2", messa a disposizione sul Sistema Informativo Residenze Anziani (SIRA) secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria;
  - elenco degli ospiti presenti quotidianamente in Struttura con procedura informatizzata su SIRA "Gestione utenza";
  - elenco del personale che opera a vario titolo all'interno della Residenza, con procedura informatizzata su SIRA "Personale".

Nell'ambito della Residenza per Anziani, ad integrazione della struttura organizzativa di base, sono stati inoltre istituiti i seguenti Comitati, che devono collaborare strettamente potendo eventualmente essere integrati di volta in volta con ulteriori figure professionali, e che hanno la finalità di tenere sotto controllo i processi e, con specifico riferimento alla gestione delle ICA, prevenire il rischio di insorgenza e contagio.

### 1. **Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)** composto da:

- DIRETTORE GENERALE (Presidente del CCICA)
- DIRETTORE SANITARIO (di cui al nuovo regolamento approvato con Delibera di Giunta regionale n.1157/2022)
- COORDINATORE UNICO DEI SERVIZI
- REFERENTE INFERMIERISTICO
- REFERENTE ASSISTENZIALE
- RESPONSABILE AREA SOCIO SANITARIA
- REFERENTE QUALITA'

Ha il compito di definire la strategia di lotta contro le infezioni, di verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia e di curare la formazione culturale del personale operante sotto il controllo dell'organizzazione.

### 2. **Comitato di Controllo Covid-19:** la composizione sopra riportata del CCICA è ampliata in funzione dello scenario emergenziale COVID-19:

- DIRETTORE GENERALE (Presidente del CCICA)
- DIRETTORE SANITARIO (di cui al nuovo regolamento approvato con Delibera di Giunta regionale n.1157/2022)
- COORDINATORE UNICO DEI SERVIZI
- REFERENTE INFERMIERISTICO
- REFERENTE ASSISTENZIALE
- RESPONSABILE AREA SOCIO SANITARIA
- REFERENTE QUALITA'
- RSPP ASP E RSPP FORNITORI DI SERVIZI
- MEDICO COMPETENTE ASP E MEDICO COMPETENTE FORNITORI DI SERVIZI



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

I Comitati hanno natura flessibile e possono essere sempre integrati, su richiesta del Presidente dei comitati, da funzioni di staff della Residenza per Anziani (comprese ad esempio funzioni amministrative e tecniche), al fine di garantire un approccio quanto più possibile multidisciplinare ed operativo. Il CCICA in situazioni emergenziali si riunisce con cadenza almeno settimanale e, comunque, ad ogni variazione ritenuta significativa (per esempio: cluster all'interno della Residenza per Anziani).

In aggiunta al CCICA, per scenari emergenziali particolarmente impattanti anche sulla salute e sicurezza dei lavoratori, è istituito nominato un

- 3. Comitato per la definizione e la verifica delle misure di prevenzione e protezione:** oltre ai soggetti facenti parte dei CCICA, prevede la presenza dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST), delle rappresentanze sindacali, del Datore di Lavoro, dell' RSPP e del MC.

Tutte le attività dei comitati istituiti sono verbalizzate, comunicate alle parti interessate e conservate come informazioni documentate.

Le strutture dei comitati sono rese note a tutto il personale e disponibili alle parti interessate rilevanti, quali Enti di Controllo, caregiver, parenti, ecc. (per esempio: mediante pubblicazione sul sito internet aziendale, comunicazione documentale ai caregiver, affissione per la consultazione da parte del personale e degli ospiti, ecc.).

### 5.3.3. CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE NEI CONTESTI EMERGENZIALI

Il processo di consultazione e partecipazione degli RLS è un processo essenziale per la gestione degli aspetti di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno di una qualsiasi organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dal contesto in cui essa opera, proprio per la centralità del lavoratore nell'ambito dell'organizzazione che può condividere le proprie proposte sulla base della propria esperienza e conoscenza.

Al verificarsi reale o potenziale di un contesto emergenziale il Datore di Lavoro, con la collaborazione del RSPP, del MC, del Medico Responsabile e del CCICA, deve consultare gli RLS attraverso riunioni, interviste, sopralluoghi congiunti in campo, in particolare nei seguenti casi:

- valutazione dei rischi (consultazione preventiva e tempestiva al fine di riesaminare l'adeguatezza);
- individuazione, programmazione, realizzazione e verifica delle attività di prevenzione e protezione;
- organizzazione delle attività formative;
- identificazione degli stakeholder (parti interessate rilevanti), interni ed esterni, e delle relative esigenze ed aspettative;
- definizione dei controlli da applicare nel caso di appalti e forniture;
- modalità di comunicazione da adottare.

A tal proposito, al fine di dimostrare l'avvenuta consultazione e partecipazione, l'organizzazione acquisisce e predisponde tutta la documentazione ritenuta necessaria (mail, verbali di riunione, ecc.)





## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

che viene conservata e, ove necessario, messa a disposizione degli organismi di vigilanza e di eventuali enti o soggetti preposti alle attività di controllo.

### 5.3.4. RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Le attività clinico-assistenziali svolte dagli operatori sanitari all'interno della Residenza per Anziani espongono quotidianamente gli stessi a rischi e responsabilità professionali qualificate in materia penale, civile e amministrativa.

Laddove non esistono linee guida pubblicate ai sensi di legge, nello svolgimento delle rispettive attività, gli operatori devono attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali<sup>5</sup>, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Gli adempimenti necessari in materia di coperture assicurative impongono all'A.S.P. la definizione di un processo periodico (annuale) di acquisizione e valutazione delle polizze assicurative e di monitoraggio delle relative scadenze con l'ausilio degli strumenti ritenuti opportuni in relazione al contesto dell'organizzazione (elenco delle polizze in essere sia dei professionisti sanitari che della struttura con l'indicazione degli estremi della polizza, la data di stipula e la data di scadenza).

I massimali della polizza e le caratteristiche della stessa devono essere approvati dalla Direzione e riesaminati, in maniera multidisciplinare, con i responsabili di funzione aziendale alla luce dei dati derivanti dal monitoraggio del processo assistenziale e di eventuali contenziosi.

Infine, è necessario che le persone operanti in questo ambito conoscano le modalità e le tempistiche per una gestione tempestiva di un eventuale procedimento che sia penale, civile o amministrativo. Vengono pertanto pianificati momenti formativi ad hoc sul tema.

### 5.4. RISK MANAGEMENT

Sulla base dei punti di forza e di debolezza, delle opportunità e delle minacce individuati in occasione dell'analisi del contesto e in funzione degli obiettivi che l'organizzazione si è prefissata è stata elaborata un'analisi di rischi ed opportunità, mediante l'approccio metodologico (qualitativo, quantitativo) adeguato al contesto. La valutazione dei rischi e delle opportunità è stata effettuata con la metodologia FMECA (Failure Mode Effect Critical Analysis), supportata dalle informazioni derivanti da audit clinici, analisi di potenziali cluster, eventi avversi o eventi sentinella verificatisi nella struttura.

La Residenza per Anziani, in un prossimo futuro, proseguendo con l'analisi di cui sopra, sarà in grado di avere a disposizione una mappatura dei rischi e delle opportunità ordinata per livello di priorità che supporta quindi la scelta degli interventi da realizzare ed un livello di soglia di intervento, sotto il quale si ritiene accettabile il grado di rischio connesso e non si ritiene opportuno intervenire.

<sup>5</sup> Al momento della pubblicazione della presente prassi sono in vigore le buone prassi indicate nel sito istituzionale del Ministero Salute: <https://snlg.iss.it/>



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

La capacità di fornire una valutazione di priorità negli interventi garantisce inoltre l'efficacia dell'attività di pianificazione in termini di tempistiche, di attribuzione delle responsabilità e di budget connessi agli interventi identificati.

Il processo sopra descritto conduce quindi alla definizione di un programma di interventi, con una visione almeno triennale ed un aggiornamento annuale, e a un sistema di indicatori di prestazione adottato per misurarne sia lo stato d'avanzamento che il grado di efficacia dell'azione adottata rispetto all'obiettivo di riduzione del rischio o di miglioramento (il monitoraggio di tali indicatori avviene con una periodicità trimestrale).

### 5.4.1. Rischio Clinico

Un'organizzazione sanitaria caratterizzata da una consolidata e diffusa gestione del rischio clinico garantisce un'elevata capacità preventiva nei confronti delle ICA e assicura una maggiore capacità contenitiva della trasmissione delle infezioni. Un approccio sistemico integrato di governo dell'organizzazione sanitaria è in grado di essere maggiormente performante nei confronti di situazioni emergenziali, come per esempio l'emergenza da CoViD-19.

In tale ottica, l'A.S.P. ha individuato ed introdotto nell'organigramma aziendale la nuova figura del Referente Qualità, Risk Management e ICA, ed ha strutturato altresì i Comitati di Controllo per le ICA.

In attuazione di quanto previsto nel *"Regolamento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006)"* di cui alla Delibera di Giunta regionale n.1156/2022, l'A.S.P. sta predisponendo il Piano Aziendale Risk Management (PARM) ed il Piano Aziendale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA). Questi documenti rappresenteranno un concreto rafforzamento del Risk Management nell'ambito dell'organizzazione ed un valido percorso finalizzato a ridurre i rischi che le ICA producono in contesti sanitari altamente fragili come le Residenze per Anziani.

A livello pratico e organizzativo, il governo del rischio infettivo all'interno della Residenza per Anziani dell'A.S.P. Cordenonese si sostanzia in una serie di iniziative, volte al perseguimento di una cultura aziendale orientata alla comprensione della complessità e della strategicità dell'approccio alla gestione del rischio legato alle ICA.

- È stato predisposto un sistema procedurale di vario livello, definendo un insieme di raccomandazioni, in aggiunta alle precauzioni standard (tra cui: igiene delle mani, igiene respiratoria e galateo della tosse, collocazione del paziente, gestione delle attrezzature e dispositivi medici, gestione della biancheria, ecc.), basate sulle vie di trasmissione:
  - precauzioni per malattie a trasmissione aerea;
  - precauzioni per malattie a trasmissione attraverso goccioline aerodiffuse generate durante la tosse, lo starnuto, nel parlare e nel corso di procedure come l'aspirazione e/o la broncoscopia;



- precauzioni per malattie a trasmissione attraverso il contatto.
- Sono stati definiti, attraverso rappresentazioni schematiche di facile lettura, strumenti di supporto (diagrammi di flusso, istruzioni operative, protocolli, ecc.) per guidare e standardizzare le decisioni nei casi di infezione e/o colonizzazione dell'ospite e stabiliti:
  - la frequenza con cui sottoporre l'ospite ai test clinico-diagnostici per la ricerca dell'infezione;
  - come comportarsi in caso di esiti positivi o casi altamente probabili;
  - come comportarsi in caso di indisponibilità di camera singola;
  - quando tornare all'utilizzo delle precauzioni standard e ritenere il paziente guarito.
- La diffusione della cultura di gestione e prevenzione delle ICA dipende soprattutto dalle modalità e dalla frequenza scelte per la formazione del personale, degli ospiti e dei caregiver nei periodi di gestione ordinaria e nelle condizioni emergenziali. La documentazione relativa all'attività formativa è registrata nei documenti aziendali (cartella clinica, verbali di formazione del personale).

La standardizzazione delle procedure finalizzate alla prevenzione e la loro diffusione nella attività quotidiane, rende più facile contenere ICA ovvero infezioni come quella da SARS-CoV-2, aumentando la capacità dell'organizzazione di rispondere alle sfide che fatalmente si possano presentare.

#### 5.4.2. Salute e sicurezza sul lavoro

Il Sistema di Prevenzione e Protezione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro riveste un ruolo centrale nella gestione del rischio e, in particolare, si enfatizza in situazioni emergenziali in cui il lavoratore costituisce l'elemento essenziale per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione rivolte all'ospite.

La possibilità che un'infezione correlata all'assistenza possa interessare un lavoratore, si riporta soprattutto al rischio biologico peculiare delle attività svolte dagli operatori sanitari (per via dell'esposizione a fluidi biologici, contatto con la pelle del paziente, ecc.), dagli addetti al lavaggio della biancheria piana o dagli addetti alle pulizie, ma di fatto tale possibilità può interessare tutti i lavoratori presenti in struttura, per esempio, per via della presenza di impianti di climatizzazione o di aerazione non adeguatamente gestiti.

In una situazione emergenziale, come ad esempio quella correlata al virus SARS-CoV-2, per assolvere agli obblighi di cui alle disposizioni legislative vigenti, si è reso necessario integrare il DVR, predisponendo un documento specifico ed integrativo al DVR stesso, in cui è analizzato l'impatto del virus nell'ambito della Residenza per Anziani e sono indicate tutte le misure ritenute opportune per prevenire il contagio, identificate previa consultazione degli RLS, in linea con gli aggiornamenti legislativi di riferimento e lo stato di avanzamento della situazione emergenziale.

Le misure di prevenzione e protezione volte a prevenire e/o ridurre il rischio di insorgenza o diffusione del virus, definite nel DVR sono congruenti ed integrate con quelle definite nei documenti



di gestione del rischio clinico redatti nell'ambito delle attività afferenti al rischio clinico, ma anche con quelle definite nell'ambito del comitato nominato per la gestione dell'infezione (per esempio: comitato CoViD-19).

Un contributo essenziale per le misure di prevenzione e protezione definite dal datore di lavoro della Residenza per Anziani è fornito dal Medico Competente che, soprattutto in situazioni emergenziali, è chiamato a collaborare con le altre funzioni preposte nel definire le modalità operative da seguire. Il processo di comunicazione tra Medico Competente e l'organizzazione che prevede, anche in condizioni ordinarie, la comunicazione al datore di lavoro dei giudizi di idoneità con prescrizioni, inidoneità temporanea e permanente con la finalità di permettere l'attuazione delle necessarie azioni volte a tutelare il lavoratore, è ancora più rilevante nei contesti emergenziali. In queste situazioni si deve garantire, infatti, che i lavoratori che sono esposti a maggior rischio (per situazioni di particolari fragilità, patologie attuali o pregresse) siano destinatari di azioni di tutela efficaci messe in atto dall'organizzazione. Le informazioni relative allo stato di salute dei lavoratori, così come gli esiti della sorveglianza sanitaria devono essere gestiti nell'assoluto rispetto delle disposizioni legislative riguardanti il trattamento dei dati (privacy); a tal proposito viene sempre coinvolto nella definizione del flusso di comunicazione il DPO dell'A.S.P.

## 6. LUOGHI DI LAVORO

### 6.1. Generalità

L'organizzazione deve garantire un livello adeguato di sicurezza dei luoghi di lavoro, pianificando, attuando, verificando e migliorando nel tempo misure preventive e contenitive che si dimostrino efficaci. <sup>6</sup>

Una gestione dei luoghi di lavoro in ottica proattiva, che lavori quindi in anticipo rispetto al verificarsi del problema, permette infatti di ridurre il rischio associato alle ICA sia per gli ospiti delle Residenze per Anziani che per il personale aziendale.

<sup>6</sup> Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Decreto legislativo 81/08, all'art.17 e 28, e s.m.i.

### 6.2. Luoghi di lavoro fisici

A far data dai primi esordi del Covid-19, i luoghi di lavoro fisici – spazi interni ed esterni della Residenza per Anziani- sono stati riorganizzati e gestiti in modo tale da garantire la possibilità di attuazione delle misure di prevenzione e protezione definite per le diverse tipologie di ICA.

Le misure applicabili ai luoghi di lavoro sono state condivise e definite dall'RSPP, dal Datore di Lavoro (Referente Covid-19) e da tutti i responsabili di funzione interessati (per esempio il Coordinatore Infermieristico), in funzione della natura dell'ICA. Le principali misure attuate consistono in:

- suddivisione delle aree della struttura in nuclei ad accesso dedicato a ospiti e operatori;
- individuazione delle stanze per l'isolamento singolo o in coorte dell'ospite (per esempio nel caso di Clostridium difficile per evitare la diffusione di spore negli ambienti);
- ridefinizione dei percorsi sporco pulito;
- applicazione della segnaletica verticale ed orizzontale finalizzata a gestire l'isolamento e il distanziamento;



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- contingentamento degli accessi negli spazi comuni (per esempio: sale da pranzo, soggiorni, palestre, mensa, spogliatoi, ascensori, aree fumatori, aree in cui sono presenti distributori di bevande e snack, ecc.);
- regolamentazione dell'accesso delle persone (fornitori, visitatori, ecc.) esterne all'organizzazione anche nelle aree non sanitarie.

In allegato le planimetrie della Residenza per Anziani riportanti quanto sopra indicato. [ALLEGATI N.6 e N.7].

### 6.3. Lavoro agile

Nei contesti emergenziali l'affollamento dei luoghi di lavoro può costituire un fattore in grado di favorire il diffondersi dell'infezione o di ostacolare l'attuazione di alcune misure di prevenzione (per esempio sanificazioni straordinarie, utilizzo degli spazi comuni). Nel caso in cui si presenti una situazione emergenziale il datore di lavoro, con il supporto del Medico Competente e di tutti i responsabili di funzione (previa consultazione degli RLS), ha individuato i lavoratori per cui attivare misure quali, ad esempio il lavoro agile, che deve essere gestito in accordo alle disposizioni legislative vigenti.

È stata inoltre parallelamente attivata una modalità di formazione ed informazione incentrata sull'analisi dei rischi, sulla valutazione di massima degli ambienti, degli strumenti e delle posture adottate dai lavoratori durante l'attività di lavoro agile. Il lavoratore è stato informato sulle modalità di corretto utilizzo degli strumenti informatici in contesti diversi da quello lavorativo e sulla necessità di effettuare frequenti cambi di posizione del lavoratore, alternando la posizione seduta prolungata con brevi camminate e rispettando le pause lavorative previste dal rispettivo contratto di riferimento.

In termini organizzativi la direzione ha garantito la continuità operativa rispetto alle attività svolte in struttura dai lavoratori che usufruiscono del lavoro agile (per esempio: presenza in numero di addetti alle emergenze in numero rispondente a quanto previsto dal piano di emergenza, del personale addetto al controllo sul defibrillatore ecc.) e previsto la redistribuzione delle responsabilità, previa verifica del possesso delle competenze o effettuazione di adeguata formazione/addestramento.

### 6.4 Lavoro in più luoghi

Al professionisti che effettuano lavori in più luoghi (per esempio altre strutture sanitarie) e che devono necessariamente fare accesso in struttura (tra cui: personale sanitario a partita IVA, personale addetto alla ristorazione, manutentori, addetti alle pulizie, ecc.), in base alla situazione epidemiologica territoriale e alla natura dell'ICA, sono richieste misure preventive aggiuntive.

Nel caso del CoViD-19 alcune misure applicabili, in funzione della criticità della fase emergenziale, consistono nel:

- richiedere ai fornitori di assegnare personale dedicato alle attività nella Residenza per Anziani o, nella impossibilità di poterlo fare, nel definire ed attuare programmi di screening ravvicinati (ad ogni accesso presso la Residenza per Anziani);



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- richiedere l'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time, con sospensione del servizio a chi non possa garantirla (in caso di elevata diffusione del contagio);
- impedire (in presenza di primo caso Covid-19 in un nucleo) o limitare (in regime ordinario) in casi di effettiva necessità gli spostamenti del personale tra i nuclei o aree operative.

## 7. GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE

### 7.1. Generalità

L'infrastruttura della Residenza per Anziani, risalente al 1940, mostra aspetti tecnici molto complessi che di volta in volta sono valutati da impiantisti e/o, nel caso degli impianti aeraulici, da igienisti aeraulici rispetto a norme tecniche di settore, protocolli nazionali e/o internazionali, supervisionati dall'RSPP aziendale.

### 7.2. Gestione degli ambienti chiusi (indoor)

Negli ambienti chiusi è sempre garantita un'adeguata aerazione naturale soprattutto in un contesto emergenziale quale il CoViD-19, attraverso l'apertura di porte e finestre, mantenendo chiuse le porte interne all'edificio/locale, onde limitare la diffusione tra ambienti adiacenti. I ricambi d'aria devono essere effettuati avendo cura di:

- non creare situazioni di disagio (discomfort) (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo) per gli operatori o per gli ospiti;
- non introdurre situazioni di rischio per gli ospiti (in considerazione della presenza di ospiti con patologie dementigene);
- non compromettere l'igienicità e la salubrità degli alimenti nei locali destinati alla manipolazione, preparazione, somministrazione degli alimenti stessi o nei locali destinati alla conservazione dei farmaci;
- garantire condizioni salubri anche nelle aree in cui sono collocati i distributori automatici di bevande calde, acqua e alimenti.

L'edificio dispone di impianto con UTA, la cui funzionalità è periodicamente verificata attraverso una puntuale gestione dello stesso, con interventi regolari di pulizia e manutenzione, quali mezzi con cui assicurare la buona qualità dell'aria fornita. Per le attività di ispezione e sanificazione degli impianti di ventilazione/climatizzazione, sono applicate le indicazioni del Protocollo Operativo AIISA (Associazione Italiana Igienisti Sistemi Aeraulici) revisione 01 del 2018 e NADCA-ACR 2021.

La struttura è inoltre dotata di impianti climatizzazione/ventilazione come condizionatori, fancoil, e termoconvettori. Su queste tipologie di impianto, le operazioni da effettuare, prevedono interventi di sanificazione mensili, regolarmente registrati su apposite schede.

All'interno dei locali occupati occasionalmente da persone estranee agli ospiti della struttura il funzionamento degli impianti di ventilazione primaria senza ricircolo viene interrotto. Dopo l'uscita dei visitatori, si provvede ad un'intensa ventilazione naturale dei locali occupati, mediante l'apertura di serramenti su esposizioni diverse, in modo da permettere un ricambio dell'aria.



Nei locali sprovvisti di aperture (per esempio: bagni, spogliatoio), ma dotati di ventilatori ed estrattori, gli stessi sono tenuti in funzione per tutto il tempo di permanenza degli operatori nei locali.

### 7.3. Impianti di ventilazione e climatizzazione

Per infezioni quali il COVID-19 legate al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2 che può diffondersi anche nell'aria, attraverso l'aerosol, sono state valutate le probabilità di contagio dovute all'attivazione degli impianti di areazione e climatizzazione.

Sono state definite indicazioni operative e gestionali per gli interventi sugli impianti aeraulici; di natura preventiva e gestionale (manutenzione, sanificazione, integrazione eventuale con sistemi di sanificazione attiva).

#### 7.3.1. Valutazione delle condizioni microclimatiche ambientali

Il microclima influisce in maniera significativa, unitamente a quanto descritto precedentemente, sulla qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi sul benessere delle persone. Il conseguimento del benessere termico, cioè lo stato di piena soddisfazione nei confronti dell'ambiente stesso, costituisce una condizione indispensabile e prioritaria per il conseguimento del benessere totale sia per gli ospiti della Residenza per Anziani che per i lavoratori.

Nei periodi estivi ed invernali viene effettuata una valutazione strumentale dei parametri termoigrometrici degli ambienti (tra cui: temperatura dell'aria, umidità relativa, velocità dell'aria, temperatura media radiante), fondamentale per la definizione del livello di rischio da contagio associato agli impianti di areazione.

### 7.4. Acqua e servizi igienici

La legionellosi è una malattia causata da batteri Gram-negativi aerobi del genere legionella e si annovera tra le più pericolose ICA che possono presentarsi all'interno di una Residenza per Anziani. I batteri sono ubiquitari e la malattia può pertanto interessare ospiti ed operatori, manifestandosi in cluster epidemici (dovuti all'esposizione aerea ad una fonte ad elevata virulenza) o in casi isolati (nei soggetti caratterizzati da fattori di rischio individuale).

La legionellosi può manifestarsi con diversi decorsi clinici (polmonite, forma febbrile extrapolmonare o in forma subclinica) e può portare nei casi più gravi (con un tasso di mortalità variabile tra il 10- 15%) al decesso della persona che ha contratto l'infezione.

La possibilità di contrarre la legionellosi è direttamente correlabile; alla gestione della rete idrica dell'organizzazione, alla datazione, all'utilizzo e alla struttura degli stessi (per esempio: diramazioni non utilizzate), alla temperatura dell'acqua, alla presenza di nebulizzazione e all'utilizzo discontinuo di stanze (nel caso in cui possano ad esempio rimanere non occupate per lunghi periodi). La colonizzazione del soggetto può avvenire durante le attività svolte ordinariamente all'interno delle Residenza per Anziani quali, ad esempio le docce e le cure igieniche in generale, ma può anche essere legata anche all'esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata



gestione dei sistemi di filtraggio o all'inalazione di aerosol generato da sistemi di nebulizzazione e umidificazione dell'aria con una inadeguata gestione degli interventi di trattamento dell'acqua.

L'A.S.P., per il tramite di uno studio esterno specializzato nel settore, ha adottato uno specifico "Protocollo di gestione biosicurezza One Health" che prevede specificamente:

- valutazione del rischio Impianto aeraulico generale e Impianto idrico generale;
- gestione delle misure preventive e protettive per la definizione del rischio;
- definizione di procedure per la gestione delle infrastrutture;
- punti di campionamento;
- cronologia delle Revisioni;
- formazione del personale interessato interno all'organizzazione o dei fornitori (personale tecnico manutentivo, delle pulizie e igienisti aeraulici);
- utilizzo dei DPI di protezione delle vie respiratorie, ove necessario (per esempio: in presenza di nebulizzazioni, a carico dell'apparato respiratorio).

Per quanto riguarda invece il rischio di trasmissione del COVID-19, in base a quanto attualmente noto, le acque destinate a consumo umano sono da ritenersi sicure in quanto il virus SARSCoV-2 non è mai stato ad oggi rilevato in acque destinate al consumo umano.

#### 7.5. Misure preventive per la gestione degli impianti

Il valore associato al rischio di contagio da virus SarS-CoV-2 connesso agli impianti aeraulici così ottenuto e confrontato con relativa matrice di valutazione, permette di associare una specifica classe di rischio all'ambiente in esame. L'A.S.P. procede all'attuazione di misure preventive e gestionali quali:

- ispezione periodica degli impianti aeraulici per verificarne lo stato igienico e manutentivo;
- manutenzione, pulizia meccanica e disinfezione ordinaria periodica degli impianti aeraulici e dei suoi componenti;
- controllo dei parametri operativi degli impianti con la relativa ottimizzazione dei valori microclimatici e del benessere termico, riduzione del rischio di contagio da virus Sars-CoV2-19 e ottimizzazione dei consumi.

#### 7.6. Gestione strumenti ed attrezzature

Nel caso del configurarsi di scenari emergenziali legati alle ICA, la gestione degli strumenti e delle attrezzature deve avvenire in considerazione del potenziale rischio associato all'utilizzo degli stessi nel caso in cui ne sia previsto l'uso promiscuo e si possano configurare come vettori di contagio.

Al fine di agevolare il lavoro del personale in servizio presso la Residenza per Anziani ed evitare il rischio di possibili errori, è stato previsto l'utilizzo dedicato ad ogni singolo nucleo di strumenti ed attrezzature (materiale pulizie e sanificazione, carrelli somministrazione pasti, termoscanner per la rilevazione della temperatura, stetoscopi, etc). In ogni caso viene effettuata la disinfezione degli stessi con alcol etilico al 70% ogni volta che il dispositivo viene usato da un ospite all'altro.





Nel caso di cluster attivi presso la Residenza per Anziani viene utilizzato materiale monouso sia per la somministrazione dei pasti (monoporzione) che per il servizio di igiene e sanificazione ambientale.

Sono stati altresì individuati aree e spazi dedicati in cui depositare e gestire strumenti ed attrezzature per garantire la riduzione del rischio di infezione. Tali spazi sono identificati sia all'interno delle camere degli ospiti che nelle zone di rieducazione, condivisione e stimolazioni sensoriali.

## 8. PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE

L'individuazione ed analisi degli scenari emergenziali che possono essere connessi all'insorgenza e diffusione delle ICA all'interno della Residenza per Anziani è effettuata dal CCICA, convocata immediatamente dal Direttore Generale con il supporto del RSPP e di altri responsabili di funzione che possono fornire un contributo operativo nella definizione di misure di prevenzione o contenimento.

Alcuni di questi scenari emergenziali, come verificatosi nel caso del CoViD-19, possono impattare sulla continuità operativa delle attività della Residenza per Anziani. Rispetto a tali scenari emergenziali, l'organizzazione dell'A.S.P. è sempre in grado di garantire:

- la creazione di un team di crisi multidisciplinare incaricato della gestione dell'emergenza;
- l'attuazione di un processo di valutazione continua e multidisciplinare del rischio;
- la pianificazione della risposta all'emergenza e del mantenimento dei servizi socio-sanitari ed assistenziali nel modo logicamente più praticabile ed orientato all'umanizzazione dell'assistenza;
- la definizione di misure preventive e di contenimento;
- la formazione e preparazione dello staff assistenziale e di tutto il personale aziendale;
- le modalità di comunicazione con tutte le parti interessate (interne ed esterne) rilevanti per la gestione dell'emergenza (ospiti, fornitori, parenti, caregiver, visitatori) o impattate dal verificarsi della stessa;
- la necessità e la quantificazione di eventuali DPI, prodotti ed attrezzature da rendere disponibili;
- le responsabilità e modalità di controllo delle misure adottate.
- la condivisione e cooperazione con altri enti/istituzioni interessati dall'evento.

Il team di crisi si occuperà altresì dell'attuazione del ripristino dell'operatività antecedente alla crisi, con attività suddivise in due momenti:

- ripristino immediato;
- normalizzazione, prevista nel medio e/o lungo termine, mediante l'implementazione di un piano di continuità operativa.

### 8.1. Resilienza e continuità operativa

L'attuazione di un piano di continuità operativa ha lo scopo di gestire la situazione crisi legata al verificarsi di uno scenario emergenziale in maniera controllata e di rendere il sistema resiliente. Le strategie e le modalità operative definite al suo interno devono infatti assicurare che, al verificarsi



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

di eventi straordinari interni o esterni, le attività operative critiche possano continuare ad essere svolte o possano essere ripristinate nel più breve tempo possibile.

In particolare, all'interno del piano di continuità operativa, predisposto nell'immediato all'insorgere della situazione di crisi, devono:

- essere individuati tutti i processi operativi che presentano criticità e, rispetto agli stessi devono essere identificate e descritte le ripercussioni di eventuali interruzioni dell'attività operativa a seguito della perdita di una o più risorse critiche;
- definite procedure specifiche in merito alla predisposizione di risorse sostitutive per la tempestiva ripresa dei processi critici. La pianificazione delle procedure da attuare in caso di non disponibilità di risorse critiche (per esempio: operatori che ricoprono funzioni chiave, fornitura di acqua potabile ecc.) devono essere dettagliate e sottoposte a prova;
- essere previste verifiche periodiche, ad intervalli definiti, atte a garantire l'implementazione, l'efficacia e l'attualità del piano di continuità operativa.

La criticità dei processi viene valutata con la seguente classificazione:

**CRITICO:** il servizio deve essere garantito in ogni evento e scenario. Un servizio è critico quando la sua perdita ha effetto immediato su:

- la vita degli ospiti;
- la sicurezza degli operatori;
- l'operatività di altri servizi critici;
- le finanze della struttura;
- i dati sanitari degli ospiti;
- la comunicazione e la condivisione di informazioni utili agli altri enti/istituzioni coinvolte nelle fasi di soccorso.

**Questi servizi devono essere garantiti ininterrottamente.**

**ESSENZIALE:** il servizio deve essere garantito. La perdita di un'attività essenziale ha effetto immediato su:

- rischio per la salute o la sicurezza degli ospiti e degli operatori;
- adempimento di obblighi legali;
- operatività di altre attività essenziali;
- reputazione della struttura (fiducia istituzionale).

**In caso di interruzione, questi servizi devono essere riattivati entro 3 giorni dall'evento.**

**PRIORITARIO:** il servizio potrebbe subire riduzioni all'interno della struttura.

La perdita di questa attività potrebbe portare la struttura a:

- fallire il pieno adempimento di obblighi legali;
- incidere negativamente sull'operatività delle attività essenziali e critiche;



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- incidere negativamente sulla reputazione della struttura ospedaliera.

**In caso di interruzione, queste attività devono essere ripristinate entro 7 giorni dall'evento.**

**DI SUPPORTO:** il servizio potrebbe essere sospeso all'interno della struttura.

Questi servizi sono comunque necessari per il corretto funzionamento della struttura e dovrebbero essere **ripristinati il più presto possibile.**

Il piano di continuità operativa deve essere sottoposto a riesame da parte del team di crisi e del CCICA e, quindi, all'approvazione della direzione della struttura.

### 8.2. Applicazione ed intensificazione delle precauzioni di riferimento

Indipendentemente dal verificarsi reale o potenziale di un'emergenza sanitaria legata alle ICA, il personale della Residenza per Anziani sanitario, di assistenza, di pulizia e sanificazione, del servizio socioeducativo e il personale incaricato dello sporzionamento e della somministrazione degli alimenti durante l'orario di servizio deve:

- rimuovere orecchini, collane, anelli, bracciali, orologio e qualsiasi altro dispositivo non necessario all'erogazione della prestazione assistenziale, in quanto, possono essere contaminati da materiale biologico e costituire un vettore per virus e batteri favorendone la diffusione anche al di fuori degli ambienti sanitari. L'utilizzo degli anelli, per esempio, non assicura un'efficace igiene delle mani neanche applicando le procedure di lavaggio indicate dal Ministero della Salute (procedere ad una separata igienizzazione con perdite di tempo, maggiori costi e consumo di prodotti detergenti ed igienizzanti);
- curare la barba e mantenere i capelli in ordine;
- mantenere le unghie corte (pareggiate fino all'attaccatura) e prive di smalto. Le unghie lunghe, così come le unghie finte possono danneggiare i guanti ed altri DPI forniti in dotazione, quindi, un vettore per virus e batteri;
- gestire correttamente gli abiti da lavoro e i DPI.

Il mancato rispetto di tali semplici disposizioni può invalidare l'efficacia di tutte le altre misure messe in campo dall'organizzazione e incrementare il rischio per sé stessi, gli ospiti e tutte le persone con cui si hanno dei contatti.

Allo scopo di permettere il rispetto delle precauzioni igieniche personali l'A.S.P. Cordenonese rende disponibili:

- idonee attrezzature (negli spogliatoi: armadietti a doppio scomparto che possano garantire la separazione fra abiti personali ed indumenti da lavoro);
- dotazione dei servizi igienici con dispenser di sapone, gel alcolico igienizzante, carta asciugamani;
- gel idroalcolico igienizzante nelle postazioni maggiormente accessibili al personale (per esempio, nelle infermerie, sui carelli delle medicazioni, ecc.). Gli erogatori di prodotti detergenti o di gel idroalcolico igienizzante devono essere accessibili a tutti i lavoratori e



devono essere collocati in punti segnalati e facilmente individuabili (soprattutto ad inizio e fine percorso).

Particolare cura è stata riservata anche alla gestione delle pause del personale. Riferimento Procedura modalità di svolgimento pause [ALLEGATO\_10].

### 8.3. Gestione mense aziendali

In un contesto emergenziale un ambiente presso cui il rischio di trasmissione diventa più elevato è la mensa aziendale.

È importante, quindi, organizzare il servizio tenendo conto dei seguenti principali elementi critici:

- ingresso e predisposizione di una fila al punto di ritiro del vassoio in cui è necessario garantire il distanziamento;
- contatto con vassoi e stoviglie passate dal personale del servizio di ristorazione per cui risulta importante l'igienizzazione delle mani;
- consumo del pasto senza mascherina in compagnia di altro personale, per cui è ancora più importante il rispetto del distanziamento;
- utilizzo di bottiglie, brocche o distributori di acqua comuni tra il personale seduto allo stesso tavolo.

Per superare tali criticità l'organizzazione ha:

- istituito prenotazione on line;
- individuato attraverso segnaletica sul pavimento il corretto distanziamento lungo la fila per il ritiro del vassoio;
- collocato, all'inizio della fila, un dispenser di gel per l'igienizzazione delle mani;
- individuato con apposita segnaletica i posti che è possibile occupare attorno al tavolo assicurandosi di garantire il distanziamento;
- fornito bottigliette d'acqua personali;
- previsto la fornitura di condimenti monouso per i pasti (olio, aceto, sale, pepe, ecc.);
- diffuso a tutto il personale:
  - la procedura di igienizzazione delle mani con gel igienizzante;
  - un opuscolo riportante le buone prassi;
  - una locandina delle nuove modalità di disposizione di tavoli e sedie.
- Istituito il divieto di ingresso nei locali cucina, mensa e consumo del pasto indossando la divisa con cui viene svolta l'attività sanitaria. Al personale sanitario che svolge un turno continuativo per cui non è consigliato dismettere la divisa prima di recarsi a mensa, è fornito un camice monouso all'ingresso dei locali della mensa.

### 8.4. Approvvigionamento

L'A.S.P. Cordenonese deve gestire i propri fornitori critici in termini di impatto sulla diffusione delle ICA tenendo conto:



- della tipologia di fornitura effettuata e del rischio intrinseco associato alla stessa;
- dell'insorgenza di rischi interferenziali.

Laddove il prodotto o servizio offerto sia da ritenersi critico o impattante sul rischio, per esempio:

- ristorazione collettiva;
- lavanolo;
- pulizie;
- manutenzione elettromedicali;
- manutenzione impianti;
- servizi funerari,

devono essere richieste al fornitore le specifiche procedure messe in atto per la gestione del rischio legato alla diffusione delle ICA e, in particolare, per la gestione di scenari emergenziali quali quelli legati al COVID 19.

L'individuazione dei fornitori il cui prodotto/servizio offerto è da considerare critico o impattante sul rischio è favorito da una strutturata attività di valutazione dei fornitori elaborata almeno annualmente. Tale monitoraggio, che individua anche i fornitori critici in base ai fattori suddetti, consente di verificare la conduzione degli audit interni e le eventuali criticità già rilevate, la valutazione della struttura responsabile di quel contratto anche in termini di precisione, puntualità e competenza. Con questo sistema, oltre ad avere immediato riscontro dei fornitori critici per la specifica tipologia di prodotto o servizio offerto, si ha contezza anche di eventuali altre criticità in essere e del loro grado di impatto sul rischio di diffusione delle ICA (o del COVID-19).

Qualora possano insorgere rischi interferenziali fra personale del fornitore e personale aziendale in accordo alle disposizioni legislative vigenti<sup>8</sup>, considerata la eventuale situazione emergenziale, sono organizzate riunioni di cooperazione e coordinamento con tutte le parti interessate interne (ufficio tecnico, ufficio qualità, ufficio acquisti, Servizio di Prevenzione e Protezione, referenti per la parte sanitaria, ecc.) ed esterne (quali: imprese appaltatrici, imprese esecutrici, lavoratori autonomi e rispettivi RSPP). Tali riunioni possono essere organizzate anche a distanza (per esempio, in video o call conference), ma devono essere verbalizzate a cura dell'organizzatore che provvede a condividere il verbale con tutti i partecipanti. I fornitori che operano nel sito (manutentori, fornitori, addetti alle pulizie e vigilanza) devono comunicare tempestivamente alla direzione della struttura eventuali problematiche relative ai propri lavoratori (per esempio, casi di propri lavoratori che risultino positivi al tampone COVID-19) allo scopo di permettere la collaborazione con l'autorità sanitaria e l'individuazione di misure di prevenzione e protezione e l'effettuazione del tracciamento di contatti a rischio. In occasione di tali riunioni, il datore di Lavoro della Residenza per Anziani (committente):

- deve fornire indicazioni in merito alle misure di prevenzione e protezione attuate all'interno della struttura cui i fornitori esterni devono attenersi ed aggiornarli costantemente anche attraverso l'invio di comunicazioni via mail (predisposizione di mailing list specifiche per i fornitori critici individuati);

<sup>8</sup> Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Decreto Legislativo 81/08, art. 26 e s.m.i



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Nel caso dello sviluppo di scenari pandemici emergenziali, come quello legato alla diffusione del SARS-COV-2, il datore di lavoro della Residenza per Anziani deve:

- chiedere ai fornitori esterni una auto-dichiarazione (ai sensi delle disposizioni legislative vigenti) dell'avvenuta applicazione delle eventuali misure preventive integrative disposte dalle autorità competenti volte a tutelare la salute pubblica con particolare riferimento all'avvenuta informazione dei lavoratori circa l'obbligo di astensione dal lavoro nel caso dell'insorgere di sintomi riconducibili all'infezione (per esempio: febbre nel caso del CoViD-19), nonché alle norme di buona prassi allegate ai decreti emessi da Autorità pubbliche nonché ogni altra prescrizione e/o raccomandazione emanata, per limitare l'espandersi della malattia;
- chiedere ai fornitori esterni l'invio delle procedure specifiche o eventuali documenti operativi predisposti per la gestione dei rischi relativi all'ICA e impattanti sul servizio erogato per la Residenza per Anziani;
- definire le modalità di tracciabilità degli accessi;
- limitare e documentare l'eventuale impiego di personale presso la struttura e a rotazione presso altre strutture sanitarie;
- definire le modalità di comunicazione fra la direzione della Residenza per Anziani e il fornitore, qualora il caso lo richieda (per esempio qualora si riscontri un caso confermato o sospetto di COVID-19).
- In linea generale, si deve limitare e, ove possibile, impedire l'accesso dei fornitori esterni alla struttura allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza e diffusione del COVID-19.

Qualora l'ingresso del fornitore in struttura non sia evitabile, deve essere ridotta al minimo la possibilità di contatto fra lo stesso e l'ospite di struttura. In caso di scenario emergenziale sono pertanto sospese le attività svolte in struttura da personale esterno che, per loro stessa natura, non permettono di ridurre tale rischio quali, ad esempio, parrucchiere e podologo.

I fornitori che accedono in struttura devono, in ogni caso:

- attenersi alle disposizioni ricevute,
- utilizzare all'interno della struttura mascherine FFP2 e guanti e, più in generale, gli specifici DPI previsti per il luogo o l'attività svolta, in accordo alle corrette modalità di utilizzo dei DPI descritte di seguito. Nei casi in cui siano previsti DPI di terza categoria, quali per esempio mascherine facciali filtranti, il fornitore deve dare evidenza della distribuzione e dell'addestramento in merito all'utilizzo degli stessi;
- utilizzare servizi igienici dedicati diversi da quelli destinati al personale;
- avere una specifica formazione in materia di prevenzione delle ICA, con riferimento alle modalità di trasmissione del COVID-19;
- seguire percorsi definiti nell'accesso e il transito all'interno della struttura;
- sottoporsi alla rilevazione della temperatura corporea all'ingresso e all'uscita dalla struttura;
- compilare l'autocertificazione e il registro degli accessi al momento dell'ingresso in struttura;
- essere a conoscenza dell'impossibilità di fare ingresso in struttura in caso di temperatura corporea superiore a 37.5°C o in presenza di sintomi riconducibili ad infezione respiratoria acuta;



<sup>9</sup> Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il del D.P.R. 445/2000 fornire un'autodichiarazione in merito all'applicazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalle disposizioni legislative vigenti;

- essere a conoscenza delle modalità di comunicazione da attivare all'interno e all'esterno della struttura in caso di insorgenza dei sintomi durante lo svolgimento delle attività;
- disporre di interfacce e canali di comunicazione con i referenti di struttura.

Riferimento Comunicazione ai fornitori [ALLEGATO\_1].

Quanto sopra indicato assume una particolare rilevanza per quanto riguarda i fornitori di alimenti, e personale esterno incaricato della ristorazione collettiva.

Sebbene, infatti, non si abbiano evidenze della trasmissione alimentare del virus e sebbene l'OMS abbia valutato come altamente improbabile la possibilità di contrarre il COVID-19 tramite gli alimenti o tramite gli imballaggi alimentari, è tuttavia importante circoscrivere il rischio legato alla presenza di soggetti potenzialmente infetti tra i lavoratori o il rischio connesso ad errate pratiche di conservazione, lavorazione e somministrazione degli alimenti.

In aggiunta a tutte le indicazioni sopra riportate è stato richiesto ed elaborato dalla ditta esterna, nei contesti emergenziali quali il COVID-19, un protocollo attuativo con la descrizione delle misure attuate ed effettuare audit di seconda parte per verificarne l'attuazione.

Attraverso la figura di un consulente esterno, Tecnologo alimentare, sono verificati in particolare

- l'esistenza di piani di sanificazione validati;
- l'evidenza di attuazione dei piani di sanificazione;
- l'utilizzo di prodotti chimici idonei alle superfici e all'agente infettivo da eliminare (per esempio che risultino efficaci rispetto ai virus incapsulati nel caso del SARS-COV-2);
- il rispetto delle temperature di cottura e conservazione degli alimenti a temperatura controllata,
- l'attuazione di programmi di formazione specifici erogati al personale alimentarista;
- le indicazioni di astensione dal lavoro nel caso di sintomatologia compatibile con le malattie trasmissibili con gli alimenti e, come previsto per il COVID-19, nel caso di sintomatologia da infezione respiratoria o febbre.

NOTA Sebbene non si abbiano evidenze della trasmissione alimentare del virus e sebbene l'OMS abbia valutato come altamente improbabile la possibilità di contrarre il COVID-19 tramite gli alimenti o tramite gli imballaggi alimentari è tuttavia importante circoscrivere il rischio legato alla presenza di soggetti potenzialmente infetti o ad errate pratiche di conservazione, lavorazione e somministrazione degli alimenti.

## 8.5. Dispositivi di Protezione Individuale

Il Datore di Lavoro, sulla base delle risultanze della valutazione dei rischi e delle eventuali indicazioni fornite dalle autorità competenti per la specifica situazione emergenziale, con il supporto del team di crisi, deve periodicamente riesaminare i DPI in dotazione ai lavoratori e valutarne idoneità, conformità alla pertinente normativa vigente ed eventuali necessità di integrazione.



La dotazione minima di DPI per le stanze con ospiti contagiati o sospetti può essere infatti ampliata con diversi dispositivi in relazione alla natura dell'ICA e alle modalità di trasmissione (per esempio nel caso del COVID-19 con le mascherine facciali filtranti FFP2 e FFP3 sprovviste di valvola, al fine di trattenere l'esperto).

Qualora i DPI forniti siano classificati come dispositivi di III° categoria (per esempio mascherine facciali filtranti Ffp2 e Ffp3), il datore di lavoro assicura una formazione adeguata e organizza periodicamente uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico del DPI. I lavoratori devono essere resi competenti e consapevoli anche in merito alle corrette modalità di vestizione e svestizione. Per queste attività sono state previste opportune procedure che devono essere attuate sotto la supervisione di personale esperto. Al fine di assicurare che le procedure raggiungano lo scopo che l'organizzazione si è prefissata, vengono utilizzate diverse modalità comunicative. Ad esempio, la procedura che descrive la sequenza di vestizione e svestizione dei DPI è strutturata come segue:

- una semplice descrizione testuale della sequenza da attuare;
- una sequenza fotografica della sequenza da attuare affiancata da una breve descrizione testuale;
- un video tutorial con la descrizione verbale della sequenza da attuare.

Riferimento Infografiche e procedure DPI [ALLEGATO\_4].

Le tipologie di DPI, suddivise per Aree di gestione casi, sono riportate al paragrafo 10.6.

#### 8.6. Protezione dei dati negli scenari emergenziali

Nel presente punto sono elencati gli adempimenti che l'organizzazione ha posto in essere per garantire il rispetto delle prescrizioni in materia di protezione dei dati personali nel contesto emergenziale, sulla base dei principi delle disposizioni legislative vigenti. Si rappresenta che, nell'ambito di particolari contesti emergenziali, l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ha costantemente fornito specifiche prescrizioni di dettaglio ad integrazione della normativa vigente, come avvenuto durante l'emergenza Covid-19.

- **INGRESSO IN STRUTTURA:**
  - Il contesto emergenziale potrebbe comportare per la struttura, la necessità o l'opportunità di tracciare gli ingressi del personale, di pazienti e visitatori, eventualmente condizionando l'accesso degli stessi a misurazione della temperatura e/o ulteriori rilevazioni o somministrazione di questionari informativi.

Tali attività, comportando un trattamento di dati personali (anche laddove si tratti esclusivamente di consultazione -es. verifica possesso Green Pass-), devono essere effettuate garantendo il rispetto dei principi fondamentali della legislazione vigente, di seguito sono indicati:

- a) **Liceità:** affinché l'attività sia lecita, è necessario che vi sia un fondamento giuridico alla base del trattamento (per esempio: consenso, esecuzione di un contratto/servizio, obbligo legale, salvaguardia di interesse vitale, interesse pubblico, legittimo interesse). Si ritiene che, in un contesto emergenziale, il consenso dell'interessato non costituisca fondamento giuridico





## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

idoneo a rendere lecito il trattamento, a prescindere dall'attività svolta, in quanto potrebbe risultare condizionato, perdendo le sue caratteristiche intrinseche di libertà e facoltatività. Fondamento giuridico idoneo sarebbe, invece, la presenza di un obbligo legale (per esempio: legge o atto avente forza di legge che imponga l'acquisizione dei dati di coloro che accedono ad una struttura nell'ambito di un'emergenza sanitaria in atto), come anche il legittimo interesse del titolare del trattamento, il quale tuttavia richiede una comparazione con i diritti degli interessati al fine di accertare la prevalenza dell'interesse legittimo del titolare su tali diritti (per esempio: nel contesto emergenziale, l'interesse del titolare di contenere i rischi legati all'emergenza sanitaria prevarrebbe sul diritto dei visitatori di non fornire i propri dati personali in ingresso). In ogni caso, così come avvenuto durante l'emergenza Covid-19, le attività che abbiano ad oggetto trattamento di dati relativi alla salute (per esempio: misurazione temperatura, saturazione dell'ossigeno, ecc.) sono solitamente prescritte o raccomandate da specifici atti aventi forza di legge, decreti ministeriali o ordinanze regionali. In tali ipotesi tenere in dovuta considerazione la presenza di casistiche di esclusione di divieto di trattamento di dati relativi alla salute previste da eventuali disposizioni legislative vigenti.

- b) Trasparenza: qualsiasi attività di trattamento deve essere fedelmente portata a conoscenza degli interessati, attraverso informazioni chiare e semplici, da rendere prima di trattare i dati (o alla prima occasione utile di contatto) e che diano evidenza delle finalità e modalità del trattamento, nonché di eventuali destinatari dei dati, dei tempi di conservazione degli stessi ecc. (per esempio: nel richiedere la compilazione di un questionario in ingresso o contestualmente alla misurazione della temperatura deve essere fornita agli interessati un'informativa sul trattamento dei dati, mediante affissione ben visibile nell'area di ingresso).
- c) Limitazione delle finalità: i dati acquisiti nel contesto emergenziale al fine di tracciare gli ingressi in struttura possono essere utilizzati solo per tale finalità. La limitazione delle finalità è un principio che delinea il perimetro del trattamento, per cui i medesimi dati oggetto di trattamento non possono formare oggetto di ulteriore trattamento per un'altra finalità (per esempio: i dati di contatto di un visitatore, acquisiti in ingresso per finalità di tracciamento nel contesto emergenziale, non potranno essere utilizzati per finalità promozionali dei servizi offerti dalla struttura).
- d) Minimizzazione dei dati: i dati acquisiti in ingresso devono essere quelli strettamente necessari per assolvere la finalità del trattamento e, pertanto, non eccedenti; minimizzare i dati significa, pertanto, rendere proporzionato il trattamento alla finalità che si intende perseguire (per esempio: risulterebbe violato il principio di minimizzazione se si richiedessero dati ultronei rispetto a quelli che siano necessari per garantire che l'accesso in struttura sia tracciato e siano contenuti i rischi di propagazione dell'emergenza).
- e) Limitazione della conservazione: sin dalla progettazione, il titolare del trattamento (per esempio: la struttura sanitaria) deve prevedere un periodo di conservazione congruo e commisurato al raggiungimento della finalità. Limitare la conservazione a quanto necessario costituisce una garanzia nei confronti degli interessati, affinché i dati trattati siano utilizzati per un lasso di tempo non perpetuo e con logica correlata allo scopo per cui sono stati raccolti (per esempio: i dati acquisiti per tracciare gli accessi alla struttura non possono essere conservati per un periodo particolarmente esteso, considerato che la finalità di contenimento dei rischi può essere raggiunta nell'immediato - come per i casi di divieto di accesso per temperatura rilevata al di sopra della soglia ritenuta di rischio - ovvero in un



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

lasso di tempo breve - come per i casi di comunicazione alle Autorità Sanitarie di eventuali casistiche di rischio).

- f) Integrità e riservatezza: i dati trattati devono essere sempre protetti con misure di sicurezza idonee a garantirne la disponibilità, l'integrità e la riservatezza, onde evitare possibili violazioni di dati personali (per esempio: per indisponibilità, perdita o diffusione). È il titolare del trattamento a scegliere in autonomia le misure di sicurezza ritenute adeguate, seguendo un approccio basato sul rischio (per esempio: svolgimento di una Privacy risk analysis) ed avendo cura ed onere di dimostrare il rispetto dei principi in materia di protezione dei dati (per esempio: in caso di tracciamento degli ingressi tutti i dati acquisiti sono conservati in archivi sicuri e ci si è dotati di una istruzione operativa/linea guida che prevede tutti le fasi del trattamento, disegnandone il flusso dall'acquisizione dei dati sino alla loro cancellazione).

- **REGISTRO DEI TRATTAMENTI:**

- Qualsiasi nuova attività di trattamento posta in essere nell'ambito del contesto emergenziale è sinteticamente descritta all'interno del registro delle attività di trattamento (tenuto ai sensi delle disposizioni legislative vigenti) inserendo le informazioni previste da tale norma, quali per esempio, dati del titolare del trattamento, finalità del trattamento, fondamento giuridico, eventuali destinatari, misure di sicurezza adottate, ecc.

- **ISTRUZIONI AL PERSONALE AUTORIZZATO:**

- Il contesto emergenziale, potendo comportare nuovi trattamenti rispetto a quelli di routine, implica la necessità di aggiornamento del personale in termini di istruzione e formazione su come trattare i dati personali degli interessati. In particolare, coloro che si occupano delle attività legate allo stato di emergenza (per esempio: su modalità di somministrazione dei questionari in ingresso a visitatori, su modalità per garantire riservatezza e dignità del soggetto con temperatura superiore al limite, su eventuale controllo del Green Pass per accesso a servizi, ecc.) ricevono costantemente formazione su istruzioni specifiche.

- **SICUREZZA DEGLI ARCHIVI E/O SISTEMI:**

- Sotto il profilo tecnico, l'A.S.P. garantisce adeguate misure di sicurezza fisica e logica a tutela dei dati raccolti, al fine di proteggere gli archivi e i sistemi in cui i dati sono conservati, da eventuali accessi non autorizzati e preservare la riservatezza e l'integrità delle informazioni (per esempio: con riferimento alle modalità di conservazione dei dati su cui sono annotate le rilevazioni, gli stessi sono conservati in locali ad accesso riservato –limitati a chi è autorizzato - come ulteriore misura di sicurezza rispetto all'armadio con chiave).
- Nel caso in cui si utilizzino strumenti automatizzati per effettuare rilevazioni (tablet), oltre all'effettuazione di una analisi del rischio privacy, è stata effettuata una valutazione di impatto sulla protezione dei dati, ai sensi delle disposizioni legislative vigenti, al fine di valutare le misure di sicurezza utilizzate e l'impatto che gli strumenti adoperati hanno sui diritti degli interessati.

- **LAVORO AGILE (SMART WORKING):**



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

- Uno stato di emergenza potrebbe comportare la necessità di intensificare, laddove possibile (per esempio: personale amministrativo) il ricorso al lavoro agile (o smart working). L'utilizzo di dispositivi di lavoro al di fuori della struttura espone a maggiori rischi di attacchi informatici non solo rispetto ai dati contenuti all'interno dei dispositivi utilizzati (per esempio: pc, smartphone aziendali), ma, soprattutto, rispetto alle reti e ai sistemi di tutta l'organizzazione, per la capacità di tali dispositivi di accedere da remoto alle risorse aziendali tramite connessione a reti esterne e spesso non adeguatamente protette, e/o tramite dispositivi non controllati dall'organizzazione stessa.
- L'A.S.P. ha rafforzato le misure di sicurezza tecniche e organizzative attraverso l'approvazione di specifici regolamenti che prevedono:
  - a) l'accesso remoto ai sistemi aziendali esclusivamente tramite canale di comunicazione sicuro e cifrato, in particolare tramite attivazione di una VPN (Virtual Private Network);
  - b) l'aggiornamento automatico del sistema operativo, nonché l'installazione di software antivirus e antimalware, garantendone il costante aggiornamento e funzionamento;
  - c) fornendo al personale ulteriori istruzioni nel corretto utilizzo delle risorse informatiche, aggiungendo le indicazioni necessarie ed aggiuntive rispetto alla nuova modalità di lavoro a distanza (per esempio: sulla custodia dei dispositivi aziendali, sul loro trasporto, ecc.).
- Per contrastare in modo efficace gli attacchi informatici, sono state fornite inoltre indicazioni e formazioni continue in materia di cyber security: al fine di ridurre attacchi informatici è dunque importante affrontare il problema all'origine intervenendo sul fattore umano del rischio cyber, tramite formazione e corsi orientati alla consapevolezza (per esempio: il personale è stato invitato a prestare massima attenzione all'indirizzo email da cui riceve le comunicazioni, evitando di aprire allegati o link sospetti, ecc.).

### 8.7. Competenza e consapevolezza

La direzione della Residenza per Anziani ha la responsabilità di:

- riesaminare ed eventualmente integrare i programmi formativi rivolti al proprio personale oltre ai programmi formativi delle ditte che gestiscono i servizi esternalizzati. Il personale sanitario e di assistenza è già in possesso di formazione in merito all'utilizzo dei DPI e, ove previsti, anche addestrato all'uso dei DPI di terza categoria (per esempio: esempio, filtranti facciali), in quanto esposto a rischio biologico. Ciò nonostante, nel caso di utilizzo di kit specifici di DPI che prevedono dispositivi aggiuntivi, quali le tute per il rischio biologico (come avvenuto per il COVID-19), la formazione e l'addestramento vengono ripetuti costantemente e ogni qual volta ci sia un cluster presso la struttura, con particolare riferimento alle procedure di vestizione e svestizione dei DPI. Quando necessario tale formazione ed addestramento viene estesa, limitatamente all'uso effettuato dagli operatori, anche al personale non sanitario (per esempio: esempio, personale amministrativo), che in situazioni non emergenziali non utilizza DPI.
- richiedere ai fornitori l'evidenza della formazione ed addestramento effettuati e di conservare tali informazioni documentate al fine di dimostrare la competenza del personale esterno coinvolto in processi critici. Tutto il personale dei fornitori ritenuti impattanti rispetto agli scenari emergenziali connessi alle ICA (per esempio: addetti alle pulizie, manutentori) deve ricevere dal proprio datore di lavoro una formazione specifica sulle



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

precauzioni standard, base, sulle modalità di prevenzione della trasmissione delle stesse e sull'utilizzo dei DPI. Ove applicabile, come nel caso del personale esterno con accesso alle stanze di persone con casi sospetti o confermati COVID-19, deve essere effettuato anche l'addestramento all'uso dei DPI di terza categoria. Il personale alimentarista, addetto alla preparazione e somministrazione dei pasti, deve ricevere in aggiunta a quanto sopra indicato, una formazione specifica sui pericoli legati alla diffusione delle ICA in ambito alimentare e deve essere sensibilizzato rispetto alle buone pratiche di igiene, alla corretta gestione dei cibi a temperatura controllata e, ove applicabile, alla prevenzione della contaminazione crociata.

- assicurare adeguata e costante informazione e sensibilizzazione di tutte le parti interessate, quali visitatori, residenti, fornitori, caregiver rispetto alle regole della struttura e alle motivazioni che sottendono alle stesse.

Per esempio, nel caso del COVID-19:

- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio Medico di medicina generale e l'Autorità sanitaria;
  - la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere in azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, ecc.) in cui i provvedimenti del Ministero della Salute impongono di informare il Medico di medicina generale e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
  - l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
  - l'impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti.
- garantire momenti di ascolto e confronto fra gli operatori: attivando sportelli di ascolto, effettuando la raccolta documentale di suggerimenti o segnalazioni, programmando incontri (da effettuare eventualmente da remoto o con le misure previste per le aggregazioni di più persone). Le segnalazioni emerse devono essere verbalizzate e riesaminate con il comitato CCICA e la Direzione della Residenza per Anziani al fine di individuare attività di miglioramento suggerite bottom-up e eventuali difficoltà di attuazione delle misure intraprese.
  - Le occasioni di confronto e di ascolto devono essere promosse soprattutto in scenari emergenziali in quanto dalle stesse possono emergere sentimenti di preoccupazione, spunti di miglioramento per le procedure e buone pratiche per l'assistenza. La condivisione dei successi e dei fallimenti può portare, infatti, anche ad individuare nuovi elementi utili all'aggiornamento dell'analisi di contesto e consentire quindi una rivalutazione dei rischi e una conseguente ri-pianificazione della strategia aziendale.
  - Riesaminare e verificare l'efficacia delle misure attuate per garantire la competenza e la consapevolezza in materia di prevenzione e protezione dalle ICA.



## 9. PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE ORGANIZZATIVE E DI EVENTUALI RESTRIZIONI

### 9.1. Gestione accessi di persone esterne all'organizzazione e delle uscite degli ospiti

L'ingresso di persone esterne all'organizzazione, nel caso di insorgenza e diffusione di un'ICA all'interno della struttura e/o di contesti emergenziali rappresentati da fattori esterni può rappresentare un fattore di rischio significativo che può comportare modifiche organizzative ed eventuali restrizioni che possono arrivare, come nel caso del COVID-19, a vietare, contingentare o regolare (a seconda della fase emergenziale) anche l'ingresso di familiari e caregiver.

Qualora si presenti uno scenario emergenziale legato alle ICA, l'accesso di persone esterne alla struttura è permesso e regolato sulla base delle valutazioni e modalità organizzative definite dal team di crisi. Dette valutazioni devono tener conto delle condizioni dell'ospite e del visitatore, della logistica della struttura e, ove applicabile della variabilità delle condizioni epidemiologiche. In questo caso deve essere inoltre garantita, preliminarmente all'ingresso, un'efficace informazione dei visitatori, sia rispetto alle condizioni degli ospiti, che sulle regole in atto in struttura comprese quelle di regolamentazione degli isolamenti e dell'eventuale quarantena.

L'informazione e la sensibilizzazione dei visitatori, familiari e caregiver deve essere curata e rafforzata nel tempo, adattando la comunicazione ai destinatari (per esempio ove presenti residenti o operatori di nazionalità diversa, le comunicazioni scritte devono essere tradotte almeno in lingua inglese e create e posizionate in modo tale da garantirne la leggibilità e la massima visibilità). Gli strumenti che possono essere utilizzati possono consistere in promemoria visivi (per esempio: poster, cartelli, volantini, messaggi digitali) che devono, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute. Possono rivelarsi utili allo scopo anche i video-tutorial e corsi realizzati dall'organizzazione o dagli Enti istituzionali. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media o i siti internet aziendali. Gli stessi strumenti possono essere utilizzati con finalità analoga, per la sensibilizzazione ed informazione dei residenti e del personale.

Nel caso del COVID-19, in accordo a quanto previsto nelle disposizioni legislative vigenti [ALLEGATO\_5], si rinvia alla procedura presente in [ALLEGATO\_8].

### 9.2. Percorsi

Nell'ambito dell'organizzazione l'impatto di eventuali scenari emergenziali legati alle ICA e il rischio di contagio possono essere ridotti mediante modalità organizzative finalizzate alla razionalizzazione e riduzione dei contatti sociali nell'ambito della Residenza per Anziani. Le misure adottate consistono in:

- suddivisione della struttura in nuclei o aree operative separate con personale dedicato (la creazione di gruppi autonomi distinti e riconoscibili consente una più agevole tracciabilità in caso di necessità). Tale organizzazione riguarda il personale socio sanitario, le attività di riabilitazione e di educazione terapeutica. La predisposizione dei turni del personale deve essere effettuata in accordo a quanto sopra riportato;



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- richiesta temporanea, a seconda della fase dell'emergenza, dell'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time. Qualora questa misura sia ritenuta essenziale deve essere sospeso dal servizio chi non può garantirla;
- ridotta esposizione del personale sanitario attraverso l'assegnazione di operatori dedicati all'assistenza del paziente e all'ottimizzazione delle attività al letto del paziente;
- impedire o limitare, in casi di effettiva necessità come nel caso del COVID-19, anche gli spostamenti del personale tra i nuclei o aree operative e/o le trasferte e i viaggi di lavoro nazionali e internazionali del personale operante nella struttura;
- promozione del lavoro agile, ove e nella misura in cui lo stesso sia applicabile (per esempio, per gli impiegati amministrativi), effettuando anche la rotazione del personale d'ufficio;
- adottare orari differenziati e flessibili che possano favorire il distanziamento sociale e prevenire il rischio di assembramenti all'ingresso, all'uscita e all'interno degli spazi comuni (per esempio spogliatoi);
- impedimento o contingentamento dell'ingresso alla struttura di visitatori, caregiver, fornitori, ecc.;
- facilitazione della video-comunicazione con parenti e caregivers;
- riduzione o il divieto delle riunioni in presenza, favorendo le modalità a distanza. Considerata la peculiarità delle attività, tale disposizione non può essere sempre osservata (si pensi ad esempio alle riunioni di equipe o agli interventi di emergenza). Qualora si verificasse la necessità di effettuare riunioni in presenza, deve essere ridotta al minimo la partecipazione degli operatori e, successivamente, deve essere eseguita una pulizia dei locali utilizzati. Devono essere resi disponibili e correttamente utilizzati il gel igienizzante e, se previsti, i necessari DPI;
- riduzione o l'annullamento degli eventi di interni e ogni attività di formazione in modalità in aula favorendo la formazione a distanza. È possibile qualora l'organizzazione lo permetta, effettuare la formazione a distanza, anche per i lavoratori per i quali è stato attivato il lavoro in modalità agile.

### 9.3. Lavanderia e servizio di lvanolo

La rimozione degli effetti lettercci può essere un'attività a rischio per la trasmissione di ICA all'interno della Residenza per Anziani, che può impattare nell'ambito di uno scenario emergenziale sia sugli ospiti che sui lavoratori (per esempio, nel caso del COVID-19).

Nella gestione delle attività di lavanderia e lvanolo è posta particolare attenzione al rispetto del percorso sporco pulito rispettando le modalità definite in struttura per il carico e lo scarico ed evitando la commistione fra le attrezzature (per esempio, carrelli utilizzati per lo sporco o per il pulito).

Il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola segue, in via preventiva, le seguenti disposizioni:

- indossare idonei DPI: guanti e camice monouso e, nel caso di ICA che si trasmettono per via aerea, FFP2;
- rispettare i seguenti elementi per la cura della biancheria e delle lenzuola:
  - non agitare le lenzuola e la biancheria durante il cambio;



- non appoggiare le lenzuola e la biancheria al corpo;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi (sacchi), manipolandola e scuotendola il meno possibile nell'ambiente, prima dell'inserimento nei contenitori e dell'invio all'impresa qualificata addetta al lavaggio e alla sanificazione. Utilizzare i sacchi corrispondenti al codice colore assegnato alla biancheria infetta (sacchi rossi) e seguire le regole definite dalla struttura (per esempio utilizzo del doppio sacco, sacco rosso e sacco idrosolubile e contenitore dedicato);
- rimuovere i DPI e il camice;
- igienizzare le mani e indossare un nuovo paio di guanti;
- sostituire la biancheria da letto e da bagno utilizzata con biancheria sanificata da impresa qualificata, in accordo a specifiche procedure interne validate dal comitato CCICA;
- rimuovere i DPI e smaltirli nell'apposito RSP.

Nel caso di ospite con caso sospetto o confermato COVID-19, il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola avviene per il tramite del personale OSS. Il personale addetto al servizio consegna il carrello del pulito in area apposita esterna all'area Covid, ove viene prelavata dal personale del Nucleo. Lo sporco segue il percorso identificato in planimetria [ALLEGATO\_6].

Riferimento procedura Gestione Biancheria Sporca [ALLEGATO\_3]

#### 9.4. Sanificazione

La contaminazione ambientale può rappresentare una possibile fonte di trasmissione delle ICA, pertanto, la pianificazione delle attività di sanificazione degli ambienti di lavoro, degli strumenti e delle attrezzature deve sempre essere sottoposta al riesame del CCICA e all'approvazione del referente COVID-19 della struttura.

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA il piano di pulizia e sanificazione di struttura deve essere nuovamente riesaminato, tenendo conto delle caratteristiche dell'agente infettante, del rischio associato alle diverse aree della struttura, delle informazioni disponibili nella letteratura scientifica, delle indicazioni dei produttori indicate nelle schede tecniche e schede di sicurezza dei prodotti chimici. Sulla base delle informazioni raccolte e riesaminate il piano di sanificazione deve essere modificato, intensificato o integrato con attività straordinarie che devono essere registrate su modulistica dedicata e conservate dall'organizzazione per attestare l'attuazione di quanto pianificato.

I prodotti chimici da utilizzare devono essere scelti in base all'efficacia sull'agente infettante, alla tipologia di superficie da sanificare, agli impatti sulla salute e sicurezza degli operatori e dei residenti in struttura e sull'ambiente. I prodotti chimici devono essere utilizzati secondo le indicazioni del produttore; l'efficacia di un germicida può essere infatti fortemente compromessa, ad esempio, utilizzando un tempo di contatto inferiore a quello indicato. Per questo motivo è essenziale che chiunque utilizzi un prodotto chimico sia formato in merito ai contenuti della scheda tecnica o rispetto ad eventuali indicazioni riportate in etichetta. Gli utilizzatori devono essere, inoltre, formati preliminarmente all'utilizzo, rispetto ai contenuti della scheda di sicurezza (al fine di gestire correttamente e in sicurezza anche la movimentazione e lo stoccaggio del prodotto ed eventuali fuoriuscite o contatti accidentali) ed alle corrette modalità di sanificazione. Particolare attenzione



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

deve essere posta nella scelta dei prodotti da utilizzare per la sanificazione di superfici destinate ad entrare a contatto con gli alimenti o per la disinfezione di questi ultimi (per esempio, frutta quando la stessa debba essere consumata cruda) in quanto devono essere utilizzati unicamente prodotti disinfettanti o detergenti ad uso alimentare. La scelta dei prodotti da utilizzare per la sanificazione degli ambienti deve essere sottoposta a riesame ed approvazione del CCICA, Responsabile e/o funzione incaricata (ad esempio, il referente COVID-19 della struttura), RSPP e, ove applicabile, dal Responsabile HACCP, ciascuno per la propria competenza.

L'organizzazione ha implementato istruzioni operative a supporto delle operazioni di sanificazione che descrivono responsabilità, modalità operative, frequenze, prodotti da utilizzare, eventuali codici colore da rispettare (per esempio, nel caso dei secchi dei pavimenti, rosso per lo sporco e blu per il pulito) e criteri di validazione. Tali istruzioni, unitamente alle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti, sono disponibili e consultabili da parte del personale.

Con riferimento a recenti studi di settore, i piani di sanificazione devono essere integrati della criticità associata alle aree, nel rispetto di quanto segue:

### **• Ambienti sanitari**

- le aree di intervento sanitario (stanze dei pazienti, aree di attesa, ecc.) in cui è stato visitato o ricoverato un caso sospetto o confermato di COVID-19, prima di procedere alla bonifica devono essere areate adeguatamente per almeno un'ora tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio. I locali in cui sono state eseguite procedure che generano aerosol (ventilazione assistita, somministrazione di medicinali nebulizzati, broncoscopia, ecc.) devono essere areati con ventilazione naturale per 1-3 ore o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio, prima della pulizia e prima di ammettere nuovi pazienti.

La sanificazione deve avvenire almeno due volte al giorno secondo le seguenti modalità:

- pulizia con un detergente neutro;
- sanificazione con ipoclorito di sodio allo 0,5% per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e per i bagni e allo 0,1% per le altre superfici. È necessario prevedere attività di pulizia e sanificazione aggiuntive nel caso di spandimenti accidentali e/o procedure che generano aerosol, alla dimissione del paziente e/o al trasferimento dello stesso in altra struttura. Particolare attenzione nella pulizia deve essere dedicata alle superfici toccate più di frequente (per esempio: bagni, docce, vasche da bagno ecc.). Per le superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, apparecchiature di controllo a distanza, maniglie delle porte, pulsanti dell'ascensore, ecc.) utilizzare alcol etilico al 70%;
- risciacquo dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- per superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, maniglie delle porte, pulsanti ascensori, ecc.) utilizzare alcol etilico al 70%;
- per i dispositivi elettronici come tablet, touch screen, tastiere, telecomandi, seguire le istruzioni del produttore. Se non sono disponibili istruzioni del produttore, considerare l'uso di salviette pre-impregnate o panni imbevuti di prodotti a base di alcol etilico al 70%. Asciugare accuratamente le superfici per evitare il ristagno di liquidi (sarebbe opportuno





## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

considerare anche l'impiego di involucri sanificabili o usa e getta, quali sacchetti di plastica monouso, da utilizzare a protezione di tali dispositivi;

- gli attrezzi per la pulizia riutilizzabili (per esempio: secchi, manici ecc.) devono essere dedicate ai diversi ambienti (per esempio: all'interno di carrelli utilizzati per un unico nucleo o per le sole stanze di pazienti con casi sospetti o confermati) e devono essere disinfettanti con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. Le attrezzature e il materiale che entrano in contatto con le superfici deve essere monouso (panni, spugnette, ecc.) e dedicato all'ambiente e all'oggetto della sanificazione (per esempio: panni diversi per i sanitari, per i mobili ecc.).

Il personale che ha effettuato le procedure di pulizia e sanificazione in locali in cui abbia soggiornato o sia stato visitato un caso COVID 19 sospetto o confermato, non va considerato come caso contatto, salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

- **Aree sanitarie che non rientrano nella precedente tipologia** (cioè in assenza di casi COVID-19 sospetti o confermati): la pulizia e la sanificazione devono essere effettuate utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature devono essere gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco-pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso devono essere sanificati con disinfettante a base di cloro secondo modalità analoghe a quanto sopra riportato.

Negli spogliatoi del personale deve essere effettuata una sanificazione con analoghi prodotti e con le modalità sopra descritte ad ogni cambio turno.

Nelle aree comuni (per esempio: palestra) deve essere effettuata una sanificazione con analoghi prodotti almeno con frequenza giornaliera, prestando particolare attenzione agli oggetti che sono toccati più di frequente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte ecc.

- **Ambienti non sanitari:**
  - In cui abbiano soggiornato casi confermati COVID-19 prima di essere ospedalizzati, i luoghi e le aree potenzialmente contaminate da SARS-CoV-2 devono essere sanificati utilizzando, acqua e detergenti comuni e ipoclorito di sodio 0,1%, da utilizzare dopo la fase di pulizia. Per le superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, utilizzare etanolo al 70% dopo pulizia con un detergente neutro. Particolare attenzione nella pulizia deve essere dedicata alle superfici toccate più di frequente (per esempio: rubinetti, sanitari, maniglie ecc.).

Le attrezzature e il materiale utilizzato deve essere monouso (panni, spugnette, ecc.) e dedicato. Nel caso in cui le attrezzature siano riutilizzabili, pur restando dedicate, devono essere decontaminate dopo l'uso con disinfettante a base di cloro. Il carrello delle pulizie non deve essere mai portato all'interno dell'ambiente.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Le pulizie devono essere effettuate da personale che utilizza i DPI previsti per la fase di assistenza a casi COVID sospetti o confermati e nel rispetto delle procedure di vestizione e svestizione dagli stessi. In particolare, è importante che il personale si equipaggi con sovra camice impermeabile, guanti in gomma e mascherina chirurgica. Per la sanificazione degli ambienti è necessario individuare o due diverse squadre di intervento o due diversi tempi di intervento in cui effettuare la rimozione degli effetti lettereci e della biancheria e la sanificazione.

Le pulizie devono essere effettuate da personale che utilizza i DPI previsti per la fase di assistenza a casi COVID sospetti o confermati e nel rispetto delle procedure di vestizione e svestizione dagli stessi. Dopo l'uso i DPI monouso devono essere smaltiti come materiale potenzialmente infetto, mentre quelli riutilizzabili devono essere opportunamente sanificati.

I DPI utilizzati per la pulizia e i rifiuti generati dall'attività (come asciugamani di carta, guanti, maschere, fazzoletti) devono essere smaltiti negli RSP. Modalità analoghe a quelle sopra descritte devono essere seguite per la pulizia e sanificazione delle aree destinate alla vestizione e svestizione dei DPI.

- In cui non abbiano soggiornato casi sospetti o positivi COVID 19, la sanificazione deve essere effettuata utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie, qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature sono gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco-pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso è sanificato con disinfettante a base di cloro.

Indipendentemente dalla tipologia dell'area, sono state diffuse le seguenti indicazioni:

- procedere dalle aree più pulite verso quelle più contaminate, ad esempio:
  - pulire le superfici condivise della stanza prima di passare a quelle dell'area dell'ospite; quindi, pulire le aree e superfici a bassa frequenza di contatto prima di quelle ad alta frequenza;
  - pulire la stanza prima del bagno.
- procedere dall'alto verso il basso per prevenire la ricaduta dei microrganismi su aree precedentemente sanificate; ad esempio, pulire le sponde del letto prima delle gambe; pulire le superfici verticali prima del pavimento, il quale va pulito per ultimo per asportare lo sporco che si è eventualmente depositato;
- non spruzzare in maniera diretta i disinfettanti sopra gli eventuali spandimenti di materiale biologico o sulle superfici, al fine di evitare la formazione di aerosol, ma applicare i disinfettanti sul panno da utilizzare;
- evitare i sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente; come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare: devono essere preferite le metodiche ad umido;
- sono state dedicate attrezzature alla sanificazione di ambienti ad esempio: carrelli pulizie diversi per nucleo o per aree a basso ed alto rischio e differenziazione delle attrezzature dedicate agli spazi destinati ai residenti e al personale (stanze e spogliatoi);



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

- è stata identificata un'area designata per i servizi di pulizia ambientale ed un'area dedicata alla preparazione, lo stoccaggio e il ritrattamento di attrezzature e forniture riutilizzabili per la pulizia;
- è stata identificata un'area separata per la sanificazione delle apparecchiature biomediche e per gli strumenti utilizzati;
- arieggiare i locali durante e al termine della sanificazione, compatibilmente con le necessità e la salvaguardia della salute dei residenti;
- pulire accuratamente e con frequenza maggiore (almeno due volte al giorno) le superfici destinate ad essere toccate più di frequente (per esempio: maniglie, tastiere dei distributori automatici, cornette del telefono, tastiere dei PC) o, nel caso degli alimenti, dove possa esistere un maggior rischio di contaminazione crociata (tra cibi cotti e cibi destinati ad essere consumati crudi).

Riferimento procedura Decontaminazione superfici [ALLEGATO\_2]

### 9.5. Somministrazione pasti

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale legato alle ICA, durante lo sporzionamento e la somministrazione dei pasti, una delle importanti misure di mitigazione del rischio quale l'utilizzo delle mascherine non risulta attuabile, devono essere seguite le seguenti indicazioni:

- il personale che si occupa della somministrazione dei pasti deve essere sensibilizzato rispetto alle buone prassi di lavorazione e alle buone prassi igieniche (che fanno parte della sua formazione specifica) e deve indossare abbigliamento da lavoro e DPI previsti dal piano HACCP (per esempio: cuffia, grembiule protettivo e, ove previsti, guanti) o da eventuali sue integrazioni (per esempio: FFP2);
- la disposizione dei tavoli e delle sedie degli ospiti nelle aree comuni deve essere tale da garantire almeno la distanza di un metro fra gli ospiti durante i pasti (a tal fine può essere opportuno individuare aree aggiuntive, rispetto a quelle normalmente utilizzate);
- tutte le attrezzature utilizzate (per esempio, stoviglie e posate) e le superfici devono essere sanificate al termine di ogni utilizzo, secondo le modalità previste dal piano HACCP e da procedure straordinarie;
- i locali utilizzati devono essere aerati preventivamente e al termine di ogni somministrazione;
- utilizzo, ove necessario, ad esempio caso sospetto o confermato, di materiale monouso e monoporzione (per esempio: stoviglie, posate, ecc.);
- eventuali carrelli per la distribuzione dei pasti non devono essere portati all'interno delle stanze di degenza o in aree potenzialmente contaminate.

### 9.6. Gestione rifiuti

Il percorso dei rifiuti sanitari a rischio infettivo all'interno della Residenza per Anziani avviene in accordo a quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti, indipendentemente dalla tipologia di scenario emergenziale connesso alle ICA verificatosi.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

I rifiuti non a rischio infettivo (per esempio carta monouso, mascherine e guanti utilizzati per le pulizie in ambienti non a rischio infettivo) devono essere chiusi in un doppio sacco e smaltiti come rifiuti indifferenziati.

Di seguito viene descritta la modalità di gestione dei rifiuti nel caso di isolamento per COVID-19.

Qualora si riscontri un caso sospetto o confermato in struttura e se ne predisponga l'isolamento, all'interno della stanza devono essere posizionati:

- un contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (RSP) in plastica all'interno del quale devono essere posizionati due sacchi in plastica uno dentro l'altro;
- un contenitore per aghi e taglienti.

All'interno del RSP devono essere smaltiti tutti i rifiuti, fatta eccezione per aghi e taglienti che hanno un contenitore dedicato, riconducibili all'ospite in isolamento (comprese le stoviglie e i bicchieri monouso, i residui alimentari e i panni utilizzati per la pulizia della stanza) e i DPI utilizzati dal personale sanitario e di assistenza, compreso il personale delle pulizie, che ha operato all'interno della stanza. Per tali rifiuti, considerato l'alto rischio infettivo, non si deve effettuare nessuna forma di raccolta differenziata.

La manipolazione dei rifiuti deve avvenire utilizzando i DPI previsti nelle stanze di isolamento nel rispetto delle pratiche di corretta igiene delle mani. Devono essere, inoltre, adottate le seguenti precauzioni: rispettare, ove presenti, i livelli di riempimento del contenitore e non schiacciare e comprimere i rifiuti.

Al momento in cui si renda necessario lo smaltimento dei rifiuti contenuti nel RSP, l'operatore facendo attenzione a non danneggiarlo, deve prelevare il sacco più interno e provvedere a chiuderlo accuratamente. Il sacco deve poi essere deposto in un contenitore RSP di cartone appositamente preparato all'esterno della stanza (zona pulita). L'operatore deve aver cura di non uscire dalla stanza durante l'operazione e di farsi aiutare da un collega posto all'esterno della stanza per aprire la porta (al fine di non contaminare la maniglia) l'operatore all'esterno deve essere dotato dei seguenti DPI: facciale filtrante FFP2, camice e guanti. L'operatore deve, quindi, procedere a togliere i guanti, effettuare l'igiene delle mani ed indossare un secondo paio di guanti. Al termine delle operazioni di svestizione, all'uscita della stanza provvede alla chiusura del RSP, avendo cura di manipolare il contenitore con guanti puliti al fine di non contaminare la superficie dello stesso ed infine trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

Qualora si renda necessario la sostituzione del contenitore per aghi e taglienti, lo stesso deve essere prelevato dall'operatore e, con le stesse modalità adottate precedentemente, essere posto nel RSP di cartone presente all'esterno della stanza di isolamento. Il contenitore RSP può, in seguito, essere trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

### 9.7 Gestione animali da compagnia

Presso l'A.S.P. vive, in apposito spazio dedicato, un Golden Retriever. Il cane, supervisionato da un educatore cinofilo e dagli educatori professionali in servizio presso la Residenza per Anziani, trascorre le sue giornate all'interno della struttura. In [ALLEGATO\_11] la procedura di gestione del cane in presenza di cluster.



## 10. GESTIONE NUOVI INGRESSI, CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER

### 10.1 Misure di contenimento dell'infezione nelle strutture residenziali per anziani

L'organizzazione deve definire, in relazione alla natura dell'ICA, le misure necessarie alla gestione dei casi sospetti e/o confermati di contagio, al fine di prevenirne la diffusione ad altre persone ed evitare eventuali cluster. In una situazione di emergenza, quale la pandemia da CoViD-19, la risposta dell'organizzazione deve essere rapidamente definita e attuata da tutte le parti interessate in accordo a quanto riportato ai paragrafi seguenti.

L'ASP in collaborazione con il consorzio VIVES attua un monitoraggio attivo dell'insorgenza di febbre e altri segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria e di altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19 nella struttura o nella comunità) tra i residenti e gli operatori.

Viene inoltre eseguito lo screening rapido COVID-19 le cui modalità di gestione sono riportate in Allegato 9 "procedura per l'esecuzione dei tamponi al personale e agli ospiti".

La gestione degli ospiti nelle varie declinazioni:

- Ospiti negativi
- Ospiti con sospetto o positività al COVID-19
- Gestione clinico-assistenziale dell'ospite
- Criteri per eventuale ospedalizzazione
- Accoglimento nuovi ospiti NON-COVID
- Riammissione di ospiti COVID+
- GESTIONE DEL PERSONALE

Avviene secondo le "INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO versione 2-06/04/2020 della Regione FVG (rif. Allegato salvo diverse indicazioni da parte della Task Force) e secondo le Indicazioni operative regionali di cui alla nota prot.n.0022559/P/GEN dd.27/05/2022 della Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità.

### 10.2 Accoglimento di NUOVI OSPITI e gestione RE-INGRESSI

#### 10.2.1 Modalità operative

In ottemperanza a quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30/11/2020, si precisa che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali in cui non sono presenti ospiti Covid-19 positivi (strutture Covid-free). Laddove presenti ospiti positivi l'accoglimento è permesso solo nel caso in cui il modello organizzativo e/o strutturale garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti Covid-19 positivi rispetto a quelli Covid-free, secondo valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e/o con staff differenziato) le aree con ospiti Covid-19 da quelle con ospiti negativi.

La gestione dei nuovi ingressi avviene come da indicazioni del protocollo nazionale declinato e condiviso con l'azione sanitaria locale che lo ha approvato con le seguenti indicazioni:



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

Tipologia Ospite	Indicazioni
Nuovo ospite con protezione vaccinale completa (TERZA DOSE)	<b>NO QUARANTENA</b> Tampone a 0-5 giorni
Nuovo ospite con protezione vaccinale parziale (2 DOSI o 1 DOSE) o non vaccinato ma guarito da infezione (nei 6 mesi precedenti) o non vaccinato	<b>NO QUARANTENA</b> Tampone a 0-3-5-7 giorni Programmazione prima vaccinazione e successive
Ricovero fino a 24h, visita specialistica, visita autorizzata	<b>NO QUARANTENA</b> Tampone a 0-5 giorni
Dimissioni ricovero ospedaliero	<b>NO QUARANTENA</b> Tampone a 0-5 giorni

Eventuali **QUARANTENE PRECAUZIONALI** di nuovi ingressi e/o dimissioni ospedaliere di ospiti saranno valutate di volta in volta dal Coordinatore Infermieristico, sentito il Referente Covid-19, e situati in camere dedicate nei diversi nuclei della struttura, come indicato in planimetria in [ALLEGATO\_7].

- Le stanze dedicate all'isolamento precauzionale saranno stanze singole (o uso singole) con annesso servizio igienico dedicato e saranno scelte di volta in volta in base alle necessità nei rispettivi nuclei a partire dal fondo del nucleo.
- Le stanze saranno identificate da apposito cartello "OSPITE IN ISOLAMENTO".
- Tali camere vengono scelte solitamente a partire dal fondo del nucleo per permettere di ridurre al minimo le interferenze con le altre camere del nucleo e di seguire percorsi distinti di ingresso ed uscita con spazi dedicati, rispettivamente, alla vestizione e svestizione del personale, oltre che dei percorsi sporco-pulito.

### 10.3 L'isolamento di ospite/i COVID 19 positivi

La procedura si applica in caso non sia possibile il trasferimento del paziente in struttura dedicata o per pazienti in stato terminale non trasferibili.

Se si è in presenza di uno o due casi, si applicano le procedure indicate per l'isolamento precauzionale e l'ospite rimane nella propria camera isolato rispetto a tutti gli altri ospiti.

### 10.4 La quarantena o l'isolamento precauzionale

La quarantena o l'isolamento precauzionale si attua nei confronti di un ospite che presenti segni o sintomi che possano suggerire il sospetto di un'infezione da virus SARS-COV 2 e/o che sia "contatto stretto di caso".

Per gli ospiti che accedono al servizio per la prima volta e non siano vaccinati e/o rientrino da reparti ospedalieri considerati ad alto rischio di contagio, sarà di volta in volta valutata un'eventuale quarantena precauzionale.

Le stanze all'atto di utilizzo sono identificate da apposito cartello "OSPITE IN ISOLAMENTO PRECAUZIONALE".

La presenza di operatori dedicati, assicura la permanenza dell'ospite all'interno della propria stanza, durante tutto il periodo previsto dalla normativa.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Si farà riferimento all'Equipe Multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, fisioterapista) e alla redazione di apposito PAI (Piano di Assistenza Individualizzato), per eventuali ospiti con difficoltà cognitive che potrebbero avere difficoltà a rispettare la quarantena. Nella decisione verranno coinvolti anche i familiari.

Nell'ambiente antecedente la vestizione e svestizione vengono collocati tutti i DPI ed il materiale di pulizia ed igiene delle mani necessario agli operatori:

- guanti monouso;
- cuffie;
- mascherine;
- sovrascarpe (o telino con soluzione disinfettante);
- visiera o occhiali;
- tuta /camice monouso di terza categoria;
- erogatore di gel idroalcolico;
- soluzione disinfettante;
- contenitore rifiuti speciali;
- contenitore rifiuti indifferenziati.

Nella camera del paziente vengono collocati i prodotti di pulizia necessari alle cure igieniche del paziente stesso. All'inizio ed al termine di ogni intervento l'operatore provvede ad indossare e rimuovere i DPI.

Ad ogni turno si individuano gli operatori dedicati (o l'operatore in collaborazione con l'infermiere) che si occuperanno degli interventi assistenziali al fine di ridurre il numero di interazioni tra l'ospite e gli operatori. Vengono ottimizzati il numero di accessi alla stanza di degenza concentrando le attività che possono essere svolte in sequenza.

### 10.5 Indicazioni per l'accesso alle zone/locali di isolamento e di isolamento precauzionale

Prima di entrare effettuare la vestizione (come da procedura) e prima di uscire dalla stanza praticare la svestizione (come da procedura).

### 10.6 Gestione aree di lavoro e dispositivi di protezione individuale

L'adozione delle misure di igiene e dei dispositivi di protezione individuale indicati nel presente PIANO DI EMERGENZA è fondamentale.

Ad oggi tutto il personale ASP, VIVES e Sodexò Italia S.p.A. indossa la mascherina FFP2 all'interno della Residenza per Anziani. Il personale Sodexo è autorizzato ad utilizzare mascherina chirurgica nei soli locali del centro cottura.

Tutto il personale è dotato dei DPI previsti secondo le indicazioni dal Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità ed alla valutazione del rischio specifica, in funzione del contesto lavorativo, di cui ai paragrafi successivi.

L'ASP in collaborazione con il Consorzio VIVES vigila, attraverso la propria struttura gerarchica, sul corretto indossamento da parte del personale dei DPI e dei presidi forniti.

Tutti i dispositivi di protezione individuale rispondono ai requisiti richiesti dalla normativa attualmente vigente.

La Direzione dell'ASP e del Consorzio VIVES effettuano, compatibilmente con le disponibilità, un'adeguata programmazione dell'approvvigionamento, in quantità e qualità, dei dispositivi di protezione individuale e di altri prodotti e dispositivi necessari per la prevenzione e controllo della



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

trasmissione del virus SARS COV-2 (mascherine chirurgiche, FFP2, guanti, camici, occhiali/visiere, sovrascarpe, disinfettanti e soluzione idroalcolica, ecc.).

Si raccomandano le procedure di vestizione/svestizione fornite dall'ASFO e riportate nelle infografiche in allegato.

### 10.6.1 CASI ACCOLTI PRESSO AREA CONTATTI-QUARANTENA E SOSPETTI

Dato il continuo evolversi della situazione, le aree all'interno dell'ASP potranno essere modificate e rimodulate in funzione al numero di casi sospetti o contatti stretti.

Per i residenti "contatti stretto di caso (compreso il compagno di stanza)" è necessaria un'attenta e attiva sorveglianza sindromica, fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto, con effettuazione di tampone antigenico rapido al 0-3°-5°-7°-10° giorno.

L'area definita come area isolamento (positivi al tampone rapido, contatti e sospetti) è quella riportata nella planimetria in allegato 7 che verrà aggiornata in funzione all'evolversi della situazione e gestita isolando il nucleo o le stanze, a seconda del n° dei contatti/sospetti e previo confronto con il Dipartimento di Prevenzione.

Vengono evitati, per quanto possibile, percorsi comuni, sia per il personale che per i materiali, da e per le aree CONTATTI. In particolare, vengono identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vengono assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi.

Nell'area/stanze individuate come area contatti-quarantena il Coordinatore Infermieristico e gli Infermieri di struttura collocheranno in autonomia gli Ospiti, nel Nucleo individuato, senza previa autorizzazione del Referente Covid-19 (Direttore Generale).

**Accesso all'area CONTATTI-QUARANTENA:** all'esterno dell'area sarà allestita una postazione con i DPI da indossare per l'accesso secondo la procedura di corretta vestizione riportata nel punto 7, la zona vestizione è riportata in planimetria in allegato.

I DPI da indossare sono quelli indicati in tabella sotto riportata:

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
<b>AREA CONTATTI- QUARANTENA</b>	Operatori sanitari	Assistenza diretta a ospiti	Facciale FFP2 Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature
	Addetti servizio pulizie	Servizio pulizie e sanificazione	Facciale FFP2 Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature





## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
<b>AREA CONTATTI- QUARANTENA</b>	Visitatori* (necessario limitare l'accesso) massimo 15 minuti	Accesso in stanze dei pazienti COVID -19, qualora eccezionalmente permesso	Facciale FFP2 Visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature

(\*) I visitatori non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo deve essere supervisionato da un operatore sanitario.

Il personale dovrà limitare gli accessi al minimo indispensabile.

I farmaci, gli alimenti ed eventuali capi di abbigliamento puliti, dovranno essere posizionati all'esterno dell'area e gestiti dal personale dedicato che provvede alle esigenze assistenziali degli ospiti.

**L'uscita dall'area CONTATTI-QUARANTENA:** il personale in uscita dall'area per qualsiasi esigenza dovrà svestirsi dai DPI sporchi in apposita area indicata in planimetria, seguendo la procedura di corretta svestizione riportata nel punto 7, riporre il materiale sporco nell'apposito contenitore "rifiuto secco", la biancheria sporca va gestita secondo la procedura di "GESTIONE BIANCHERIA SPORCA" in allegato 3 e seguendo i percorsi sporco indicati in planimetria.

### 10.6.2 CASI ACCOLTI PRESSO AREA COVID o ZONA ROSSA

Dato il continuo evolversi della situazione, le aree all'interno dell'ASP potranno essere modificate e rimodulate in funzione al numero casi positivi COVID-19.

L'area definita come area COVID è quella riportata nella planimetria in allegato 7 che verrà aggiornata in funzione all'evolversi della situazione.

Vengono evitati, per quanto possibile, percorsi comuni, sia per il personale che per i materiali, da e per i nuclei COVID. In particolare, vengono identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vengono assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi.

Nell'area COVID verranno isolati gli eventuali casi positivi confermati con test antigenico rapido.

Nell'area individuata come area COVID il Coordinatore Infermieristico e gli Infermieri di struttura collocheranno immediatamente ed in autonomia gli Ospiti, senza previa autorizzazione del Referente Covid-19 (Direttore Generale).

**Accesso all'area COVID:** all'esterno dell'area sarà allestita una postazione con i DPI da indossare per l'accesso secondo la procedura di corretta vestizione riportata nel punto 7, la zona vestizione è riportata in planimetria in allegato.

I DPI da indossare sono quelli indicati in tabella sotto riportata:



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
AREA COVID	Operatori sanitari	Assistenza diretta a ospiti	Facciale FFP2 Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature
	Addetti servizio pulizie	Servizio pulizie e sanificazione	Facciale FFP2 Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature
	Visitatori* (necessario limitare l'accesso) massimo 15 minuti	Accesso in stanze dei pazienti COVID -19, qualora eccezionalmente permesso	Facciale FFP2 Visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature

(\*) I visitatori non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo deve essere supervisionato da un operatore sanitario.

Il personale dovrà limitare gli accessi al minimo indispensabile.

I farmaci, gli alimenti ed eventuali capi di abbigliamento puliti, dovranno essere posizionati all'esterno dell'area e gestiti dal personale dedicato che provvede alle esigenze assistenziali degli ospiti.

**L'uscita dall'area COVID:** il personale in uscita dall'area per qualsiasi esigenza dovrà svestirsi dai DPI sporchi in apposita area indicata in planimetria, seguendo la procedura di corretta svestizione riportata nel punto 7, riporre il materiale sporco nell'apposito contenitore "rifiuto secco", la biancheria sporca va gestita secondo la procedura di "GESTIONE BIANCHERIA SPORCA" in allegato 3 e seguendo i percorsi sporco indicati in planimetria.

### 10.6.3 AREE NON INTERESSATE DA ISOLAMENTO

L'accesso alle aree non destinate all'isolamento da parte di esterni (visitatori, manutentori esterni, fornitori, e da altro personale non facente parte dell'organizzazione aziendale dell'ASP) è consentito nei limiti e nelle modalità previste dall'ALLEGATO 9.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbrì Taliento"

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
<b>AREA NON ISOLAMENTO</b>	Operatori sanitari	Assistenza a ospiti	Facciale FFP2 DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
	Addetti servizio pulizie	Servizio pulizie e sanificazione	Facciale FFP2 DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
	Operatori a scavalco (infermieri, educatori, fisioterapisti, pulizie, addetti servizio lavanderia, addetti servizio ristorazione, manutentore)	Servizio Infermieristico, Educativo, Fisioterapico, Pulizie, Lavanderia, Ristorazione, Manutenzione	Facciale FFP2 DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
	Visitori	Visite ordinarie, MMG.	Facciale FFP2

Come da indicazioni regionali, in presenza di eventuale focolaio epidemico "con insufficiente controllo all'interno della struttura", su disposizione del Referente Covid-19 possono essere sospesi gli accessi di visitatori anche in aree non soggette ad isolamento.

### 10.7 Screening e tamponi diagnostici: tempistica ed attività di esecuzione

Tutti i dipendenti e gli ospiti/utenti della Residenza per Anziani e del Centro Diurno sono sottoposti a screening periodico mediante test antigenico rapido ogni 30 giorni, salvo che la situazione epidemiologica territoriale e/o interna alla struttura non suggerisca una maggiore frequenza. Vanno trasmessi al Dipartimento di Prevenzione esclusivamente i tracciati relativi ai test risultati positivi.

Gli operatori sanitari durante l'attività di esecuzione di tampone oro e rinfaringeo devono indossare i DPI indicati nella tabella sottostante:

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
<b>ATTIVITÀ DI ESECUZIONE TAMPONE ORO E RINOFARINGEO</b>	Operatori sanitari	Esecuzione tampone	Facciale FFP2 Visiera Tuta /camice monouso di terza categoria n. 2 Guanti monouso Cuffia Calzari o sanificazione calzature

Riferimento Procedura per l'esecuzione del tampone a personale ed ospiti [ALLEGATO\_9].

Riferimento Disposizioni da attuare in caso di operatore entrato in contatto con caso confermato Covid-19 [ALLEGATO\_12].



## 11. GESTIONE DELL'OSPITE

### 11.1. Generalità

Il verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA in una Residenza per Anziani, che comporti restrizioni può avere un impatto significativo sui residenti, in particolare per quanto riguarda la sfera cognitiva. Infatti, causa la fragilità dell'ospite presente nella Residenza per Anziani, una condizione di isolamento e di inattività può comportare la perdita di abilità, l'incrinarsi di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Nel caso in cui si presenti la necessità di limitazioni delle attività, degli accessi o degli spostamenti all'interno e/o all'esterno della struttura, l'organizzazione deve garantire la continuità delle attività socioassistenziali, riorganizzando le attività stesse in funzione della natura dell'ICA e delle misure che sono necessarie per la relativa gestione. Nei seguenti sotto paragrafi si riporta un esempio applicativo per la gestione dell'emergenza da CoViD-19.

L'emergenza, come quella del COVID-19, nella persona con disabilità psichica e neurologica, può causare l'interruzione della routine quotidiana e dei rapporti con le persone significative, generando la perdita di abilità, l'incrinarsi di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Questi cambiamenti nell'attività abituale possono sviluppare stati psicologici di depressione e ansia, contribuendo all'aggravarsi dei disturbi comportamentali già presenti in persone con disabilità psichica e neurologica, come le stereotipie, l'aggressività, l'oppositività. Al fine di mitigare tali effetti è importante sostituire alla routine, che non può essere mantenuta, una nuova routine che includa la frequenza dei luoghi consentiti e la pianificazione di attività diverse nel corso della giornata, tenendo a mente le predilezioni della persona.

La presenza delle suddette misure non rappresenta motivo di interruzione o modifica del percorso di riattivazione cognitivo motoria e/o riabilitativo dell'ospite.

Considerata la rilevanza dell'interazione sociale per gli ospiti vengono garantite le attività in palestra e di socializzazione. Viene effettuata una valutazione degli spazi al fine di decidere il numero possibile di ospiti e di operatori che possono partecipare contemporaneamente. Inoltre, deve essere perseguita la possibilità di svolgere le suddette attività in ambienti esterni garantendo la stimolazione cognitivo-sensoriale e l'interazione sociale. Le attività sono pianificate al fine di preservare il distanziamento.

Le attività cognitivo-motorie e di stimolazione sensoriale possono essere effettuate in stanza nel caso di ospiti non collaboranti. In tal caso l'operatore indossa i DPI previsti e fa indossare la mascherina all'ospite qualora non sia possibile rispettare il distanziamento. Eventuali ausili utilizzati (carrozzina, canadesi, ecc.) al termine dell'attività devono essere sanificati.

Devono essere implementate delle idonee procedure d'igienizzazione e sanificazione degli ausili utilizzati alla fine delle attività.

Anche gli Ospiti sono educati da parte di tutto il personale al rispetto all'importanza dell'igiene delle mani, attraverso attività formative e di sensibilizzazione.



## 12. SALUTE E BENESSERE PSICOLOGICO

Al fine di gestire eventuali emergenze di natura psicologica, che richiedono competenze e piani di azione specifici non delegabili ad altre figure professionali, all'interno della Residenza per Anziani è stata strutturata una specifica Unità di Supporto Psicologico che interviene su più fronti:

- fornire supporto psicologico all'anziano ospite;
- fornire supporto psicologico da remoto alla famiglia della persona accolta, accompagnandola verso un riequilibrio tra realtà interna (paure ed emozioni) e realtà esterna riferita;
- garantire l'iter comunicativo efficace, anche per le attività da remoto, tra persona che abita la Residenza per Anziani e la propria famiglia con supervisione dell'attività da parte degli Educatori professionali interni alla struttura;
- fornire supporto psicologico agli operatori della Residenza per Anziani, al fine di prevenire il burnout e, qualora siano identificati campanelli di allarme tra gli operatori, utilizzare strumenti di rilevazione con caratteristiche di attendibilità e validità;
- organizzare attività di supervisione psicologica per tutti gli operatori di struttura, individuale e di gruppo (con modalità da remoto), con una maggiore attenzione ai coordinatori di area. In tali momenti, si deve lavorare nel mantenere il focus sulla normalizzazione delle risposte emotive.

## 13. INCLUSIVITA'

Nel caso di adozione di misure restrittive o di riorganizzazione delle attività, il datore di lavoro deve garantire che all'interno della Residenza per Anziani siano attivate misure finalizzate a garantire l'inclusività, facendo in modo di estendere la partecipazione alle attività, alla gestione della struttura, e l'esercizio dei propri diritti (per esempio: contatto con parenti e caregiver, libertà di culto ecc.) al maggior numero di persone possibili.

Alcune delle misure che sono state attivate consistono nella:

- attivazione di canali di ascolto e comunicazione finalizzati a individuare ansie, problemi e fabbisogni degli ospiti e del personale e a soddisfarli per quanto possibile;
- creazione di spazi destinati al contatto con parenti e visitatori;
- formazione e sensibilizzazione dei lavoratori in merito alla gestione di persone con disabilità, ad esempio, con azioni volte a ridurre difficoltà di comunicazione causate dalle mascherine che rendono impossibile leggere il labiale o dai DPI che possono disorientare l'ospite con difficoltà cognitive;
- definizione, attuazione e verifica di modalità di comunicazione e supporto attivo ad eventuali lavoratori che lavorano da casa, per garantirne la partecipazione alla vita aziendale e ridurre un eventuale senso di isolamento;
- garanzia di accesso a funzioni religiose nel rispetto delle condizioni di sicurezza (anche con il supporto di strumenti informatici, filodiffusione, organizzazione di funzioni all'aperto);
- riorganizzazione delle attività riducendo le possibilità di contagio per eventuali lavoratori per cui siano state riscontrate fragilità;



- dotazione di strumenti informatici che possano ridurre il senso di isolamento (per esempio, videochiamate, accesso a internet) ed individuazione di personale formato per l'utilizzo degli stessi;
- Erogazione del servizio di assistenza spirituale e religiosa secondo protocollo allegato riferimento [ALLEGATO\_14].

## 14. MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE ADOTTATE

Il referente sanitario per la prevenzione e controllo delle ICA deve svolgere un ruolo di supporto e di esempio e deve costantemente ricordare agli operatori e ai residenti l'importanza delle misure preventive e precauzioni relative alle infezioni.

A tale scopo, nel caso del COVID-19, è stato istituito e documentato un monitoraggio sistematico dell'efficacia delle attività di formazione e delle misure adottate mediante osservazione in campo e somministrazione di test di apprendimento almeno sui seguenti temi:

- igienizzazione delle mani;
- etichetta respiratoria (che consiste in: coprirsi bocca e naso durante gli starnuti o la tosse utilizzando fazzolettini di carta o, in mancanza d'altro, la manica del proprio vestito, eliminare il fazzolettino di carta nel più vicino raccoglitore di rifiuti, praticare l'igiene delle mani subito dopo con lavaggio o utilizzo di soluzione idroalcolica);
- precauzioni di isolamento;
- modalità di sanificazione;
- gestione alimenti e farmaci;
- gestione rifiuti.

Analogamente è documentato un processo di verifica di attuazione del monitoraggio delle azioni previste dalle disposizioni legislative vigenti e del corretto utilizzo dei DPI sia da parte del personale che delle aziende terze che operano a qualunque titolo nel perimetro aziendale. Gli esiti dell'attività di vigilanza e controllo sopra descritte devono essere registrate in verbali di audit che devono evidenziare i successi, gli insuccessi e i punti di forza e debolezza rispetto all'organizzazione aziendale e registrate al protocollo aziendale.



## Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"

### ALLEGATI

[ALLEGATO 1 – COMUNICAZIONE FORNITORI](#)

[ALLEGATO 2 – PROCEDURA DECONTAMINAZIONE DELLE SUPERFICI](#)

[ALLEGATO 3- GESTIONE BIANCHERIA SPORCA](#)

[ALLEGATO 4 – INFOGRAFICHE E PROCEDURE DPI](#)

[ALLEGATO 5 - INDICAZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER L'EMERGENZA COVID-19  
NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI – AGGIORNAMENTO VERSIONE 2-06/04/2020  
DELLA REGIONE FVG](#)

[ALLEGATO 6 – PLANIMETRIA INGRESSI/USCITE E SPOGLIATOI PERSONALE](#)

[ALLEGATO 7 – PLANIMETRIE DEI LOCALI CON AREE COVID, CONTATTI-QUARANTENA,  
PERCORSI SPORCO-PULITO](#)

[ALLEGATO 8 – PROTOCOLLO PER LE VISITE E USCITE OSPITI INDICAZIONI OPERATIVE PER LE  
VISITE PROTETTE](#)

[ALLEGATO 9 – PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DEI TAMPONI AL PERSONALE E AGLI OSPITI](#)

[ALLEGATO 10 – PROCEDURA MODALITÀ SVOLGIMENTO PAUSE](#)

[ALLEGATO 11 – SARS COV – 2 E ANIMALI DA COMPAGNIA: RACCOMANDAZIONI E  
INDICAZIONI OPERATIVE](#)

[ALLEGATO 12 – DISPOSIZIONI DA ATTUARE NEL CASO DI OPERATORE ENTRATO IN  
CONTATTO CON CASO CONFERMATO COVID-19](#)

[ALLEGATO 13 – PROCEDURA VERICA GREEN PASS](#)

[ALLEGATO 14 – PROTOCOLLO SERVIZIO DI ASSISTENZA SPIRITUALE E RELIGIOSA](#)

[ALLEGATO 15 – LISTA DI DISTRIBUZIONE](#)



## BIBLIOGRAFIA

[19/04/2020 Rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020](#)

Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti [21/05/2021 ORDINANZA Ministero della Salute](#)  
Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro.

[08/05/2021 ORDINANZA Ministero della Salute](#)

Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 - Modalita' di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale.

[07/07/2020- Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020](#)

Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2

[03/05/2020 - Rapporto ISS COVID-19 n. 21/2020](#)

Guida per la prevenzione della contaminazione da legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive ed altri edifici ad uso civile ed industriale non utilizzati durante la pandemia

[29/04/2020 CIRCOLARE del Ministero della Salute n. 14915](#)

Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività

[13/07/2020 - Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020](#)

Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico chirurgici e biocidi

[24/04/2020 - Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID -19 negli ambienti di lavoro sottoscritto dal Ministro dell'Economia, dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2](#)

[24/08/2020 Rapporto ISS COVID-19 n. 04/2020](#)

Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie

[25/05/2020 - Rapporto ISS COVID-19 n. 05/2020 rev. 2](#)





Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2

[10/05/2020 - Rapporto ISS COVID-19 n. 02/2020 rev. 2](#)

Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2

[08/05/2020 – Ministero della Salute rif. 0015280-DGPRES-DGPRES-P](#)

Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione

[07/04/2020 Rapporto ISS COVID-19 n. 10/2020](#)

Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2

[06/04/2020 COMUNICATO del Ministero della Salute](#)

Procedure di autorizzazione alla commercializzazione e alla produzione di prodotti disinfettati in Italia (PT1/PT2) - Immissione in commercio disinfettanti

[29/03/2020 - Rapporto ISS COVID-19 n. 07/2020](#)

Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2

[09/03/2020 Circolare del Ministero della Salute n° 7922](#)

COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso

[2020 Lowe R. Select effective disinfectants for use against the coronavirus that causes COVID-19. Infection Control Today; 2020.](#)

[2019 - ISO 14476:2019 UE. Chemical disinfectants and antiseptics - Quantitative suspension test for the evaluation of virucidal activity in the medical area - Test method and requirements \(Phase 2/Step 1\). Geneva: International Organization for Standardization.](#)

[2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings - \[Last update: July 2019\]](#)

[2018 – Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections in All Health Care Settings, 3rd Edition](#)

[2018 PROTOCOLLO OPERATIVO AIISA revisione 01<sup>27</sup>](#)



2017.05.22 – Legge n. 81

Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato.

27/04/2016 Regolamento europeo n.679

General Data Protection Regulation

2016 - U.S. Environmental Protection Agency. Guidance to registrants: process for making claims against emerging viral pathogens not on EPA-registered disinfectant labels. Washington, DC, EPA; 2016.

2015 – Ministero della salute – pubblicata il 13 maggio 2015

Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi

2011 - Hulkower RL, Casanova LM, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Inactivation of surrogate coronaviruses on hard surfaces by health care germicides. American Journal of Infection Control 2011;39(5):401-7.

09/04/2008 - D.lgs.n.81 e s.m.i.

Testo Unico per la Salute e la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

15/07/2003 - D.P.R. n.254

Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179.

Decreto del 7 luglio 1997, n. 274

Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione

Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2021

Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2. Versione del 18 aprile 2021.

## Gestione del rischio clinico



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

# Indicazioni per la Sorveglianza dei Microrganismi Sentinella



Direzione centrale salute,  
integrazione sociosanitaria,  
politiche sociali e famiglia

Edizione novembre 2014

<b>REDAZIONE, COORDINAMENTO, VERIFICA, APPROVAZIONE, DISTRIBUZIONE</b>	
REDAZIONE	Giancarlo Basaglia (IRCCS CRO - Aviano) Marina Busetti (AOU "Ospedali Riuniti"- Trieste) Alessandro Camporese (AOPN "Santa Maria degli Angeli") Francesco Fontana (ASS n°2 "Isontina") Claudio Scarparo (AOU UD "Santa Maria della Misericordia") Fabrizio Pistola (ASS n°4 "Medio Friuli")
COORDINAMENTO	Luca Arnoldo (Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche - Università degli Studi di Udine) Silvio Brusaferrò (Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche - Università degli Studi di Udine, AOU UD "Santa Maria della Misericordia") Giovanni Cattani (Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche - Università degli Studi di Udine) Barbara Lavia (Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia) Giuseppe Tonutti (Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia) Gruppo Risk Manager Aziendali - Regione Friuli Venezia Giulia
VERIFICA	Silvio Brusaferrò (Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche - Università degli Studi di Udine, AOU UD "Santa Maria della Misericordia")
APPROVAZIONE	Giuseppe Tonutti (Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia)
LISTA DI DISTRIBUZIONE	Direzioni Generali degli Enti Del Servizio Sanitario Regionale
DISPONIBILE ON-LINE	Sito web Regione Friuli Venezia Giulia - Rischio clinico

<b>STATO DELLE REVISIONI</b>						
NUMERO	0	1	2	3	4	5
DATA	20 Novembre 2014					

## Indice

Acronimi	pag. 4
Messaggi chiave	pag. 5
Introduzione	pag. 6
Scopo del documento	pag. 6
Indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi sentinella nella regione Friuli Venezia Giulia	pag. 6
Tabella 1. Microrganismi sentinella	pag. 7
Ruolo del laboratorio di microbiologia	pag. 8
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR	pag. 9
<i>Aspergillus</i> spp.	pag. 10
Bacilli Gram negativi non fermentanti MDR o XDR	pag. 11
Enterobatteri resistenti ai carbapenemi	pag. 12
Enterobatteri produttori di ESBL	pag. 13
<i>S.aureus</i> meticillino-resistente (MRSA)	pag. 14
<i>Staphylococcus aureus</i> meticillino resistente (MRSA) con ridotta sensibilità o resistente ai glicopeptidi	pag. 15
Enterococchi Vancomicina-resistenti (VRE)	pag. 16
<i>Clostridium difficile</i> produttore di tossine	pag. 17
<i>Legionella pneumophila</i>	pag. 18
Mycobacterium tuberculosis complex	pag. 19
Caratteristiche dei microrganismi alert ed interventi da adottare	pag. 20
Tabella 2. Gestione del rischio collegato ad alert organisms e possibili interventi	pag. 20
Tabella 3. Elenco degli alert organisms e gestione delle segnalazioni	pag. 23
Tabella 4. Note al referto	pag. 24
Bibliografia	pag. 26

## Acronimi

MDRO	Multi Drug Resistant Organisms (microrganismi resistenti ad almeno uno degli antibiotici di tre o più famiglie diverse)
XDR	extensively drug-resistant: resistenza ad almeno un antibiotico di tutte tranne due classi diverse (i batteri sono sensibili solamente ad una o due classi di antibiotici)
ESBL	Beta lattamasi a spettro esteso
CRE	Enterobatteri resistenti ai carbapenemi
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> meticillino-resistente
VRE	Enterococchi resistenti alla vancomicina
MIC	Minima Concentrazione Inibente
ICA	Infezioni Correlate all'assistenza
SSR	Sistema Sanitario Regionale
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
BAL	Lavaggio broncoalveolare
GDH	Glutammato deidrogenasi (antigene di C.difficile)
EUCAST	European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing
NAAT	Test di amplificazione degli acidi nucleici

## Messaggi chiave

- Un sistema di sorveglianza attiva per l'identificazione dei microrganismi sentinella è indispensabile per prevenirne la diffusione e ridurre il rischio di epidemie, associato ad una tempestiva adozione: a) delle appropriate misure di controllo ed identificazione delle fonti e dei meccanismi di trasmissione; b) di efficaci misure di prevenzione.
- È stata definita una lista minima di microrganismi che devono essere sempre inclusi in tutti i sistemi di sorveglianza; sulla base di specifici quadri epidemiologici aziendali e/o di singole strutture la lista può venire arricchita a livello locale nell'ambito di specifici protocolli di prevenzione.
- Per ogni tipologia di microrganismi sentinella utili va comunque effettuata una valutazione del rischio e definiti gli interventi da adottare con specifici protocolli aziendali.
- Il Laboratorio di Microbiologia ha un ruolo fondamentale nel fornire indicazioni specifiche mediante l'utilizzo di note al referto e la tempestiva segnalazione alle strutture sanitarie e di degenza ed alla direzione, per permettere di attivare le opportune misure di controllo.

## **Introduzione**

Si definiscono microrganismi “alert” o “sentinella” una serie di microrganismi rilevanti sotto il profilo epidemiologico, in grado di diffondersi rapidamente, o portatori di resistenze multiple agli antibiotici. L'aumentata frequenza di isolamento di questi microrganismi è legata all'elevato uso di antibiotici ed all'incremento nell'utilizzo di presidi invasivi, particolarmente in reparti ospedalieri con pazienti ad alto rischio, quali Terapie Intensive, Oncoematologia, Centri trapianti, ma anche in strutture extra-ospedaliere, quali ad esempio RSA. Il rischio è legato alla mortalità più elevata delle infezioni da MDRO e/o alla rapida disseminazione, con rischio di epidemie nosocomiali.

Una volta introdotto in una struttura, la trasmissione e la persistenza di un microrganismo alert è legata alla presenza di pazienti vulnerabili, alla pressione selettiva degli antibiotici, al numero di pazienti colonizzati o infetti ed alla aderenza alle misure di prevenzione e controllo.

Un sistema di sorveglianza attiva per l'identificazione dei microrganismi sentinella è indispensabile per prevenirne la diffusione e ridurre il rischio di epidemie, associato ad una tempestiva adozione: a) delle appropriate misure di controllo ed identificazione delle fonti e dei meccanismi di trasmissione; b) di efficaci misure di prevenzione.

## **Scopo del documento**

Questo documento è rivolto ai Laboratori di Microbiologia ed ai Responsabili dei Programmi di prevenzione e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza della regione FVG, con l'obiettivo di fornire indicazioni operative comuni e standard di riferimento per l'attivazione o il miglioramento della sorveglianza dei patogeni sentinella, in modo che in tutte le articolazioni del SSR vengano adottati e garantiti standard omogenei di qualità, sicurezza ed appropriatezza .

## **Indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi sentinella nella regione Friuli Venezia Giulia**

Nella lista di microrganismi sentinella devono essere compresi microrganismi di rilievo epidemiologico e MDRO correlati ad elevata mortalità (*Acinetobacter baumannii* MDR, CRE) per i quali sono possibili azioni di controllo efficaci. Sulla base dei dati di letteratura e della



situazione epidemiologica dei patogeni sentinella nella regione Friuli Venezia Giulia, è stata definita una lista minima di microrganismi che devono essere sempre inclusi in tutti i sistemi di sorveglianza.

Sulla base di specifici quadri epidemiologici aziendali e/o di singole strutture la lista può venire arricchita. Vengono indicati anche alcuni patogeni aggiuntivi la cui sorveglianza è da valutare a livello locale nell'ambito di specifici protocolli di prevenzione.

Non sono compresi nel presente elenco microrganismi di rilevanza clinica ed epidemiologica già soggetti a notifica obbligatoria (*Neisseria meningitidis*, *Salmonella* spp, *Vibrio cholerae*, *Corynebacterium diphtheriae*, ecc)

L'elenco dei microrganismi sentinella è riportato in Tabella 1.

Tabella 1: Microrganismi sentinella

**Elenco di microrganismi che devono essere sempre inclusi in tutti i sistemi di sorveglianza:**

- *Mycobacterium tuberculosis* complex (isolato da materiale respiratorio)
- *Clostridium difficile* produttore di tossine
- *Legionella pneumophila* (infezioni correlate all'assistenza, probabili o certe)

Batteri con particolari profili di resistenza:

- *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA)
- *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) con ridotta sensibilità ai glicopeptidi
- *Enterococcus faecalis* ed *Enterococcus faecium* resistenti alla vancomicina (VRE)
- Bacilli Gram negativi non fermentanti (*Pseudomonas* spp., *Burkholderia* spp, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter* spp., ecc.) MDR o XDR
- Enterobatteri produttori di ESBL
- Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)
- *Aspergillus* spp in pazienti immunocompromessi

**Patogeni aggiuntivi la cui sorveglianza è da valutare a livello locale nell'ambito di specifici protocolli di prevenzione:**

- Virus Respiratorio Sinciziale (RSV)
- Rotavirus in Neonatologia
- Norovirus
- Virus del Morbillo
- Varicella Zoster Virus (VZV)

## **Ruolo del laboratorio di microbiologia**

La sorveglianza dei patogeni sentinella coinvolge in primo luogo i Laboratori di Microbiologia, che hanno il compito di utilizzare i più aggiornati standard per la diagnosi dei microrganismi ad elevata diffusibilità e l'individuazione dei meccanismi di antibioticoresistenza, in particolare quelli nuovi o emergenti. Va comunque sottolineata l'importanza dell'inserimento della sorveglianza all'interno dei programmi aziendali di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, nei quali il Microbiologo riveste un ruolo fondamentale.

E' compito del Laboratorio di Microbiologia comunicare la presenza dei microrganismi alert, (vedi tabella 2) a:

- reparto che ha inviato il campione,
- gruppo operativo per il controllo del rischio infettivo e/o Direzione Sanitaria.

La segnalazione potrà avvenire ordinariamente via posta elettronica ad uno o più indirizzi predefiniti per reparto. La comunicazione del dato dovrà essere anticipata telefonicamente dal personale della Microbiologia con procedura read-back.

Nella comunicazione sarà riportata la dicitura PROTOCOLLO ALERT, con le seguenti informazioni:

- struttura di invio del campione
- materiale inviato
- nome e cognome paziente
- data di nascita del paziente
- n di riferimento del campione
- data di invio del campione
- tipo di microrganismo alert

Di seguito vengono fornite indicazioni operative per la rilevazione e la segnalazione dei microrganismi sentinella da parte dei Laboratori di Microbiologia.

Si raccomanda inoltre la conservazione degli isolamenti di particolare rilevanza epidemiologica (cluster, epidemie, particolari profili di antibioticoresistenza) ed eventuale invio ad un laboratorio di riferimento.

## **Acinetobacter baumannii MDR**

### **Esame colturale:**

Per isolamento ed identificazione di *Acinetobacter baumannii* sono adeguate le procedure standard; sono disponibili, ma non sono indispensabili, terreni selettivi e differenziali.

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluzione in brodo in caso di infezioni invasive (sepsi, meningiti) e polmonari accertate (da campione profondo).

### **Standard per la refertazione:**

- Campione diagnostico: il referto va interpretato sulla base della clinica; inserire una nota al referto (almeno per campioni di urine, lesioni cutanee e ulcere, espettorato e tracheoaspirato) riportante "Presenza di *Acinetobacter baumannii* multi-resistente: un trattamento antibiotico è indicato solamente in presenza di infezione accertata. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo".

- Colture di sorveglianza: l'esecuzione dell'antibiogramma, sebbene non necessaria, può essere utile nell'ambito di una sorveglianza epidemiologica; se refertato, inserire una nota esplicativa riportante "Colonizzazione da *Acinetobacter baumannii* multi-resistente: non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo".

## ***Aspergillus spp.***

Fungo ubiquitario, presente nell'ambiente, specie in corso di lavori edili e ristrutturazioni, può essere contaminante nelle colture in laboratorio. Patogeno opportunista, particolarmente in pazienti immunocompromessi; il suo riscontro ha valore solamente se isolato da campioni profondi (ad esempio BAL).

### ***Standard diagnostici:***

Esame colturale, ricerca dell'antigene galattomannano su siero o BAL (test utilizzato anche su liquido pleurico e liquido cefalorachidiano ma non validato su questi materiali), RT-PCR su BAL e/o sangue.

L'isolamento in coltura può essere difficoltoso, specie nelle forme sistemiche (i sistemi per emocoltura non sono adeguati). La diagnosi di infezione sistemica può essere effettuata mediante la ricerca dell'antigene galattomannano su campioni di siero (almeno 2 campioni positivi) e/o mediante RT-PCR su sangue.

### ***Standard per la refertazione:***

Il referto va interpretato sulla base della clinica; inserire una nota al referto: "Non è indicato alcun trattamento in assenza di infezione. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

**Bacilli Gram negativi non fermentanti (*Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas* spp., *Burkholderia* spp., *Stenotrophomonas maltophilia*) MDR o XDR**

***Esame colturale:***

Per isolamento ed identificazione sono adeguate le procedure standard.

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluzione in brodo in caso d'infezioni invasive (sepsi, meningiti) e polmonari accertate (da campione profondo).

***Standard per la refertazione:***

- Campione diagnostico: il referto va interpretato sulla base della clinica; inserire una nota al referto "Presenza di ..... multi-resistente (o XDR): un trattamento antibiotico è indicato solamente in presenza di infezione accertata. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

## Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

### **Esame colturale:**

Per l'isolamento ed identificazione sono adeguate le procedure standard; per la ricerca dei portatori sono disponibili, ma non indispensabili, terreni selettivi e differenziali.

La produzione di carbapenemasi va sospettata in presenza di una ridotta sensibilità al meropenem ( $MIC \geq 0.5$  mg/L). Vanno eseguiti test di conferma fenotipica mediante test di sinergia, dove il microrganismo è testato nei confronti di un carbapenemico in presenza di inibitori delle carbapenemasi quali EDTA o acido dipicolinico (per MBL) ed acido boronico (per KPC) in disco-combinazione/disco-approssimazione. Sono raccomandati test di conferma molecolari che permettono l'identificazione rapida dei determinanti di resistenza (KPC, VIM, IPM, NDM-1 OXA-48) soprattutto in caso di sospette epidemie o in assenza di test fenotipici specifici per alcune carbapenemasi.

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluzione in brodo in caso d'infezioni invasive (sepsi, meningiti) e polmonari accertate (da campione profondo).

### **Standard per la refertazione:**

- Campione diagnostico: poiché in alcuni isolati produttori di carbapenemasi le MIC di alcuni carbapenemi possono rientrare nel range di sensibilità, aggiungere al referto dell'antibiogramma la nota: "Ceppo produttore di carbapenemasi; la terapia con carbapenemi potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace anche se "in vitro" il ceppo appare sensibile a questi farmaci. Nel caso in cui si intendano utilizzare tali farmaci si raccomanda una preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

- Colture di sorveglianza: l'esecuzione dell'antibiogramma sebbene non necessaria può essere utile a scopo epidemiologico; se refertato, inserire una nota esplicativa riportante: "Colonizzazione da *Klebsiella pneumoniae* o CRE produttore di carbapenemasi: non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

## Enterobatteri produttori di ESBL

### **Esame colturale:**

Per l'isolamento ed identificazione sono adeguate le procedure standard; i sistemi automatici permettono di valutare con buona sensibilità e specificità la produzione di ESBL, senza necessità di test di conferma.

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluzione in brodo in caso di infezioni invasive (sepsi, meningiti) e polmonari accertate (da campione profondo).

### **Standard per la refertazione:**

In caso di positività l'interpretazione categorica della sensibilità alle cefalosporine a spettro esteso non va modificata (anche se corrisponde alla categoria sensibile), come da indicazioni EUCAST, ma si raccomanda di segnalare nel referto la presenza del meccanismo di resistenza e le possibili implicazioni cliniche ed epidemiologiche, inserendo una nota esplicativa riportante: "Ceppo produttore di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL); ad eccezione dei carbapenemi, la terapia con beta-lattamici (incluse cefalosporine a spettro esteso, aztreonam e combinazioni con inibitori) potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace nelle infezioni non urinarie, anche se in vitro il ceppo appare sensibile. Nel caso in cui si intendano utilizzare tali farmaci si raccomanda preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica. I ceppi produttori di ESBL possono causare epidemie intraospedaliere; si raccomanda l'adozione di procedure di controllo delle infezioni per limitarne la diffusione."

## **S.aureus meticillino-resistente (MRSA)**

### **Esame colturale:**

Per l'isolamento ed identificazione sono adeguate le procedure standard; per la ricerca dei portatori sono disponibili, ma non indispensabili, terreni selettivi e differenziali, e metodi molecolari (RT-PCR).

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluizione in brodo in caso d'infezioni invasive (sepsi, meningiti) e polmonari accertate (da campione profondo).

### **Standard per la refertazione:**

- Campione diagnostico: aggiungere al referto dell'antibiogramma la nota: "S. aureus meticillino-resistente (MRSA): il risultato di oxacillina predice il risultato di Cefalosporine, Carbapenemi e Betalattamine+inibitori. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

- Colture di sorveglianza (tampone nasale): l'esecuzione dell'antibiogramma sebbene non necessaria può essere utile a scopo epidemiologico nell'ambito di specifici protocolli aziendali; se refertato, inserire una nota esplicativa riportante: "Colonizzazione da S. aureus meticillino-resistente (MRSA): un trattamento antibiotico locale (mupirocina) è indicato solamente nell'ambito di protocolli aziendali definiti in pazienti a rischio. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."



## ***Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA) con ridotta sensibilità o resistente ai glicopeptidi**

La resistenza di *S. aureus* a vancomicina (MIC >2 mg/L) o ai glicopeptidi in generale è poco frequente. Di recente è stato segnalato un aumento della frequenza di *S. aureus* meticillino resistente con MIC=2 per Vancomicina e Teicoplanina, valore ancora all'interno del range di sensibilità. Questo fenomeno è denominato "MIC creep"; questi isolati sono associati a fallimento terapeutico in vivo e ad aumento della mortalità, almeno nelle infezioni sistemiche.

### **Standard diagnostici:**

Per l'antibiogramma è raccomandato utilizzare una metodica in grado di saggiare le MIC (Minima Concentrazione Inibente) in microdiluzione in brodo almeno sui microrganismi isolati in corso di infezioni gravi da MRSA (polmoniti, sepsi, endocarditi, osteomieliti).

Nota importante: viene fortemente raccomandata l'adozione di metodiche in microdiluzione che rappresentano il gold standard, poiché le MIC ottenute utilizzando strip con gradiente di antibiotico (Etest) risultano maggiori di 0,5-1 diluizione rispetto ai risultati in microdiluzione.

### **Standard per la refertazione:**

In caso di *S. aureus* con MIC per vancomicina =2, si raccomanda di segnalare nel referto le possibili implicazioni cliniche, inserendo una nota esplicativa riportante: "Attenzione: il valore di MIC di vancomicina rilevato, pur nell'ambito della sensibilità in vitro, potrebbe non consentire un'attività antimicrobica sicuramente efficace del farmaco nel sito di infezione."

## Enterococchi Vancomicina-resistenti (VRE)

*Enterococcus faecium* o *Enterococcus faecalis* con MIC vancomicina >4 mg/L.

### **Esame colturale:**

Per l'isolamento ed identificazione sono adeguate le procedure standard; per la ricerca dei portatori sono disponibili, ma non indispensabili, terreni selettivi (piastre di Brain Heart Infusion agar con vancomicina 6 mg/l) e differenziali.

Antibiogramma: è raccomandato utilizzare una metodica con MIC (Minima Concentrazione Inibente), mediante microdiluizione in brodo con lettura dopo 24 ore. Nel caso si utilizzino metodi di diffusione in agar, ispezionare accuratamente per la ricerca di microcolonie.

### **Standard per la refertazione:**

Campione diagnostico: si raccomanda di segnalare nel referto la presenza del meccanismo di resistenza e le possibili implicazioni cliniche, inserendo una nota esplicativa riportante: "*Enterococchi vancomicina resistenti (VRE)*: meccanismo di resistenza ad alto rischio di diffusibilità. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

Colture di sorveglianza: l'esecuzione dell'antibiogramma sebbene non necessaria può essere utile a scopo epidemiologico; se refertato, inserire una nota esplicativa riportante: "Colonizzazione da *Enterococchi vancomicino-resistenti* o VRE: non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo."

## ***Clostridium difficile* produttore di tossine**

Effettuare la ricerca di *C. difficile* produttore di tossine in tutti i casi di diarrea nosocomiale e per i pazienti che giungono all'ospedale con diarrea acquisita in comunità; il test va eseguito esclusivamente su campioni di feci diarroiche, salvo nei rari casi di ileo paralitico.

### **Test diagnostici di laboratorio:**

prevedono o l'utilizzo di due metodi in sequenza, di cui il primo più sensibile (ricerca dell'antigene GDH) e successiva conferma dei positivi mediante ricerca delle tossine A e B (più specifica), o l'uso di metodiche di Amplificazione di acidi nucleici (NAAT) quali PCR Real Time.

Non è raccomandato effettuare test di ricerca su campioni di feci di pazienti asintomatici o dopo terapia a conferma della guarigione. Ripetere i test solo nel caso in cui si sospetti una recidiva a distanza di almeno un mese dal primo episodio già accertato.

In caso di outbreak, conservare i campioni di feci di tutti i casi positivi rilevati per poterli sottoporre a coltura, a livello locale o in un laboratorio di riferimento, e tipizzare retrospettivamente, se necessario.

Il laboratorio deve essere in condizioni di eseguire il test sette giorni su sette.

### **Standard per la refertazione:**

si raccomanda di segnalare nel referto la presenza di *C. difficile* produttore di tossine e le possibili implicazioni cliniche, inserendo una nota esplicativa riportante: "Microrganismo ad alto rischio di diffusibilità. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo; fare riferimento al protocollo aziendale ..."

## ***Legionella pneumophila***

### **Test diagnostici di laboratorio:**

Prevedono l'utilizzo di uno dei seguenti metodi:

- individuazione di *Legionella* spp. all'esame colturale di secrezioni respiratorie, tessuto polmonare o sangue.
- dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi al sierogruppo 1 o ad altri sierogruppi della *Legionella pneumophila* o di altre specie di *Legionella* spp.
- individuazione dell'antigene specifico della *Legionella pneumophila* tipo 1 nelle urine.
- metodi molecolari (Real Time PCR) da campioni respiratori.
- solo a eventuale conferma della ricerca diretta, o in caso di forte sospetto clinico e negatività dei test diagnostici diretti: dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi al sierogruppo 1 o ad altri sierogruppi della *Legionella pneumophila* o di altre specie di *Legionella* spp.

### **Standard per la refertazione:**

Si raccomanda di segnalare nel referto la presenza di *Legionella* spp e le possibili implicazioni di sanità pubblica, inserendo una nota esplicativa riportante: "Si è proceduto a comunicare l'isolamento di *Legionella pneumophila* alle autorità sanitarie preposte all'attivazione delle procedure di vigilanza e verifica delle possibili fonti del microrganismo."

## ***Mycobacterium tuberculosis complex***

### **Test diagnostici di laboratorio:**

Prevedono l'utilizzo di uno o più dei seguenti metodi:

- esame microscopico con colorazioni specifiche (Auramina-Rodamina e/o Ziehl-Neelsen) dopo decontaminazione e centrifugazione del materiale respiratorio
- esame colturale sia in terreno liquido che in terreno solido
- identificazione con metodiche molecolari da isolato in coltura
- test di sensibilità ai farmaci di prima ed eventualmente a quelli di seconda linea in terreno liquido.
- metodi molecolari (Real Time PCR) direttamente sul campione biologico.
- la presenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) all'esame microscopico deve essere seguita dalla conferma con metodi molecolari rapidi della presenza nel campione biologico di *M. tuberculosis complex*.

### **Standard per la refertazione:**

Vanno segnalati con referto preliminare:

- l'esame microscopico positivo e conferma con metodica molecolare della presenza di *M. tuberculosis complex* nel campione biologico;
- l'esame colturale positivo ed identificazione di *M. tuberculosis complex*.
- nel referto definitivo con identificazione e test di sensibilità, devono essere indicati i farmaci saggiati ed il rispettivo breakpoint utilizzato per ciascun farmaco (es: Isoniazide 0,1 ug/ml = S).
- in caso di ceppo MDR (resistenza ad almeno Isoniazide e Rifampicina) inserire nota al referto: "Isolato di *M. tuberculosis complex* MDR, per l'approccio terapeutico si consiglia di consultare un esperto di terapia antitubercolare. Fare riferimento al protocollo aziendale ....". In questo caso sarebbe opportuno inviare il ceppo per un test di sensibilità ai farmaci di seconda scelta ad un Centro di Riferimento.
- in caso di ceppo XDR (resistenza ad almeno Isoniazide e Rifampicina e resistente anche a fluorochinoloni, Amikacina, Kanamicina e Capreomicina) inserire nota al referto: "Isolato di *M. tuberculosis complex* XDR, per l'approccio terapeutico si consiglia di consultare un esperto di terapia antitubercolare. Fare riferimento al protocollo aziendale ...."

## Caratteristiche dei microrganismi alert ed interventi da adottare

Verranno di seguito indicate alcune caratteristiche dei microrganismi sentinella utili per una valutazione del rischio e gli interventi da adottare (Tabella 2) ed una tabella sintetica sulle modalità di segnalazione (Tabella 3). Nella tabella 4 sono riassunte le note da inserire nei referti.

Tabella 2: Gestione del rischio collegato ad alert organisms e possibili interventi.

Microrganismo sentinella	Caratteristiche e livello di rischio	Interventi da adottare
<i>Aspergillus</i> spp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarsa conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Elevata diffusibilità in rapporto a fattori ambientali (lavori edili).</li> <li>• Infezioni gravi in pazienti a rischio (immunodepressi).</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto, tipo di struttura di accoglimento del paziente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Notifica al CIO solo in caso di infezione in reparti a rischio e/o outbreak.</li> </ul>
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meccanismo di resistenza ancora poco conosciuto.</li> <li>• Scarsa conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Elevata diffusibilità in relazione ai comportamenti degli operatori</li> <li>• Persistenza nell'ambiente.</li> <li>• Elevato numero di contatti colonizzati</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione o colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Necessaria l'immediata notifica al CIO e adozione di precauzioni standard e da contatto, isolamento in stanza singola o per coorte, corretta igiene delle mani, disinfezione ambientale, segnalazione in cartella (fare riferimento al protocollo regionale).</li> </ul>
Bacilli Gram negativi non fermentanti ( <i>P.aeruginosa</i> , <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Burkholderia</i> spp., <i>S.maltophilia</i> ) MDR o XDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata diffusibilità, soprattutto in caso di mancata adesione alle precauzioni universali.</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Nessuna notifica al CIO, salvo in caso di infezione in reparti a rischio e/o outbreak o ceppo XDR.</li> <li>• Isolamento in stanza singola o per coorte solo in contesti ad elevata criticità o dove fattori epidemiologici (bassa incidenza) e/o organizzativi lo consentano.</li> </ul>

<p>Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meccanismo di resistenza ancora poco conosciuto/poco frequente.</li> <li>• Scarsa conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Elevata diffusibilità in relazione ai comportamenti degli operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Necessaria l'immediata notifica al CIO e adozione di precauzioni standard e da contatto, isolamento in stanza singola o per coorte, disinfezione ambientale (fare riferimento al protocollo regionale).</li> <li>• In caso di sepsi: segnalazione come da circolare Ministero della Salute del 2013.</li> </ul>
<p>Enterobatteri produttori di ESBL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata diffusibilità, soprattutto in caso di mancata adesione alle precauzioni standard.</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Nessuna notifica al CIO, salvo in caso di outbreak.</li> <li>• Isolamento in stanza singola o per coorte solo in contesti ad elevata criticità o dove fattori epidemiologici (bassa incidenza) e/o organizzativi lo consentano.</li> </ul>
<p>MRSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata diffusibilità, soprattutto in caso di mancata adesione alle precauzioni universali.</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Nota aggiuntiva in caso di MIC per vancomicina=2 (vedi Tabella 4).</li> <li>• Nessuna notifica al CIO, salvo in caso di outbreak o di infezione in reparti a rischio in base a protocolli aziendali.</li> <li>• Valutazione di eventuale attivazione di misure di controllo dei colonizzati in reparti ad elevata criticità e successiva decolonizzazione con mupirocina.</li> <li>• Isolamento in stanza singola o per coorte solo in contesti ad elevata criticità o dove fattori epidemiologici (bassa incidenza) e/o organizzativi lo consentano.</li> </ul>
<p>VRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meccanismo di resistenza raro nel contesto epidemiologico locale.</li> <li>• Scarsa conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare.</li> <li>• Nessuna notifica al CIO, salvo in caso di outbreak o di infezione in reparti a rischio in base a protocolli aziendali.</li> <li>• Isolamento in stanza singola o per coorte solo in contesti ad elevata criticità o dove fattori epidemiologici (bassa incidenza) e/o organizzativi lo consentano.</li> </ul>

<p><i>Clostridium difficile</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata diffusibilità, in rapporto non solo alle caratteristiche del microrganismo, ma anche dei pazienti (spesso anziani e/o allettati, con co-morbidità) e tipo di trasmissione (feci-mani).</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure da adottare, secondo protocolli aziendali.</li> <li>• Notifica al CIO: raccomandata per consentire tempestivamente l'adozione delle misure di isolamento, specie in contesti con pazienti ad alto rischio; fortemente raccomandata in caso di sospetto outbreak.</li> <li>• Adozione di precauzioni standard e da contatto, isolamento in stanza singola o per coorte, igiene delle mani (non con gel alcolico, inattivo sulle spore), sanificazione ambientale con agenti sporicidi.</li> <li>• Definire per Ospedale/aree/singole unità operative l'incidenza di base di CDI e la soglia superata la quale è necessario attuare misure di controllo supplementari.</li> </ul>
<p><i>Legionella pneumophila</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infezione di raro riscontro nella realtà epidemiologica locale.</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto al contesto nel quale si è manifestata l'infezione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4) con richiamo delle procedure adottate.</li> <li>• Notifica al CIO per definire se si tratti di infezione correlata all'assistenza e/o outbreak.</li> </ul>
<p><i>Mycobacterium tuberculosis complex</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevata diffusibilità in rapporto alle caratteristiche del microrganismo.</li> <li>• Buona conoscenza del fenomeno da parte degli Operatori.</li> <li>• Necessaria graduazione del rischio (matrice del rischio) in rapporto a tipo di infezione/colonizzazione, tipo di paziente, tipo di reparto, tipo di struttura di accoglimento del paziente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota al referto (vedi Tabella 4).</li> <li>• Conferma rapida di laboratorio del sospetto clinico di infezione tubercolare.</li> <li>• In attesa di eventuale trasferimento, garantire un'area di osservazione a pressione negativa.</li> <li>• Attivare procedure di trasferimento in reparto di malattie infettive per isolamento.</li> <li>• Attivare verifica del personale esposto, se necessario.</li> </ul>



Tabella 3: Elenco degli alert organisms e gestione delle segnalazioni.

<b>Microrganismi</b>	<b>Warning nel referto</b>	<b>Segnalazione telefonica al reparto</b>	<b>Segnalazione mail al CIO</b>	<b>Note</b>
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR	Si	Si	Si	
<i>Aspergillus</i> spp.	Si	Si, solo se in reparti a rischio e/o sospetto outbreak	No (Si, solo se in reparti a rischio e/o sospetto outbreak)	
Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)	Si	Si	Si	Conservare i campioni positivi per eventuali tipizzazioni
Enterobatteri produttori di ESBL	Si	No	No (Si, solo se sospetto outbreak)	
Bacilli Gram negativi non fermentanti ( <i>P.aeruginosa</i> , <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Burkholderia</i> spp., <i>S.maltophilia</i> ) MDR o XDR	Si	No	No (Si, solo se infezione in reparti a rischio e/o outbreak o ceppo XDR)	
MRSA	Si	No	No (Si, solo se sospetto outbreak o infezione in reparti a rischio).	
VRE	Si	No	No (Si, solo se sospetto outbreak o infezione in reparti a rischio).	
<i>Clostridium difficile</i>	Si	No	No (Si, solo se sospetto outbreak o infezione in reparti a rischio.)	In caso di out break, conservare i campioni positivi per eventuali tipizzazioni
<i>Legionella pneumophila</i>	Si	No	Si (possibilità di infezione correlata all'assistenza e/o outbreak).	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex	Si, se ceppo rilevato da apparato respiratorio e/o ceppo MDR o XDR	Si, se ceppo rilevato da apparato respiratorio e/o ceppo MDR o XDR	Si, se ceppo rilevato da apparato respiratorio e/o ceppo MDR o XDR	Se ceppo rilevato da apparato respiratorio e/o ceppo MDR o XDR attivare verifica del personale esposto

Tabella 4. Note al referto.

Microrganismo alert	Campione diagnostico	Colture di sorveglianza
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR	Presenza di <i>Acinetobacter baumannii</i> multi-resistente: un trattamento antibiotico è indicato solamente in presenza di infezione accertata. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.	Colonizzazione da <i>Acinetobacter baumannii</i> multi-resistente: non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.
<i>Aspergillus</i> spp.	Non è indicato alcun trattamento in assenza di infezione. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.	
Bacilli Gram negativi non fermentanti ( <i>P.aeruginosa</i> , <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Burkholderia</i> spp., <i>S.maltophilia</i> ) MDR o XDR	Presenza di ..... multi-resistente (o XDR): un trattamento antibiotico è indicato solamente in presenza di infezione accertata. Il significato clinico del referto va valutato attentamente, preferibilmente assieme ad un esperto in malattie infettive. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.	
Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)	Ceppo produttore di carbapenemasi; la terapia con carbapenemi potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace anche se "in vitro" il ceppo appare sensibile a questi farmaci. Nel caso in cui si intendano utilizzare tali farmaci si raccomanda una preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.	Colonizzazione da <i>Klebsiella pneumoniae</i> o CRE produttore di carbapenemasi: non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microrganismo.
Enterobatteri produttori di ESBL	Ceppo produttore di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL); ad eccezione dei carbapenemi, la terapia con beta-lattamici (incluse cefalosporine a spettro esteso, aztreonam e combinazioni con inibitori) potrebbe risultare scarsamente efficace o inefficace nelle infezioni non urinarie anche se in vitro il ceppo appare sensibile. Nel caso in cui si intendano utilizzare tali farmaci si raccomanda preventiva consulenza con un esperto di terapia antibiotica. I ceppi produttori di ESBL possono causare epidemie intraospedaliere; si raccomanda l'adozione di procedure di controllo delle infezioni per limitarne la diffusione.	

Microorganismo alert	Campione diagnostico	Colture di sorveglianza
MRSA	<p><i>S. aureus</i> meticillino-resistente (MRSA): il risultato di oxacillina predice il risultato di Cefalosporine, Carbapenemi e Betalattamine+inibitori. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo.</p>	<p>Colonizzazione da <i>S. aureus</i> meticillino-resistente (MRSA): un trattamento antibiotico locale (mupirocina) è indicato solamente nell'ambito di protocolli aziendali definiti in pazienti a rischio. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo.</p>
VRE	<p>Enterococchi vancomicina resistenti (VRE): meccanismo di resistenza ad alto rischio di diffusibilità. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo.</p>	<p>Colonizzazione da Enterococchi vancomicina resistenti (VRE): non è indicato un trattamento antibiotico in assenza di infezione. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo.</p>
<i>Clostridium difficile</i>	<p>Microorganismo ad alto rischio di diffusibilità. Si raccomanda di utilizzare le precauzioni standard e da contatto per prevenire la diffusione del microorganismo; fare riferimento al protocollo aziendale ...</p>	
<i>Legionella pneumophila</i>	<p>Si è proceduto a comunicare l'isolamento di <i>Legionella pneumophila</i> alle autorità sanitarie preposte all'attivazione delle procedure di vigilanza e verifica dalle possibili fonti del microorganismo.</p>	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> complex MDR o XDR	<p>Isolato di <i>M. tuberculosis</i> complex MDR (o XDR), per l'approccio terapeutico si consiglia di consultare un esperto di terapia antitubercolare. Fare riferimento al protocollo aziendale ...</p>	

## Bibliografia

PROGETTO CCM “Sicurezza del paziente: il rischio infettivo” Documento di indirizzo per la “sorveglianza dei patogeni sentinella”. Ottobre 2008.

Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, et al; European Society of Clinical Microbiology. ESCMID 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 Jan;20 Suppl 1:1-55.

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali. “Indicazioni per la gestione delle infezioni da Acinetobacter baumannii” 2013.

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali. “Indicazioni per la gestione delle infezioni da Enterobacteriaceae resistenti ai Carbapenemi” 2013.

Ministero della Salute Circolare “Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)” 28/02/2013.

SIMPIOS Documento di indirizzo “Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile” Revisione n° 1 – febbraio 2011 GIMPIOS Supplemento al vol 1, n. 2, aprile-giugno 2011.

Vonberg RP, et al. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection control measures to limit the spread of Clostridium difficile. Clin Microbiol Infect 2008;14 (Suppl.5): 2-20.

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. Am J Infect Control. 2007 Dec;35(10 Suppl 2):S165-93.

Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, et al; Infectious Diseases Society of America. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2008 Feb 1;46(3):327-60.

Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB et al. Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect 2012; 18: 268–281.

Interpretazione e refertazione della sensibilità agli antibiotici beta-lattamici negli Enterobatteri: cambiamenti previsti a partire dall'anno 2010. AMCLI CosA 2010.

EUCAST subcommittee for detection of resistance mechanisms and specific resistances of clinical and/or epidemiological importance. EUCAST guidelines for detection of resistance mechanisms and specific resistances of clinical and/or epidemiological importance Version 1.0 December 2013

Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, et al; Infectious Diseases Society of America. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2008 Feb 1;46(3):327-60.

ECDC technical document - European Legionnaires' Disease Surveillance Network (ELDSNet) Operating procedures 2012.



RETE CURE SICURE FVG



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

# **Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali**

05/08/2019

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

<b>REDAZIONE, COORDINAMENTO, VERIFICA, DISTRIBUZIONE</b>	
Redazione	Anna Maria Valentinis AAS 2 Claudia Giuliani AAS 2 Maria Cristina Montesi ASUI TS Cinzia Carlovich AAS 2 Marta Polonia AAS 3 Elisabetta Giurini ASUI TS Sara Zobec ASUI TS Giacomo Benedetti ASUI TS Roberto Cocconi ASUI UD Alda Faruzzo ASUI UD Ferdinando Martellotta IRCCS CRO Maurizio Giacomini IRCCS CRO Claudia Vigo CdC Clinica San Giorgio Veronica Alessandrini Policlinico Città di Udine Patrizia Sfreddo CdC Pineta del Carso Anna Maria Bigaran AAS 5 Katriona Palu AAS 5 Paola Toscani AAS 5 Romina Perossa IRCCS Burlo G. Michela Barranca IRCCS CRO Denise Fagotto IRCCS CRO
Coordinamento	Luca Arnoldo ASUI UD Barbara Lavia DCSPSD
Verifica	Gruppo Risk Manager-Rete Cure Sicure FVG
Disponibile on-line	<a href="https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/documenti-tecnici-per-professionisti-sanitari/">https://arcs.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/documenti-tecnici-per-professionisti-sanitari/</a>

<b>Stato delle revisioni</b>							
Numero	0	1	2	3	4	5	6
Data	19.08.2016	22.09.2016	05.08.2019				

# Indice

1	Introduzione	pag. 4
2	Obiettivi del documento	pag. 5
3	Definizioni di bundle	pag. 5
4.	Bibliografia	pag. 6
5.	<i>Bundle</i>	pag. 7
	Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)	pag. 7
	Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza	pag. 10
	Gestione del catetere vescicale (CV) a permanenza	pag. 11
	Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)	pag. 12
	Gestione del catetere venoso periferico (CVP)	pag. 13
	Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico Midline	pag. 14
	Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo del catetere periferico Midline	pag. 15
	Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica	pag. 16
	Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocoltura	pag. 17
6.	Valutazione della <i>compliance</i> ai bundle	pag. 18
7.	Allegati	pag. 19



## 1. Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti assistenziali (strutture residenziali di lungodegenza, ambulatori, centri di dialisi, *day-surgery*, domicilio, etc.), correlate all'episodio assistenziale, ossia non clinicamente manifeste o in incubazione al momento della presa in carico del paziente.

I dati dimostrano che la prevalenza di ICA nei Paesi avanzati varia tra il 3.5% al 12%; in particolare alcuni recenti studi di prevalenza segnalano un 4% di ICA negli ospedali per acuti negli Stati Uniti e valori del 6.5 % in Europa. Le ICA non sono solo un problema che si manifesta nelle strutture per acuti, infatti si verificano anche nelle strutture residenziali di lungodegenza, la prevalenza in questi *setting* in Europa è stata recentemente stimata al 3.9%.

Le ICA causano al paziente forti disagi, prolungamento del ricovero e nei casi più gravi possono persino condurre a disabilità o morte. Negli Stati Uniti (2002) è stato stimato che 1,700,000 ICA rilevate hanno contribuito al decesso di quasi 99,000 pazienti. Inoltre nelle ICA associate ad un *device* (catetere venoso centrale, catetere urinario e ventilazione meccanica) e nelle infezioni del sito chirurgico la mortalità si attesta a valori che vanno da un 2.3% al 14.4%. In Europa nel 2008 è stato stimato che circa 37,000 pazienti sono morti a causa di un'ICA mentre per altri 100,000 l'infezione è stata una concausa del decesso.

Oltre che peggiorare l'*outcome* clinico dei pazienti, le ICA causano anche un aumento della spesa assistenziale annuale, stimato negli Stati Uniti tra i 28 e 45 miliardi di dollari e in Europa a circa 7 miliardi di euro con un aumento di circa 16 milioni di giornate di degenza.

Da sottolineare che il 65-70% dei casi di batteriemie correlate al cateterismo vascolare e di infezioni urinarie correlate al catetere urinario ed il 55% dei casi di polmoniti associate alla ventilazione possono essere evitate adottando degli efficaci programmi di prevenzione. L'adozione di tali misure condurrebbe ad una riduzione delle complicanze per i pazienti, ad un miglioramento delle condizioni di assistenza e, conseguentemente, ad un risparmio sui costi assistenziali e sociali con la possibilità di riallocare le risorse economiche all'interno delle strutture assistenziali.

## 2. Obiettivi del documento

L'obiettivo del documento è fornire uno strumento condiviso a livello regionale che contenga le principali azioni da applicare per prevenire l'insorgenza delle ICA correlate alle pratiche assistenziali. Il documento include sia i *bundle* (vedere capitolo successivo) per specifiche tematiche sia altre pratiche di prevenzione (non incluse nei *bundle*) basate sulle recenti evidenze scientifiche.

## 3. Definizione di *bundle*

Il concetto di *bundle* è stato sviluppato, a partire dal 2001, dall'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) come supporto agli operatori sanitari per migliorare la cura dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio.

Il *bundle* è un insieme contenuto di pratiche *evidence-based* che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente.

Le principali caratteristiche che identificano un *bundle* sono:

- la legge del "tutto o nulla", cioè un *bundle* ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate;
- deve essere facilmente gestibile e quindi composto da un numero limitato di azioni attuabili in maniera sostenibile, facili da memorizzare e semplici da monitorare;
- include solo alcune tra tutte le possibili strategie applicabili, quelle più solide in termini di evidenze scientifiche, da cui derivano sicuri vantaggi in termini di esito delle cure;
- gli elementi del *bundle* sono tra loro relativamente indipendenti, per cui se una delle pratiche non è applicabile ad un determinato paziente l'applicazione delle altre azioni previste dal *bundle* non ne viene inficiata;
- la sua *compliance*, definita come la percentuale di pazienti ai quali vengono applicate tutte le strategie del *bundle*, deve essere perfettamente misurabile. Un *bundle*, per essere considerato valido, deve vedere applicate in maniera corretta tutte le singole azioni che lo compongono (naturalmente escluse quelle che in determinati contesti clinici e/o situazioni esplicitate dallo stesso *bundle* risultano non applicabili). La rilevazione della sua *compliance* può essere ottenuta attraverso diverse e specifiche metodologie (*check list*, *tracer*, revisione della documentazione, etc.).

Si ricorda che l'applicazione del *bundle* non esclude la possibilità di adottare ulteriori pratiche *evidence-based* che possano sostenere la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

## 4. Bibliografia

- Al-Tawfiq JA, Tambyah PA. Healthcare associated infections (HAI) perspectives. *J Infect Public Health*. 2014 Jul-Aug;7(4):339-44. doi: 10.1016/j.jiph.2014.04.003. Epub 2014 May 23.
- Douglas Scott R. The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention [internet]. Atlanta: Coordinating Center for Infectious Diseases Centers for Disease Control and Prevention; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott\\_costpaper.pdf](http://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott_costpaper.pdf).
- Identifying Healthcare-associated Infections (HAI) in NHSN [internet]. Atlanta: Centers for disease control and prevention; 2014 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC\\_IdentifyingHAIs\\_NHSNcurrent.pdf](http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/2PSC_IdentifyingHAIs_NHSNcurrent.pdf).
- Institute for Healthcare Improvement. Five million lives campaign [internet]. 2006 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: <http://www.ihl.org/about/Documents/5MillionLivesCampaignCaseStatement.pdf>.
- Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in US. Hospitals, 2002. *Public Health Rep*. 2007 Mar-Apr;122(2):160-6.
- Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med*. 2014 Mar; 370(13):1198-208.
- Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide [internet]. Ginevra: WHO Document Production Services; 2011 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf).
- Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation. Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31:243-8.
- Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro ML et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill*. 2018 Nov;23(46).
- Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams, K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011 Feb; 32(2):101-14.

## 5. Bundle

### Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

#### Fase pre e post-operatoria

1. Per gli interventi in elezione di chirurgia cardiotoracica e di artroprotesi ortopedica effettuare lo screening per la presenza nasale di *S. aureus* (MSSA e MRSA) e in caso di positività effettuare la bonifica nasale con mupirocina pomata 2%
2. Assicurarsi che il paziente si sia fatto la doccia (se non è possibile, procedere con bagno o igiene al letto del paziente) lo stesso giorno o quello precedente l'intervento chirurgico, usando sapone o detergente liquido
3. Evitare la tricotomia; nel caso fosse indispensabile utilizzare il *clipper*
4. Non toccare o rimuovere, salvo diversa indicazione clinica (es. garza sporca, bagnata), la medicazione della ferita nelle 48 ore successive l'intervento
5. Usare una tecnica asettica per l'ispezione della ferita e/o in caso di necessità di cambio della medicazione.

#### Fase intra-operatoria:

1. Prescrivere la profilassi chirurgica secondo i protocolli/procedure aziendali (molecola, dosaggio, *redosing* e durata)<sup>§</sup>
2. Somministrare la profilassi chirurgica entro i 60 minuti che precedono l'incisione chirurgica<sup>#°</sup>
3. Eseguire l'antisepsi della cute con clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% (in caso di sensibilità del paziente alla clorexidina utilizzare iodopovidone in base alcolica) e lasciare asciugare prima dell'incisione
4. Mantenere il livello della glicemia peri-operatoria inferiore a <200 mg/dl
5. Mantenere la temperatura corporea del paziente sopra i 36° C durante tutto il periodo peri-operatorio

<sup>§</sup> Non applicabile nei casi in cui l'antibiotico-profilassi non sia prevista dal protocollo aziendale

<sup>#</sup> Anche nei tagli cesarei

<sup>°</sup> Per alcuni antibiotici la finestra potrebbe essere più ampia e dovuta alle modalità di somministrazione: considerare in questi casi l'emivita del farmaco secondo il protocollo/procedura aziendale

## Bibliografia

- Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, et al. SHEA/IDSA Practice Recommendations: Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29:S51-S61.
- Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017 Aug 1;152(8):784-791
- Bratzler D, Houck P. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection prevention Project. *Clinical Infectious Diseases* 2004;38:1706-15.
- Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. Dressings for the prevention of surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Jul 6;(7):CD003091.
- Harbarth S, Samore MH, Lichtenberg D, Carmeli Y. Prolonged antibiotic prophylaxis after cardiovascular surgery and its effect on surgical site infections and antimicrobial resistance. *Circulation*. 2000;101:2916-21.
- Kao L, Meeks D, Moyer V, Lally K. Peri-operative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD006806:i-32.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999 Apr;20(4):250-78; quiz 279-80.
- Melling A, Ali B, Scott E, Leaper D. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001;358:876-80.
- Milstone A, Passaretti C, Perl T. Chlorhexidine: Expanding the armamentarium for infection control and prevention *Clin Infect Dis*. 2007;46:274-81.
- Pai M, Bearden D. Antimicrobial dosing considerations in obese adult patients: Insights from the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Pharmacotherapy*. 2007;27:1081-91.
- Small S. Preoperative hair removal: a case report with implications for nursing. *J Clin Nurs* 1996;5:79-84.
- Tanner J, Moncaster K, Woodings D. Preoperative hair removal: a systematic review. *J Perioper Pract* 2007 Mar;17(3):118-32.
- Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD004122.
- Tanner J1, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD004122. doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub4.
- World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [internet]. WHO; 2016 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=>.
- WHO. The WHO Guidelines for Safe Surgery [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1).

## Altre buone pratiche per la prevenzione delle ISC non incluse nel bundle

- Considerare il trattamento di bonifica nasale con mupirocina pomata 2% (con o senza aggiunta di lavaggio corporeo con clorexidina gluconato) anche nei pazienti portatori nasali di *S. aureus* (MSSA e MRSA) candidati ad altri tipi di interventi chirurgici (non solo cardiotoracici e di artroprotesi ortopedica)  
(Condizionato alla valutazione locale, evidenze moderate<sup>1</sup>)
- Non utilizzare solamente la preparazione intestinale meccanica (senza l'utilizzo di antibiotici orali) allo scopo di ridurre le ISC nei pazienti adulti candidati a chirurgia in elezione del colon-retto.  
(Fortemente raccomanda<sup>1</sup>)
- Nei pazienti adulti sottoposti a chirurgia elettiva colon-rettale utilizzare la preparazione meccanica dell'intestino associata alla terapia antibiotica orale  
(Condizionato alla valutazione locale, evidenze moderate<sup>1</sup>)
- L'antisepsi pre-operatoria delle mani deve essere eseguita o lavandole con l'acqua e un adeguato sapone antimicrobico o frizionandole con un'adeguata soluzione a base alcolica prima di indossare i guanti sterili  
(Fortemente raccomanda<sup>1</sup>)
- Nei pazienti con normale funzionalità polmonare sottoposti ad anestesia generale con intubazione endotracheale, somministrare un'aumentata FiO<sub>2</sub> durante l'intervento chirurgico e dopo l'estubazione nell'immediato periodo post-operatorio  
(Condizionato alla valutazione locale, evidenze moderate<sup>1</sup>, IA<sup>2</sup>)
- Non continuare l'antibiotico-profilassi chirurgica dopo la conclusione dell'intervento (anche in presenza di drenaggi)  
(Fortemente raccomanda<sup>1</sup>, IA<sup>2</sup>)
- Non applicare agenti antimicrobici (per esempio creme, soluzioni o polveri) sull'incisione chirurgica (IB<sup>2</sup>)
- Considera l'uso di suture antibatteriche trattate con triclosan  
(Condizionato alla valutazione locale, evidenze moderate<sup>1</sup>; II<sup>2</sup>)
- Non è necessaria l'applicazione di un sigillante microbico immediatamente dopo la preparazione operatoria della cute  
(II<sup>2</sup>)
- Non è necessario utilizzare un telo plastico adesivo con o senza proprietà antimicrobiche (II<sup>2</sup>)
- L'irrigazione dei tessuti profondi o sottocutanei con soluzioni iodofore acquose può essere effettuata, mentre non sono necessari i lavaggi intraperitoneali, con soluzioni iodofore acquose in procedure addominali contaminate o sporche  
(II<sup>2</sup>)
- Negli interventi di artroprotesi non è necessario l'utilizzo di plasma autologo arricchito in piastrine  
(II<sup>2</sup>)
- Negli interventi di artroprotesi trasfondere il paziente con gli emoderivati necessari  
(IB<sup>2</sup>)

## Bibliografia

1. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [internet]. WHO; 2016 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=8>.
2. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg.* 2017 Aug 1;152(8):784-91.

## Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza

1. Considerare le alternative al posizionamento del CV e documentare le motivazioni cliniche sulla necessità del suo posizionamento
2. Applicare le tecniche asettiche per l'inserimento del CV
3. Utilizzare il CV del più piccolo calibro possibile e una volta inserito gonfiare il palloncino fino al livello consigliato (tranne nei casi con indicazioni cliniche diverse)
4. Effettuare la pulizia del meato uretrale (secondo le indicazioni aziendali) e applicare un lubrificante sterile in confezione mono-paziente prima di inserire il CV
5. Mantenere le tecniche asettiche fino a quando il CV viene connesso al sistema di drenaggio chiuso sterile

### Bibliografia

- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010 Apr;31(4):319-26.
- Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *J Hosp Infect* 2014 Jan;86, Suppl 1:S1-70.
- National Institute for Health and Care Excellence. Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. London: Royal College of Physicians (UK); 2012.
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007 Feb;65 Suppl 1:S1-64.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).

## Gestione del catetere vescicale (CV) a permanenza

1. Valutare giornalmente la necessità del mantenimento del CV in sede e rimuovere il *device* quando non più necessario
2. Mantenere il CV continuativamente connesso alla sacca di drenaggio (circuito chiuso) e interrompere il circuito solo in caso di specifiche indicazioni cliniche
3. Effettuare quotidianamente l'igiene del meato uretrale (se il paziente è autonomo informarlo sulla corretta gestione del CV) per prevenire il rischio infettivo
4. Effettuare l'igiene delle mani prima di qualsiasi procedura sul sistema di drenaggio
5. Svuotare la sacca di drenaggio quando è clinicamente indicato e utilizzare un contenitore pulito mono-paziente
6. Posizionare la sacca di drenaggio ad un livello inferiore di quello della vescica e fare attenzione che il rubinetto non entri in contatto con altre superfici (es. pavimento)

### Bibliografia

- Apisarnthanarak A, Thongphubeth K, Sirinvaravong S, Kitkangvan D, Yuekyen C, Warachan B, et al. Effectiveness of multifaceted hospitalwide quality improvement programs featuring an intervention to remove unnecessary urinary catheters at a tertiary care center in Thailand. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007 Jul;28(7):791-8.
- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010 Apr;31(4):319-26.
- National Institute for Health and Care Excellence. Infection: prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. London: Royal College of Physicians (UK); 2012.
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007 Feb;65 Suppl 1:S1-64.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).



## Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)

1. Considerare le alternative al posizionamento del CVP e documentare le motivazioni cliniche sulla necessità del suo posizionamento
2. Eseguire l'igiene delle mani prima di posizionare il CVP
3. Utilizzare una soluzione che contenga alcool 70% (es. clorexidina gluconata al 2%) per effettuare l'antisepsi della cute e lasciare adeguatamente asciugare prima di inserire il CVP
4. Mantenere l'uso delle tecniche asettiche durante tutta la procedura di posizionamento
5. Utilizzare una medicazione sterile, semimpermeabile e trasparente per coprire il sito d'inserzione del CVP

### Bibliografia

- Dougherty L, Lister S. Aseptic technique. The Royal Marsden Hospital, Manual of Clinical Nursing Procedures. 6th ed. Oxford: Blakewell Publishing; 2004.
- Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. J Hosp Infect 2014 Jan;86, Supplement 1:S1-70.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect 2007 Feb;65 Suppl 1:S1-64.
- Rowley S. Theory to practice. Aseptic non-touch technique. Nurs Times 2001 Feb 15-21;97(7):VI-VIII.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).

## Gestione del catetere venoso periferico (CVP)

1. Valutare giornalmente la possibilità di rimuovere il CVP e documentare la necessità di mantenere il CVP in sede
2. Valutare giornalmente, da parte dello staff medico, la possibilità di modificare la somministrazione della terapia da parenterale ad orale
3. Valutare giornalmente il sito d'inserzione e rimuovere il CVP se ci sono segni d'inflammazione, di flebite o specifiche indicazioni cliniche
4. Eseguire l'igiene delle mani prima di qualsiasi accesso al CVP
5. Assicurarsi che la medicazione sia integra
6. Garantire un'adeguata disinfezione della porta di accesso del connettore (hub) needle-free con soluzione che contenga alcool 70% (es. clorexidina gluconata al 2%) prima di ogni accesso

### Bibliografia

- Curran ET, Coia JE, Gilmour H, McNamee S, Hood J. Multi-centre research surveillance project to reduce infections/phlebitis associated with peripheral vascular catheters. J Hosp Infect 2000 Nov;46(3):194-202.
- Goddard L, Clayton S, Peto TE, Bowler IC. The 'just-in-case venflon': effect of surveillance and feedback on prevalence of peripherally inserted intravascular devices. J H Infect 2006 Dec;64(4):401-2.
- Lee WL, Chen HL, Tsai TY, Lai IC, Chang WC, Huang CH, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter infection in hospitalized patients: a prospective study of 3165 patients. Am J Infect Control 2009 Oct;37(8):683-6.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.
- Thomas A, Hayes P, Lockie T, Harrington D. Venflons: why can't we resist putting them in? J Hosp Infect 2006 May;63(1):108-9.
- Webster J, Osborne S. Phlebitis rate unacceptable. Singapore Med J 2009 Jan;50(1):109.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).

## Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo\* e del catetere periferico *midline*

1. Effettuare la preparazione chirurgica delle mani prima del posizionamento del catetere
2. Utilizzare le massime misure di barriera (cuffia monouso, mascherina chirurgica, camice sterile, guanti sterili, telino sterile *total body*) e applicare le tecniche aseptiche per tutta la durata della procedura
3. Utilizzare clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% per l'antisepsi della cute e lasciare asciugare prima di posizionare il dispositivo
4. Valutare il sito d'inserzione con il minor rischio di complicanze infettive e meccaniche, se possibile effettuare sempre la procedura con guida ecografica
5. Coprire il sito d'inserzione del catetere con una medicazione sterile, semimpermeabile e trasparente<sup>#</sup>

\*WoCoVA (World Congress on Vascular Access): CICC: cateteri centrali inseriti centralmente (giugolare interna, anonima, ascellare e succlavia); PICC: cateteri centrali inseriti perifericamente (vene profonde arto superiore); FICC: cateteri centrali inseriti dalla femorale (femorale)

<sup>#</sup>possibile utilizzare medicazioni impregnate di clorexidina

### Bibliografia

- Ge X, Cavallazzi R, Li C, Pan SM, Wang YW, Wang FL. Central venous access sites for the prevention of venous thrombosis, stenosis and infection. [Review] [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD004084; PMID: 17636746]. Cochrane Database Syst Rev. 2012;3:CD004084.
- Lee I, Agarwal RK, Lee BY, Fishman NO, Umscheid CA. Systematic review and cost analysis comparing use of chlorhexidine with use of iodine for preoperative skin antisepsis to prevent surgical site infection. [Review]. Infect Control Hosp Epidemiol 2010 Dec;31(12):1219-29.
- Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. J Hosp Infect 2014 Jan;86, Supplement 1:S1-70.
- Marik PE, Flemmer M, Harrison W. The risk of catheter-related bloodstream infection with femoral venous catheters as compared to subclavian and internal jugular venous catheters: a systematic review of the literature and meta-analysis. [Review]. Critical Care Medicine 2012 Aug;40(8):2479-85.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.
- Webster J, Gillies D, O'Riordan E, Sherriff KL, Rickard CM. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. [Review][Update of Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD003827; PMID:22071809]. Cochrane Database Syst Rev 2016 (5):CD003827.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).
- Cerotto V, Vailati D, Montrucchio G, Capozzoli G, Brazzi L, Gori F. Le buone pratiche per gli accessi vascolari [internet]. [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/buone-pratiche-cliniche-SIAARTI-accessi-vascolari/Buone%20Pratiche%20Cliniche%20SIAARTI%20-%20Accessi%20Vascolari%201.2.pdf>.
- Chan RJ, Northfield S, Alexande A, Rickard CM. Using the collaborative evidence-based practice model: A systematic review and uptake of chlorhexidine-impregnated sponge dressings on central venous access devices in a tertiary cancer care centre. The Australian Journal of Cancer Nursing 2012;13(2):10.
- Timsit JF, Schwebel C, Bouadma L, Geffroy A, Garrouste-Org, Pease S et al. Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. JAMA 2009 Mar 25;301(12):1231-41.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. American Journal of Infection Control 2011 May;39(4:Suppl 1):Suppl-34.

**Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali**

Direzione centrale della salute, politiche sociali e disabilità

## **Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo\* e del catetere periferico midline**

1. Valutare giornalmente la possibilità di rimuovere il catetere se non più necessario e documentare la necessità di mantenerlo in sede
2. Effettuare l'igiene delle mani prima di qualsiasi contatto con il catetere o con il sito di posizionamento
3. Garantire un'adeguata disinfezione della porta di accesso del connettore (hub) needle-free con soluzione che contenga alcool 70% (es. clorexidina gluconata al 2%) prima di ogni accesso
4. La medicazione (sterile, semimpermeabile e trasparente) deve rimanere integra (non bagnata, staccata o sporca) e deve essere sostituita ogni 7 giorni
5. Utilizzare clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% per la disinfezione del sito d'inserzione durante il cambio della medicazione

\*WoCoVA (World Congress on Vascular Access): CICC: cateteri centrali inseriti centralmente (giugulare interna, anonima, ascellare e succlavia); PICC: cateteri centrali inseriti perifericamente (vene profonde arto superiore); FICC: cateteri centrali inseriti dalla femorale (femorale)

### **Bibliografia**

- Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. J Hosp Infect 2014 Jan;86, Supplement 1:S1-70.
- Mermel LA. Prevention of intravascular catheter-related infections. Annals of Internal Medicine 2000 Mar 7;132(5):391-402.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.
- Weber DJ, Rutala WA. Central line-associated bloodstream infections: prevention and management. [Review]. Infect Dis Clin North Am 2011 Mar;25(1):77-102.
- <http://www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/buone-pratiche-cliniche-SIAARTI-accessi-vascolari/Buone%20Pratiche%20Cliniche%20SIAARTI%20-%20Accessi%20Vascolari%201.2.pdf>.

## Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica

1. Monitorare giornalmente la sedazione e se possibile interromperla
2. Valutare giornalmente la possibilità di svezzamento e di estubazione del paziente
3. Evitare la posizione supina del paziente e mantenere la testiera del letto sollevata di almeno 30°
4. Effettuare quotidianamente l'igiene orale con collutorio a base di clorexidina
5. Drenare le secrezioni sub-glottiche

### Bibliografia

- Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, Greene LR, Howell MD, Lee G, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update.[Reprint in Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 Sep;35 Suppl 2:S133-54; PMID: 25376073]. Infection Control & Hospital Epidemiology 2014 Aug;35(8):915-36
- Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JW, Schweickert WD, Pun BT, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. Lancet 2008 Jan 12;371(9607):126-34.
- Tantipong H, Morkhareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V. Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with 2% chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. Infect Control Hosp Epidemiol 2008 Feb;29(2):131-6.
- Longti L, Zhibing A, Longzhu L, Xuesong Z, Luo J. Can routine oral care with antiseptics prevent ventilator-associated pneumonia in patients receiving mechanical ventilation? An update meta-analysis from 17 randomized controlled trials. Intern J Clin Exp Med 8[2], 1645-57. 2015.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for ventilator-associated pneumonia in adults [internet]. NICE 2008 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12053/41684/41684.pdf>.

## Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocoltura

1. Effettuare l'igiene delle mani prima di effettuare la procedura
2. Decontaminare il tappo dei flaconi mediante sfregamento con un antisettico contenente clorexidina al 2% in alcool isopropilico al 70% o solo alcool isopropilico al 70% e lasciarli asciugare
3. Eseguire l'antisepsi della cute con una soluzione che contenga il 70% di alcool (es. clorexidina gluconata al 2%)
4. Applicare le tecniche asettiche (incluso l'uso di guanti monouso con tecnica "no touch" o di guanti sterili se necessaria la palpazione del sito di prelievo dopo l'antisepsi della cute) durante tutta la procedura di prelievo ed evitare di toccare la parti critiche inclusa la cute dopo l'antisepsi
5. In caso di più prelievi dalla stessa veni-puntura l'emocoltura deve essere eseguita per prima
6. Il campione deve essere prelevato se possibile da vena periferica, evitando cannule periferiche o cateteri centrali (tranne che nei casi di sospetta batteriemia/fungemia associata a catetere<sup>#</sup>). Riempire 2 set<sup>°\*</sup> (prima i flaconi per i germi aerobi e successivamente per germi anaerobi)

<sup>#</sup>In caso di sospetto di una batteriemia/fungemia associata a catetere il prelievo deve essere effettuato dal catetere sospetto e deve sempre essere associato con un prelievo venoso periferico possibilmente controlaterale

<sup>°</sup>1 set è composto da due flaconi (1 per aerobi e 1 per anaerobi)

\*in caso di specifiche indicazioni o procedure è possibile l'utilizzo di massimo 3 set

### Bibliografia

- Calfee DP, Farr BM. Comparison of four antiseptic preparations for skin in the prevention of contamination of percutaneously drawn blood cultures: a randomized trial. *Journal of Clinical Microbiology* 2002 May;40(5):1660-5
- CLSI. Principles and Procedures for Blood Cultures; Approved Guideline. CLSI document M47-A. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2007
- Kiyoyama T, Tokuda Y, Shiiki S, Hachiman T, Shimasaki T, Endo K. Isopropyl alcohol compared with isopropyl alcohol plus povidone-iodine as skin preparation for prevention of blood culture contamination. *J Clin Microbiol* 2009 Jan;47(1):54-8
- Lamy B, Dargère S, Arendrup MC, Parienti JJ, Tattévin P. How to Optimize the Use of Blood Cultures for the Diagnosis of Bloodstream Infections? A State-of-the Art. *Front Microbiol.* 2016 May 12;7:697.
- World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [internet]. Geneva: WHO; 2009 [ultimo accesso 22 luglio 2019]. Disponibile presso: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).

## 6. Valutazione della compliance ai *bundle*

La valutazione della *compliance* ai *bundle* dovrà essere effettuata utilizzando le schede presenti negli allegati. Ogni colonna corrisponde a un singolo caso/osservazione

La sorveglianza dei *bundle* avverrà annualmente secondo le modalità condivise nel programma della Rete Cure Sicure FVG.

La compilazione delle schede dovrà avvenire attraverso l'osservazione diretta e/o la consultazione della documentazione clinica in relazione alle specificità dei singoli *item*.

La metodologia di calcolo dell'adesione al *bundle* è per tutti la seguente:

### Indicatore adesione:

$$\frac{N. di pazienti osservati con presenza solo di risposte "Sì" o "n/a"}{N. di casi osservati}$$

Si ricorda che:

- la risposta "n/a" valida è solo quella contemplata nelle istruzioni presenti nei singoli allegati;
- tutti i singoli *item* del *bundle* devono avere una risposta per poter includere il caso nel denominatore, quindi escludere dal campione quei casi in cui mancano una o più valutazioni;
- un *bundle* che presenti anche un solo singolo *item* non aderente ("no") è da considerarsi come non compliant.

## Allegato 1 Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

<b>Fase pre e post operatoria</b>	N.	N.	N.	N.	N.
È stata effettuata la bonifica nasale con mupirocina pomata 2% se presente positività a screening per <i>S. aureus</i> (MSSA e MRSA)*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
Il paziente ha eseguito la doccia lo stesso giorno o quello precedente l'intervento chirurgico, usando sapone semplice o detergente liquido (se non possibile effettuato lavaggio al letto del paziente)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La tricotomia non è stata effettuata; se ritenuta necessaria è stato utilizzato il <i>clipper</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La medicazione della ferita è rimasta intatta per le 48 ore successive l'intervento, a meno di specifiche indicazioni cliniche#	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata utilizzata una tecnica asettica per l'ispezione della ferita e/o per il cambio della medicazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

\*Valutare solo per gli interventi in elezione di chirurgia cardiotoracica e di protesi di anca e ginocchio; per tutti gli altri segnare n/a

#Nel caso di indicazione clinica diversa segnare n/a

<b>Fase intra-operatoria</b>	N.	N.	N.	N.	N.
La profilassi antibiotica peri-operatoria è coerente alle linee guida aziendali*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
La profilassi antibiotica peri-operatoria è stata somministrata entro i 60 minuti che precedono l'incisione chirurgica#o <sup>§</sup>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata eseguita l'antisepsi della cute con clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% prima dell'incisione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono stati mantenuti livelli di glicemia peri-operatori inferiori a 200 mg/dl	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
La temperatura corporea del paziente è stata mantenuta sopra i 36° C durante tutto il periodo peri-operatorio.	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

\*Se l'intervento secondo le linee guida aziendali non richiedeva profilassi antibiotica peri-operatoria e la profilassi non è stata eseguita coerentemente alle indicazioni segnare "n/a"; se l'intervento non richiedeva la profilassi ed è stata invece eseguita invece una profilassi antibiotica peri-operatoria segnare "No"

#Anche nei tagli cesarei

oPer alcuni antibiotici la finestra potrebbe essere più ampia e dovuta alle modalità di somministrazione: considerare in questi casi l'emivita del farmaco secondo il protocollo/procedura aziendale

§Se la profilassi antibiotica non è stata eseguita segnare "n/a"



## Allegato 2 Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza

	N.	N.	N.	N.	N.
Sono state considerate le alternative al posizionamento del CV e documentate le motivazioni cliniche	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono state applicate le tecniche asettiche per l'inserimento del CV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stato utilizzato il CV con il più piccolo calibro possibile ed il palloncino è stato gonfiato fino al livello consigliato*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata effettuata la pulizia del meato uretrale prima dell'inserimento ed è stato applicato un lubrificante sterile	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Le tecniche asettiche sono state utilizzate anche per la connessione del catetere al sistema sterile chiuso di drenaggio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

\*Nel caso di indicazione clinica diversa segnare n/a

### Allegato 3 Gestione del catetere vescicale (CV) a permanenza

	N.	N.	N.	N.	N.
Il CV è stato rimosso se non più necessario	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il CV è connesso continuativamente alla sacca di drenaggio e sono eseguite per il cambio le indicazioni del produttore*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
L'igiene del meato uretrale è stata eseguita*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
L'igiene delle mani è stata effettuata prima di qualsiasi procedura sul sistema di drenaggio*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
La sacca di drenaggio è stata svuotata secondo le indicazioni cliniche e usando un contenitore mono-uso per paziente*#	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
La sacca di drenaggio è posizionata ad un livello inferiore della vescica ed il rubinetto non è in contatto con altre superfici (es. pavimento)*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a

\*n/a: nel caso il CV sia stato rimosso

#n/a: nel caso non sia stato necessario lo svuotamento

## Allegato 4 Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)

	N.	N.	N.	N.	N.
È stata valutata la necessità dell'inserzione del CVP per la gestione clinica del paziente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata eseguita l'igiene delle mani prima del posizionamento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata eseguita l'antisepsi del sito di inserzione con una soluzione che contenga alcool 70%	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono state mantenute le tecniche asettiche per tutta la durata della procedura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata posizionata una medicazione sterile e trasparente per coprire il sito di inserzione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Allegato 5 Gestione del catetere venoso periferico (CVP)

	N.	N.	N.	N.	N.
Il CVP è stato rimosso se non più necessario	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata valutata la possibilità di modificare la somministrazione della terapia da parenterale ad orale*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata rimosso il CVP se presenti segni d'inflammazione o di flebite o specifiche indicazioni cliniche*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata eseguita l'igiene delle mani prima di qualsiasi accesso al CVP*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
La medicazione è integra*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata garantita un'adeguata disinfezione della porta di accesso del <u>connettore (hub) needle-free</u> con soluzione che contenga alcool 70% (es. clorexidina gluconata al 2%) prima di ogni accesso*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a

\*n/a: nel caso il CVP sia stato rimosso

## Allegato 6 Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico midline

	N.	N.	N.	N.	N.
È stato effettuato il lavaggio chirurgico delle mani prima del posizionamento del catetere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono state utilizzate le massime misure di barriera e sono state applicate le tecniche asettiche per tutta la durata della procedura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata utilizzata clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% per l'antisepsi della cute prima dell'inserzione del catetere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stato valutato il sito di inserzione considerando le possibili complicanze infettive e meccaniche	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Finita la procedura è stato coperto il sito d'inserzione con una medicazione sterile, semimpermeabile e trasparente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

## Allegato 7 Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico midline

	N.	N.	N.	N.	N.
È stata valutata la possibilità di rimuovere il <i>device</i> se non necessario	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata effettuata l'igiene delle mani prima di qualsiasi contatto con il catetere o con il sito di posizionamento*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata garantita la disinfezione adeguata della porta di accesso connettore ( <i>hub</i> ) <i>needle-free</i> con soluzione che contenga alcool 70%*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
La medicazione è integra ed è stata sostituita negli ultimi sette giorni*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata utilizzata clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% per la disinfezione del sito d'inserzione durante il cambio della medicazione*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a

\*n/a: nel caso il CVC sia stato rimosso

## Allegato 8 Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica

	N.	N.	N.	N.	N.
È stata valutata la possibilità di interrompere la sedazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata valutata la possibilità di svezzamento e di estubazione del paziente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente ha la testiera del letto sollevata di almeno 30° ed è stata evitata la posizione supina*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
È stata effettuata l'igiene orale con clorexidina*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
Sono state drenate le secrezioni sub-glottiche*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a

\*n/a: nel caso il paziente sia stato estubato

## Allegato 9 Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocoltura

	N.	N.	N.	N.	N.
È stata effettuata la decontaminazione dei tappi dei flaconi mediante sfregamento con un antisettico contenente clorexidina al 2% in alcool isopropilico al 70% o solo alcool isopropilico al 70%	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata effettuata l'igiene delle mani prima di effettuare la procedura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È stata eseguita l'antisepsi della cute con una soluzione che contenga alcool 70%	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sono state mantenute le tecniche asettiche durante tutta la procedura di prelievo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
In caso di più prelievi dalla stessa veni-puntura l'emocoltura è stata eseguita per prima*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a
Il campione è stato prelevato da vena periferica, evitando cannule periferiche o cateteri centrali#	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a

#n/a: nel caso non sia stato possibile evitare cannule periferiche o cateteri centrali e nel caso si sospetti una batteriemia/fungemia correlata al catetere venoso

\*n/a: nel caso l'emocoltura sia stato l'unico prelievo effettuato