



7° Congresso Nazionale SImPIOS 9-11 Maggio 2016 - Rimini



**Quali Precauzioni mettere in atto a livello di singola Struttura
(Ospedale, Long - term care facility)? Quali i limiti?**

Dott.ssa Dalia Palmieri

Corso pregressuale:
«*Enterobatteri produttori di carbapenemasi*»
Coordinatore: Dott. E. Carretto





La diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) rappresenta oggi un **importante e crescente fattore di Rischio** per la salute e la sicurezza dei pazienti nei vari setting di cura **ospedalieri e territoriali**



... determinando un **mutamento nel quadro epidemiologico** locale, regionale, nazionale ...



... in quanto ...

- ❑ **Responsabili** di gravi complicanze infettive in pazienti critici
- ❑ **Responsabili** di ospedalizzazioni prolungate ed approcci terapeutici più complessi
- ❑ **Causa** di alto tasso di letalità (oltre il 50% nelle batteriemie)
- ❑ **Limitate** opzioni terapeutiche
- ❑ **Elevata capacità** di diffusione clonale tra pazienti diversi (geni veicolati da plasmidi)
- ❑ **Elevata capacità** di colonizzare l'uomo (a livello cutaneo, respiratorio e digerente) e di comportarsi come patogeni opportunisti nei soggetti a rischio



... dunque, **PROBLEMA RILEVANTE:**

- ❑ **sul PIANO CLINICO** (i carbapenemi sono farmaci di riferimento per la terapia delle infezioni invasive da enterobatteri)
- ❑ **sul PIANO ASSISTENZIALE** (richiedono l'attuazione di Misure di controllo restrittive ed uniformi da parte di tutto il Personale)
- ❑ **e a livello di SANITA' PUBBLICA...**





Circolare ministeriale del 26/02/2013 sulla «**Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)**»



DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio 05 Ex DGPREV
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Oggetto: Circolare "Sorveglianza, e controllo
delle infezioni da batteri produttori di
carbapenemasi (CPE)"

Ministero della Salute
DGPRE

0004968-9-26/02/2013

1 A n. s. 0/2009/17



Assessori Regionali alla Sanità delle Regioni
a Statuto Ordinario e Speciale e delle
Province Autonome di Trento e Bolzano
PEC

Istituto Superiore di Sanità
protocollo-centrale@iss.milicert.it
ROMA

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
I.R.C.C.S. "Lazzaro Spallanzani"
direzionesanitaria@pec.inmi.it
ROMA

Regione Veneto - Assessorato alla Sanità
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale della
Prevenzione
giovanina.frison@regione.veneto.it
30125 - Venezia

Premessa

La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica: questo fenomeno è infatti in aumento in molti Paesi, rendendo problematica la terapia di molte infezioni, ed è aggravato anche dalla mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione.

A riguardo, le Autorità europee, in occasione della conferenza "The Microbial Threat", tenutasi a Copenaghen nel 1998, hanno evidenziato l'importanza di adottare o implementare misure di sorveglianza sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici.

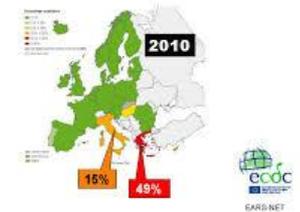
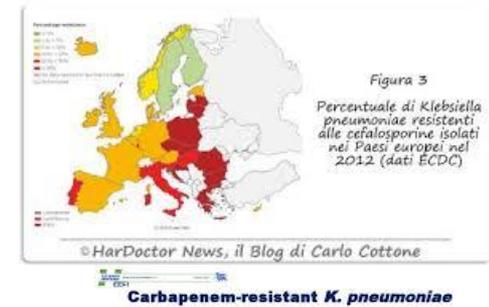
La Commissione europea, inoltre, con le "Raccomandazioni del Consiglio Europeo sull'uso prudente degli antibiotici in medicina nell'uomo", del 15 novembre 2001, ha evidenziato l'importanza del rafforzamento di misure di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e, della creazione di strutture di coordinamento a livello nazionale per la prevenzione e il controllo dell'antibiotico-resistenza. Tali raccomandazioni sono poi state riprese e ribadite in un documento del 2008.

Negli ultimi anni in Italia si stanno diffondendo batteri Gram-negativi, appartenenti soprattutto alla famiglia degli Enterobatteri e alla specie *Klebsiella pneumoniae*, che risultano resistenti ai carbapenemi (es. imipenem e meropenem), farmaci fondamentali per la cura delle infezioni gravi causate da batteri multi-resistenti.

Numerosi studi hanno confermato la diffusione di Enterobatteri multi-resistenti in Italia e come essi rappresentino una minaccia per la sanità pubblica, in quanto sono frequentemente causa di infezioni, sia in ambito ospedaliero che comunitario e, la loro progressiva diffusione rende

- Istituzione di un sistema di Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi**
- Definizione di «caso» per la notifica delle batteriemie da CPE**
- Modalità di raccolta e trasmissione dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale**
- Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CPE nelle strutture sanitarie:**
 - ✓ **Sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE**
 - ✓ **Controllo della trasmissione in ambiente ospedaliero**

In Italia un primo passo è stato fatto dal **Ministero della Salute** (vedi Circolare 26/02/2013) che ha riconosciuto il rischio specifico e definito la necessità di attivare la Sorveglianza dei ceppi e di implementare Misure di prevenzione e controllo della diffusione



Un secondo passo dovrebbe essere quello di:

- ❑ **favorirne una implementazione uniforme in tutte le realtà sanitarie del nostro Paese** considerando ogni intero contesto regionale come un **UNICO AMBITO DI INTERVENTO** nel quale la riuscita dei programmi di controllo locali è il **PRESUPPOSTO** per un buon risultato complessivo;
- ❑ **presentare** i Programmi di “Infection control” e di “Antimicrobial stewardship” come **ASSOLUTE e INDEROGABILI PRIORITÀ** a tutti i livelli dell’Organizzazione sanitaria



... ma è così OGGI?

... NON ancora!



... c'è ancora chi non si “sente” obbligato ad attivare questi percorsi contribuendo, in tal modo, a:

- ❑ rendere più difficile il controllo del fenomeno in tutti i setting di cura
- ❑ rendere più difficile la conoscenza del nostro reale contesto epidemiologico



“circolo vizioso” di “casi” tra strutture e ambiti assistenziali diversi senza possibilità di controllo





Dunque ... che fare?

**Rivalutare i Modelli organizzativi sanitari attuali
nell'ottica di una reale attenzione al «Rischio infettivo»
e renderli operativi
anche nella continuità assistenziale Ospedale-Territorio**





Avvalendosi di
STRATEGIE MULTIMODALI E MULTIFATTORIALI INTEGRATE
che consentano di attivare :



- ❑ **Programmi di Antimicrobial stewardship** (per la corretta prescrizione e gestione degli antibiotici)
- ❑ **Programmi di Sorveglianza** (dei microrganismi sentinella e delle infezioni di cui si rendono responsabili)
- ❑ **Tempestiva segnalazione della diagnosi microbiologica di positività alla Direzione sanitaria, agli Organismi competenti aziendali/Professionisti dedicati al controllo delle ICA nella Struttura sanitaria**
- ❑ **Rapida e corretta implementazione delle Misure precauzionali previste per circoscriverne il rischio di trasmissione**



Misure per la prevenzione e il controllo della diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)



MISURE DI PREVENZIONE

- ❑ **Screening dei pazienti definiti a «rischio»** per la trasmissione di infezioni da CPE (Sorveglianza attiva) tramite **tampone rettale o coprocoltura**
- ❑ **Nelle Unità di terapia Intensiva** valutare opportunità di effettuare **screening su tutti i pazienti** al momento dell'ingresso
- ❑ **Monitoraggio della diffusione di CPE** al fine di poter definire, in ambito ospedaliero, **le aree a maggior rischio**
- ❑ **Individuazione di stanze singole, o adattabili, con servizi igienici dedicati** per pianificarne l'utilizzo in caso di necessità
- ❑ **Formazione del Personale** sullo specifico rischio e sulle misure da implementare per la prevenzione e il controllo della diffusione
- ❑ **Protocolli/procedure aziendali** per una corretta ed uniforme implementazione delle misure di prevenzione e controllo della diffusione (uso dei **“bundle”** strategia efficace)





Misure per la prevenzione e il controllo della diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)



MISURE DI CONTROLLO

- Isolamento in stanza singola con servizio igienico dedicato o isolamento funzionale (in area delimitata della stanza) o in cohorting in presenza di più casi
- Ove possibile, per l'assistenza, prevedere Personale dedicato (Coorte del personale)
- Rinforzo delle Misure di carattere assistenziale (Precauzioni standard + Precauzioni da contatto) e delle misure di igiene ambientale
- Verifica implementazione delle Misure di isolamento previste
- Educazione sanitaria al paziente colonizzato e/o infetto , ai familiari e/o ai caregiver sui comportamenti da adottare (misure di igiene personale, etc.)
- Indagine epidemiologica dei casi accertati
- Screening dei contatti
- Screening dello staff assistenziale solo in presenza di un evento epidemico non risolto nonostante l'applicazione di tutte le misure di controllo previste



1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE:



- ove possibile, **in stanza singola con servizi igienici**
- oppure, «**Isolamento funzionale**» in **un'area delimitata della stanza**, favorendo una distanza fra i letti > 1 metro e la condivisione del locale con pazienti a basso rischio di acquisizione di infezione (immunocompetenti e privi di ferite o devices)
- oppure, «**Isolamento di coorte**» in presenza di più casi

N.B. segnalare l'**Isolamento da contatto** tramite apposita cartellonistica/segnaletica

3. MISURE DI IGIENE AMBIENTALE:



Potenziamento delle procedure di sanificazione ambientale **quotidiane** e **terminali** con:

- prodotti di provata efficacia (cloroderivati) e materiale monouso
- frequenza di almeno 2 volte/die
- particolare **attenzione alle superfici di maggior contatto** della stanza e ai **servizi igienici**

2. MISURE DI CARATTERE ASSISTENZIALE:



- Accurata **igiene delle mani** e antisepsi con **gel idroalcolico**
- Indossare **indumenti barriera** (guanti e camici monouso)
- Privilegiare l'uso di **Dispositivi medici monouso o dedicati**
- Utilizzare **padelle e pappagalli monouso o dedicati** da riprocessare in Macchine lavapadelle
- Gestire **la biancheria** come potenzialmente infetta
- Utilizzare **panni monouso con cloro derivati 1000ppm** sulle superfici di maggior contatto dell'unità del malato e sulle attrezzature/dispositivi utilizzati
- Smaltire **i rifiuti sanitari potenzialmente infetti** nei contenitori per rifiuti speciali a rischio infettivo
- Consegnare e ritirare **il vassoio del vitto** come ultimo rispetto agli altri pazienti

4. COMUNICAZIONI / INFORMAZIONI DA FORNIRE

- Al paziente, familiari e caregiver** sul significato clinico ed epidemiologico della positività per CPE
- Alle UU.OO. /Servizi riceventi** e al **Personale** che si occupa del trasporto del paziente fuori dalla stanza
- Alle Strutture sanitarie o sociosanitarie riceventi** (RSA, ADI, Riabilitative) tramite contatto telefonico e segnalazione nella lettera di dimissione





Quando è necessario l'isolamento in stanza singola?

Per i portatori di CPE a rischio di trasmissione più alto
(pz incontinenti, con devices, con piaghe o ferite con drenaggio non controllato)

Quando sospendere le Precauzioni da contatto?

In linea generale, devono essere mantenute per tutta la durata della degenza o, comunque, sospese quando **tre colture di sorveglianza su tampone rettale sono ripetutamente negative**





Cosa fare in presenza di un cluster epidemico?



- Indagine epidemiologica** (verifica e valutazione dei “casi” riscontrati, dei “contatti”, delle criticità assistenziali, individuazione di possibili “sorgenti” di contaminazione ambientale, etc.)
- Cohorting dei “casi” riscontrati** (misure di isolamento da contatto)
- Cohorting dello Staff assistenziale** (valutarne le possibilità)
- Potenziamento** delle Misure di sanificazione ambientale (verifica dello stato igienico delle superfici con Bioluminometro)
- Eliminazione di confezioni “aperte”** di prodotti detergenti, disinfettanti e di materiali in uso fino a quel momento (per rischio di contaminazione)
- NO colture ambientali**
- Valutazione opportunità di avvalersi della biologia molecolare** per studio del genotipo
- Audit clinico - assistenziale**



Nelle strutture per lungodegenza post-acuzie, in quelle residenziali per anziani, in quelle riabilitative o al domicilio in ADI, NON è possibile attuare tutte le Misure di isolamento raccomandate per gli Ospedali in quanto:

- ❑ La colonizzazione può essere cronica
- ❑ E' di difficile attuazione l'isolamento del paziente in stanza singola con bagno dedicato
- ❑ E' di difficile attuazione la limitazione permanente del paziente alle attività sociali e al contatto con gli altri
- ❑ Minore disponibilità di risorse materiali rispetto alle Strutture ospedaliere per acuti



Ma E' POSSIBILE mettere in atto tutte quelle Misure di base (Standard) previste per ridurre il rischio di circolazione di CPE dal paziente colonizzato al Personale che lo assiste, ad altri pazienti, all'ambiente

1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE:



Non è raccomandato l'isolamento spaziale del « caso » ma una attenta implementazione delle **Precauzioni Standard**.

N.B. in presenza di un outbreak **Misure più stringenti (isolamento da contatto)**

3. MISURE DI IGIENE AMBIENTALE:



Potenziamento delle procedure di sanificazione ambientale **quotidiane** con:

- prodotti di provata efficacia (cloroderivati) e materiale monouso
- Frequenza: 2 volte/die
- particolare **attenzione alle superfici di maggior contatto** della stanza e ai **servizi igienici**

2. PRINCIPALI MISURE ASSISTENZIALI:



- Accurata **igiene delle mani** (prima e dopo le manovre assistenziali e il contatto con il paziente e le superfici/oggetti che lo circondano)
- Utilizzo dei **guanti** (avendo cura di rimuoverli subito dopo)
- Utilizzo di **camici protettivi** (durante le attività assistenziali che possono esporre la cute e la divisa dell'Operatore al contatto diretto con il paziente e i suoi fluidi biologici)
- Privilegiare l'uso di **Dispositivi medici monouso o dedicati**
- Smaltire **i rifiuti sanitari potenzialmente infetti** nei contenitori per rifiuti speciali a rischio infettivo
- Provvedere ad eventuale **cambio del pannolone**, alla **copertura di eventuali lesioni della cute** e a far effettuare **lavaggio e/o antisepsi della mani** con gel idroalcolico **al paziente** che lascia la propria stanza per altre attività

4. COMUNICAZIONI / INFORMAZIONI DA FORNIRE

- Al paziente, familiari e caregiver** sui comportamenti da adottare (Igiene delle mani!)
- Nel caso in cui il paziente debba essere ricoverato in Ospedale **comunicare alle Strutture/reparti riceventi la positività per CPE**





Entrando nello specifico di alcuni aspetti ...

- predisporre i DPI da indossare** subito **all'esterno** della porta della stanza e di indossarli prima di accedervi
- predisporre un contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo** subito **all'interno** della porta della stanza in cui poter eliminare i DPI indossati



Nel caso in cui risultasse necessario **trasportare il paziente fuori dal reparto** per l'esecuzione di esami diagnostici e/o consulenze specialistiche, interventi, etc.:

- fissare l'appuntamento** (possibilmente) a fine turno o nei momenti di minore affluenza
- dare indicazioni di pulire e disinfettare** i materiali riutilizzabili usati per il paziente (DM, Presidi medico-chirurgici, attrezzature, etc.) e di **eliminare subito quelli monouso** come materiale potenzialmente infetto

- Tenere nella stanza del paziente **solo lo stretto necessario**

- Procedure di igiene ambientale** almeno 2 volte/die con cloroderivati con particolare attenzione **alle superfici orizzontali e verticali della stanza, ai letti e ai comodini** (maggior accumulo di polvere/materiale organico)
- Pulire nel rispetto del **principio della progressione**:
dalle **Aree più pulite** a quelle probabilmente più contaminate, dalle **superfici più alte** a quelle più basse.

- Porre particolare attenzione alle misure di pulizia e disinfezione delle **Apparecchiature elettromedicali**



Quali altri Strumenti abbiamo a disposizione per favorire la prevenzione e il controllo della diffusione di CPE?

- ❑ **Apparecchi per la nebulizzazione di perossido di idrogeno (a completamento delle procedure di sanitizzazione):**
 - per riduzione della carica microbica residua sulle superfici ambientali più difficili da pulire
 - No Procedura Operatore – dipendente

- ❑ **Lavabi portatili** per favorire l'igiene delle mani (anche dove non sono disponibili o prossimi punti acqua fissi)



- ❑ **Macchine lavapadelle o maceratrici** per il reprocessing di padelle/pappagalli



- ... e, ove non disponibili, uso di “Cover” monouso per la raccolta e l'eliminazione delle deiezioni corporee in sicurezza (sacchetti igienici monouso copri-padelle e per la raccolta delle urine al posto dei pappagalli con molecola superassorbente)



- ❑ **Prodotti detergenti e disinfettanti, pronti all'uso**, per il trattamento delle superfici di DM, Elettromedicali, piani di lavoro (a base di ipoclorito di sodio 1000ppm o didecildimetil-ammoniocloruro)



L'adozione di specifiche Misure di controllo riguarda anche le Ditte che forniscono servizi in outsourcing nei vari setting assistenziali:

- ❑ servizio di Sanificazione ambientale
- ❑ servizio del Vitto e della mensa
- ❑ servizio del Lavabo e dei servizi connessi
- ❑ ...



Con le quali è fondamentale instaurare un **rapporto di partnership** anche per il contenimento del rischio di diffusione di CPE definendone i ruoli e le responsabilità

Procedura di sanificazione ambientale da implementare in presenza di casi di colonizzazione/infezione da microrganismi "Alert"

Versione 2, Revisione 1 del...

PROTOCOLLO AZIENDALE PER LA SANIFICAZIONE TERMINALE DEI LETTI OSPEDALIERI NELLA ASL DI PESCARA

Versione 1 Rev. 0 del 03 Novembre 2015

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Procedura di sanificazione ambientale da implementare in presenza di casi di colonizzazione/infezione da microrganismi "Alert"

Versione 2, Revisione 1 del...

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Procedura di sanificazione ambientale da implementare in presenza di casi di colonizzazione/infezione da microrganismi "Alert"

Versione 2, Revisione 1 del...



Quali sono i **LIMITI** all'implementazione delle Misure di prevenzione e controllo nelle singole Strutture ospedaliere e territoriali ?



Politiche strategiche aziendali <u>non</u> improntate all'attenzione verso il rischio infettivo	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Scarsa attenzione alla tematica delle ICA, MDRO e allo specifico rischio<input type="checkbox"/> No sistema di sorveglianza aziendale<input type="checkbox"/> No sistema strutturato per implementazione uniforme delle precauzioni<input type="checkbox"/> No Organismi aziendali dedicati e operativi sul tema<input type="checkbox"/> No adeguata e sistematica rilevazione del rischio<input type="checkbox"/> No tempestiva ed adeguata attivazione delle Misure previste<input type="checkbox"/> SOTTOVALUTAZIONE DEL PROBLEMA a tutti i livelli dell'organizzazione
Organizzativi	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> limitate risorse umane infermieristiche e di supporto<input type="checkbox"/> limitate risorse materiali (DPI, prodotti, materiali e presidi utili allo scopo)<input type="checkbox"/> frenesia e stress lavorativo (No rispetto Precauzioni di base)<input type="checkbox"/> pochi Protocolli/Procedure/Bundle per le misure di prevenzione e controllo delle ICA
Strutturali	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Assenza di stanze singole con servizi igienici dedicati per l'isolamento dei pazienti
Relazionali	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No efficace comunicazione del rischio all'interno dell'equipe clinico-assistenziale e verso l'esterno (es. Ditte in outsourcing, altre UU.OO./Servizi, Organismi aziendali)<input type="checkbox"/> No efficace rapporto di collaborazione



.... **ma anche limiti culturali e individuali ...**

- ❑ **non riconoscere il “rischio”** (non credere alle complicità che può generare e ai potenziali esiti) 
- ❑ **non volersi mettere in “discussione”** (e riconoscere, dunque, la necessità di impegnarsi per cambiare i propri comportamenti professionali su base scientifica)
- ❑ **temere di essere messi in “discussione” da altri**
- ❑ **non riconoscere le “Responsabilità professionali individuali”**

... **tutti fattori che favoriscono la resistenza al cambiamento e che rappresentano gravi RITARDI nel controllo delle infezioni**



Le "Responsabilità "



AZIENDA SANITARIA LOCALE
Direzione Sanitaria Aziendale
Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara
Tel. 085 425 3000 - Fax. 085 425 3072
E-mail. segreteria_asl@usl.pesc.it

Prot. n. 244 /DS

Pescara, 30 Giugno 2015

Oggetto: Sicurezza e tutela del paziente dal rischio di contrarre Infezioni Correlate all'Assistenza(ICA): **Responsabilità Individuali e professionali.** Determinazioni.

- Ai Direttori di Dipartimento
 - Ai Direttori/Dirigenti Medici
UU.OO./Servizi
 - Ai Coord. Infermisterici e Tecnici
UU.OO./Servizi
 - Ai Direttori Medici PP.OO.
 - Ai Direttori Aree Distrettuali
- p.c. Al Dirigente delle Professioni Sanitarie
Area infermieristica-ostetrica
ASL Pescara
Dott. Marcello Bozzi

La ASL di Pescara, con le Delibere n° 520 del 23/05/2012, n° 675 del 25/06/2012 e n°520 del 23/05/2012, ha inteso dare, in questi anni, un segnale forte ed inequivocabile sull'impegno che si è assunta, insieme ad altre Strutture sanitarie ed Istituzioni italiane ed europee, nella lotta alle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.), in un contesto di massima trasparenza e volontà di miglioramento continuo.

Dal Giugno 2012 ad oggi, attraverso l'istituzione del Gruppo Operativo Epidemiologico Aziendale (G.O.E.), e l'implementazione di nuove Procedure aziendali per la prevenzione ed il controllo delle infezioni nosocomiali (divenute Buone Pratiche), la ASL di Pescara ha potuto individuare prontamente situazioni di rischio infettivo e favorire, di conseguenza, l'adozione di tutte le precauzioni necessarie e previste a tutela della salute dei pazienti e degli operatori sanitari.

Ciò rappresenta un fatto estremamente importante, ed oggi irrinunciabile, che ha contribuito ad aumentare il livello di sicurezza nei confronti dei pazienti ricoverati nelle Strutture ospedaliere e territoriali della ASL di Pescara.

L'esempio di collaborazione costruttiva che ne è scaturita, nel frattempo, con tanti nostri operatori sanitari (medici, infermieri ed OSS), Responsabili di Strutture semplici e complesse e, poi, con le Ditte che forniscono servizi in outsourcing, rappresenta oggi un patrimonio prezioso da non disperdere.

La Banca dati epidemiologica aziendale, che si sta costruendo, rappresenta, allo stesso modo, un fatto estremamente importante e necessario, in quanto configura la possibilità di conoscere la nostra realtà epidemiologica locale e, sulla base di questa, di favorire l'implementazione di strategie diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali via via più mirate, attuali ed efficaci, a tutela della salute del paziente.

Ma, affinché ciò possa diventare una realtà consolidata nel tempo, in un contesto globale profondamente cambiato sul tema infezioni, è fondamentale che ciascuno ne capisca l'importanza e che, sulla base delle direttive aziendali (emanate nel pieno rispetto delle più aggiornate evidenze scientifiche in materia) adotti sempre la condotta più corretta ed opportuna nell'espletamento delle proprie funzioni.

Se ciò non dovesse verificarsi, il professionista inadempiente, che non ha favorito tempestivamente la segnalazione del caso d'infezione agli organismi competenti aziendali (Uff. Epidemiologico Aziendale/GOE) e che, attraverso l'omissione, non ha favorito l'attuazione di tutte le misure precauzionali previste e necessarie potrà incorrere in:

- Sanzioni di natura disciplinare di vario grado;
- Responsabilità di natura medico-legale.

Oggi il legame tra Diritto e Medicina Legale mette sempre più in risalto il fatto che, anche nell'ambito del rischio infettivo, ad ogni azione che si compie, o che non si compie (ma prevista), corrisponde una precisa responsabilità individuale e professionale verso l'utente assistito e la struttura sanitaria in cui si presta servizio.

In tal senso, oltre ad una serie di sentenze emanate dalla Corte di Cassazione, il Decreto Legge dell'08/11/2012 n° 189, Art. 3 "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie" ne rappresenta un chiaro e preciso punto di riferimento.

Pertanto, i Responsabili di Strutture semplici e complesse, unitamente ai Coordinatori infermisterici e tecnici, sono chiamati alla conoscenza e al rispetto dei Protocolli/Procedure e Disposizioni aziendali emanate ad hoc sul rischio infettivo (vedi anche sito ASL Pescara alla voce "Rischio infettivo") e a rivolgersi, per qualunque tipo di chiarimento, sostegno ed aiuto nell'implementazione dei percorsi previsti all'Ufficio Epidemiologico Aziendale/G.O.E.

Si raccomanda, pertanto, la massima e più fattiva collaborazione da parte di tutti.
Cordiali saluti.

Il Direttore Sanitario Aziendale
Dott.ssa Lucia Romandini

Il Coordinatore delle
Direzioni Ospedaliere
Dott. Valerio Cortesi

VCvm

"Oggi il legame tra Diritto e Medicina Legale mette sempre più in risalto il fatto che, anche nell'ambito del rischio infettivo, ad ogni azione che si compie, o che non si compie (ma prevista) corrisponde una precisa

Responsabilità individuale e professionale verso l'utente assistito e la struttura sanitaria in cui si presta servizio."

L'attenzione al rischio infettivo rappresenta oramai una **priorità assoluta** che richiede **l'integrazione di più competenze professionali ...**



Infermiere esperto nel rischio infettivo

Microbiologo

Biologo

Infettivologo

Igienista

Farmacista

....

Per il raggiungimento degli **obiettivi** di **tutela della salute e della sicurezza dei cittadini-utenti**

A hand holding a white piece of chalk is shown writing the acronym "TEAM" on a dark grey chalkboard. The letters are written in a simple, sans-serif font. The word "Together" is written above "E", "Everyone" above "A", "Achieves" above "M", and "More" below "M".

Together
Everyone
Achieves
More



Grazie per l'attenzione!
E ...



Campagna di sensibilizzazione sull'Igiene delle Mani
05 Maggio 2016

LAVA LE TUE MANI



Ricorda...

HAI TRA LE MANI

la Salute e la Sicurezza di un'altra persona!