

UNITA' OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2022 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Pagina 1 di 19

Revisione	Motivazione	Data
01	Emissione	Ottobre 2010
02	Revisione ed aggiornamento	Dicembre 2013
03	Revisione ed aggiornamento	Maggio 2015
04	Revisione ed aggiornamento	Settembre 2017
05	Revisione ed aggiornamento	Marzo 2019
06	Revisione ed aggiornamento	Marzo 2021
07	Revisione ed aggiornamento	Aprile 2022

Redatto da

U.O. Igiene Ospedaliera  
Federici Franco  
Silvotti Maria Grazia  
Rasi Francesca

Firma: 

Data: ...01/04/2022.....

Validato da:

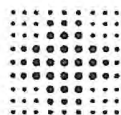
Direttore Sanitario Aziendale *f.f.*  
Andrea Magnacavallo

Firma: 

Data: *2/5/2022*

#### Elenco dei Contenuti

pag. 2	Premessa - La Gestione del Rischio Infettivo
pag. 3	Sintesi delle Azioni
pag. 6	A) Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA: interventi di gestione del rischio ICA da parte del Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e compatibilmente con la situazione pandemica della rete dei Referenti ICA alla luce del DGR 318/2013. Compatibilmente con la situazione pandemica, Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA nelle CRA (Studio Regionale HALT 4).
pag. 8	B) Mantenimento del flusso di identificazione, segnalazione rapida ed indagine epidemiologica di eventi sentinella microbiologici e patologie infettive ai sensi del DGR 186/2005 con particolare riferimento al controllo della diffusione degli agenti infettivi multiresistenti e/o diffusibili e di SARS-CoV-2
pag.11	C) Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti delle UU.OO. Chirurgiche ospedaliere che aderiscono al sistema di sorveglianza regionale (SICHER), anche in situazione emergenziale
pag.13	D) Audit (Audit regionale reprocessing endoscopi) Azioni di informazione / formazione – Aggiornamento dei procedure / protocolli / IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo. Implementazione delle informazioni di ritorno da trasmettere alle UU.OO.
pag.15	E) Prevenzione contaminazione ambientale legionellosi e altri contaminanti ambientali
Pag.16	F) Azioni specifiche legate alla pandemia da SARS-CoV-2



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

UNITA' OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2022 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Pagina 2 di 19

## PREMESSA

### La gestione del rischio infettivo

In tutte le organizzazioni sanitarie, la **sicurezza delle cure** è un fatto imprescindibile: oltre a costituire un imperativo etico nei confronti dei pazienti e degli operatori, essa influenza i risultati in termini strettamente economici, in costi umani e di immagine, e condiziona il benessere organizzativo. Dal punto di vista tecnico, la sicurezza delle cure condiziona l'efficacia e l'accettabilità dell'intervento sanitario; infatti, per i pazienti la sicurezza è un pre-requisito dell'assistenza di buona qualità; tale requisito, proprio perché implicito, quando viene disatteso determina le peggiori reazioni di insoddisfazione.

Nell'assistenza sanitaria, il processo di promozione della sicurezza delle cure è strettamente connesso alle attività di **gestione del rischio**. Si tratta delle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di danni ai pazienti, agli operatori e ai visitatori e dunque il rischio di perdite per l'organizzazione stessa.

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, **il rischio infettivo**, ossia il **rischio per pazienti di contrarre una infezione**, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. **Le infezioni correlate all'assistenza (ICA)** sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali. Obiettivo generale di un programma di controllo del rischio infettivo è assicurare che vengano adottate, a tutti i livelli e da tutti gli operatori, le pratiche assistenziali con evidenza di efficacia per **ridurre il rischio di diffusione di microrganismi infettivi durante l'assistenza**. Per ridurre il problema in ambito sanitario vengono impiegate misure di **prevenzione, controllo e sorveglianza delle infezioni** anche mediante la realizzazione di idonee innovazioni organizzative, con particolare riferimento alla situazione emergenziale, iniziata nel 2020, a causa del SARS-CoV-2, che ha comportato riorganizzazioni ed ha richiesto misure ad "hoc".

UNITA' OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2022 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Pagina 3 di 19

Nel PIANO PROGRAMMA AZIENDALE per la sicurezza delle cure e gestione del rischio una parte rilevante è costituita dalle azioni rivolte alla prevenzione, controllo e sorveglianza del rischio infettivo in ambito sanitario. Tali azioni si concretizzano soprattutto nell'ambito ospedaliero e nelle strutture dedicate all'assistenza e riguardano l'aspetto relativo alla tutela del paziente/utente (rischio clinico), rappresentano pertanto aree critiche alle quali rivolgere interventi di natura preventiva.

**Le azioni, in SINTESI, per il controllo e la gestione del rischio infettivo per l'anno 2021 sono:**

**A) Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA compatibilmente con la situazione pandemica:**

- interventi di gestione del rischio ICA da parte del **Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)** della rete dei Referenti ICA alla luce del **DGR 318/2013**,
- **strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA nelle CRA**, alle quali in ogni caso viene garantito supporto e collaborazione per qualsiasi aspetto legato al rischio infettivo. Adesione allo studio HALT 4, Coordinato da UO Igiene Ospedaliera – (P.I. Aziendale Maria Grazia Silvotti)

**B) Mantenimento del flusso di identificazione, segnalazione rapida ed indagine epidemiologica di eventi sentinella microbiologici e patologie infettive ai sensi del DGR 186/2005 con particolare riferimento al controllo della diffusione degli agenti infettivi multiresistenti e/o diffusibili come virus influenzali e SARS-CoV-2:**

- Aggiornamento elenco dei microrganismi "alert" (confronto con Regione)
- Mantenimento dell'adesione dei flussi informativi regionali per gli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Verifica dell'esecuzione dello screening CPE per la sorveglianza dei pazienti al momento del ricovero e in caso di contatti di caso indice
- Ripristino appena possibile da parte del Laboratori di Microbiologia, oggi impegnato per la pandemia, del sistema di segnalazione e valutazione settimanale di incrementi sospetti relativamente a specifici microrganismi "alert": CPE, Acinetobacter baumannii MDR, Clostridium difficile, MRSA
- **Identificazione e analisi dei casi di positività SARS-CoV2 e varianti**, con tempestiva individuazione e definizione di eventuali contatti di caso (contact tracing) e conseguenti indicazioni alle UU.OO interessate sulle misure da adottare e segnalazione al DSP di eventuali pazienti contatti già dimessi. Implementazione di una unica banca dati informatizzata e immediatamente condivisibile dei casi positivi notificati e dei contatti di caso e delle relazioni dei casi di SARS-CoV2 nel sistema informativo IGEA
- **Analisi a seguito di riscontro di positività SARS-CoV 2 in reparti "no covid"**: analisi del rispetto delle procedure, identificazione dei pazienti contatti di caso, ricerca cause positività, indicazione di azioni correttive, produzione di relazione a seguito di indagine epidemiologica. Svolgimento sopralluoghi e verifiche in loco

UNITA' OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2022 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Pagina 4 di 19

- **Valutazione, segnalazione e gestione di eventuali focolai di SARS-CoV2:** svolgimento di indagine epidemiologica

C) **Mantenimento ed implementazione dei sistemi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti delle UU.OO. ospedaliere Chirurgiche e altre che aderiscono al sistema di sorveglianza regionale (SICHER), anche in situazione emergenziale.**

D) **Audit (Audit regionale reprocessing endoscopi) Azioni di informazione / formazione – Aggiornamento dei procedure / protocolli / IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo. Implementazione delle informazioni di ritorno da trasmettere alle UU.OO. (reportistica):**

- **Partecipazione alla iniziativa di Audit regionale sul processo di sterilizzazione degli endoscopi in generale e nello specifico di quelli per l'effettuazione della procedura di ERCP (Coordinato da UO Igiene Ospedaliera – (Ref. Aziendale Francesca Rasi)**
- **Formazione in tema di infezioni correlate all'assistenza (ICA) (corsi per neoassunti e corsi per il personale con eventuale apertura alla partecipazione per il personale operante nelle Strutture Sanitarie Territoriali, dei Servizi esternalizzati, delle Associazioni operanti in ambito ospedaliero).**
- **Promozione ed incentivazione dell'adesione alla pratica dell'igiene delle mani da parte degli Operatori Sanitari con strategie multimodali: analisi trimestrale del consumo di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani e invio di report alle UU.OO. di degenza (quando possibile, compatibilmente con la riorganizzazione che le UU.OO. subiscono in conseguenza dell'andamento della pandemia), incontri di informazione / formazione, presso UU.OO. o Presidio, se compatibili con la situazione emergenziale con presentazione dei risultati e delle criticità rilevate.**
- **Ripristino del Monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani con il metodo di rilevazione MAppER (= Mani App Emilia Romagna – sistema informatizzato per il monitoraggio dell'igiene delle mani della Regione Emilia Romagna) e invio degli esiti delle rilevazioni condotte alle UU.OO. "pulite e intermedie" monitorate. L'applicativo MAppER, attivo dal 2017, è stato ritirato da Regione a gennaio 2021, in quanto obsoleto; il 03/09/2021 è stato riproposto un nuovo sistema di rilevazione, con richiesta di adesione formale da parte del DG dell'AUSL di Piacenza, con il coinvolgimento del DPO aziendale per quanto riguarda l'Accordo per il trattamento di dati personali; il 21/12/2021 è stata spedita all'agenzia sociosanitaria regionale la lettera di adesione al sistema MAPP-ER dell'AUSL di Piacenza. Specifica formazione in merito all'utilizzo del nuovo applicativo è stata svolta da Regione per AUSL Piacenza il 10/03/2022.**
- **Implementazione delle informazioni di ritorno da diffondere ai Direttori, Coordinatori e Referenti ICA di U.O. alle UU.OO. (reportistica):** report trimestrale del consumo di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani, quando possibile, compatibilmente con la riorganizzazione che le UU.OO. subiscono in conseguenza dell'andamento della pandemia; **se ripristinati:** esiti delle rilevazioni condotte con metodologia MAppER sull'adesione all'igiene delle mani; report quadrimestrale sui microorganismi antibiotico-resistenti (trend in AUSL PC e confronto con Reg ER), redatto in collaborazione con U.O. Microbiologia; report mensile dei microrganismi "alert" per le UU.OO. di Terapia Intensiva Rianimazione; il report semestrale

UNITA' OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2022 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Pagina 5 di 19

relativo all'implementazione dell'istruzione operativa per l'individuazione dei soggetti colonizzati/infetti da CPE (screening all'ingresso tramite esecuzione di tamponi rettali di sorveglianza), valore numerico quantitativo rispetto al valore atteso (i casi anomali vengono illustrati negli incontri con le UU.OO. interessate).

- **Aggiornamento dei protocolli/ procedure/IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo**  
Collaborazione con le UUOO per integrare la redazione di loro protocolli/ procedure/IO in merito alle specifiche misure da adottare per la riduzione del rischio infettivo.

#### E) Prevenzione contaminazione ambientale legionellosi e altri contaminanti ambientali.

#### F) Azioni specifiche legate alla pandemia da SARS-CoV-2, quali:

- **identificazione e analisi dei casi di positività SARS-CoV2 e varianti**, con tempestiva individuazione e definizione di eventuali contatti di caso (contact tracing) e indicazioni alle UU.OO interessate sulle misure da adottare.
- **Implementazione di una unica banca dati informatizzata e immediatamente condivisibile** dei positivi notificati e dei contatti di caso e delle relazioni sul caso di SARS-CoV2 nel sistema informativo IGEA.
- **Analisi a seguito di riscontro di positività SARS-CoV 2 in reparti "no covid"**: analisi del rispetto delle procedure, identificazione dei pazienti contatti di caso, ricerca cause positività, indicazione di azioni correttive, produzione di relazione a seguito di indagine epidemiologica. Svolgimento sopralluoghi e verifiche in loco.
- **Valutazione, segnalazione e gestione di eventuali focolai di SARS-CoV2**: in primis identificazione se variante, ricerca del caso "indice", analisi della trasmissione, analisi delle possibili cause che hanno generato il focolaio; trasmissione dei dati e di tutte le informazioni richieste al Dipartimento di Sanità Pubblica.
- **Supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica per i debiti informativi di segnalazione** (es. pazienti contatti di caso dimessi al domicilio, focolai)
- **Aggiornamenti delle procedure e controlli e audit delle UU.OO** per verifica di rispetto dei comportamenti previsti dalle varie procedure
- **Progetti specifici**:
  - Mantenimento di campionamenti ambientali per ricerca SARS COV2 e agenti patogeni nelle UU.OO
  - Programmazione utilizzo porte o tunnel sanificanti
  - Dotazione di apparecchiature per trattamento aria con abbattimento della carica microbica e virale di almeno il 99,5 % da collocare nelle aree a maggior rischio infettivo
  - Implementazione della sanificazione integrativa tramite atomizzatori

UNITA' OPERATIVA:

UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		Pagina 6 di 19
---	--	----------------

Le azioni, in **DETTAGLIO**, per il controllo e la gestione del rischio infettivo per l'anno 2021 sono

**A) Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA: interventi di gestione del rischio ICA da parte del Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e compatibilmente con la situazione pandemica della rete dei Referenti ICA alla luce del DGR 318/2013.**

**Compatibilmente con la situazione pandemica, strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA nelle CRA**

Nel 2013, con DGR n.318, la Regione ha inteso aggiornare le indicazioni per la organizzazione della gestione del rischio infettivo nelle Aziende, pertanto la nostra Azienda, sulla base di tali indicazioni, ha ridefinito il proprio assetto organizzativo per la gestione del rischio infettivo correlato all'assistenza, ritenendo di:

1) far coincidere il CIO Aziendale con il Nucleo Strategico, previsto dalla delibera regionale, e di affidare allo stesso il compito di elaborare le strategie di intervento mirate sia nei presidi ospedalieri pubblici e privati della azienda sia all'assistenza e servizi in ambito territoriale in stretto rapporto con il Collegio di Direzione, a cui rimane collegialmente la responsabilità delle attività di proposta, applicazione e monitoraggio divenendone quindi parte integrante dello stesso sotto il governo della direzione sanitaria.

2) far coincidere i Nuclei Operativi, previsti sempre dalla delibera regionale, con:

a) **Gruppo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)**, presieduto e coordinato dal Responsabile dell'UOSD Igiene Ospedaliera, e al cui interno sono garantite le professionalità necessarie per le funzioni di implementazione dei programmi di gestione del rischio ICA, così come da elenco sotto riportato (aggiornamento al 14/12/2021) :

Dirigente Medico Responsabile UOSD Igiene Ospedaliera - Coordinatore

Dirigente Biologo UOSD Igiene Ospedaliera - Componente

Dirigente Medico UOC Stabilimento Osp. Piacenza e Governo dell'accesso

Medico competente UOC Servizio Prevenzione e Protezione - Componente

Direttore UOC Malattie Infettive Componente

Direttore UOC Microbiologia - Componente

Direttore F.F. UOC Farmacia Ospedaliera - Componente

Farmacista Responsabile USD Dispositivi Medici – Componente

Coll. Prof. San Infermiere UOSD Igiene Ospedaliera - Componente

Dirigente Professioni Sanitarie – Componente

Dirigente Medico UOC Stabilimenti Osp. Periferici

UNITA' OPERATIVA:

UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		Pagina 7 di 19
---	--	----------------

b) **Gruppo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici**, presieduto e coordinato dal Direttore UOC Malattie Infettive e al cui interno sono previste tutte quelle professionalità necessarie al governo dell'uso responsabile degli antibiotici ed all'integrazione delle attività con il gruppo operativo di controllo delle infezioni.

#### Rete dei Referenti ICA di U.O./Servizio:

L'attuazione operativa delle strategie di intervento richiede che i nuclei operativi per il controllo delle ICA siano affiancati da figure di Referenti, sia medici che infermieri, nelle Unità Operative di degenza e nei Servizi. Tali figure devono essere identificate, appositamente formate e devono lavorare in rete con gli altri referenti e i nuclei operativi per assicurare l'effettiva attuazione delle politiche di sorveglianza e controllo decise.

Dal 2018 si è proceduto con l'individuazione dei referenti medici e infermieristici/ostetrici/tecnici di tutti tutte le UU.OO. di degenza (per il Dipartimento Chirurgia e UU.OO. ostetricia - ginecologia la nomina è stata effettuata a fine 2016) e per alcuni Servizi: Pronto Soccorso, Dialisi, Radiologie, Riabilitazione Estensiva, Intensiva, Spinale, nonché per OBI, Bobbio OSCO, Terapia del Dolore. I Referenti hanno seguito un percorso formativo (anche mediante gruppi di miglioramento accreditati).

E' attivo e verrà mantenuto un programma coinvolgimento, con incontri presso UO/Servizio rivolto ai Referenti individuati nelle diverse UO/Servizi, per quanto possibile nell'attuale situazione pandemica.

#### **Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA nelle CRA**

L'UOSD Igiene Ospedaliera collabora con la Regione E.R. in merito alle attività inerenti al controllo delle ICA nelle CRA Aziendali e ne predispone l'implementazione. Da ottobre 2021 è iniziato il progetto **HALT 4**: L'Agenzia Europea per la prevenzione e controllo delle malattie – ECDC da anni promuove il progetto HALT (Healthcare Associated infections in Long-Term care facilities in Europe) che ha lo scopo di promuovere la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e il buon uso degli antibiotici, anche attraverso la sorveglianza delle infezioni mediante studi di prevalenza (PPS) ripetuti. AUSL Piacenza e la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ER-ASSR), partecipa al progetto sin dalla sua prima edizione. La sostenibilità di questo protocollo ha permesso di ripetere tre studi regionali (nel 2010, 2013 e 2017) coinvolgendo un numero crescente di residenze (tutte le Strutture convenzionate di AUSL Piacenza nella terza edizione HALT 3). HALT 4 ha lo scopo di monitorare l'insorgenza di infezioni, nell'arco temporale di un anno, nella popolazione degli ospiti di strutture sociosanitarie accreditate (CRA) definendo i seguenti **obiettivi primari**:

- Descrivere l'incidenza delle infezioni nelle strutture sociosanitarie nel periodo considerato e il loro impatto sugli *outcome* di salute;
- Ipotizzare la costruzione di stima dell'incidenza e degli esiti di infezione a partire dai dati di sorveglianza acquisiti mediante studi di prevalenza ripetuti (PPS).

UNITA' OPERATIVA:

UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		Pagina 8 di 19
---	--	----------------

Contestualmente lo studio longitudinale può essere un'occasione per acquisire dati a livello regionale, pertanto si sono identificati alcuni **obiettivi regionali**:

- Utilizzare questa esperienza per testare la fattibilità dell'implementazione di un sistema di sorveglianza continuativa nelle strutture sociosanitarie;
- Favorire la consapevolezza del rischio infettivo all'interno delle CRA nel personale sanitario che vi opera a vario titolo.

La partecipazione al progetto HALT 4 è coordinata per AUSL Piacenza da UO Igiene Ospedaliera (P.I. Aziendale Maria Grazia Silvotti)

L'UOSD Igiene Ospedaliera collabora ai sistemi di monitoraggio nelle CRA (ad es. consumi di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani). La pandemia non ha reso possibile il monitoraggio negli anni 2020 e 2021 presso le CRA, se compatibile con la situazione verrà ripreso nel 2022. Così come richiesto dalla nota inviata con Prot. 07/03/2022.0235274.U in modo congiunto tra Servizio Assistenza Territoriale Emilia Romagna-Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, per la raccolta del dato di consumo di gel idroalcolico nelle residenze sociosanitarie e socioassistenziali è stata implementata la rilevazione attraverso l'utilizzo di un form specifico via web. Una volta disponibili i dati di consumo, l'Azienda provvederà a predisporre opportuna reportistica in merito.

Alle CRA in ogni caso viene però garantito supporto e collaborazione per qualsiasi aspetto legato al rischio infettivo. Inoltre, viene garantito supporto per gestione dei casi positivi e sospetti, anche attraverso la partecipazione ai lavori della task force creata ad hoc.

E' in corso l'implementazione nel sistema di accettazione dei campioni biologici provenienti da ospiti delle Strutture Sanitarie territoriali per la comunicazione degli "alert", definendo un percorso che fin dalla richiesta permetta di individuare se la richiesta a partenza da un Medico di Medicina Generale riguarda un paziente delle Strutture.

Anno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
2022	Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA: attività del GO ICA	Affrontare il rischio in una logica di sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbali prodotti / incontri svolti</li> <li>- Rapporto annuale delle attività del GO ICA, approvato dalla Direzione Aziendale</li> </ul>	GO ICA
2022	Strategie di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA nelle CRA	Affrontare il rischio in una logica di sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progetto HALT 4: rispetto scadenze Regionali</li> </ul>	P.I. Igiene Ospedaliera

**B) Mantenimento del flusso di identificazione, segnalazione rapida ed indagine epidemiologica di eventi sentinella microbiologici e patologie infettive ai sensi del DGR 186/2005 con particolare riferimento al controllo della diffusione degli agenti infettivi multiresistenti e diffusibili come virus influenzali e SARS-CoV2**

Con Deliberazione del 7 febbraio 2005 n. 186, la Giunta Regionale ER ha approvato l'attivazione di un "Sistema di segnalazione rapida "di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione in generale che va ad affiancare e integrare quanto presente nel DM 15 dicembre 1990 sulla notifica di malattia infettiva. Questo sistema ha una parte di preminente competenza del Dipartimento di Sanità Pubblica ed una parte di stretta competenza della Direzione Medica insieme alle altre UO deputate al caso. Nel 2010 il flusso informativo è stato preso in carico, a livello ospedaliero, dall'U.O. Igiene Ospedaliera, a partire dal momento in cui viene effettuata la notifica di malattia infettiva fino alla segnalazione rapida in Regione o quando il Laboratorio identifica un agente "alert", per i quali è attivo il sistema software Vigiguard (sistema più avanzato che dal 2013 ha sostituito il sistema Vigiact del 2010) che permette di segnalare in tempo reale gli agenti infettivi "alert" a cui applicare la segnalazione rapida. Ciò permette la pronta adozione da parte degli Operatori Sanitari delle misure di controllo del rischio di trasmissione e diffusione di microrganismi durante l'assistenza (airborne, droplets, bloodborne hand – skinborn). **E' attivato e mantenuto il flusso, mediante software, di segnalazione diretta alla Regione, da parte dei Presidi Ospedalieri di determinati eventi (cluster epidemici, batteriemie da CPE, primo isolamento di agente infettivo con particolare profilo di resistenza).** Si mantiene tale flusso di notifica, aggiornando periodicamente, in base agli eventi epidemici, l'elenco degli alert microbiologici e implementando eventuali nuove indicazioni regionali.

Per ogni "microrganismo alert" trasmissibile per "contatto" e/o per "droplets" (es virus influenzali, SARS-CoV2 e varianti), l'U.O. Igiene Ospedaliera verifica l'adozione e l'applicazione delle misure di isolamento tramite telefonata o con sopralluogo, se possibile, nell'U.O. interessata (sicuramente nei reparti "no covid" di Piacenza). In caso di segnalazione di malattia infettiva e diffusiva redige, se del caso, relazione a seguito dell'indagine epidemiologica svolta, da inviare anche, se del caso, a Dipartimento di Sanità Pubblica e SPP.

**I casi di positività SARS-CoV2 e varianti** vengono subito identificati e analizzati, con tempestiva individuazione e definizione di eventuali contatti di caso (contact tracing) e conseguenti indicazioni alle UU.OO interessate sulle misure da adottare e segnalazione al DSP di eventuali pazienti contatti già dimessi.

A questo proposito, è stato implementato il sistema informativo IGEA con la parte IGEA-IGIENE OSPEDALIERA per avere una unica banca dati dei positivi notificati e dei contatti e redigere le relazione sul caso di SARS-CoV2 informatizzata e immediatamente condivisibile.

**Analisi a seguito di riscontro di positività SARS-CoV 2 in reparti "no covid":** analisi del rispetto delle procedure di valutazione e flusso pazienti in PS e reparto, analisi del rispetto timing tamponi sorveglianza, identificazione dei pazienti contatti di caso, ricerca delle cause di positività, indicazione di azioni correttive, produzione di relazione a seguito di indagine epidemiologica. Svolgimento sopralluoghi e verifiche in loco (sicuramente nei reparti "no covid" di Piacenza, quando possibile

anche nei presidi periferici) della corretta applicazione delle varie procedure per la riduzione e il contenimento del rischio infettivo, in particolare da contatto e droplets.

Mantenimento dell'adesione ai flussi informativi regionali mensili per gli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e segnalazione immediata di batteriemia da CPE; è stato implementato lo screening per la ricerca di CPE nei pazienti "eleggibili" al momento del ricovero (ampliando il numero dei reparti interessati dall'anno 2021) e nei pazienti "contatti" di caso indice. Introduzione nello screening con tampone rettale anche della ricerca di *Acinetobacter baumannii* MDR (da marzo 2017).

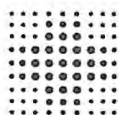
Verifica dell'esecuzione dello screening CPE per la sorveglianza dei pazienti al momento del ricovero e in caso di contatti di caso indice: controlli puntuali dell'esecuzione dei tamponi di sorveglianza a pazienti "contatti" di caso indice (L'UO Igiene Ospedaliera richiede al coordinatore dell'UO interessata dal caso indice di comunicare via mail all'UO Igiene Ospedaliera i nominativi dei pazienti contatti da caso indice da sottoporre a screening. L'UO Igiene Ospedaliera invia all'UO interessata una tabella riportante il "Prospetto della tempistica di esecuzione dei tamponi rettali ai pazienti contatti di caso indice" e ne verifica l'esecuzione e l'esito – se rispristinato quando possibile report *semestrale* di esecuzione numero di tamponi rettali richiesti dalle UU.OO. e conseguente valutazione qualitativa con comparazione del dato con il totale dei pazienti provenienti da RSA, DH, altri reparti del Presidio Unico ed un secondo totale comprensivo anche del dato di ricovero entro i 90 giorni precedenti in altro ospedale della Regione Emilia Romagna; elaborazione semestrale con invio ai reparti.

Valutazione, segnalazione e gestione di eventuali focolai di SARS-CoV2: in primis identificazione se variante, ricerca del caso "indice", analisi della trasmissione, analisi delle possibili cause che hanno generato il focolaio; trasmissione dei dati e di tutte le informazioni richieste al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Piano strategico operativo di risposta ad una pandemia influenzale della Regione Emilia Romagna: contributo dell'UO Igiene Ospedaliera alla definizione del piano strategico operativo per quanto riguarda la parte ospedaliera.

Al fine di evidenziare tempestivamente possibili altri cluster di infezione da microrganismo "alert", ripristino appena possibile da parte dell'U.O. Microbiologia dell'invio all'UO Igiene Ospedaliera di un report settimanale per la sorveglianza di incrementi sospetti di isolamenti relativi a Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE), *Acinetobacter baumannii* MDR, *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA) (da settembre 2017). L'U.O. Igiene Ospedaliera analizza gli incrementi sospetti segnalati dall'U.O. Microbiologia; svolge indagini sui pazienti e il loro percorso di cura tramite apposita scheda di sorveglianza; valuta se si tratta di un possibile cluster; valuta le eventuali azioni specifiche da intraprendere nella U.O. interessata; redige relazione relativa al caso.

Anno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
2022	Mantenimento della Sorveglianza degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Riduzione del rischio infettivo	Invio mensile di flusso di dati richiesto da Regione E.R.	Igiene Ospedaliera UO Microbiologia
2022	Implementazione sorveglianza / monitoraggio / controllo degli Enterobatteri produttori di	Riduzione del rischio infettivo	Report <i>semestrale</i> adesione, implementazione procedura per	UU.OO. Degenza Igiene



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

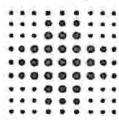
UNITA' OPERATIVA:

UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

**PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**Pagina 11 di 19**

	carbapenemasi (CPE)		l'individuazione dei soggetti colonizzati/infetti da CPE (esecuzione tamponi rettali di sorveglianza)	Ospedaliera UO Microbiologia
2022	Mantenimento del flusso informativo del Sistema di Segnalazione rapida alla Regione per gli alert microbiologici con inusuale profilo di resistenza (scheda SSR2) epidemie e cluster in strutture sanitarie (scheda SSR3) e batteriemie da CRE	Riduzione del rischio infettivo	Numero di segnalazioni rapide con schede SSR2-SSR3 rispetto a tutti gli alert microbiologici ed a tutti gli eventi cluster ed epidemici in Azienda e batteriemie da CPE	UO Microbiologia UO Igiene Ospedaliera
2022	Mantenimento del flusso informativo del Sistema di Segnalazione al DSP	Riduzione del rischio infettivo	Segnalazione di focolai SARS-CoV2 al DSP	UO Igiene Ospedaliera UO Microbiologia
2022	Svolgimento di indagine epidemiologica a seguito di segnalazione di caso di malattia infettiva e diffusiva	Riduzione del rischio infettivo	Invio relazione ( <i>redatta se del caso</i> ) a seguito di indagine epidemiologica al Dipartimento di Sanità Pubblica e SPP o per SARS-CoV2 condivisione in IGEA	U.O. Igiene Ospedaliera U.O. interessate
2022	Azioni di informazione e sensibilizzazione degli operatori al problema delle ICA con particolare riferimento agli agenti infettivi multi-farmaco-resistenti, con particolare attenzione alle UU.OO. con pazienti maggiormente suscettibili	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Se possibile ripristinati, produzione e diffusione di report quadrimestrale sui microorganismi antibiotico-resistenti (trend in AUSL PC e confronto con Reg ER) Report mensile dei microorganismi "alert" per le UU.OO. di Terapia Intensiva -Rianimazione	U.O. Igiene Ospedaliera UO Microbiologia
2022	Controllo dei casi di positività a SARS-CoV2 in reparti "no covid" mediante verifica dell'adozione e dell'applicazione delle corrette procedure	Riduzione del rischio infettivo	N relazioni/n° UU.OO con cluster	U.O. Igiene Ospedaliera



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:**

UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

<b>PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		<b>Pagina 12 di 19</b>
---	--	------------------------

**C) Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) nei pazienti delle UU.OO. Chirurgiche ospedaliere che aderiscono al sistema di sorveglianza regionale (SICHER).**

**Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico: partecipazione al sistema di sorveglianza regionale SICHChER, anche in situazione emergenziale**

E' dimostrato come sia possibile ridurre il rischio di ISC, attraverso l'adozione di programmi di intervento che includano la sorveglianza continuativa e il feed-back periodico dei dati. Il sistema di sorveglianza delle Regione Emilia Romagna delle infezioni del sito chirurgico (SICHChER) si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall'NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense.

Le procedure oggetto di sorveglianza sono definite dalla Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna. L'inizio della sorveglianza corrisponde al giorno dell'intervento chirurgico (data sessione operatoria). La fine della sorveglianza corrisponde al 30° o 90° giorno dopo la data della sessione operatoria (se intervento non protesico o intervento protesico); naturalmente il reale periodo di sorveglianza dipenderà dalla possibilità di contattare o meno il paziente, pertanto la fine della sorveglianza corrisponde operativamente alla data di ultimo contatto con il paziente (data ultimo contatto follow-up). Quando insorge una infezione del sito chirurgico la sorveglianza termina, anche se tale evento è precedente ai 30 o 90 giorni.

Dal 2018 è stato ulteriormente implementato il numero delle UU.OO. Chirurgiche che aderiscono al sistema di sorveglianza regionale e il numero degli interventi sorvegliabili. Ad oggi sono coinvolte le UU.OO.: Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Plastica, Chirurgia Senologica, Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Terapia del dolore. Nel 2022 verranno coinvolte le Unità Operative di Nefrologia e di Cardiologia.

Si sottolinea l'importanza dell'aderenza al sistema di sorveglianza regionale in quanto strumento di controllo dell'efficacia dell'attività e proprio a tal fine si è pensato di semplificare la procedura di inserimento dei dati con l'introduzione di una scheda informatica anche per favorire l'adesione al SICHChER.

Attivando il programma DIGISTAT anche nelle Strutture private (Casa di cura Piacenza) si è resa possibile la sorveglianza anche per gli interventi chirurgici istituzionale trasferiti in Casa di Cura e di conseguenza la generazione automatica della scheda Sicher.

Inoltre, da parte del referente Informatico SICHChER, è in continua evoluzione e sviluppo il software che permette, oltre ad assolvere al debito informativo della Regione, di integrarsi con la cartella clinica informatizzata e con altri software aziendali (comparto operatorio, prescrizione informatizzata, laboratorio analisi) raccogliendo tutte le informazioni necessarie per tracciabilità, monitoraggio, analisi e verifica dell'andamento delle infezioni del sito chirurgico rilevate sulle categorie di interventi individuate.

Analisi dei dati dei reports di ritorno regionali, con particolare riguardo alla frequenza delle infezioni per categoria: azioni con le relative UO nei casi in cui il tasso di infezione sia maggiore di quello regionale per la categoria.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:** UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

**PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Pagina 13 di 19

Anno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
2022	Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nei pazienti /utenti nelle UU.OO. chirurgiche ospedaliere (SICHER) che hanno aderito al sistema di sorveglianza	Riduzione del rischio infettivo	Almeno 75% degli interventi sorvegliati effettuati / tutti gli interventi sorvegliabili effettuati nel corso di ogni anno	U.O. del Dip. Chirurgia UO Igiene Ospedaliera Direzione Assistenziale
2022	Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nei pazienti /utenti nelle UU.OO. chirurgiche ospedaliere (SICHER) che hanno aderito al sistema di sorveglianza	Riduzione del rischio infettivo	Analisi dei dati dei reports di ritorno regionali con le relative UO nei casi in cui il tasso di infezione sia maggiore di quello regionale per la categoria	U.O. del Dip. Chirurgia UO Igiene Ospedaliera
2022	Mantenimento della rete dei referenti SICHER presso le UUOO chirurgiche coinvolte	Affrontare il rischio in una logica di sistema	Mantenimento della sorveglianza SICHER con i Referenti SICHER anche in situazione emergenziale (FSC accreditata)	U.O. del Dip. Chirurgia UO Igiene Ospedaliera
2022	Mantenimento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nei pazienti /utenti nelle UU.OO. chirurgiche ospedaliere (SICHER) che hanno aderito al sistema di sorveglianza anche in Pandemia Sars-Cov2.	Riduzione del rischio infettivo	Continuare ad adeguare il sistema di sorveglianza anche per gli interventi eseguiti in Casa di cura dai Chirurghi dell'Azienda	UO Igiene Ospedaliera Referente Informatico SICHER

UNITA'

OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

<b>PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		<b>Pagina 14 di 19</b>
---	--	------------------------

**D) Audit (Audit regionale reprocessing endoscopi) Azioni di informazione / formazione – Aggiornamento dei procedure / protocolli / IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo. Implementazione delle informazioni di ritorno da trasmettere alle UU.OO. (reportistica):**

**Partecipazione alla iniziativa di Audit regionale sul processo di sterilizzazione degli endoscopi in generale e nello specifico di quelli per l'effettuazione della procedura di ERCP (Coordinato da UO Igiene Ospedaliera – (Ref. Aziendale Francesca Rasi): L'Audit in 2 distinti momenti attraverso la raccolta di due tipologie di dati:**

1. Rilevazione delle modalità di esecuzione del reprocessing di tutte le tipologie di endoscopi (check list di indicatori) che verrà condotta in tutte le aziende della RER.
2. Rilevazione di criteri clinici (check list di indicatori) relativi alla gestione dei pazienti sottoposti ad ERCP. Questa raccolta dati verrà condotta nei Servizi che eseguono un numero di procedure/anno > a 200.

Partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la stesura delle best practices al fine di definire le relative linee di indirizzo regionali. (revisione del Dossier n. 134/2006 - Reprocessing degli endoscopi, a cura dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna), attraverso videocall con gli altri referenti regionali volti a condividere la produzione inerente gli argomenti di ricerca.

**Formazione: corso in tema di "infezioni correlate all'assistenza (ICA)"**

In ottemperanza alle indicazioni regionali, il corso "Infezioni correlate all'Assistenza - ICA" è rivolto agli operatori sanitari e socio sanitari. Sono state realizzate più edizioni, anche specificatamente dedicate ai **nuovi assunti/ neo inseriti** (dal 2018) e dal 2017 alle Strutture territoriali, con differenziazione per sede territoriale dal 2018.

Il corso ha lo scopo di fornire le conoscenze sulle principali misure di prevenzione e controllo delle ICA, sostenute da **forti raccomandazioni ed evidenze scientifiche che peraltro sono alla base delle azioni e dei programmi aziendali per la prevenzione ed il controllo del rischio infettivo**. Vengono rese disponibili le principali fonti dei dati relativi a procedure, protocolli, linee guida nazionali ed internazionali inerenti i programmi di prevenzione e controllo delle principali infezioni correlate all'assistenza.

**Azioni di informazione / formazione:** un programma efficace di controllo delle infezioni deve prevedere anche la relativa formazione del personale **già al momento dell'assunzione e**, a seguire, **su base periodica**, includendo i professionisti, il personale di supporto clinico e non clinico. La formazione deve essere offerta nell'ambito delle attività di orientamento di tutti i **neoassunti**, con corsi di aggiornamento periodici inerenti il programma ospedaliero di prevenzione, controllo e sorveglianza delle ICA. La formazione deve includere anche i risultati e gli andamenti (trend) locali rilevabili dalle attività di sorveglianza (documenti aziendali: piano della formazione e percorso del neoassunto).

Nonostante la situazione emergenziale, dall'anno 2021 si è data **precedenza alla formazione dei neoassunti, con corsi in presenza a piccoli gruppi, nel rispetto delle indicazioni di sicurezza aziendali**.

UNITA'

OPERATIVA: UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

<b>PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		<b>Pagina 15 di 19</b>
---	--	------------------------

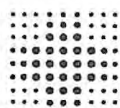
Se possibile corsi di formazione in merito al problema delle ICA verranno aperti alla partecipazione del personale operante nelle Strutture Sanitarie Territoriali, dei Servizi esternalizzati e delle Associazioni operanti in ambito ospedaliero.

**Igiene delle mani:**

Nel 2005 l'OMS ha lanciato la campagna mondiale per la sicurezza del paziente, che includeva anche la campagna "Cure pulite sono cure più sicure" basata sulla promozione dell'igiene delle mani. **L'igiene delle mani** è una pratica efficace a prevenire il rischio infettivo, semplice ma anche complessa, spesso disattesa secondo i dati della letteratura. L'introduzione del lavaggio delle mani con soluzione idroalcolica ha l'obiettivo di migliorare il comportamento degli Operatori Sanitari e pertanto tale pratica deve essere diffusa a tutti coloro che si occupano a vario titolo del paziente (operatori, visitatori, caregiver, volontari ecc.). L'adesione alla pratica dell'igiene delle mani da parte degli Operatori Sanitari deve essere promossa ed incentivata con strategie multimodali: analisi trimestrale del consumo di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani e invio di report alle UU.OO. di degenza quando possibile, compatibilmente con la riorganizzazione che le UU.OO. subiscono in conseguenza dell'andamento della pandemia; incontri di informazione / formazione, presso UU.OO. o Presidio, se compatibili con la situazione emergenziale, con report dei risultati e le criticità rilevate; **Ripristino del Monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani con il metodo di rilevazione MAppER** (= Mani App Emilia Romagna – sistema informatizzato per il monitoraggio dell'igiene delle mani della Regione Emilia Romagna) e invio degli esiti delle rilevazioni condotte alle UU.OO. "**pulite e intermedie**" monitorate. L'applicativo MAppER, attivo dal 2017, è stato ritirato da Regione a gennaio 2021, in quanto obsoleto; il 03/09/2021 è stato riproposto un nuovo sistema di rilevazione, con richiesta di adesione formale da parte del DG dell'AUSL di Piacenza, con il coinvolgimento del DPO aziendale per quanto riguarda l'Accordo per il trattamento di dati personali; il 21/12/2021 è stata spedita all'agenzia sociosanitaria regionale la lettera di adesione al sistema MAPP-ER dell'AUSL di Piacenza. Specifiche formazioni in merito all'utilizzo del nuovo applicativo è stata svolta da Regione per AUSL Piacenza il 10/03/2022.

**Implementazione delle informazioni di ritorno da trasmettere alle UU.OO. (reportistica):** *quando possibile data la riorganizzazione delle UU.OO. di degenza in seguito alla pandemia*, oltre al report trimestrale del consumo di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani, e l'elaborazione e gli esiti delle rilevazioni condotte con metodologia MAppER sull'adesione all'igiene delle mani, verranno diffusi ai Direttori, Coordinatori e Referenti ICA di U.O. se ripristinati anche il report ~~quadrimestrale~~ sui microorganismi antibiotico-resistenti (trend in AUSL PC e confronto con Reg ER), redatto in collaborazione con U.O. Microbiologia); il report mensile dei microrganismi "alert" per le UU.OO. di Terapia Intensiva Rianimazione; il report semestrale relativo all'istruzione operativa per l'individuazione dei soggetti colonizzati/infetti da CPE (screening all'ingresso tramite esecuzione di tamponi rettali di sorveglianza), valore numerico quantitativo rispetto al valore atteso (i casi anomali vengono segnalati alle UU.OO. interessate)-(vedi punto B del presente documento).

**Aggiornamento procedure / protocolli / IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo:** oltre alla procedura aziendale con le indicazioni di carattere generale per la gestione dell'epidemia da SARS-CoV2, si è definito procedure specifiche per la gestione, il controllo e la sorveglianza del caso sospetto o confermato SARS-CoV2 e degli altri pazienti ricoverati, procedure per la sanificazione,



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:** UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

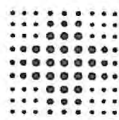
**PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Pagina 16 di 19

utilizzo DPI, formazione. Queste procedure sono state va via aggiornate e saranno periodicamente aggiornate anche come obiettivo del presente piano delle azioni.

Inoltre si svolgeranno controlli e audit delle UU.OO per verifica di rispetto dei comportamenti previsti nelle varie procedure (isolamento funzionale da droplet e contatto, tamponi sorveglianza, igiene delle mani, ecc.). (vedi anche punto B del presente documento).

nno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
022	Reprocessing di tutte le tipologie di endoscopi	Riduzione del rischio infettivo	Produzione del report regionale e diffusione	U.O. Igiene Ospedaliera U.O. Endoscopia
022	Partecipazione come referente per azienda USL di Piacenza al gruppo di lavoro regionale per la revisione delle LG ed aggiornamento Dossier Regionale 133/2006	Riduzione del rischio infettivo	Aggiornamento LG regionali secondo le più recenti pubblicazioni ed applicazione nelle UO aziendali interessate	U.O Igiene Ospedaliera
022	Riattivazione e mantenimento di Corsi di formazione in merito al problema ICA per neoassunti	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	- Numero di Edizioni effettuate /numero di edizioni previste corso ICA neoassunti	U.O Igiene Ospedaliera UO Microbiologia Direzione Assistenziale UOC Formazione
022	Prosecuzione e sviluppo delle attività e dei controlli in merito all'adesione alla pratica di igiene delle mani	Riduzione del rischio infettivo	- N° report di ritorno alle UU.OO. oggetto di osservazioni MAppER / N° di UU.OO. valutate	U.O. Igiene Ospedaliera
022	Monitoraggio consumi di prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani	Riduzione del rischio infettivo	Report ospedaliero sul consumo di prodotto idroalcolico quando possibile - di ritorno alle UU.OO. di degenza (quando possibile, compatibilmente con la riorganizzazione che le UU.OO. subiscono in conseguenza dell'andamento della pandemia)	U.O. Igiene Ospedaliera
022	Aggiornamento procedure / protocolli / IO aziendali per la riduzione del rischio infettivo e specifiche Sars cov2	Diffondere la cultura e la responsabilità del rischio	Diffusione procedure / protocolli / IO per la riduzione del rischio infettivo	U.O. Igiene Ospedaliera UO Qualità



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:** UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

**PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**Pagina 17 di 19**

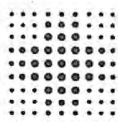
### E) Prevenzione contaminazione ambientale legionellosi e altre contaminazioni ambientali

La legionellosi è una malattia di origine ambientale che costituisce un importante fattore di rischio, in ambito ospedaliero, per i pazienti ipersuscettibili.

Le adeguate misure tecniche, organizzative e procedurali aziendali rivolte a contenere entro i limiti di Legge la contaminazione microbica della matrice idrica unitamente alla identificazione delle UU.OO con pazienti critici rappresentano la principale strategia rivolta al contenimento del suddetto rischio.

Adeguamento e aggiornamento sistema di sorveglianza per le nuove strutture e nuove ristrutturazioni che verranno effettuate nell'anno)

Anno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
2022	Sorveglianza epidemiologica e ambientale	Contenimento entro i limiti di Legge della contaminazione microbica delle matrici idriche  Monitorare le sospette infezioni ospedaliere da Legionella	Numero di campioni con esito al di sotto dei limiti di Legge /numero totale campioni  Numero questionari compilati/numero sospette infezioni ospedaliere rilevate	UO Igiene Ospedaliera Direzione medica Dipartimento tecnico Gruppo aziendale gestione legionellosi Dip. Sanità Pubblica



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:** UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

<b>PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		<b>Pagina 18 di 19</b>
---	--	------------------------

#### **F) AZIONI SPECIFICHE LEGATE ALLA PANDEMIA DA SARS-COV-2**

La pandemia iniziata a marzo 2020 ha comportato l'intraprendere di numerose azioni non previste nei precedenti piani delle azioni.

**I casi di positività SARS-CoV2 e varianti** vengono subito identificati e analizzati, con tempestiva individuazione e definizione di eventuali contatti di caso (contact tracing) e conseguenti indicazioni alle UU.OO interessate sulle misure da adottare e segnalazione al DSP di eventuali pazienti contattati già dimessi.

A questo proposito, è stato **implementato il sistema informativo IGEA con la parte IGEA-IGIENE OSPEDALIERA** per avere una unica banca dati dei positivi notificati e dei contatti e redigere le relazione sul caso di SARS-CoV2 informatizzata e immediatamente condivisibile.

**Analisi a seguito di riscontro di positività SARS-CoV 2 in reparti "no covid":** analisi del rispetto delle procedure di valutazione e flusso pazienti in PS e reparto, analisi del rispetto timing tamponi sorveglianza, identificazione dei pazienti contatti di caso, ricerca cause positività, indicazione di azioni correttive, produzione di relazione a seguito di indagine epidemiologica. Svolgimento sopralluoghi e verifiche in loco (sicuramente nei reparti "no covid" di Piacenza, quando possibile anche nei presidi periferici) della corretta applicazione delle varie procedure per la riduzione e il contenimento del rischio infettivo, in particolare da contatto e droplets.

**In caso di segnalazione di positività da variante:** indicazioni di corretto isolamento e quarantena; ricerca pazienti contatti di caso con segnalazione alle UU.OO se ricoverato o al DSP se dimessi.

**Valutazione, segnalazione e gestione di eventuali focolai di SARS-CoV2:** in primis identificazione se variante, ricerca del caso "indice", analisi della trasmissione, analisi delle possibili cause che hanno generato il focolaio; trasmissione dei dati e di tutte le informazioni richieste al Dipartimento di Sanità Pubblica.

**L'UOSD Igiene Ospedaliera è di supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica per i debiti informativi di segnalazione (pazienti contatti di caso dimessi al domicilio, focolai)**

**Aggiornamenti delle nuove procedure e controlli e audit delle UU.OO** per verifica di rispetto dei comportamenti previsti nelle varie procedure (*di cui ai punti B e D*)

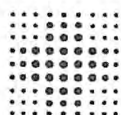
Inoltre si procederà alla **prosecuzione di alcuni progetti:**

- **Mantenimento di campionamenti ambientali per ricerca SARS COV2 e agenti patogeni nelle UU.OO:**

In accordo con il laboratorio di Microbiologia , da gennaio 2021 è programmato il controllo su prestabilite superfici delle stanze di degenza e locali operativi delle UU.OO.

Saranno testati 2 UU.OO. a settimana.

L'Igiene Ospedaliera trasmetterà i referti alle UU.OO, in base ai risultati dei referti stessi stabilirà le eventuali modalità correttive di intervento (sanificazione, valutazione comportamenti ect).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**UNITA'**

**OPERATIVA:** UOSD Igiene Ospedaliera, Direzione Medica

**PIANO DELLE AZIONI 2021 PER IL CONTROLLO  
E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Pagina 19 di 19

- **Programmazione utilizzo porte o tunnel sanificanti** nei 4 stabilimenti ospedalieri più Bobbio OSCO e piazzale Milano. Per ridurre rischio da contatto con indumenti, barelle ect contaminanti

La collocazione di queste strutture verrà aggiornata , in accordo con il SPP, in base alla evoluzione della situazione

- **Dotazione di apparecchiature per trattamento aria con abbattimento della carica microbica e virale di almeno il 99,5 % da collocare nelle aree a maggior rischio infettivo:**

con le seguenti priorità:

sale attesa PS e PS pediatrico

Nido

OBI e area 2 del PS di Piacenza

Collocazione nelle stanze con ammalati "intermedi"

Dotazione di almeno un apparecchio nei reparti puliti, da collocare nella stanza di degenza di eventuali contatti di caso o bassi positivi

La priorità e utilizzo della apparecchiatura verrà indicata tramite apposita I.O. che sarà redatta dalla Igiene Ospedaliera

- **Implementazione della sanificazione integrativa tramite atomizzatori**

Formazione del personale delle UU.OO all'utilizzo delle attrezzature al fine di garantire una sempre più ottimale sanificazione

Definizione di Istruzioni Operative

Attività di supporto alle varie articolazioni aziendali per aspetti di igiene, sanificazione, gestione problematiche inerenti la pandemia

Anno	Azione	Obiettivo	Indicatori	Attori
2022	Sorveglianza ambientale	Utilizzo Atomizzatori	Istruzione Operativa utilizzo atomizzatori Verifica N° utilizzo atomizzatori	UO Igiene Ospedaliera UU.OO. e Servizi interessati