



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 18 OTT. 2017

OGGETTO: Approvazione ed attuazione delle Procedure: "Precauzioni standard e di isolamento per le ICA", "Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti", "Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile"

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 19 OTT. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta della Direzione Sanitaria Aziendale

PREMESSO che con atto deliberativo n. 319 del 28.02.2012 questa Amministrazione aveva provveduto a conferire l'incarico di consulenza per la costituzione dei Percorsi Clinici Assistenziali e Procedure alla RTI Luiss – Forma Mentis;

ATTESO altresì che con atto n. 577 del 15.04.2013 si è provveduto, a seguito della sopraggiunta esigenza di ridefinire e modificare, nei limiti di legge, gli obiettivi del progetto, all'integrazione del suddetto servizio;

CONSIDERATO che, con la partecipazione attiva dei referenti dei PP.OO. dell'A.O. Brotzu, le Procedure "Precauzioni standard e di isolamento per le ICA", "Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti", "Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile" sono state ultimate;

ACQUISITO il parere favorevole dei Direttori Medici dei Presidi San Michele, Businco e Cao;

RITENUTO pertanto di approvare ed attuare le suddette Procedure "Precauzioni standard e di isolamento per le ICA", "Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti", "Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile"

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:



AO Brotzu

- di approvare ed attuare le Procedure "Precauzioni standard e di isolamento per le ICA", "Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti", "Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile";
- di darne comunicazione a tutti i Reparti interessati.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

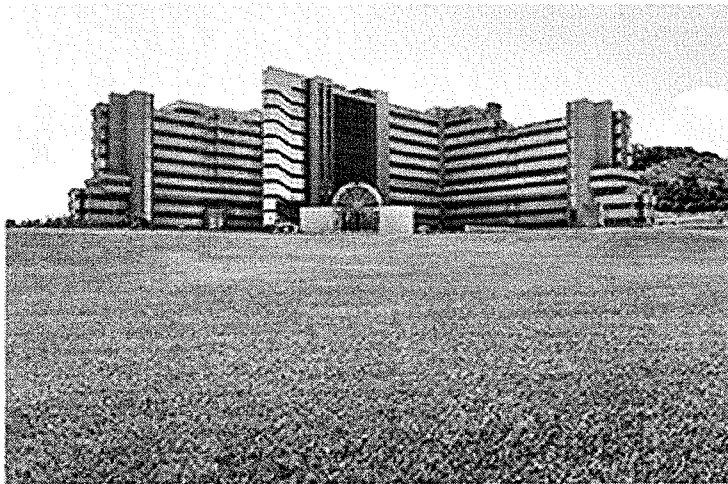
IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Coordinatore Procedura Dott. A. Manti


PROCEDURA

Diagnosi , prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium difficile

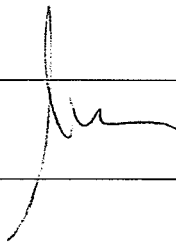


AOBrotzu



 AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	Diagnosi Prevenzione e Controllo dell'infezione da <i>Clostridium difficile</i>	COD PSQAZ
--	--	--------------

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

Attività	Nome Cognome	Qualifica	Firma
REDAZIONE	Claudia Crociani	DMe Laboratorio di Microbiologia PO San Michele	
	Sara Dettori	Infermiera DMP PO Microcitemico	
	Maria R. Faedda	ISRI DMP PO Oncologico	
	Rita Galbiati	DMe Anestesia e Rianimazione PO Oncologico	
	Angela Oggianu	AS DMP PO Microcitemico	
	Dott. Maurizio Dedoni	DMe Clinica Pediatrica 1 PO Microcitemico	
APPROVAZIONE	Antonio Manti	DMe Igienista DMP PO San Michele –coordinatore gruppo di redazione	
	Paolo Mundula	DMe Igienista DMP PO Oncologico	
	Giuseppe Piras	DMe Igienista DMP PO Microcitemico	
VERIFICA	Comitato controllo infezioni	Responsabile CIO	

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima stesura	

Data	Rev	n
------	-----	---

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	CD1	Scheda laboratorio di microbiologia
2	CD2	Sintesi delle precauzioni standard
3	CD3	Sintesi delle precauzioni per contatto
4	CD4	Cartello informativo per visitatori
5	CD5	Scheda informativa di infezione C. difficile per paziente e familiari
6	CD6	Check list verifica misure di controllo
7	CD7	Check list verifica interventi ambientali
8	CD8	Scheda di denuncia obbligatoria di malattia infettiva diffusiva
9	CD9	Scala di Bristol

Data

Rev

n

INDICE

1 – Scopo	pag. 4
2 – Campo di applicazione	pag. 4
3 – Luogo di applicazione	pag. 4
4 – Riferimenti normativi e documentali	pag. 4
5 – Abbreviazioni e Definizioni	pag. 5
6 – Responsabilità	pag. 6
7 – Descrizione delle attività	pag. 7
7.A – Clostridium difficile	pag. 7
7.A.1 – Diagnosi dei casi di infezioni da C. difficile	pag. 7
7.A.2 – Diagnosi di laboratorio di infezioni da CD	pag. 8
7.B – Sorveglianza, prevenzione controllo delle infezioni da CD nei pazienti	pag. 8
7.B.1 – Strategie per la sorveglianza e il controllo	pag. 8
7.B.2 – La tempestiva individuazione dei casi di infezioni da CD	pag.8
7.B.3 – Le misure di isolamento per il paziente con sospetta o accertata CDAD/CDI	pag.9
7.B.4 – Igiene delle mani e guanti	pag.10
7.B.5 – Gestione dei dispositivi medici e delle attrezzature	pag.11
7.B.6 – Igiene ambientale e informazione del personale addetto alla pulizia	pag.12
7.B.7 – La notifica di CDAD/CDI	pag.13
7.B.8 – La sorveglianza di laboratorio del CD	pag.14
7.B.9 – L'indagine epidemiologica e la sorveglianza dei pazienti "contatti" intraospedalieri con casi di CDAD/CDI	pag.15
7.B.10 - Il report annuale della sorveglianza della CDAD/CDI nei pazienti	pag.15
8 – Valutazione	pag.16

1 – SCOPO

Lo scopo della presente procedura è definire le modalità per:

- prevenire la trasmissione intraospedaliera del CD dai soggetti contagiosi;
- identificare tempestivamente, isolare e trattare efficacemente i pazienti affetti da CDAD/CDI.

2 – CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica:

- nella gestione intraospedaliera dei pazienti con CDAD/CDI sospetta o accertata;
- nella gestione dei pazienti “contatti” intraospedalieri con casi di CDAD/CDI;

3 – LUOGO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica nei Presidi Ospedalieri dell’AOB:

- Oncologico-Businco (denominato Oncologico in questa procedura);
- Pediatrico Microcitemico “A. Cao” (denominato Microcitemico in questa procedura);
- San Michele.

4 – RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI (in ordine di citazione)

1. Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS): Documento di indirizzo - Prevenzione e Controllo delle Infezioni da Clostridium difficile.
2. Giornale Italiano Infezioni Ospedaliere 2009; vol.16, n. 1
3. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) 2013: Guide to Preventing Clostridium difficile Infection
4. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) 2014: Update of the Treatment Guidance Document for Clostridium difficile Infection
5. Cohen-IDSAs-SHEA 2010: CDI guidelines
6. NHS 2014: Guidance on Prevention and Control of Clostridium difficile Infection (CDI) in Care Settings in Scotland clostridium-difficile-infection-guidelines
7. Ministero Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990. Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse. Gazzetta Ufficiale n. 6 dell’8 gennaio 1991

Data

Rev

n

5 – ABBREVIAZIONI e DEFINIZIONI

ABBREVIAZIONI

AOB	Azienda Ospedaliera Brotzu
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
AS	Assistente Sanitario/a
CD	<i>Clostridium difficile</i>
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDI	Infezione da <i>Clostridium difficile</i>
CDAD	Malattia da <i>Clostridium difficile</i> (<i>Clostridium difficile</i> Associated Disease)
CIO	Comitato Infezioni Ospedaliere
DH	Day Hospital
D. Lgs.	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DMe	Dirigente Medico
DMP	Direzione Medica di Presidio
DPI	Dispositivi di protezione individuale
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DSA	Direttore Sanitario Aziendale
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
GISIO	Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera
ISRI	Infermiere Specialista nel Rischio Infettivo
L.	Legge
LG	Linee guida
MDR	Multidrug-resistant
MI	Millilitro
Mm	Millimetro
N°	Numero
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PO	Presidio ospedaliero
Pz	Paziente/i
SItI	Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
SMI	Sue modifiche e integrazioni
UO/UUOO	Unità Operativa/Unità Operative

DEFINIZIONI - Protocollo mnemonico SIDIT

S	Sospetto: in assenza di altra potenziale causa di diarrea, sospettare una origine infettiva
I	Isolamento: ove possibile, isolare il paziente in stanza singola, attivare le precauzioni da contatto in aggiunta a quelle standard e consultare il CIO
D	Dispositivi di protezione individuale/Mezzi di barriera: utilizzare guanti monouso e sovracamici monouso in TNT con maniche lunghe per tutti i contatti con il paziente e l'ambiente che lo circonda
I	Igiene delle mani: dopo ogni contatto con il paziente e l'ambiente che lo circonda effettuare un accurato lavaggio con acqua e sapone/detergente antisettico. Prima del contatto l'igiene delle mani può essere effettuata anche con frizione alcolica
T	Test: eseguire nel più breve tempo possibile il test per la ricerca di <i>C. difficile</i> tossinogenico

Data	Rev	n
------	-----	---

6 – Responsabilità (R: Responsabile C: Coinvolto)

Attività	CIO	Direttore Medico di Presidio	Assistenti Sanitari/ Infermieri/ ISRI DMP	Resp.le Serv. Inf.co/ Coord.re Inf.co PO	Direttore UO	Dirigenti Medici UO	Inf.re Coord.re UO	Inf.ri UO	Lab	Personale addetto alle pulizie	Altri operatori
Sorveglianza CDAD/CDI di laboratorio	C	C	C		C	C	C		R		
Tempestiva individuazione pz con CDAD/CDI sospetta					C	R	C	C			
Informazioni sulla malattia da CD al pz e ai visitatori nelle UUOO di degenza					C	R	C	C			
Isolamento pz con CDAD/CDI sospetta o accertata	C	C	C	C	R	C	C	C			
Adozione delle precauzioni da contatto in aggiunta alle precauzioni standard	C	C	C	C	C	C	R	C		C	C
Compilazione della check-list per l'allestimento della stanza di isolamento											
Intensificare l'igiene ambientale nelle stanze dei pz con CDAD/CDI										C	
Intervento di sanificazione ambientale alla dimissione dei pz con CDAD/CDI										C	C
Notifica pz con CDAD/CDI	C	C	C		C	R	C				
Compilazione della check-list per la verifica dell'adozione delle precauzioni da contatto											
Indagine epid.ca e censimento pz "contatti" intraospedalieri con casi di CDAD/CDI	C	C	R	C	C	C	C	C			
Acquisizione e gestione risultati sorveglianza pz "contatti" intraospedalieri con casi di CDAD/CDI		R	C	C	C	C	C	C			
Report annuale sorveglianza CDAD/CDI nei pz	C	R	C	C	C		C	C	C		

Tutto il personale di assistenza, ciascuno secondo le proprie attribuzioni, e direttamente responsabile della corretta applicazione delle attività di prevenzione e controllo

Data

Rev

n

Pag 6

7. – DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

7.A – CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Clostridium difficile (CD) è un bacillo Gram positivo, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, presente nel tratto intestinale degli animali. Colonizza molti bambini di età inferiore ad un anno ed una piccola percentuale di adulti sani (3-4%); in ambito clinico è responsabile di diverse tipologie di infezioni di differente gravità, definite *C. difficile*-associated disease (CDAD) o infezioni da *C. difficile* (CDI).

Esistono diversi ceppi di CD, alcuni non producono tossine e non sono patogeni; hanno interesse clinico i ceppi che producono enterotossina A e/o citotossina B.

La tossina B ha attività citotossica più potente della tossina A.

Queste tossine si legano alla superficie delle cellule epiteliali delle mucose intestinali, e, una volta internalizzate, catalizzano la glicosilazione di alcune proteine citoplasmatiche: il collasso del citoscheletro che ne consegue, insieme alla chemiotassi dei neutrofili e alla liberazione di citochine, induce apoptosi e morte cellulare.

L'infezione si verifica a seguito di trasmissione fecale-orale, per ingestione di spore che sopravvivono nell'ambiente acido dello stomaco e si trasformano nella forma vegetativa nel colon.

Il paziente colonizzato/infetto è la fonte primaria di CD.

Per via diretta o indiretta il CD contamina l'ambiente, che diviene una fonte secondaria, assumendo un ruolo importante nella trasmissione in ambito assistenziale.

Le modalità con le quali un paziente può essere esposto a CD in ospedale sono le seguenti:

- contatto con operatori sanitari portatori di colonizzazione transitoria delle mani;
- contatto con superfici ambientali contaminate;
- contatto diretto con un paziente con infezione da *CD*.

7.A.1 – Diagnosi dei casi di infezioni da *C. difficile*

Caso di CDAD/CDI:

- paziente con diarrea e presenza di CD tossinogenico nelle feci, accertata mediante test microbiologici;
- visualizzazione di pseudomembrane all'esame endoscopico o diagnosi istopatologica di colite pseudomembranosa;
- diagnosi di megacolon tossico evidenziato mediante criteri clinici e indagini radiologiche (RX o TC) e test sulle feci positivo per tossine/*C. difficile* tossinogenico.

Caso di CDAD/CDI ricorrente (ricidiva):

- nuovo episodio che si verifica entro 8 settimane dopo la completa risoluzione di un precedente episodio.

Caso di CDAD/CDI grave:

- comparsa di uno o più degli eventi sottoelencati entro 30 giorni dall'insorgenza
 - ricovero in unità terapia intensiva per complicanze (es. shock);
 - colectomia per megacolon tossico, perforazione ecc.;
 - decesso.

CDAD/CDI correlata all'assistenza insorta in ospedale:

- patologia insorta dopo più di 48 ore dal ricovero in ospedale.

CDAD/CDI correlata all'assistenza, insorta in comunità:

- patologia insorta entro 48 ore dal ricovero in paziente dimesso da un ospedale/struttura residenziale da non più di 4 settimane.

CDAD/CDI di origine comunitaria:

- patologia insorta entro 48 ore dal ricovero in paziente che non sia stato ricoverato in ospedale/struttura sanitaria nei precedenti tre mesi.

Data

Rev

n

7.A.2 – Diagnosi di laboratorio di infezioni da CD (allegato 1)

Il test per la diagnosi di CDAD/CDI attualmente in uso presso il Laboratorio Analisi San Michele è un test di amplificazione di DNA per il rilevamento di Clostridium difficile citotossigenetico.

Un unico test positivo è sufficiente per confermare la diagnosi e non va ripetuto per monitorare la risposta alla terapia, né per confermare la guarigione.

La positività al test verrà comunicata telefonicamente e tramite email aziendale o fax ai clinici dell'UO e alle figure addette al controllo delle infezioni.

Campioni idonei:

- feci diarroiche che assumono la forma del contenitore, scala di Bristol 5-7 (allegato 2).

Campioni non idonei:

- tampone rettale;
- feci formate, scala di Bristol 1-4 (allegato 2) eccetto il caso di sospetto ileo associato a CD.

Trasporto e conservazione del campione:

- inviare in laboratorio il campione di feci entro 1 ora dall'emissione. Questa indicazione temporale è strettamente collegata con l'esigenza prioritaria di effettuare la diagnosi nel più breve tempo possibile;
- nel caso non fosse possibile rispettare questi tempi, conservare il campione a +4°C, ed inviare, comunque, non oltre 48 ore.

Accesso al laboratorio:

- il test viene eseguito dal lunedì al venerdì dalle ore 7 alle 19;
- il sabato e i festivi dalle ore 7 alle 13;
- in situazioni d'urgenza il medico richiedente dovrà contattare telefonicamente ai numeri 070539802/4 il laureato di turno del laboratorio di Microbiologia del San Michele.

7.B – SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA CD NEI PAZIENTI

7.B.1 – Strategie per la sorveglianza e il controllo

Le strategie di controllo adottate hanno l'obiettivo di identificare tempestivamente, isolare e trattare efficacemente i pazienti affetti da CDAD/CDI, al fine di ridurre la disseminazione delle spore e prevenire i casi secondari, nonché di minimizzare i fattori di rischio prevenibili attraverso l'applicazione di protocolli di comportamento, sanificazione ambientale e politica antibiotica.

Gli interventi da porre in atto per la prevenzione sono: rapida identificazione del caso, isolamento e precauzioni da contatto, igiene delle mani, disinfezione ambientale, politica antibiotica, educazione.

Tutti coloro che in ambito assistenziale sono coinvolti nella gestione dei pazienti con diarrea, in particolare medici e infermieri, dovrebbero applicare il protocollo mnemonico SIDIT (pag. 5)

7.B.2 – La tempestiva individuazione dei casi di infezioni da CD

La rilevazione in tempi rapidi dei casi sospetti di CDAD/CDI nei pazienti che seguono percorsi assistenziali presso l'AOB, sia in regime di ricovero ordinario, che DH, che di accesso ambulatoriale o di Pronto Soccorso o di primo intervento pediatrico, è un momento cruciale e di importanza strategica.

Per ridurre il rischio di trasmissione di CD ad altri pazienti è essenziale che i casi sintomatici vengano identificati tempestivamente effettuando prontamente le indagini microbiologiche per la ricerca di CD tossinogenico tra i pazienti che presentano:

- diarrea al ricovero non attribuibile a causa nota;
- diarrea insorta entro le prime 48 ore dal ricovero in soggetto dimesso da non più di 4 settimane da struttura ospedaliera/residenziale;
- diarrea insorta dopo almeno 2 giorni di ricovero.

Data	Rev	n
------	-----	---

Sospendere la ricerca delle tossine di CD su campioni fecali non appena viene accertata la diagnosi.

Considerare la possibile ripetizione del test, in caso di negatività della ricerca delle tossine A e B, in presenza di un forte sospetto clinico.

Quando si sospetta una recidiva di CDAD/CDI, ripetere il test per CD, ma escludere altre cause possibili di diarrea.

7.B.3 – Le misure di isolamento per il paziente con sospetta o accertata CDAD/CDI

Nei casi di CDAD/CDI sospetta l'isolamento va attuato fino all'esclusione della diagnosi.

Di seguito si riportano le misure di isolamento da adottare nei vari *setting* assistenziali dell'A.O.B.

Le precauzioni di isolamento possono essere revocate dopo 48 ore di assenza dei sintomi e dopo il normalizzarsi della peristalsi intestinale.

Misure di isolamento del paziente durante il ricovero ordinario

- il paziente deve essere informato sulle finalità dell'isolamento;
- il paziente deve essere correttamente informato in merito alle caratteristiche della patologia da cui è affetto e sulle precauzioni da contatto da applicare sistematicamente per prevenire la disseminazione di spore. Un impegno particolare si deve porre sulla esigenza di una appropriata igiene delle mani (dopo l'uso dei servizi igienici, prima di lasciare la stanza, prima di mangiare).
- l'attività formativa/informativa dovrebbe essere supportata dall'utilizzo di depliant esplicativi che, in modo sintetico diano indicazioni sulle misure di prevenzione raccomandate (**allegato 3**)
- si consiglia di sistemare il paziente deambulante in stanza singola dotata di servizio igienico dedicato. Tale misura è raccomandata quando il paziente è incontinente, ha un basso livello igienico e non collabora nell'osservanza delle misure di controllo;
- se non è disponibile la stanza singola dedicare al paziente deambulante con CDAD/CDI il servizio igienico della stanza a più letti. Mantenere la distanza di almeno 1 metro tra un paziente e l'altro, laddove possibile predisporre una barriera, tenda o paravento, per ridurre al minimo la probabilità di contatto. In questo secondo caso, in corso di assistenza nel passaggio dal paziente infetto a quello non infetto bisogna cambiare i DPI ed eseguire il lavaggio delle mani con acqua e sapone/antisettico;
- se sono contemporaneamente presenti più pazienti con CDAD/CDI possono essere collocati nella stessa stanza (coorte di pazienti). L'isolamento di coorte non deve essere adottato tra pazienti colonizzati/infetti con microrganismi diversi (es. CD, VRE, MRSA);
- individuare spazi per allestire una "zona filtro", preferibilmente vicino alla stanza, per disporre DPI/DM per visitatori e operatori;
- utilizzare la check-list per l'allestimento della stanza di isolamento e del servizio igienico;
- tutti gli operatori che accedono alla stanza di isolamento, oltre alle precauzioni standard (**allegato 4**) devono adottare le precauzioni da contatto (**allegato 5**);
- sulla porta deve essere apposto un cartello con la dicitura "Precauzioni da contatto";
- l'accesso deve essere limitato ai soli operatori che devono eseguire le indispensabili procedure assistenziali e di sanificazione;
- se possibile affidare l'assistenza del paziente ad una equipe dedicata (coorte di operatori); se non è possibile identificare un infermiere referente del caso in ogni turno;
- prima di entrare nella stanza si devono indossare idonei dispositivi di protezione/mezzi di barriera (guanti e sovracamice con maniche lunghe). I DPI devono essere indossati per ogni contatto con il paziente e/o l'ambiente (in particolare superfici a facile contaminazione, superfici del servizio igienico). Rimuovere i DPI rispettando le tecniche al fine di evitare l'autocontaminazione, smaltirlo nei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prima di lasciare la stanza, eseguire l'igiene delle mani;

- i visitatori devono attenersi alle indicazioni del personale sulle modalità di accesso alla stanza di isolamento. In particolare, prima di entrare nella stanza devono indossare sovracamice e guanti, previa formazione (**allegato 6**);
- il paziente deve essere movimentato il meno possibile. L'uscita del paziente dalla stanza deve avvenire, solo se strettamente necessario, adottando le misure indicate per il trasporto del paziente;
- il paziente prima di lasciare la stanza deve indossare biancheria pulita ed eseguire un appropriato lavaggio delle mani;
- monitorare l'applicazione delle misure indicate attraverso la check-list di controllo (**allegato 7**).

Misure di isolamento del paziente durante il trasporto e l'esecuzione di esami diagnostici al di fuori della stanza di isolamento

- segnalare la patologia in atto al reparto/servizio ricevente;
- seguire un percorso preferenziale che sia il più breve possibile;
- programmare gli esami evitando la contemporanea presenza di altri pazienti nelle sale di attesa;
- il paziente non deve sostare in ascensore o in sala d'attesa dove siano presenti contemporaneamente altri pazienti;
- il personale sanitario che accompagna il paziente deve indossare sovracamice e guanti;
- il personale sanitario che esegue la prestazione diagnostica, oltre alle precauzioni standard devono adottare le precauzioni da contatto ;
- l'automezzo utilizzato per il trasporto deve essere sottoposto a interventi di pulizia e disinfezione di superfici e attrezzature; solo dopo la sanificazione può essere riutilizzato.

7.B.4 – Igiene delle mani e guanti

La contaminazione delle mani di operatori sanitari e pazienti con CD (forme vegetative e/o spore) è una importante via di trasmissione e vi è una forte correlazione tra contaminazione delle mani e intensità della contaminazione ambientale. Per questo l'igiene delle mani, appropriato lavaggio e uso di guanti protettivi, sono componenti fondamentali per prevenire la trasmissione di questo patogeno.

Il lavaggio con acqua e sapone detergente e/o antisettico rappresenta il gold standard da eseguire secondo le raccomandazioni OMS: corretta modalità, adeguato tempo di lavaggio, chiudendo il rubinetto con la salvietta usata per asciugarsi per evitare di ricontaminarsi.

Igiene delle mani, come

- lavaggio con acqua e sapone liquido/detergente
- acqua e detergente antisettico.

La frizione alcolica ha tuttavia corretta indicazione:

- quando si accede alla stanza, nella indicazione prima del contatto con il paziente o l'ambiente, eseguire l'igiene delle mani prima di mettere i guanti;
- in particolari situazioni, dopo aver tolto i guanti, purché le mani non siano visibilmente contaminate. Questa seconda indicazione, che ha evidenti margini di incertezza di efficacia, deve essere considerata una alternativa solo in presenza di obiettive difficoltà ad espletare il lavaggio con acqua e sapone/antisettico per la carenza di lavandini e solo quando si opera sullo stesso paziente. In questo caso segue immediato lavaggio con acqua e sapone detergente/antisettico prima di toccare superfici non contaminate.

Igiene delle mani, quando

- prima e dopo ogni contatto con il paziente;
- da una zona contaminata ad una pulita nello stesso paziente;
- passando da una procedura assistenziale all'altra sullo stesso paziente;

Data	Rev	n
------	-----	---

- dopo contatto con l'ambiente circostante del paziente, la cosiddetta unità del malato: letto, comodino, testaletto, pulsante di chiamata, ...e con tutte le superfici dei servizi igienici;
- dopo contatto con materiali potenzialmente contaminati;
- prima e dopo la rimozione dei guanti.

Guanti

È vivamente raccomandato l'impiego di guanti, preceduto da una corretta igiene delle mani, al fine di:

- ridurre la contaminazione transitoria delle mani degli operatori, che può essere poi trasmessa ad altro paziente;
- ridurre il rischio del personale di acquisire infezione dal paziente o dall'ambiente contaminato.

È importante rimuovere prontamente i guanti contaminati, evitando l'autocontaminazione, smaltire nei rifiuti sanitari a rischio infettivo prima di lasciare la stanza, segue immediato lavaggio con acqua e sapone detergente/antisettico prima di toccare superfici non contaminate.

7.B.5 – Gestione dei dispositivi medici e delle attrezzature

- usare preferibilmente materiali monouso, da eliminare subito dopo l'impiego in appositi contenitori per rifiuti a rischio infettivo posti all'interno della stanza;
- disporre di un corredo personalizzato di dispositivi medici e altro materiale destinato all'assistenza: sfigmomanometro, termometro (preferibilmente timpanico), sedia a rotelle, padella, pappagallo, ecc.
- una attenzione particolare va indirizzata alle padelle e si possono prevedere le seguenti opzioni:
 - adottare la padella monouso o con sacchetto igienico. I sacchetti igienici monouso, dotati di proprietà assorbenti, si applicano sulla padella o sul vaso della comoda e, dopo l'uso, sono chiusi e smaltiti nei rifiuti a rischio infettivo, posto all'interno della stanza, consentendo di limitare la dispersione di spore;
 - adottare la padella personalizzata ed effettuare termodisinfezione efficace (se presente) oppure decontaminazione/detersione, disinfezione con cloroderivati e risciacquo;
 - alla dimissione/guarigione effettuare lavaggio, disinfezione della padella (immersa completamente) con cloroderivato 5000 ppm per 30 minuti, risciacquo e asciugatura;
- se alcuni dispositivi/materiali in uso devono essere condivisi con altri pazienti, sottoporli ad un accurato intervento di pulizia e disinfezione dopo l'utilizzo;
- dispositivi medici e strumentario da riutilizzare devono, subito dopo l'uso, essere sottoposti a decontaminazione, seguita dalla detersione e, secondo i casi, da sterilizzazione o disinfezione con un prodotto ad attività sporicida, operando con concentrazione d'uso e tempo d'azione idonei a garantire l'efficacia;
- nel corso di pratiche assistenziali porre attenzione ad evitare la dispersione di microrganismi contaminanti nell'ambiente (ad esempio, evitare il contatto delle mani guantate con le superfici);
- concentrare le attività assistenziali (rilevazione parametri vitali, medicazioni, svuotamento sacche drenaggio, ecc.), ove possibile, in momenti ben definiti della giornata e procedere immediatamente alla eliminazione dei rifiuti;
- manipolare la biancheria sporca ponendola immediatamente nel doppio sacco, prima nel sacco interno trasparente idrosolubile a sua volta contenuto nel sacco esterno rosso, posto nel carrello dentro la stanza. Evitare il contatto della biancheria sporca con parti del corpo o indumenti.

7.B.6 – Igiene ambientale e informazione del personale addetto alla pulizia

È largamente documentato che in presenza di malattia da CD si ha contaminazione ambientale (forme vegetative e spore); il problema è particolarmente critico se il paziente ha abbondanti scariche di feci liquide o è incontinente. La contaminazione può riguardare oggetti posti vicino al paziente (campanello di chiamata, telefono), l'area circostante

Data	Rev	n
------	-----	---

(sponde del letto, comodino, sedia), dispositivi medici/materiali in uso, l'ambiente (maniglie, pavimenti) e, in particolare, i servizi igienici (superficie WC, bidet, rubinetti, superficie lavandino, padella, pappagallo,). È noto che vi è una forte correlazione tra contaminazione ambientale e trasmissione di CD in ambito sanitario.

Le forme vegetative di CD sopravvivono nell'ambiente per breve tempo (circa 15') su superfici asciutte, ma possono rimanere vitali per alcune ore in presenza di umidità.

Le spore batteriche, invece, sono altamente resistenti e, in assenza di un adeguato trattamento, possono sopravvivere per periodi di tempo anche molto lunghi (mesi): questa contaminazione ambientale è spesso all'origine della trasmissione di CD, che si può verificare anche a distanza di tempo.

L'attenzione alla decontaminazione ambientale ha quindi un ruolo cardine negli interventi di prevenzione.

Igiene ambientale

I cloroderivati sono i disinfettanti di scelta in presenza di CDAD/CDI e fra quelli disponibili si propongono alcune considerazioni:

- le soluzioni di candeggina (ipoclorito commerciale) non sono sempre affidabili per quanto riguarda la concentrazione;
- le soluzioni di sodio ipoclorito registrate come PMC e dotate di scadenza presentano buone caratteristiche di stabilità;
- sodiodicloroisocianurato (NaDCC) è il prodotto con il miglior profilo di stabilità, anche in presenza di materiale organico, e con minore corrosività.

La concentrazione d'uso indicata è di almeno 1.000 ppm. Alcuni autori consigliano concentrazioni superiori (5.000 ppm) che risultano però di difficile applicazione quando si opera in presenza di pazienti.

Pertanto tale scelta viene utilizzata alla dimissione/trasferimento del paziente con sospetta/acertata CDI dove è necessario effettuare un intervento di sanificazione di tutte le superfici ed oggetti presenti utilizzando l'impiego di soluzioni di cloroderivati 5.000 ppm .

Per la diluizione (vedi tab. I)

Tabella I - La diluizione dei cloroderivati*

Concentrazione iniziale	Quantità necessaria per ottenere 5 lt alla concentrazione di cloro attivo di	
	1.000 ppm	5.000 ppm
Sodio ipoclorito 1,1 %	450 ml	2.275 ml
Sodio ipoclorito 2,7 %	185 ml	925 ml
Sodio ipoclorito 5 % (candeggina**)	100 ml	500 ml
Sodiodicloroisocianurato (NaDCC) cp 4,6 g	2 compresse	10 compresse
Sodiodicloroisocianurato (NaDCC) cp 23 g	Non applicabile	2 compresse

* La diluizione deve essere fatta giornalmente, meglio ancora estemporaneamente, operando in ambiente aerato.

** Attenzione alla stabilità delle preparazioni commerciali: la concentrazione in cloro potrebbe non risultare esatta.

Informazione del personale addetto alla pulizia

Comunicare alla Ditta delle pulizie delle misure di isolamento/cohorting per programmare le attività di pulizia e informarli sulle seguenti misure da adottare:

- il personale addetto alle pulizie deve essere immediatamente avvisato della presenza di un paziente con sospetta/acertata CDAD/CDI
- gli interventi di pulizia e disinfezione di ambienti devono essere effettuati al termine della pulizia delle altre stanze di degenza, utilizzando attrezzature e materiali dedicati all'ambiente in questione;
- tutte le superfici orizzontali della stanza e gli oggetti posti in vicinanza del paziente devono essere detersi e disinfettati due volte al giorno, ponendo particolare attenzione alle superfici che possono essere più facilmente toccate (letto e sbarre, interruttori luce, pulsantiera di chiamata, maniglie, rubinetti, piano del comodino, telefono, ecc.);
- le superfici verticali (pareti) della camera di degenza devono essere trattate in modo analogo con detersione, risciacquo e disinfezione solo se visibilmente sporche (presenza di macchie, impronte);

Data	Rev	n
------	-----	---

- particolare attenzione deve essere riservata agli interventi sul servizio igienico dedicato, che dovrebbe essere trattato tre volte al giorno e tutte le volte che la situazione lo richieda. Tutte le superfici potenzialmente contaminate devono essere deterse/disinfettate, ponendo un'attenzione particolare a quelle di più facile contaminazione (tavoletta del WC, bidet, piano della comoda, dispenser di sapone...) senza trascurare le superfici che possono più facilmente essere all'origine di trasmissione (rubinetto del lavandino, interruttore della luce...);
- la detersione deve essere approfondita e accompagnata dall'azione meccanica dello sfregamento e dal risciacquo; alla detersione segue la disinfezione con cloroderivato 1.000 ppm che deve essere lasciato in situ per circa 10';
- se si utilizza un detergente-disinfettante, il disinfettante deve sempre essere un cloroderivato e la concentrazione d'uso deve garantire 1.000 ppm di cloro attivo. In questo caso si fa un primo trattamento seguito da risciacquo e poi un secondo trattamento, lasciando in contatto per 10';
- è preferibile utilizzare i panni monouso, da eliminare come potenzialmente infetti.
- al termine delle operazioni, i materiali riutilizzabili (carrello, secchi, ecc.) devono essere detersi e disinfettati con un cloroderivato 1.000 ppm lasciando in contatto almeno 10', poi sciacquare e lasciar asciugare;
- i materiali monouso utilizzati devono essere smaltiti nel contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo posto all'interno della stanza.

Detersione e disinfezione dell'ambiente alla dimissione/trasferimento di paziente con CDI

- Alla dimissione/trasferimento del paziente la detersione-disinfezione del locale deve essere effettuata al termine della pulizia delle altre stanze di degenza;
- prima di iniziare le operazioni di pulizia-disinfezione rimuovere ed eliminare nel contenitore dei rifiuti a rischio infettivo tutti i materiali d'uso presenti (sapone liquido, asciugamani in carta, carta igienica, spazzolino WC, ...) e gli eventuali dispositivi medici monouso;
- pulire gli oggetti riutilizzabili e inviarli ai processi di disinfezione o sterilizzazione;
- rimuovere i materassi e gli altri effetti lettereschi (coprimaterasso, coperta, cuscini,...), collocarli negli appositi sacchi e inviarli al servizio di lavanderia per il trattamento di lavaggio e disinfezione;
- detergere tutte le superfici iniziando dalle zone pulite (es. finestre) per terminare a quelle sporche (servizio);
- la detersione deve essere diretta in modo capillare su tutte le superfici strutturali (pareti, pavimenti) e di materiali/oggetti presenti nell'ambiente (letto, testaleto, campanello di chiamata, comodino, cassetti, armadio, sedia, tavolino, sostegno per fleboclisi, monitor, TV, interruttori, maniglie, flussimetro, carrozzina,...);
- far seguire alla detersione una disinfezione con un cloroderivato alla concentrazione di 5.000 ppm e lasciare in contatto per circa 10'. Risciacquare, soprattutto le superfici metalliche, e lasciar asciugare;
- ripristinare la funzionalità dell'ambiente sostituendo tutti i materiali eliminati o inviati ad un trattamento di sanificazione;
- monitorare se il personale addetto aderisce in modo sistematico alle indicazioni date attraverso la check list di controllo predisposta per tale verifica (**allegato 8**)

7.B.7 – La notifica di CDAD/CDI

La notifica di CDI è obbligatoria ai sensi del DM 15/12/90 (18), così come modificato dal DM 29/07/98 (19). Il medico deve pertanto notificare ogni caso confermato di CDI il più presto possibile dopo la diagnosi per consentire l'attivazione delle opportune misure di controllo e prevenzione da parte delle autorità competenti.

Si sottolinea che la notifica deve essere compilata anche nel caso in cui la diagnosi sia posta per un paziente che nel frattempo ha già lasciato l'Ospedale (ad es., paziente di Pronto Soccorso o ambulatoriale, del quale perviene l'esito dell'esame dopo suo trasferimento ad altro PO), per l'obbligo di ogni medico di fare la notifica di malattia infettiva nel momento in cui la diagnosi è accertata. Non deve a questo proposito sussistere la preoccupazione di fare una doppia notifica qualora il caso sia stato notificato anche dalla struttura sanitaria che ha preso in carico il paziente successivamente, in quanto l'elaborazione delle schede di notifica presso i servizi territoriali delle ASL elimina automaticamente la doppia notifica. Sarebbe molto più grave la mancata notifica di un caso, nell'errata convinzione che questa fosse già stata fatta da altre strutture.

La notifica deve essere inoltrata alla DMP dove viene verificata dal Medico di Direzione Medica.

Data

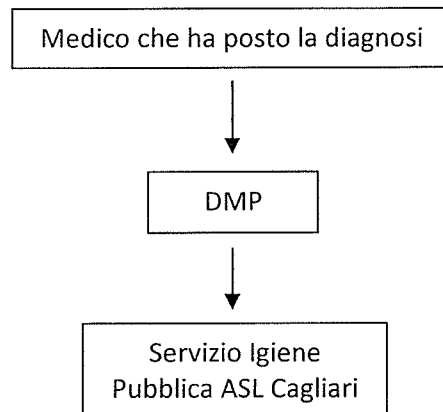
Rev

n

Nel PO San Michele, Microcitemico e Oncologico la notifica, tramite gli Assistenti Sanitari/Infermieri della DMP, è trasmessa al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Cagliari. Tutti gli invii devono avvenire via email o via fax.

Figura n.1 – AOB - Flusso della notifica di caso di TB sospetta o accertata*

Ospedali Microcitemico, Oncologico e San Michele



*** tutti gli invii devono essere fatti via email o via fax**

7.B.8 – La sorveglianza di laboratorio del CD

La sorveglianza di laboratorio del CD nell'AOB si basa su un sistema di *alert* microbiologico.

L'*alert* microbiologico è costituito da ogni positività degli esami microscopico e/o colturale e/o molecolare rilevata in pazienti afferenti a qualsiasi *setting* assistenziale dell'AOB.

In ogni referto che ricade nei suddetti casi deve essere chiaramente indicato che trattasi di "*alert* per CD".

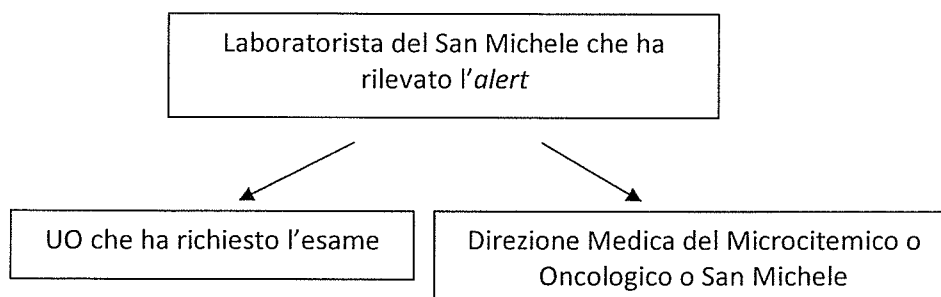
Gli *alert* microbiologici devono seguire il flusso descritto nella figura n.2, che tiene conto della centralizzazione degli esami microbiologici presso il laboratorio del PO San Michele.

La positività al test verrà comunicata telefonicamente e tramite email o via fax ai clinici dell'UO e alle figure addette al controllo delle infezioni.

Le email verranno aggiornate dal dirigente del Laboratorio in turno alle ore 12 e alle ore 18, sarà compito del medico dell'UO richiedente controllare la mail negli orari stabiliti.

Data	Rev	n
------	-----	---

Figura n.2 – AOB - Flusso degli *alert* microbiologici per CD*



* **tutti gli invii devono essere fatti telefonicamente , via email o fax**

7.B.9 – L'indagine epidemiologica e la sorveglianza dei pazienti "contatti" intraospedalieri con casi di CDAD/CDI

Le figure addette al controllo delle infezioni, Assistenti Sanitari/Infermieri della Direzione Medica del PO in cui è transitato il paziente con CDAD/CDI eseguono nel più breve tempo possibile un'indagine epidemiologica con l'obiettivo principale di raccogliere le informazioni utili al censimento dei pazienti "contatti" intraospedalieri con il caso.

7.B.10 - Il report annuale della sorveglianza della CDAD/CDI nei pazienti

La Direzione Medica di ciascun PO dell'AOB stila annualmente il *report* sui casi di CDAD/CDI notificati, sulla base dei dati contenuti nelle notifiche di malattia infettiva e negli *alert* di laboratorio, e dei risultati della sorveglianza dei pazienti "contatti" con i casi di CDAD/CDI.

Il *report* viene presentato al CIO e da questo validato, quindi, trasmesso a tutte le UUOO dell'AOB; esso deve includere per tutta l'AOB e per singolo PO i dati relativi a:

1. n° assoluto dei casi notificati;
2. n° assoluto dei casi notificati per percorso assistenziale dei pazienti (ricovero ordinario, DH, Pronto Soccorso, primo intervento pediatrico, ambulatori) e UO di notifica;
3. n° assoluto dei casi notificati per sede ed esito degli esami microscopico e/o molecolare e/o colturale;
4. risultati della sorveglianza dei pazienti "contatti" con i casi di CDAD/CDI.

Data	Rev	n
------	-----	---

8 – VALUTAZIONE (per tutti gli indicatori è prevista una valutazione annuale)

CHI	COSA	CRITERIO	INDICATORE	STANDARD	FONTE DATI
Direttore Medico di Presidio	Tempestività dell'isolamento da contatto dei casi con CDAD/CDI sospetta o accertata	L'isolamento da contatto deve essere immediato per ogni caso di CDAD/CDI sospetta o accertata	Intervallo temporale massimo tra accesso al PO e momento in cui il caso è stato posto in isolamento		Sistemi informativi per ricoveri Cartelle cliniche e infermieristiche
Direttore Medico di Presidio	Tempestività della notifica dei casi di CDAD/CDI	La notifica è fatta per ogni caso di CDAD/CDI accertata il più presto possibile	Intervallo temporale massimo tra accesso al PO e ricevimento della notifica da parte della DMP	36 ore	Sistemi informativi per ricoveri Data e ora di ricevimento della notifica da parte della DMP
Direttore Medico di Presidio	Appropriatezza della diagnosi microbiologica della CDAD/CDI	L'esame deve essere effettuato per ogni caso di CDAD/CDI	N° casi di CDAD/CDI con esame colturale/N° casi di CDAD/CDI notificati	Almeno il 95%	Laboratorio di Microbiologia Archivio notifiche di CDAD/CDI
Direttore Medico di Presidio	Sorveglianza di laboratorio	Ogni positività microbiologica per CD deve essere segnalata alla DMP	N° casi di CD segnalati dal laboratorio di Microbiologia/N° di casi di CD con pos.tà microbiologica notificati	100%	Archivio <i>alert</i> per CD Archivio notifiche di CD
Direttore Medico di Presidio	Valutazione della rilevazione casi di CDAD/CDI accertata	Deve essere fatta una scheda di rilevazione per ogni caso confermato di CDAD/CDI	N° casi di CDAD/CDI con schede di rilevazione/N° casi di CDAD/CDI notificati	100%	Archivio schede di rilevazione dei casi di CDAD/CDI Archivio notifiche di CDAD/CDI
Presidente del CIO Figure addette al controllo infezioni	Adozione misure di isolamento: "precauzioni da Contatto" oltre alle precauzioni Standard	Deve essere compilata la Check list di adesione alle misure di controllo	N° casi di CDAD/CDI gestiti secondo la procedura / N° casi di CDAD/CDI notificati		Le informazioni vanno acquisite mediante osservazione diretta Cartelle cliniche e infermieristiche
Presidente del CIO	Diffusione della Procedura Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium difficile"	Presenza della "Procedura Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da CD" in ogni PO dell'AOB	Audit a campione	100% in tre anni dall'adozione della procedura	Le informazioni vanno acquisite mediante osservazione diretta
Risk Management	Report annuale della sorveglianza CD nei pazienti	Ogni anno deve essere stilato il <i>report</i>	Si/no	Si	

Data

Rev

n



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Modalità di raccolta, conservazione e invio dei campioni per la ricerca del CD

CD allegato 1

Modalità di raccolta dei campioni e di conservazione

Le indagini microbiologiche per *Clostridium difficile* possono essere eseguite su campioni feci diarroiche entro 1 ora dall'emissione, questa indicazione temporale è strettamente collegata con l'esigenza prioritaria di effettuare la diagnosi nel più breve tempo possibile. Nel caso non fosse possibile rispettare questi tempi, conservare il campione a +4°C, ed inviare, comunque, non oltre 48 ore.

MATERIALE	TEMPISTICA	N° CAMPIONI	CAMPIONI NON IDONEI
feci diarroiche che assumono la forma del contenitore-scala di Bristol 5-7	entro 1 ora dall'emissione	1 campione	tampone rettale
			feci formate scala di Bristol 1-4

Modalità di invio dei campioni

I campioni biologici devono essere inviati al laboratorio di Microbiologia dell'Ospedale San Michele

- dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 7 alle ore 19.00;
- il sabato e i festivi dalle ore 7 alle 13.

Gli Ospedali Microcitemico e Oncologico, nei suddetti orari, devono trasmettere i campioni presso il laboratorio dell'Oncologico, che si farà carico dell'invio al laboratorio del San Michele.

In situazioni d'urgenza il medico richiedente dovrà contattare telefonicamente ai numeri 070539802/4 il laureato di turno del laboratorio di Microbiologia del San Michele.

Ruolo del Laboratorio

Presso il laboratorio analisi dell'Azienda Ospedaliera G.Brotzu viene eseguito un test di amplificazione di DNA per il rilevamento di *Clostridium difficile* citotossigenetico.

Un unico test positivo è sufficiente per confermare la diagnosi, e non va ripetuto per monitorare la risposta alla terapia, né per confermare la guarigione.

E' un elemento importante ai fini della valutazione della contagiosità del paziente in quanto strettamente correlata alla concentrazione di micobatteri presenti nel campione in esame.

La risposta va comunicata al medico richiedente e alle figure addette al controllo delle infezioni della Direzione Medica dell'Ospedale in cui si trova l'Unità Operativa che ha richiesto l'esame il più presto possibile e, comunque, non oltre 24 ore dal momento del ricevimento del campione.

La positività al test verrà comunicata telefonicamente e tramite email o fax aziendale ai clinici dell'UO che ha richiesto l'esame.

Esame colturale

In caso di positività, l'esito va comunicato tempestivamente al medico richiedente e alla Direzione Medica dell'Ospedale in cui si trova l'Unità Operativa che ha richiesto l'esame.

Test molecolari - test di amplificazione degli acidi nucleici

Anche per questi test la risposta va comunicata il più presto possibile al medico richiedente e alla Direzione Medica dell'Ospedale in cui si trova l'Unità Operativa che ha richiesto l'esame.





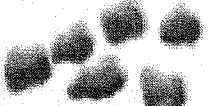




REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Scala di Bristol

CD
allegato 2

Scala delle feci di Bristol

Tipo 1		Grumi duri separati tra loro, come noci (difficili da espellere).
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro.
Tipo 3		Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie.
Tipo 4		Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida.
Tipo 5		Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare).
Tipo 6		Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose.
Tipo 7		Acquosa, nessun pezzo solido. Completamente liquida.

fm



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

SCHEDA INFORMATIVA per PAZIENTE e FAMILIARI

CD
allegato 3

Malattia da Clostridium difficile

PRECAUZIONI E IGIENE

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

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

C. difficile è il **maggior responsabile di diarrea infettiva negli ospedali e in altre strutture assistenziali**, dove si può manifestare anche in forma epidemica, interessando più persone. C. difficile si trasmette generalmente attraverso le mani, che si contaminano per contatto diretto (con le feci) o indiretto (con oggetti o superfici contaminate). È quindi necessario adottare precauzioni che siano in grado di interrompere la trasmissione, in particolare usare i guanti e lavarsi le mani.

La diagnosi di infezione si basa sul quadro clinico e su esami di laboratorio, in particolare sulla ricerca delle tossine A e B nelle feci. La terapia consiste nell'assunzione di antibiotici che agiscono a livello intestinale. In alcuni casi risulta necessario ripetere la terapia perché si è manifestata una recidiva dell'infezione.

LE MISURE DI CONTROLLO

Devono essere applicate le "PRECAUZIONI DA CONTATTO" sempre in aggiunta alle "PRECAUZIONI STANDARD"

La sistematica applicazione delle misure di seguito elencate è in grado di interrompere la catena di trasmissione e di prevenire la comparsa di nuovi casi di infezione da C. difficile. Ulteriori informazioni possono essere richieste al medico curante e all'infermiere che presta assistenza al paziente.

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

Le mani sono il primo veicolo di diffusione: per questo è vivamente raccomandato che il paziente, gli operatori ed i visitatori si lavino accuratamente le mani con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico, soprattutto in alcuni momenti a particolare rischio infettivo.

Il paziente autosufficiente deve lavare le mani dopo l'uso dei servizi igienici; il paziente allettato o confuso deve essere aiutato ad effettuare l'igiene delle mani in più momenti della giornata (anche con frizione alcolica, meglio se con salviettine imbevute: questa pratica non è efficace quanto il lavaggio con acqua e sapone, ma riduce comunque in modo significativo la contaminazione).

I visitatori devono lavare le mani prima di contatti con il paziente (per evitare di trasmettergli microrganismi) e prima di lasciare la stanza (per evitare di trasferire C. difficile all'esterno).

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

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

Visite di familiari, badanti, ecc.: è preferibile limitare, per quanto possibile, il numero di visitatori. La visita di bambini deve essere rimandata al termine dell'isolamento del paziente affetto da infezione da C. difficile. Anche per i visitatori si raccomanda l'impiego di guanti e camice monouso prima del contatto diretto con il paziente, la biancheria del letto o personale, le feci. Durante la visita è bene non sedersi sul letto, non appoggiare oggetti sul comodino e, in caso di telefonate al cellulare, evitare di far toccare la superficie del telefono al paziente. Prima di lasciare la stanza, dopo aver tolto guanti e camice i visitatori si devono lavare le mani, anche se hanno indossato i guanti. Se si verificassero casi di diarrea tra i familiari/visitatori, è necessario informarne subito il proprio medico curante.

Il trattamento della biancheria a domicilio. In reparto bisogna manipolare con attenzione la biancheria, non appoggiarla a terra o sulla sedia, ma metterla in un sacchetto e portarla direttamente al lavaggio. Per il lavaggio a domicilio temperature uguali o superiori a 60°C e l'uso di detersivo sono considerati adeguati; in caso di contaminazione con feci, aggiungere nel prelavaggio 200 ml di candeggina (circa due bicchieri da tavola) o altro prodotto a base di cloro.

La pulizia dell'ambiente a domicilio: è importante per impedire la trasmissione di C. difficile. La massima attenzione deve essere riservata al servizio igienico: si devono pulire i sanitari (compreso l'asse del WC e il bidet), i rubinetti, gli interruttori, la maniglia della porta, il pavimento. Dopo aver pulito si deve disinfettare con un prodotto a base di cloro: candeggina (20ml in un litro di acqua) o altri prodotti a base di cloro reperibili normalmente presso la grande distribuzione (es. Amuchina®, Milton®), utilizzando le concentrazioni d'uso consigliate dal produttore.

Il testo di questa scheda è stato utilizzato per la realizzazione di una locandina pieghevole con illustrazioni reperibile sul sito internet SIMPIOS.

IGIENE DELLE MANI



Con prodotto a base alcolica (da preferire) o con acqua e sapone:

- Prima e dopo qualsiasi contatto con il paziente.
- Prima di una manovra pulita/asettica, ad es., instillare gocce oculari, manipolare farmaci, preparare il cibo, medicare una ferita.
- Dopo il rischio di esposizione a fluidi corporei, ad es. dopo il contatto con una membrana mucosa o cute non integra.

• Dopo il contatto con oggetti o superfici vicine al paziente (incluse le attrezzature sanitarie), anche quando non si è toccato il paziente.

• Dopo la rimozione dei guanti.

Con acqua e sapone (nei casi sotto elencati non si può usare il prodotto a base alcolica):

- Quando le mani sono visibilmente sporche o visibilmente macchiate di sangue o altri fluidi corporei.
 - Dopo l'uso della toilette.
 - Nel sospetto di esposizione a microbi che formano spore (ad es., *Clostridium difficile*)
- Le unghie devono essere corte e pulite; non indossare unghie artificiali o estensioni delle unghie in caso di contatto diretto con il paziente.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)



Indossare i DPI all'ingresso nella stanza, quando si presume di venire a contatto con sangue o altri fluidi corporei. Rimuovere i DPI prima di lasciare la stanza o il box del paziente e, se monouso, smaltirli correttamente nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Guanti monouso non sterili

- I guanti devono essere considerati una misura aggiuntiva e mai sostitutiva rispetto all'igiene delle mani.
- Indossarli quando si prevede il contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, le mucose, la cute non integra o potenzialmente contaminata, ad es., paziente con incontinenza fecale o urinaria.
- Rimuoverli dopo aver assistito un paziente o dopo aver toccato le superfici vicine al paziente, incluse le attrezzature sanitarie.
- Sostituirli tra procedure diverse sullo stesso paziente.
- Non indossare lo stesso paio di guanti per assistere più di un paziente.

Sovracamicie monouso

• Indossare un sovracamice in grado di proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti durante pratiche assistenziali che possono provocare contatto con sangue o altri fluidi corporei.

• Indossarlo nel contatto diretto con il paziente, se questi ha secrezioni o escrezioni diffuse.

• Sostituirlo, se visibilmente sporco, tra una procedura e l'altra sullo stesso paziente.

• L'uso routinario del sovracamice non è raccomandato.

Dispositivi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca

• Indossarli per procedure che possono comportare schizzi di sangue o di altri fluidi corporei.

Mascherina chirurgica

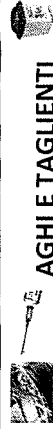
• Sostituirla se umida e/o visibilmente sporca.

• Non abbassarla assolutamente, anche se temporaneamente, per riposizionarla.

Protezione oculare multiuso

• Se dopo l'uso è visibilmente contaminata, smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

• Se dopo l'uso non è visibilmente contaminata, collocarla evitando la contaminazione di oggetti e superfici, in attesa della sua pulizia e disinfezione.



AGHI E TAGLIANTI

Gli aghi e i taglienti, dopo essere stati utilizzati, devono essere maneggiati con cura per evitare lesioni durante lo smaltimento o il reprocessing (ricondizionamento). Aghi e taglienti monouso, dopo il loro utilizzo, devono essere smaltiti negli appositi contenitori posizionati dove questi dispositivi sono utilizzati.

IGIENE AMBIENTALE



Le superfici ambientali vanno pulite con modalità e frequenza diverse a seconda del grado di rischio.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti.

Si rinvia al documento "Gestione delle pulizie" per una trattazione completa.



ATTREZZATURE SANITARIE

Manipolare le attrezzature sanitarie in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi.

Le attrezzature non critiche multiuso devono essere pulite e disinfettate prima di essere utilizzate su un altro paziente.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione.

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.

GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riportarla immediatamente nell'apposito sacco.

Evitare il contatto di parti del corpo o di abiti con la biancheria sporca.

Alla dimissione del paziente, in caso di contaminazione, materasso, coprimaterasso e cuscini vanno inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.



GESTIONE RIFIUTI

Lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo deve avvenire identificando gli idonei contenitori, da collocare vicino al luogo di produzione dei rifiuti stessi.

Si rinvia al documento "Procedura per la razionalizzazione della gestione rifiuti sanitari" per una trattazione completa.

IGIENE RESPIRATORIA



L'igiene respiratoria si applica a qualsiasi persona che all'ingresso in una struttura sanitaria presenti segni e/o sintomi respiratori, ad es., tosse, congestione, rinite, aumentata produzione di secrezioni respiratorie. L'igiene respiratoria include le seguenti misure:

• Coprire la bocca e il naso, possibilmente con un fazzoletto monouso, quando si tossisce e si starnutisce.

• Gettare il fazzoletto nell'apposito contenitore per i rifiuti, subito dopo l'uso.

• Igienizzare le mani il più presto possibile con il prodotto a base alcolica o con acqua e sapone.

• Indossare la mascherina chirurgica (su indicazione dell'operatore sanitario).

• Mantenere, se possibile, una distanza di sicurezza di almeno un metro dalle altre persone.

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Camera a uso singolo se il paziente non rispetta le comuni regole dell'igiene.

CD Allegato 5 – PRECAUZIONI DA CONTATTO

Misure da adottare nei vari contesti di cura ogni volta che si presume di venire a contatto con la cute integra del paziente e con l'ambiente immediatamente circostante, e comunque sempre in aggiunta alle PRECAUZIONI STANDARD per i pazienti con le seguenti infezioni sospette o accertate: MDRO, Clostridium difficile, Salmonella spp., Scabbia

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Applicare sulla porta di accesso alla stanza di degenza il cartello con la dicitura

PRECAUZIONI DA CONTATTO

Individuare spazi, vicino alla stanza, per allestire una "zona filtro", preferibilmente vicino alla stanza di degenza, per collocare DPI, attrezzature sanitarie e materiali vari per operatori e visitatori, possibilmente differenziati.
Sistemare in stanza singola dotata di WC e lavandino, la porta può restare aperta se non disponibile effettuare
isolamento in coorte mettere nella stessa stanza pazienti con infezione o colonizzazione dallo stesso agente infettivo e con analoghi fattori di rischio
isolamento spaziale mantenere la distanza di almeno 1 metro tra un paziente e l'altro, laddove possibile predisporre una barriera, tenda o paravento, per ridurre al minimo la probabilità di contatto

INFORMAZIONI AI PAZIENTI

Istruire il paziente sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione dei microrganismi ad altri degenti e all'ambiente, in particolare, su: modalità di accesso alla stanza, igiene delle mani.

VISITATORI

Valutare l'opportunità di ridurre l'accesso tenendo conto dell'entità dell'evento infettivo
Istruire i visitatori sulle misure da adottare, con particolare riferimento a: igiene delle mani, utilizzo dei DPI, smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

IGIENE DELLE MANI

Vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD

TRASPORTO E TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti solo ai casi strettamente necessari
Informare il personale addetto al trasporto e gli operatori delle sedi di destinazione del sospetto/diagnosi di malattia infettiva trasmissibile per contatto al fine di indossare i DPI e applicare le misure atte a prevenire la contaminazione dell'ambiente, delle superfici e delle attrezzature
Far accomodare in ambulatorio il più presto possibile per limitare o ridurre il contatto con le altre persone in sala d'attesa
Segnalare nella lettera di dimissione la condizione di colonizzato/infetto del paziente e comunicare direttamente con gli operatori nel caso di trasferimento presso altre Unità Operative o Strutture per garantire l'adozione di misure corrette fin dall'ingresso

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

(DPI)

Guanti monouso

Eseguire l'igiene delle mani ed indossare i guanti tutte le volte che si presume di venire a contatto con la cute integra del paziente e con l'ambiente immediatamente circostante, la cosiddetta unità-paziente (letto, spondine, comodino, pompa siringa, asta-flebo,...), superfici ambientali e oggetti potenzialmente contaminati inclusa attrezzatura sanitaria

Rimuovere i guanti immediatamente dopo il contatto con il paziente e/o l'ambiente circostante rispettando le tecniche al fine di evitare l'autocontaminazione e smaltire nei rifiuti sanitari a rischio infettivo prima di lasciare la stanza

Eseguire l'igiene delle mani

Sostituire i guanti quando ci si sposta da un sito contaminato ad uno pulito sullo stesso paziente e praticare l'igiene delle mani

Sovracamicie monouso

Indossare prima di entrare nella stanza ogni volta si preveda di venire a contatto con la cute integra del paziente, o le superfici e gli oggetti posti a stretto contatto col paziente per proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti

Rimuovere rispettando le tecniche al fine di evitare l'autocontaminazione, smaltirlo nei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prima di lasciare la stanza, eseguire l'igiene delle mani

Mascherina chirurgica e protezione oculare

Indossare prima di entrare nella stanza, se necessario
Non abbassare, anche se temporaneamente la mascherina, per poi riposizionarla, evitare di toccare con mani contaminate bocca, naso, occhi o volto
Rimuovere rispettando le tecniche al fine di evitare l'autocontaminazione.

Dopo l'uso procedere alla pulizia e disinfezione della protezione oculare pluriuso.

Tutti i DPI devono essere eliminati nei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prima di lasciare la stanza.
Eseguire l'igiene delle mani

IGIENE AMBIENTALE

Comunicare alla Ditta delle pulizie la stanza in isolamento al fine di programmare gli interventi di sanificazione e sanitizzazione da eseguire con cloroderivati 1000 ppm di cloro attivo finale

Eseguire prima una adeguata detersione per garantire la rimozione meccanica di una elevata quota di contaminante, risciacquare ed eseguire la successiva fase di disinfezione utilizzando, possibilmente, panni monouso.

Intensificare la pulizia dell'ambiente che deve essere effettuata con almeno due passaggi quotidiani (tre nei bagni) o secondo necessità e deve essere particolarmente accurata nella cosiddetta unità-paziente (letto, sponde, comodino, pompa siringa, asta-flebo,...) e in quelle superfici che possono più frequentemente venire a contatto con il paziente, stesso e/o l'operatore sanitario durante l'assistenza come le maniglie delle porte, pulsantiera per luci, campanello, sedie, tavolini, servizi igienici e rubinetterie....

Stanza di degenza: eseguire la pulizia della stanza in isolamento per ultima, dopo la pulizia delle altre stanze di degenza

Alla dimissione eseguire la pulizia a fondo della stanza, degli arredi e far seguire da un'adeguata disinfezione

Ambulatorio: al termine della visita pulire e disinfettare superfici e oggetti contaminati dal paziente e/o dall'operatore sanitario durante l'assistenza



DISPOSITIVI MEDICI (DM)

Utilizzare preferibilmente DM monouso e dopo l'utilizzo smaltirli nei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Gli strumenti non critici devono essere detersi e disinfettati prima del loro riutilizzo su un altro paziente.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione..

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.

GESTIONE RIFIUTI

Tutti i rifiuti derivanti dalle operazioni di pulizia e il materiale utilizzato per le pratiche assistenziali devono essere eliminati, prima di uscire, nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo posto dentro la stanza.

GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riporla immediatamente nell'apposito doppio sacco: un sacco interno trasparente idrosolubile e un sacco esterno rosso, posto nel carrello dentro la stanza

Evitare il contatto di parti del corpo o indumenti con la biancheria sporca.
Alla dimissione materasso, coprimaterasso e cuscini vanno inviati in lavanderia per il lavaggio.



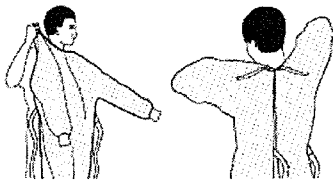
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Cartello Informativo Visitatori

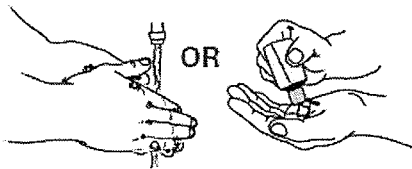
CD
allegato 6

Prima di entrare nella stanza di degenza i visitatori sono invitati a consultare il personale infermieristico e a ritirare e leggere il foglio informativo che dà indicazioni da adottare in ospedale e a domicilio

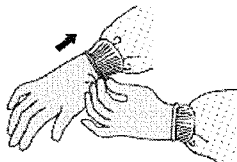
Prima di entrare nella stanza di degenza



L'OPERATORE SANITARIO TI CHIEDERA' DI INDOSSARE
UN SOVRACAMICE MONOUSO

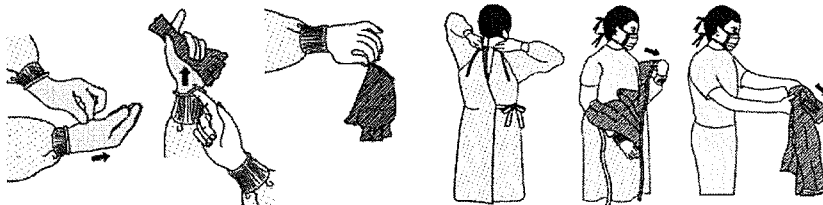


IGIENIZZARE LE MANI CON IL PRODOTTO A BASE
ALCOLICA O CON ACQUA E SAPONE



INDOSSARE I GUANTI

Prima di uscire dalla stanza di degenza



TOGLIERE I GUANTI E IL CAMICE E
BUTTARLI NEL CONTENITORE A
RISCHIO INFETTIVO



LAVARE LE MANI CON ACQUA E SAPONE



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

**CHECK-LIST PER LA VERIFICA
DELL'APPLICAZIONE DELLE MISURE
DI CONTROLLO PER CLOSTRIDIUM
DIFFICILE**

**CD
allegato 7**

Unità OperativaData.....

Il paziente è in isolamento? Sì No

Note.....

La terapia antibiotica è stata rivalutata e gli antibiotici non indispensabili sono stati sospesi? Sì No

Note.....

Al paziente deambulante è stato dedicato un bagno per uso esclusivamente personale? Sì No

Note.....

Se il paziente non è deambulante è opportunamente posizionato un contenitore rifiuti a rischio infettivo dedicato? Sì No Note.....

La stanza di isolamento è segnalata con l'apposito cartello? Sì No

Note.....

Nell'assistenza al paziente gli operatori dell'unità operativa applicano le precauzioni da contatto con particolare riguardo a:

○ igiene delle mani Sì No Note.....

○ uso dei guanti Sì No Note.....

○ uso del sovracamice monouso in TNT Sì No Note.....

Sono stati destinati ad uso personalizzato per il paziente:

○ padella Sì No Note.....

○ pappagallo Sì No Note.....

○ termometro Sì No Note.....

○ sfigmomanometro Sì No Note.....

○ fonendoscopio Sì No Note.....

○ laccio emostatico Sì No Note.....

Nella camera con isolamento da contatto dove è ricoverato il paziente con CDI è presente:

- contenitore per rifiuti a rischio infettivo Sì No Note.....
- sacco per la raccolta della biancheria Sì No Note.....

Il paziente e i visitatori sono stati informati sulle precauzioni da contatto da osservare? Sì No
Note.....

Il personale addetto all'igiene ambientale è stato informato della necessità di applicare lo specifico protocollo per C. difficile? Sì No Note.....

Il protocollo di igiene ambientale viene applicato, secondo i modi e tempi concordati, utilizzando soluzioni a base di cloro? Sì No Note.....

Tutti coloro che hanno indossato DPI li rimuovono dopo il contatto con il paziente o comunque prima di uscire dalla stanza di degenza? Sì No Note.....

In cartella è segnalato che il paziente è in isolamento? Sì No Note.....

In cartella è segnalata la data di inizio isolamento da contatto del malato? Sì No
Note.....

In cartella è segnalata la data di fine isolamento da contatto del malato? Sì No
Note.....

Eventuali osservazioni e/o interventi da implementare

Data..... Firma

Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile GImPIOS — Suppl. vol 1, n. 2, aprile-giugno 2011

Osservazione del personale

Medico Infermiere OSS Studente Altro.....

Il professionista che sto osservando:

Prima del contatto con il paziente effettua l'igiene delle mani Sì No

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Prima di manovra asettica effettua l'igiene delle mani Sì No

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Durante l'assistenza diretta usa

- Guanti Sì No
- Sovracamice Sì No

Dopo l'assistenza diretta e dopo aver tolto i guanti effettua igiene delle mani Sì No Se sì, con:

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Tutti coloro che hanno indossato DPI (personale di assistenza, visitatori, ...) li rimuovono dopo contatto con il paziente o comunque prima di uscire dalla stanza di degenza? Sì No

Eventuali osservazioni e/o interventi da implementare

.....
.....
.....
.....

Data..... Firma



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

CHECK-LIST

VERIFICA INTERVENTI di IGIENE AMBIENTALE

CD
allegato 8

UOData.....

Criteri di valutazione

La stanza di isolamento è pulita al termine della pulizia delle altre stanze

Sì No Note.....

La camera di degenza è pulita e disinfettata con la periodicità prevista dalla procedura aziendale (2 volte al giorno)

Sì No Note.....

Il bagno è pulito e disinfettato con la periodicità prevista dalla procedura aziendale (3 volte al giorno)

Sì No Note.....

Le operazioni di pulizia sono effettuate rispettando le sequenza delle operazioni previste dalla procedura aziendale

Sì No Note.....

Durante le operazioni di pulizia sono trattate prima le superfici più pulite, poi quelle più sporche

Sì No Note.....

Per la pulizia è utilizzato materiale dedicato (panni monouso)

Sì No Note.....

La disinfezione è effettuata con cloroderivato 1.000 ppm di cloro attivo rispettando il tempo di contatto di 10'

Sì No Note.....

Il materiale pluriuso e le attrezzature utilizzati per le pulizie al termine dell'attività sono detersi, disinfettati e asciugati secondo protocollo

Sì No Note.....

Il personale utilizza correttamente i DPI (sovracamice monouso e guanti)

Sì No Note.....

Al termine degli interventi panni, guanti e camice sono smaltiti nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo

Sì No Note.....

Al termine delle pulizie il personale effettua il lavaggio delle mani

Sì No Note.....

Alla dimissione la biancheria piana e tutti gli effetti lettereschi sono rimossi e inviati alla lavanderia negli appositi sacchi per biancheria a rischio infettivo

Sì No Note.....

Alla dimissione il materiale monouso viene rimosso ed è sostituito con nuovo materiale

Sì No Note.....

Alla dimissione la camera è pulita a fondo e disinfettata accuratamente con cloroderivato 5.000 ppm di cloro attivo rispettando il tempo di contatto di 10'

Sì No Note.....

Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile GImPIOS — Suppl. vol 1. n. 2. aprile-giugno 2011



Osservazione del personale

Medico Infermiere OSS Studente Operatore delle pulizie

Altro.....

Il professionista che sto osservando:

Prima del contatto con il paziente effettua l'igiene delle mani Sì No

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Prima di manovra asettica effettua l'igiene delle mani Sì No

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Durante l'assistenza diretta usa

- Guanti Sì No
- Sovracamice Sì No

Dopo l'assistenza diretta e dopo aver tolto i guanti effettua igiene delle mani Sì No Se sì, con:

- Acqua e sapone
- Acqua e detergente antisettico
- Soluzione alcolica

Tutti coloro che hanno indossato DPI (personale di assistenza, visitatori, ...) li rimuovono dopo contatto con il paziente o comunque prima di uscire dalla stanza di degenza? Sì No

Eventuali osservazioni e/o interventi da implementare

.....

.....

.....

.....

Data..... Firma



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Scheda di segnalazione di malattia infettiva e diffusiva

CD allegato 9

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA - A.S.L. CAGLIARI
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
**SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA
DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA**
(compilare in stampatello)

MALATTIA _____ DATA INIZIO SINTOMI ___/___/___

COMUNE INIZIO SINTOMI _____ A.S.L. _____

Dati relativi al paziente: Cognome _____ Nome _____ M ___ F ___

Codice Fiscale []

DATA DI NASCITA ___/___/___ LUOGO DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ A.S.L. _____

CITTADINANZA _____ PROFESSIONE _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

COMUNITA' COINVOLTA _____ N.PERSONE ESPOSTE [] [] []
AL CONTAGIO
 Famiglia
 Scuola
 Caserma
 Altro spec. _____

INDIRIZZO DELLA COMUNITA' _____

se diverso dalla residenza
COMUNE DI DOMICILIO _____ A.S.L. _____

INDIRIZZO _____

se ricoverato. LUOGO DI RICOVERO _____

ACCERTAMENTI SANITARI EFFETTUATI _____

VACC. EFFETTUATE _____

DATA DI DENUNCIA ___/___/___

MEDICO CHE DENUNCIA: COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale []

RECAPITO _____ TEL. _____

FIRMA (per esteso)

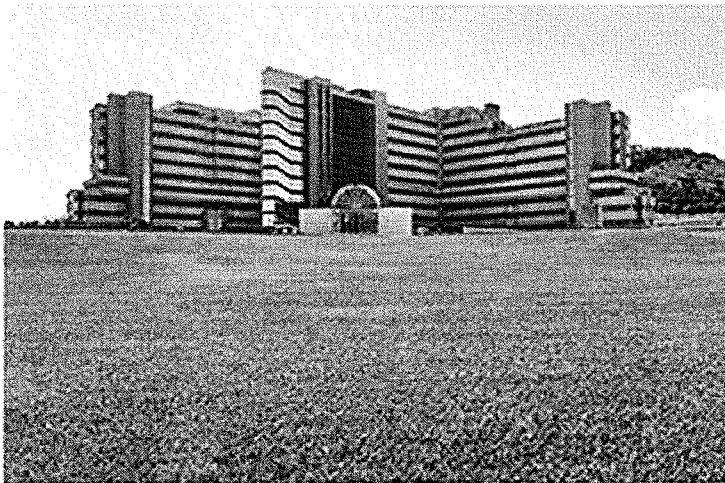


AO Brotzu
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Ospedale di rilievo nazionale
e alta specializzazione - D.P.C.M. 08/04/93


PROCEDURA

Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti



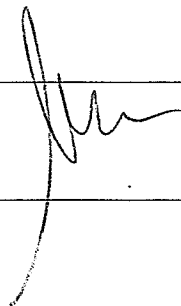
AOBrotzu


ju

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p align="center">PROCEDURA Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p align="center">COD PSQ AZ</p>
--	---	---

REDAZIONE - VERIFICA - APPROVAZIONE

Attività	Nome Cognome	Qualifica
REDAZIONE	Dott. Paolo Mundula Sig. Maria Rosa Faedda Dott. Maurizio Dedoni Dott.ssa Angela Oggianu Dott.ssa Sara Dettori Dott. Antonio Manti Dott.ssa Claudia Crociani	DMe Direzione Sanitaria PO Businco Infermiere Specialista Rischio Infettivo DMP PO Businco DMe Clinica Pediatrica 1 PO Microcitemico AS DMP PO Microcitemico Infermiera DMP PO Microcitemico DMe DMP PO San Michele - responsabile gruppo di redazione DMe Lab. Responsabile Microbiologia
VERIFICA	Comitato infezioni ospedaliere	
APPROVAZIONE	Dott.ssa Graziella Pintus Dott. Vinicio Atzeni Dott.ssa Marinella Spissu Dott.ssa Maria Teresa Addis Dott.ssa Maria Gabriella Nardi	Direttore Generale AO Brotzu Direttore Sanitario AO Brotzu Direttore Medico PO San Michele Direttore Medico PO Businco Direttore Medico PO A. Cao




 AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	<p align="center">PROCEDURA</p> <p align="center">Sorveglianza e controllo dei microrganismi</p> <p align="center">alert e gestione dei pazienti</p>	<p align="center">COD</p> <p align="center">PSQ AZ</p>
---	---	--


STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima stesura	

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	ICA 1	Precauzioni standard
2	ICA 2	Precauzioni da contatto
3	ICA 3	Precauzioni per droplet
4	ICA 4	Precauzioni per via aerea
5	ICA 5	Cartellonistica adozione precauzioni



 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	--	----------------------------

INDICE

1. Scopo e Generalità	pag 3
2. Obiettivi	pag 4
3. Campo d'applicazione	pag 4
4. Riferimenti Documentali	pag 4
5. Abbreviazioni	pag 5
6. Definizioni e Terminologia	pag 6
7. Responsabilità	pag 7
8. Lista dei Microrganismi Alert	pag 8
9. Modalità di Segnalazione	pag 8
10. Misure da Intraprendere a Seguito di Segnalazione di Microrganismi Alert	pag 9
11. Indicatori	pag 9

1. SCOPO e GENERALITA'


Negli ultimi anni, si è assistito a una crescente e preoccupante diffusione di infezioni sostenute da Multi-Drug Resistant Organisms (MDRO), microrganismi resistenti a una o più classi di agenti antibiotici. Le cause della multiresistenza si possono ricondurre principalmente a due aspetti fondamentali :

- uso non appropriato degli antibiotici che contribuisce "all'emergenza" di resistenze batteriche.
- inadeguata applicazione delle misure di controllo (precauzioni da isolamento) che contribuisce alla loro diffusione.

Scopo della procedura è fornire indicazioni per la gestione corretta di pazienti colonizzati o con infezione da "microrganismi sentinella" o "microrganismi alert" (di particolare rilievo epidemiologico o multiresistenti), al fine di controllare la diffusione attraverso l'accurata e tempestiva diagnosi, favorire l'adozione delle Precauzioni Standard e delle Precauzioni da Contatto durante le manovre assistenziali e implementare l'utilizzo appropriato e degli antibiotici. Tali precauzioni vanno adottate dal momento dell'isolamento dell'Alert da parte del Laboratorio di Microbiologia anche se si è in presenza di paziente colonizzato e non di infezione.

Data	Rev. N°	Pag. 3
------	---------	--------



 <p>AO BROTZU</p> <p>Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA</p> <p>Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD</p> <p>PSQ AZ</p>
--	--	--------------------------

2. OBIETTIVI

- adottare tempestivamente e con appropriatezza le precauzioni atte a prevenire e contenere la diffusione di microrganismi alert (precauzioni da contatto e/o droplet o aerea – allegati 2 , 3 e 4), in aggiunta alle precauzioni standard (allegato 1)
- identificare precocemente i cluster
- monitorare l'utilizzo corretto degli antibiotici ed in particolare le resistenze.

3. CAMPO D'APPLICAZIONE


La presente procedura si applica a tutti i reparti dei Presidi (PPOO) dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu (AOB)

4. RIFERIMENTI DOCUMENTALI

- "Linee guida per il controllo della diffusione intra-ospedaliera dello Staphylococcus aureus meticillino-resistente". Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere vol. 6, n.1 Gennaio-Marzo 1999
- "Sorveglianza di eventi epidemici e di Alert Organism nelle strutture sanitarie" Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere vol. 14, n.2 Aprile - Giugno 2007
- "Infezioni ospedaliere" Giovanna Marchiaro e Enzo C. Farina - Centro scientifico Editore
- "Manuale per il controllo delle Malattie Trasmissibili " Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association 18^a Edizione 440-444; WHO DEA editrice, 2004
- "Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e Controllo" Dossier 123-2006 Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna. Regione Emilia Romagna , Marzo 2006.
- "Management of Multidrug-Resistant Organism in Healthcare Settings 2006" – CDC
- "Guideline for Isolation Precautions: preventing transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007" – CDC
- "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

Data	Rev. N°	Pag. 4
------	---------	--------


M

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA</p> <p>Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD</p> <p>PSQ AZ</p>
---	--	--------------------------

5. ABBREVIAZIONI

AOB	Azienda Ospedaliera Brotzu
CIO	Comitato infezioni ospedaliere
CPE	batteri produttori di carbapenemasi
ESBL	Extended-spettro beta-lattamasi
ICA	Infezioni correlate all'assistenza
MDRO	Microrganismi Multi Farmaco Resistenti
MRSA	Stafilococco aureo meticillino resistente
PPOO	Presidi ospedalieri
PDR	Pundrug resistant
XDR	Extensive drug resistant
VRE	Enterococchi vancomicina resistenti


Handwritten signature

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA</p> <p>Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD</p> <p>PSQ AZ</p>
---	--	--------------------------

6. DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

alert organisms o MDRO (multi drug resistant organism)	Microrganismi di particolare rilievo epidemiologico in quanto responsabili di infezioni gravi, facilmente trasmissibili, resistenti a più classi di antibiotici, indici di contaminazione ambientale e soggetti a sorveglianza da parte del Laboratorio di Microbiologia ed a specifiche misure aggiuntive di isolamento.
colonizzazione	Presenza di microrganismo senza invasione e senza risposta associata dell'ospite
infezione	Invasione e moltiplicazione del microrganismo nell'ospite con associata risposta dello stesso (febbre, leucocitosi ecc)
multiresistenza:	Resistenza acquisita nei confronti di due o più antibiotici appartenenti a classi diverse
Precauzioni da contatto (C)	Si adottano aggiunta alle precauzioni standard durante l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata o con colonizzazione da microrganismi altamente trasmissibili ed epidemiologicamente rilevanti che possono essere trasmessi per contatto diretto o per via indiretta ; hanno la finalità di proteggere pazienti, operatori e visitatori dalla contaminazione con microrganismi potenzialmente infettivi.
Precauzioni Droplet (D)	Si adottano in aggiunta alle precauzioni standard, per l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmessi tramite goccioline > 5 micron di diametro (droplet)
Precauzioni standard	Misure da adottare nell'assistenza di tutti i pazienti nei vari contesti di cura, indipendentemente dal sospetto o dall'accertata presenza di un agente infettivo, quando si prevede il contatto con sangue, liquidi e materiali biologici, cute lesa e mucose (igiene mani , DPI, igiene ambientale)
trasmissione per contatto	<p>Modalità più frequente di trasmissione delle infezioni nosocomiali.</p> <p>Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contatto diretto :presuppone il contatto tra ospite suscettibile e persona infetta o colonizzata (paziente-operatore o paziente-paziente) - contatto indiretto: presuppone il contatto tra ospite suscettibile e oggetto contaminato (veicolo) che funge da fonte (es. strumentario chirurgico, mani dell'operatore, guanti contaminati e in generale tutta l'attrezzatura sanitaria).

M


 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	--	----------------------------

7. RESPONSABILITA'

Legenda: R= Responsabile, C= Coinvolto, I= Informato

Attività	Direzione PO	AS / Inf. di PO	Dirigente Prof.San / Coord.Inf PO	Direttore Reparto	Dirigenti Medici Reparto	Inf.Coord. Reparto	Inf. / Operatori sanitari	lab
Tempestiva individuazione pz con sospetta/ accertata infezione o colonizzazione da isolare					R			
Disposizioni Isolamento pz	C	C	C	R	C	C	C	
Adozione precauzioni	C	C	C	C	C	R	C	
Informazioni sulle precauzioni a paziente e visitatori			C	C	R	C	C	
Tempestiva comunicazione risultati del campione dal lab. al reparto interessato e alla DS				C	C	C		R
Verifica applicazione precauzioni	C	C		C	C	R	C	
Informazioni sulle precauzioni agli operatori di altri reparti	C			C	R	C		

M

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	--	----------------------------

8. LISTA DEI MICRORGANISMI ALERT

I microrganismi ALERT sorvegliati presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu sono i seguenti:

1. *Acinetobacter* spp
2. *Aspergillus* spp
3. *Clostridium difficile* produttore di tossina
4. *Legionella* spp
5. *Klebsiella* spp ESBL
6. *Klebsiella* spp resistente ai carbapenemi (secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute del 20.02.2013)
7. *Escherichia coli* ESBL
8. *Escherichia coli* resistente ai carbapenemi (secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute del 20.02.2013)
9. *Staphylococcus aureus* resistente alla Oxacillina o Meticillina
10. *Pseudomonae aeruginosa* resistente ai carbapenemi
11. *Enterococcus faecalis* o *faecium* resistente alla Vancomicina
12. Ogni altro microrganismo che il Laboratorio ritenga opportuno segnalare come Alert per motivi epidemiologici e/o clinici


9. MODALITÀ DI SEGNALAZIONE

In occasione di isolamento di un microrganismo Alert il Laboratorio di Microbiologia, deve:

1. informare il reparto interessato telefonicamente e tramite email aziendale o fax
2. il laboratorio di Microbiologia informa tempestivamente la Direzione Sanitaria.
3. il laboratorio invia entro 48 ore dall'isolamento copia del referto al Comitato Infezioni Ospedaliere o la DMP.
4. in caso di riscontro di batteriemie da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) il laboratorio provvederà anche alla notifica come da Circolare del Ministro della Salute del 26.02.13.

Data	Rev. N°	Pag. 8
------	---------	--------



 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	--	----------------------------

10. MISURE DA INTRAPRENDERE A SEGUITO DI SEGNALAZIONE DI MICRORGANISMI ALERT:

Il medico in turno dell'UO comunica il riscontro del Microrganismo al Direttore dell'UO che dispone al Coordinatore Infermieristico l'attivazione delle precauzioni necessarie

Il Coordinatore Infermieristico ,in caso di riscontro di Alert, mette in atto le precauzioni necessarie in relazione al microrganismo isolato in aggiunta alle precauzioni standard come indicato negli allegati delle procedure per l'isolamento del pz e registra le azioni eseguite nella diaria infermieristica.

Nel caso di Infezione da Clostridium difficile produttore di tossina in aggiunta alle precauzioni standard devono essere adottate anche quelle specifiche , come da procedura specifica.

Il coordinatore Infermieristico fa apporre all'ingresso della stanza di degenza l'apposita cartellonistica (**allegato 5**) con l'indicazione relativa alle precauzioni da adottare .

In caso di trasferimento presso altra UO o in altro Istituto di Ricovero e Cura , il medico dell'UO di provenienza deve segnalare il riscontro dell'Alert al medico dell'UO di destinazione e riportare in cartella clinica l'avvenuta comunicazione.

L'interruzione dell'isolamento da contatto deve essere disposta dal Direttore dell'UO, comunicata al Coordinatore Infermieristico e documentata in cartella clinica e cartella infermieristica.

11. INDICATORI:

Titolo: % di comunicazione di Microrganismi Alert dal Laboratorio di Microbiologia ai reparti:

Descrizione: N di Microrganismi Alert isolati e comunicati via email dal Laboratorio di Microbiologia / N di Microrganismi Alert isolati dal Laboratorio di Microbiologia * 100.

Valore: 100%

software di Microbiologia per la refertazione di campioni clinici e di screening

Titolo:% di utilizzo della procedura rispetto al numero di segnalazioni di Microrganismi Alert:

Descrizione: N di pazienti con colonizzazioni /infezioni da Microrganismi Alert con applicazione di precauzioni aggiuntive a quelle standard nella specifica UO / N di pazienti con colonizzazioni /infezioni da Microrganismi Alert nella specifica UO * 100.

Valore: 100%

documentazione cartella clinica e cartella infermieristica

Data	Rev. N°	Pag. 9
------	---------	--------

jm

IGIENE DELLE MANI



Con prodotto a base alcolica (da preferire) o con acqua e sapone:

- Prima e dopo qualsiasi contatto con il paziente.
- Prima di una manovra pulita/asettica, ad es., instillare gocce oculari, manipolare farmaci, preparare il cibo, medicare una ferita.
- Dopo il rischio di esposizione a fluidi corporei, ad es. dopo il contatto con una membrana mucosa o cute non integra.
- Dopo il contatto con oggetti o superfici vicine al paziente (includere le attrezzature sanitarie), anche quando non si è toccato il paziente.
- Dopo la rimozione dei guanti.

Con acqua e sapone (nei casi sotto elencati non si può usare il prodotto a base alcolica):

- Quando le mani sono visibilmente sporche o visibilmente macchiate di sangue o altri fluidi corporei.
 - Dopo l'uso della toilette.
 - Nel sospetto di esposizione a microbi che formano spore (ad es., *Clostridium difficile*)
- Le unghie devono essere corte e pulite; non indossare unghie artificiali o estensioni delle unghie in caso di contatto diretto con il paziente.



IGIENE RESPIRATORIA

L'igiene respiratoria si applica a qualsiasi persona che all'ingresso in una struttura sanitaria presenti segni e/o sintomi respiratori, ad es., tosse, congestione, rinorrea, aumentata produzione di secrezioni respiratorie. L'igiene respiratoria include le seguenti misure:

- Coprire la bocca e il naso, possibilmente con un fazzoletto monouso, quando si tossisce e si starnutisce.
- Gettare il fazzoletto nell'apposito contenitore per i rifiuti, subito dopo l'uso.
- Igienizzare le mani il più presto possibile con il prodotto a base alcolica o con acqua e sapone.
- Indossare la mascherina chirurgica (su indicazione dell'operatore sanitario).
- Mantenere, se possibile, una distanza di sicurezza di almeno un metro dalle altre persone.

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Camera a uso singolo se il paziente non rispetta le comuni regole dell'igiene.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)



Indossare i DPI all'ingresso nella stanza, quando si presume di venire a contatto con sangue o altri fluidi corporei. Rimuovere i DPI prima di lasciare la stanza o il box del paziente e, se monouso, smaltirli correttamente nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Guanti monouso non sterili

- I guanti devono essere considerati una misura aggiuntiva e mai sostitutiva rispetto all'igiene delle mani.
- Indossarli quando si prevede il contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, le mucose, la cute non integra o potenzialmente contaminata, ad es., paziente con incontinenza fecale o urinaria.
- Rimuoverli dopo aver assistito un paziente o dopo aver toccato le superfici vicine al paziente, incluse le attrezzature sanitarie.
- Sostituirli tra procedure diverse sullo stesso paziente.
- Non indossare lo stesso paio di guanti per assistere più di un paziente.

Sovracamicie monouso

- Indossare un sovracamice in grado di proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti durante pratiche assistenziali che possono provocare contatto con sangue o altri fluidi corporei.

- Indossarlo nel contatto diretto con il paziente, se questi ha secrezioni o escrezioni diffuse.

- Sostituirlo, se visibilmente sporco, tra una procedura e l'altra sullo stesso paziente.

- L'uso routinario del sovracamice non è raccomandato.

Dispositivi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca

- Indossarli per procedure che possono comportare schizzi di sangue o di altri fluidi corporei.

Mascherina chirurgica

- Sostituirla se umida e/o visibilmente sporca.
- Non abbassarla assolutamente, anche se temporaneamente, per poi riposizionarla.

Protezione oculare multiuso

- Se dopo l'uso è visibilmente contaminata, smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

- Se dopo l'uso non è visibilmente contaminata, collocarla evitando la contaminazione di oggetti e superfici, in attesa della sua pulizia e disinfezione.



AGHI E TAGLIANTI

Gli aghi e i taglienti, dopo essere stati utilizzati, devono essere smaltiti con cura per evitare lesioni durante lo smaltimento o il reprocessing (ricondizionamento). Aghi e taglienti monouso, dopo il loro utilizzo, devono essere smaltiti negli appositi contenitori posizionati dove questi dispositivi sono utilizzati.

IGIENE AMBIENTALE



Le superfici ambientali vanno pulite con modalità e frequenza diverse a seconda del grado di rischio.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti.

Si rinvia al documento "Gestione delle pulizie" per una trattazione completa.



ATTREZZATURE SANITARIE

Manipolare le attrezzature sanitarie in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi.

Le attrezzature non critiche multiuso devono essere pulite e disinfettate prima di essere utilizzate su un altro paziente.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione.

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.

GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riportarla immediatamente nell'apposito sacco.

Evitare il contatto di parti del corpo o di abiti con la biancheria sporca.

Alla dimissione del paziente, in caso di contaminazione, materasso, coprimaterasso e cuscini vanno inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.



GESTIONE RIFIUTI

Lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo deve avvenire identificando gli idonei contenitori, da collocare vicino al luogo di produzione dei rifiuti stessi.

Si rinvia al documento "Procedura per la razionalizzazione della gestione rifiuti sanitari" per una trattazione completa.

Allegato n° 2 –AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI da CONTATTO

Misure da adottare in AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD nell'assistenza di TUTTI i pazienti con infezione sospetta o accertata o con colonizzazione da microrganismi altamente trasmissibili ed epidemiologicamente rilevanti

GESTIONE DEL PAZIENTE

Isolamento in stanza singola possibilmente con bagno

In caso di indisponibilità di stanza singola , isolamento per cohorting : collocare nella stessa stanza pazienti con infezione/colonizzazione sospetta o accertata, con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio

Se nessuna delle due soluzioni sono possibili procedere con isolamento spaziale :

Evitare di collocarlo in stanza con pazienti immunocompromessi, con degenza prolungata o con ferite aperte.

Mantenere la distanza di almeno un metro tra un paziente e l'altro: eventualmente, quando possibile, utilizzare una barriera tra i letti (es. paravento), per ridurre al minimo i contatti stretti.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

- Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari.
- Informare il personale addetto al trasporto e gli operatori delle sedi di destinazione, della presenza di una infezione/colonizzazione sospetta o accertata, di microrganismi trasmissibili per contatto, al fine di consentire l'utilizzo dei dispositivi di protezione ed applicare le misure atte a prevenire la contaminazione

SMALTIMENTO RIFIUTI e TRATTAMENTO BIANCHERIA

Come da indicazioni in allegato 1 e 2

IGIENE DELLE MANI

Con prodotto a base alcolica (da preferire) o con acqua e sapone:

- Prima e dopo qualsiasi contatto con il paziente.
- Prima di una manovra pulita/asettica, ad es., instillare gocce oculari, manipolare farmaci, preparare il cibo, medicare una ferita.
- Dopo il rischio di esposizione a fluidi corporei, ad es. dopo il contatto con una membrana mucosa o cute non integra.
- Dopo il contatto con oggetti o superfici vicine al paziente (incluse le attrezzature sanitarie), anche quando non si è toccato il paziente.
- Dopo la rimozione dei guanti.

Con acqua e sapone (nei casi sotto elencati non si può usare il prodotto a base alcolica):

- Quando le mani sono visibilmente sporche o visibilmente macchiate di sangue o altri fluidi corporei.
- Dopo l'uso della toilette.

- Nel sospetto di esposizione a microbi che formano spore (ad es., *Clostridium difficile*)

Le unghie devono essere corte e pulite; non indossare unghie artificiali o estensioni delle unghie in caso di contatto diretto con il paziente.

INFORMAZIONE

Il pz deve essere informato sullo stato di infezione / colonizzazione e sulle misure di protezione che deve adottare

Apporre apposito cartello all'ingresso della stanza per informare i visitatori sulle precauzioni da adottare

Gli operatori sanitari devono riportare sulla documentazione clinica il caso di colonizzazione / infezione , ivi compresa la lettera di dimissione

DISPOSITIVI MEDICI-ATTREZZATURE SANITARIE

Allestire nella stanza di degenza l'occorrenza per l'assistenza, in quantità adeguata
Utilizzare preferibilmente DM/attrezzature sanitarie monouso e subito dopo l'uso, smaltirli correttamente.

Personalizzare i DM/attrezzature sanitarie non critici (oggetti che entrano in contatto solo con la cute integra e non con le mucose) quali: termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri....)

Se si utilizzano DM/attrezzature sanitarie pluriuso, dopo l'uso, sottoporli a ricondizionamento: decontaminazione, pulizia, disinfezione o sterilizzazione.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Indossare i DPI prima di entrare nella stanza del pz e smaltirli prima di uscire dalla stanza in apposito contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. Il corretto utilizzo dei DPI è descritto in allegato 1 e 2. L'uso dei DPI non esclude il corretto lavaggio delle mani

IGIENE AMBIENTALE

Indossando idonei DPI, pulire e disinfettare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento , usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Le pulizie e la disinfezione ambientale vanno effettuate 2/3 volte al giorno rispettando la tecnica della progressione ed utilizzando cloroderivati.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti

Va posta particolare attenzione alle zone che si trovano nelle più immediate vicinanze del pz.

Alla dimissione del pz eseguire la pulizia a fondo del locale, degli arredi e degli oggetti utilizzati a cui far seguire una accurata disinfezione,

Allegato n° 3 –AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI da DROPLET

Misure da adottare in AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD nell'assistenza di TUTTI i pazienti con infezioni sospette o accertate quali : Meningite , Polmoniti da Haemophilus influenzae , influenza stagionale , parotite , pertosse ...).

GESTIONE DEL PAZIENTE

Istruire l'utente sulle **raccomandazioni di igiene respiratoria (cough etiquette) ed isolarlo** per limitare o ridurre il contatto con le altre persone.

- Isolamento del pz in stanza singola possibilmente con bagno
- In caso di indisponibilità di stanza singola , isolamento per cohorting : collocare nella stessa stanza pazienti con infezione/colonizzazione sospetta o accertata, con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio
- Se nessuna delle due soluzioni sono possibili procedere con isolamento spaziale : evitare di collocarlo in stanza con pazienti immunocompromessi, con degenza prolungata o con ferite aperte ; mantenere la distanza di almeno un metro tra un paziente e l'altro: eventualmente, quando possibile, utilizzare una barriera tra i letti (es. paravento), per ridurre al minimo i contatti stretti.
- limitare al minimo il soggiorno al di fuori della stanza, specie nelle aree comuni e sale d'attesa

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari.

Informare il personale addetto al trasporto e gli operatori delle sedi di destinazione, della presenza di una infezione/colonizzazione sospetta o accertata, di microrganismi trasmissibili per droplet, al fine di consentire l'utilizzo dei DP ed applicare le misure atte a prevenire la contaminazione dell'ambiente, delle superfici/attrezzature. Se è necessario trasportare il paziente, fargli indossare la mascherina chirurgica ed istruirlo sulle norme di igiene respiratoria (cough etiquette). Se le condizioni del paziente non gli consentono l'utilizzo della mascherina chirurgica, questa deve essere indossata dall'operatore sanitario c/o dall'addetto al trasporto.

IGIENE RESPIRATORIA

Il personale deve individuare, gli spazi ove collocare il materiale necessario all'utente/ accompagnatore (fazzoletti di carta, gel idroalcolico o, se presenti i lavandini, prodotti per il lavaggio sociale delle mani, mascherine chirurgiche), per la messa in atto delle misure di igiene respiratoria (cough etiquette):

- Coprirsi la bocca e il naso, possibilmente con un fazzoletto monouso, quando si tossisce e si starnutisce.
- Gettare il fazzoletto nell'apposito contenitore per i rifiuti, subito dopo l'uso igienizzarsi le mani il più presto possibile con il gel alcolico o con acqua e sapone.
- Indossare la mascherina chirurgica (su indicazione dell'operatore sanitario, che dovrà tener conto delle condizioni psicocognitive del paziente e della presenza o meno di sintomi respiratori).
- Mantenere, se possibile, una distanza di sicurezza, di almeno un metro, dagli altri soggetti.

PRECAUZIONI PER LE PROCEDURE CHE PRODUCONO AREOSOL DI DROPLET

Le procedure che producono aerosol e che pertanto consentono la diffusione dei microrganismi anche oltre a 1 metro di distanza sono intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia, manovre di induzione dell'espettorato e manovre autoptiche.

- E' fondamentale per queste procedure oltre alle precedenti precauzioni, adottare le seguenti:
- Scrupolosa igiene delle mani, come precedentemente indicato,
- Utilizzo del facciale filtrante FFP2 e di occhiale protettivo o visiera, Può essere utile anche l'utilizzo del copriscapo,
- E' raccomandato, nel locale dove si eseguono le procedure indicate, un buon ricambio d'aria .

IGIENE AMBIENTALE

Indossando idonei DPI, pulire e disinfettare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento , usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Le pulizie e la disinfezione ambientale vanno effettuate 2/3 volte al giorno rispettando la tecnica della progressione ed utilizzando clorodervati.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti

Va posta particolare attenzione alle zone che si trovano nelle più immediate vicinanze del pz.

IGIENE DELLE MANI

Procedere come da precauzioni standard

Uscendo dalla stanza, indipendentemente dal contatto con oggetti o superfici, vicine al paziente, anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Indossare i DPI prima di entrare nella stanza del pz e smaltirli prima di uscire dalla stanza in apposito contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. Il corretto utilizzo dei DPI è descritto in allegato 1 e 2. L'uso dei DPI non esclude il corretto lavaggio delle mani

DISPOSITIVI MEDICI-ATTREZZATURE SANITARIE

Allestire nella stanza di degenza l'occorrenza per l'assistenza, in quantità adeguata

Utilizzare preferibilmente DM/attrezzature sanitarie monouso e subito dopo l'uso, smaltirli correttamente.

Personalizzare i DM/attrezzature sanitarie non critici (oggetti che entrano in contatto solo con la cute integra e non con le mucose) quali: termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri....)

Se si utilizzano DM/attrezzature sanitarie pluriuso, dopo l'uso, sottoporli a ricondizionamento: decontaminazione, pulizia, disinfezione o sterilizzazione.

SMALTIMENTO RIFIUTI E TRATTAMENTO BIANCHERIA

Come da indicazioni in allegato 1 e 2 ; per le STOVIGLIE Non vi sono evidenze riportate in letteratura relative alla tipologia di stoviglie da utilizzare,

INFORMAZIONE

Istruire il pz ed i visitatori sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione dei microrganismi ad altri degenti o all' ambiente ;
regolamentare l'accesso dei visitatori

Allegato 4 –AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI PER VIA AEREA

Misure da adottare nei vari contesti di cura per i pazienti con le seguenti infezioni sospette o accertate: Morbillo, Varicella, Zoster disseminato, Tubercolosi (TB) respiratoria

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Il paziente deve essere collocato da solo in una stanza adeguatamente ventilata (almeno 6 ricambi/ora) munita di bagno autonomo. In assenza di stanza adeguatamente ventilata, la stanza deve avere ventilazione naturale verso l'esterno con periodica apertura delle finestre (anche più volte al giorno).

La porta della stanza deve restare chiusa.

Applicare sulla porta di accesso alla stanza di degenza il cartello con la

dicitura PRECAUZIONI PER VIA AEREA

Individuare spazi per allestire una "zona filtro", preferibilmente vicino alla stanza di degenza, per collocare DPI, attrezzature sanitarie e materiali vari per operatori e visitatori, possibilmente differenziati.

INFORMAZIONE AI PAZIENTI

Istruire il paziente sulle misure che deve adottare per prevenire la diffusione dei microrganismi, in particolare, su: modalità di accesso alla stanza, igiene delle mani e igiene respiratoria.

VISITATORI

Valutare l'opportunità di ridurre l'accesso tenendo conto dell'entità del rischio infettivo.

Istruire i visitatori sulle misure da adottare, con particolare riferimento a: igiene delle mani, utilizzo dei DPI, smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

IGIENE DELLE MANI e IGIENE RESPIRATORIA

Vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari.

Se il trasporto è necessario, fare indossare al paziente la mascherina chirurgica e istruirlo sulle misure di igiene respiratoria.

Il personale addetto al trasporto deve indossare il facciale filtrante FFP2. Informare gli operatori delle sedi di destinazione di un'infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmissibili per via aerea al fine dell'utilizzo dei necessari DPI e dell'adozione delle misure per prevenire la contaminazione ambientale.

L'automezzo utilizzato per il trasporto deve essere aerato per almeno 20 minuti prima degli interventi di pulizia e disinfezione delle superfici e attrezzature da eseguire secondo le procedure ordinarie; solo dopo aerazione e sanificazione adeguate può essere riutilizzato.



DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE(DPI)

Per guanti monouso non sterili e sovracamice monouso vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD.



Facciale filtrante FFP2 o FFP3

Indossarlo prima di entrare nella stanza secondo le istruzioni dell'allegato 7 alla procedura aziendale sulla TB

Evitare di toccare la superficie del facciale con le mani (anche se guantate).

Sostituirlo se umido o visibilmente sporco e non abbassarlo assolutamente, anche se temporaneamente, per poi riposizionarlo.

Rimuoverlo prima di lasciare la stanza, secondo le istruzioni dell'allegato 7 alla procedura aziendale sulla TB, smaltirlo nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo ed eseguire l'igiene delle mani.

Il facciale filtrante FFP3 deve essere usato quando si eseguono procedure che inducono tosse o che generano aerosol, ad es., intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia, manovre di induzione dell'espettorato.

Protezione oculare

Indossarla all'ingresso nella stanza, quando si lavora a una distanza inferiore a 1 metro, in attività dove si presuppone un contatto ravvicinato, soprattutto se di lunga durata, ad es., igiene personale, visita medica a paziente con tosse, con starnuti e/o poco collaborante, nel corso di manovre che possono generare/diffondere aerosol.

Rimuoverla prima di lasciare la stanza

• Se dopo l'uso è visibilmente contaminata, smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

• Se dopo l'uso non è visibilmente contaminata, collocarla evitando la contaminazione di oggetti e superfici, in attesa della sua pulizia e disinfezione.



AGHI e TAGLIENTI

Vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD

IGIENE AMBIENTALE

Stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio
Comunicare alla Ditta delle pulizie la stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio per programmare gli interventi di pulizia e disinfezione delle superfici ambientali (inclusi gli arredi) da eseguire secondo le procedure ordinarie e, comunque, con prodotti contenenti 1000 ppm (0,1%) di Cloro attivo, se compatibili.

Indossando idonei DPI, pulire e disinfezionare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio, usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Dopo che il paziente ha liberato la stanza usata per l'isolamento respiratorio, lasciarla vuota per il tempo sufficiente a garantire la massima rimozione delle particelle contaminate trasmissibili per via aerea. In caso di ventilazione naturale, il tempo minimo per il quale la stanza deve essere lasciata vuota è di circa 70 minuti (efficienza di rimozione dei contaminanti aerotrasmessi del 99%). Solo successivamente si può procedere alla pulizia e disinfezione delle superfici ambientali (inclusi gli arredi) e, quindi, al riutilizzo della stanza.



ATTREZZATURE SANITARIE

Utilizzare preferibilmente attrezzature sanitarie monouso da smaltire nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo o, se le monouso non sono disponibili, usare attrezzature sanitarie multiuso dedicate.

Le attrezzature non critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere pulite e disinfettate.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione.

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.

GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riporla immediatamente nell'apposito doppio sacco: un sacco interno trasparente idrosolubile e un sacco esterno rosso, posto nel carrello dentro la stanza.

Evitare il contatto di parti del corpo o di abiti con la biancheria sporca.

Alla dimissione del paziente, il materasso, il coprimerasso e i cuscini vanno inviati in lavanderia per l'opportuno trattamento.

GESTIONE RIFIUTI

Tutti i rifiuti derivanti dalle operazioni di pulizia e disinfezione e il materiale monouso utilizzato per le pratiche assistenziali devono essere eliminati come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Si rinvia al documento "Procedura per la razionalizzazione della gestione rifiuti sanitari"



Sistema Sanitario
Regione Sardegna



AO Brotzu
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Ospedale di rilievo nazionale
e alta specializzazione - D.P.C.M. 08/04/93

C

Precauzioni da Contatto

In aggiunta alle precauzioni standard



Sistema Sanitario
Regione Sardegna



AO Brotzu
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Ospedale di rilievo nazionale
e alta specializzazione - D.P.C.M. 08/04/93

D

Precauzioni Droplet

In aggiunta alle precauzioni standard



Sistema Sanitario
Regione Sardegna



AO Brotzu
Azienda Ospedaliera G. Brotzu

Ospedale di rilievo nazionale
e alta specializzazione - D.P.C.M. 08/04/93

A

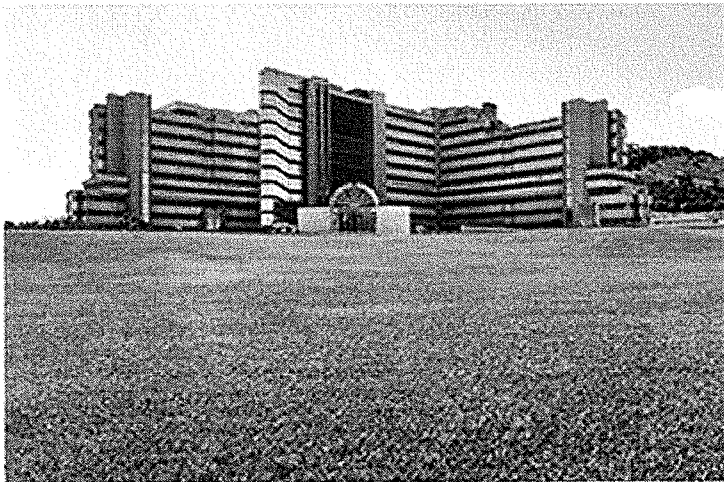
Precauzioni Via Aerea

In aggiunta alle precauzioni standard

PROCEDURA


Infezioni correlate all'assistenza

Precauzioni standard e di isolamento

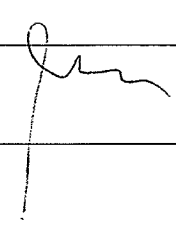


AO Brotzu

M

 AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO	COD PSQ AZ
--	---	-----------------------------

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE


Attività	Nome Cognome	Qualifica Firma
REDAZIONE	Dott. Paolo Mundula Sig. Maria Rosa Faedda Dott. Maurizio Dedoni Dott.ssa Angela Oggianu Dott.ssa Sara Dettori Dott. Antonio Manti Dott.ssa Claudia Crociani	DMe DMP Businco Infermiere Specialista Rischio Infettivo DMP Businco DMe Clinica Pediatrica 1 PO Microcitemico AS DMP PO Microcitemico Infermiera DMP PO Microcitemico DMe Igienista DMP PO San Michele (responsabile coordinatore gruppo di redazione) DMe Lab. Responsabile Microbiologia
VERIFICA	Comitato Controllo Infezioni	
APPROVAZIONE	Dott.ssa Graziella Pintus Dott. Vinicio Atzeni Dott.ssa Marinella Spissu Dott.ssa Maria Teresa Addis Dott.ssa Maria Gabriella Nardi	Direttore Generale AO Brotzu Direttore Sanitario AO Brotzu Direttore Medico PO San Michele Direttore Medico PO Businco Direttore Medico PO A. Cao

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	PARAGRAFI REVISIONATI	DESCRIZIONE REVISIONE	DATA
0		Prima stesura	

	Rev. N° 0	Pag.	1
--	-----------	------	---


M

 AO BROIZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO	COD PSQ AZ
--	---	-----------------------------

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO
1	ICA 1	Precauzioni standard
2	ICA 2	Precauzioni da contatto
3	ICA 3	Precauzioni per droplet
4	ICA 4	Precauzioni per via aerea


4

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	---	-----------------------

INDICE

1. Scopo	pag 4
2. Campo d'applicazione	pag 4
3. Luogo d'applicazione	pag 4
4. Riferimenti normativi e documentali	pag 4
5. Abbreviazioni	pag 4
6. Definizioni e terminologia	pag 5
7. Responsabilità	pag 6
8. Precauzioni standard	pag 7
9. Precauzioni aggiuntive	pag 7
9.1 precauzioni da contatto	pag 8
9.2 precauzioni da droplet	pag 8/9
9.3 precauzioni via aerea	pag 9
10. Durata delle precauzioni	pag 10
11. Valutazione e validazione	pag 10

M

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	---	-----------------------

1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di fornire indicazioni utili a prevenire e controllare la trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu (AOB). La procedura prevede quanto segue:

- Revisione sistema alerting Multi-Drug Resistant Organisms (MDRO)
- Precauzioni di isolamento

2. CAMPO D'APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutti i pazienti ricoverati nei reparti / DH (alto livello assistenziale) e operatori sanitari.

3. LUOGO D'APPLICAZIONE

La procedura si applica in tutti i Presidi dell'A.OB.


4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>
- Ministero della Salute, CCM. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie – INF-OSS" Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Marzo 2009.
- Nizzero P., Biancardi A., Moro M. Precauzioni di Isolamento in Ospedale Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere Vol. 16, n.3, 2009.

5. ABBREVIAZIONI


AOB	Azienda Ospedaliera Brotzu
DH	Day Hospital
DPI	Dispositivi di protezione individuale
ICA	Infezioni Correlate all' assistenza
MDRO	Microrganismi Multi Farmaco Resistenti
MRSA	stafilococco aureo meticillino resistente

jm

 AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO	COD PSQ AZ
--	---	-----------------------------

6. DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

alert organisms o MDRO (multi drug resistant organism)	Microrganismi di rilievo epidemiologico in quanto responsabili di infezioni gravi, facilmente trasmissibili, resistenti a più classi di antibiotici, indici di contaminazione ambientale e soggetti a sorveglianza dal Lab. di Microbiologia ed a specifiche misure aggiuntive di isolamento.
colonizzazione	Presenza di microrganismo senza invasione e senza risposta associata dell'ospite
coorte	Gruppo di soggetti che presentano le stesse caratteristiche (soggetti infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo)
DPI : Dispositivo di Protezione Individuale:	Dispositivo indossato dal lavoratore allo scopo di proteggerlo da rischi derivanti dalla propria attività lavorativa ; nel caso specifico viene utilizzato per prevenire l'insorgenza / trasmissione di infezioni nei pz e negli operatori sanitari.
ICA : Infezione Correlata all' Assistenza	Infezioni che insorgono almeno 48 ore dopo il ricovero o entro 30 giorni dalla dimissione (fino ad un anno se si manifestano dopo inserimento di protesi, o nel caso di epatite B o C), che non sono manifeste clinicamente, né in incubazione al momento del ricovero ; sono comprese tra le ICA le infezioni verificatesi in rapporto a un processo o percorso di cura sia in struttura ospedaliera che territoriale e domiciliare
infezione	Invasione e moltiplicazione del microrganismo nell'ospite con associata risposta dello stesso (febbre, leucocitosi ecc)
multiresistenza	Resistenza acquisita nei confronti di due o più antibiotici appartenenti a classi diverse
Precauzioni da contatto (C)	Si adottano aggiunta alle precauzioni standard durante l'assistenza a pazienti con infezione sospetta/ accertata o con colonizzazione da microrganismi altamente trasmissibili ed epidemiologicamente rilevanti che possono essere trasmessi per contatto diretto o per via indiretta ; hanno la finalità di proteggere pazienti, operatori e visitatori dalla contaminazione con microrganismi potenzialmente infettivi.
Precauzioni da Droplet (D)	Si adottano in aggiunta alle precauzioni standard, per l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmessi tramite goccioline > 5 micron di diametro (droplet)
Precauzioni standard (S)	Misure da adottare nell'assistenza di tutti i pazienti nei vari contesti di cura, indipendentemente dal sospetto o dall'accertata presenza di un agente infettivo, quando si prevede il contatto con sangue, liquidi e materiali biologici, cute lesa e mucose (igiene mani , DPI, igiene ambientale)
Precauzioni via aerea (A)	Si applicano in aggiunta alle precauzioni standard, per l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmessi per via aerea attraverso particelle < 5 micron di diametro contenenti il microrganismo, che si propagano nell'ambiente con possibilità di rimanere sospesi nell'aria per lunghi periodi di tempo
trasmissione per contatto	Modalità più frequente di trasmissione delle infezioni nosocomiali: <ul style="list-style-type: none"> - contatto diretto :presuppone il contatto tra ospite suscettibile e persona infetta o colonizzata (paziente-operatore o paziente-paziente) - contatto indiretto: presuppone il contatto tra ospite suscettibile e oggetto contaminato (veicolo) che funge da fonte (es. strumentario chirurgico, mani dell'operatore, guanti contaminati e in generale tutta l'attrezzatura sanitaria).
	Rev. N° 0
	Pag. 5


 AO BROIZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna	PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO	COD PSQ AZ
--	---	-----------------------------

7. RESPONSABILITA'

Legenda: R= Responsabile, C= Coinvolto, I= Informato

Attività	Direzione di PO	AS/ Inf. Di PO	Dirigente Prof .San / Coord. Inf. Di PO	Direttore Reparto	Dirigenti Medici Reparto	Inf. Coord. Reparto	Inf / Operatori sanitari	Lab.
Tempestiva individuazione pz con sospetta/accertata infezione o colonizzazione da isolare					R			
Disposizioni Isolamento pz	C	C	C	R	C	C	C	
Adozione precauzioni	C	C	C	C	C	R	C	
Informazioni sulle precauzioni a pz e visitatori			C	C	R	C	C	
Tempestiva comunicazione risultati del campione dal lab al reparto interessato e alla DS				C	C	C		R
Verifica applicazione precauzioni	C	C		C	C	R	C	
Informazioni sulle precauzioni a operatori di altri reparti	C			C	R	C		



 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
--	--	-----------------------

8. PRECAUZIONI STANDARD

Si intendono le misure da adottare nell'assistenza di tutti i pazienti nei vari contesti di cura, **indipendentemente dal sospetto o dall'accertata presenza di un agente infettivo**, quando si prevede il contatto con sangue, liquidi e materiali biologici, cute lesa e mucose.

L'implementazione delle precauzioni standard costituisce la prima strategia per la prevenzione ICA e per la prevenzione del rischio infettivo.

Esse comprendono:

- igiene delle mani;
- guanti;
- mascherina e occhiali protettivi;
- camice e sovracamice;
- manipolazione di aghi o taglienti;
- igiene respiratoria;
- decontaminazione dello strumentario riutilizzabile
- collocazione del paziente;
- gestione della biancheria;
- sanificazione ambientale;
- gestione rifiuti

Le misure previste e le modalità di applicazione sono riportate in **allegato 1**.


9. PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

Si intendono le misure da adottare in base alla "modalità di trasmissione" dell'agente patogeno e devono essere applicate per l'assistenza ai pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti o colonizzati da microrganismi altamente trasmissibili ed epidemiologicamente rilevanti, che possono essere trasmessi per "contatto" diretto e/o indiretto, per via aerea e tramite goccioline (droplet).

Sono un "supplemento" (bundle) e rappresentano misure aggiuntive alle precauzioni standard e le intensificano.

Le Precauzioni aggiuntive basate sul tipo di trasmissione sono di 3 tipi:

- Precauzioni per contatto
- Precauzioni per via aerea
- Precauzioni per goccioline (droplet)

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	---	-----------------------

9.1 PRECAUZIONI DA CONTATTO (C)

Si applicano in aggiunta alle precauzioni standard durante l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata o con colonizzazione da microrganismi altamente trasmissibili e epidemiologicamente rilevanti (compresi i germi multi resistenti), che possono essere trasmessi per contatto diretto o per via indiretta (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Escherichia Coli, Clostridium Difficile, Rotavirus, Rhinovirus, Pediculosi, Scabbia, MRSA, VRE etc.).

Il principio dell'isolamento da contatto è quello di evitare il contatto con la cute integra del paziente e con l'ambiente immediatamente circostante (la cosiddetta unità-paziente, letto, spondine, comodino, pompa siringa, porta-flebo...).

- isolamento : collocare il paziente in una stanza singola dotata di WC e lavandino; se non disponibile, effettuare l'isolamento a coorte o l'isolamento spaziale assicurandosi che i pazienti siano posti ad una distanza di almeno un metro; laddove possibile predisporre una barriera, tenda o paravento, per ridurre al minimo le probabilità di contatto diretto.
- Indossare i dispositivi di protezione individuale (DPI) ogni volta che si entra nella stanza.
Indossare i DPI ogni volta che si preveda di venire a contatto con la cute integra del paziente o con le superfici e gli oggetti posti a stretto contatto col paziente. Togliere i guanti e il camice se visibilmente sporchi e comunque prima di lasciare la stanza del paziente o prima di allontanarsi dallo spazio intorno al posto letto, e smaltirli in apposito contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- Procedere sempre all'igiene delle mani prima e dopo l'assistenza al paziente o prima e dopo l'utilizzo dei guanti.
L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.
- Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo se necessario; in tal caso informare il personale addetto al trasporto ed avvisare il servizio/unità operativa ricevente.
- Utilizzare attrezzature non critiche (es. sfigmomanometro, termometro) dedicate per il paziente. Se non è possibile, pulire e disinfettare gli strumenti tra un paziente e l'altro.

Le misure previste e le modalità di applicazione sono riportate in **allegato 2**.


9.2 PRECAUZIONI DA DROPLET (D)

Si applicano in aggiunta alle precauzioni standard, per l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmessi tramite goccioline > 5 micron di diametro ; si trasmettono a breve distanza con tosse , starnuti o fonazione e durante l'esecuzione di indagini o procedure sulle vie respiratorie quali aspirazione tracheobronchiale.(Pertosse, Meningococco, Rosolia, Streptococchi di Gruppo A, Parotite Epidemica, Influenza, Hemophilus influenzae, Neisseria meningitidis etc.).

- isolamento : Collocare il paziente in una stanza singola dotata di WC e lavandino; se non disponibile, effettuare l'isolamento a coorte o l'isolamento spaziale assicurandosi che i pazienti siano posti ad una distanza di

	Rev. N° 0	Pag. 8
--	-----------	--------

M

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	---	-----------------------

almeno un metro; laddove possibile predisporre una barriera, tenda o paravento, per ridurre al minimo le probabilità di contatto diretto.

- Indossare i dispositivi di protezione individuale (DPI) ogni volta che si entra nella stanza. Indossare i DPI ogni volta che si preveda di venire a contatto con la cute integra del paziente o con le superfici e gli oggetti posti a stretto contatto col paziente. Togliere i guanti e il camice se visibilmente sporchi e comunque prima di lasciare la stanza del paziente o prima di allontanarsi dallo spazio intorno al posto letto, e smaltirli in apposito contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- Indossare la mascherina all'ingresso della stanza o se ci si avvicina a meno di un metro dal paziente.
- Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo se necessario; in tal caso informare il personale addetto al trasporto ed avvisare il servizio/unità operativa ricevente. Se è necessario spostare il paziente, far osservare le norme di igiene respiratoria che riducono la trasmissione.
- Procedere sempre all'igiene delle mani prima e dopo l'assistenza al paziente o prima e dopo l'utilizzo dei guanti.

Le misure previste e le modalità di applicazione sono riportate in **allegato 3**.

9.3 PRECAUZIONI VIA AEREA (A)


Si applicano in aggiunta alle precauzioni standard, per l'assistenza a pazienti con infezione sospetta o accertata da microrganismi trasmessi per via aerea attraverso particelle < 5 micron di diametro contenenti il microrganismo, che si propagano nell'ambiente con possibilità di rimanere sospesi nell'aria per lunghi periodi di tempo (Morillo, Varicella, TBC etc.).

Si trasmettono anche a lunga distanza con tosse, starnuti o fonazione e durante l'esecuzione di indagini o procedure sulle vie respiratorie quali aspirazione tracheobronchiale

In caso di sospetto o TBC accertata attivare le misure come indicato in procedura aziendale 1044 deliberata in data 15.06.16.

- isolamento :collocare il paziente in stanza singola adeguatamente ventilata (almeno 6 ricambi/ora) munita di bagno autonomo; in assenza di stanza adeguatamente ventilata, la stanza deve avere ventilazione naturale versol'esterno con periodica apertura delle finestre (anche più volte al giorno);
- In mancanza di disponibilità della stanza singola, prevedere l'isolamento per coorte
- La porta deve rimanere chiusa sia in presenza che in assenza del paziente e su di essa deve essere apposto un cartello con indicazione come da cartello in allegato.
- L'accesso deve essere limitato ai soli operatori che devono eseguire le indispensabili procedure assistenziali e di sanificazione.

M

 <p>AO BROTZU Cagliari Regione Autonoma della Sardegna</p>	<p>PROCEDURA INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA PRECAUZIONI STANDARD e di ISOLAMENTO</p>	<p>COD PSQ AZ</p>
---	---	-----------------------

- Prima dell'ingresso nella stanza di isolamento, gli operatori sanitari devono indossare i facciali filtranti FFP2. Nelle procedure che generano aerosol come intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia o manovre di induzione dell'espettorato adottare i facciali filtranti a FFP3.
- Il paziente deve essere movimentato il meno possibile; l'uscita del paziente dalla stanza deve avvenire solo se strettamente necessario, adottando le misure indicate per il trasporto del paziente.
Se il paziente deve essere necessariamente movimentato: seguire un percorso preferenziale che sia il più breve possibile; programmare gli esami evitando la contemporanea presenza di altri pazienti nelle sale di attesa; il paziente deve indossare la mascherina chirurgica e la toglie solo nel caso debba effettuare procedure che richiedono la pervietà del naso o della bocca; il paziente non deve sostare in ascensore o in sala d'attesa dove siano presenti contemporaneamente altri pazienti;
- Alla dimissione la stanza deve rimanere vuota per un periodo di tempo appropriato, in base al numero di ricambi d'aria/ora, circa 3 ore in una stanza di degenza ordinaria (che ha 2 ricambi d'aria/ora). Le stesse regole si applicano anche per gli altri locali dove il paziente avesse soggiornato per un periodo di tempo significativo e senza mascherina, in una sala operatoria (che ha almeno 15 ricambi d'aria/ora) attendere mezz'ora; nei locali di diagnostica o ambulatori, attendere almeno 1ora.

Le misure previste e le modalità di applicazione sono riportate in **allegato 4**

10. DURATA DELLE PRECAUZIONI

Le precauzioni standard vanno adottate sempre, per tutta la durata dell'assistenza prestata al paziente.

Le precauzioni aggiuntive vanno adottate per una durata che varia in base al periodo di trasmissibilità dell'infezione.

11. VALIDAZIONE/VALUTAZIONE

Validazione/valutazione:

Direzione Sanitaria, Direttore di dipartimento, Direttore di Struttura

Indicatori : % di utilizzo della procedura rispetto al numero di segnalazioni

Fonte documentazione cartella clinica e cartella infermieristica



IGIENE DELLE MANI



Con prodotto a base alcolica (da preferire) o con acqua e sapone:

- **Prima e dopo** qualsiasi contatto con il paziente.
- **Prima di una** manovra pulita/asettica, ad es., instillare gocce oculari, manipolare farmaci, preparare il cibo, medicare una ferita.
- **Dopo** il rischio di esposizione a fluidi corporei, ad es. dopo il contatto con una membrana mucosa o cute non integra.
- **Dopo** il contatto con oggetti o superfici vicine al paziente (incluse le attrezzature sanitarie), anche quando non si è toccato il paziente.
- **Dopo** la rimozione dei guanti.

Con acqua e sapone (nei casi sotto elencati non si può usare il prodotto a base alcolica):

- Quando le mani sono visibilmente sporche o visibilmente macchiate di sangue o altri fluidi corporei.
 - Dopo l'uso della toilette.
 - Nel sospetto di esposizione a microbi che formano spore (ad es., *Clostridium difficile*)
- Le unghie devono essere corte e pulite; non indossare unghie artificiali o estensioni delle unghie in caso di contatto diretto con il paziente.



IGIENE RESPIRATORIA

L'igiene respiratoria si applica a qualsiasi persona che all'ingresso in una struttura sanitaria presenti segni e/o sintomi respiratori, ad es., tosse, congestione, rinorrea, aumentata produzione di secrezioni respiratorie. L'igiene respiratoria include le seguenti misure:

- Coprire la bocca e il naso, possibilmente con un fazzoletto monouso, quando si tossisce e si starnutisce.
- Gettare il fazzoletto nell'apposito contenitore per i rifiuti, subito dopo l'uso.
- Igienizzare le mani il più presto possibile con il prodotto a base alcolica o con acqua e sapone.
- Indossare la mascherina chirurgica (su indicazione dell'operatore sanitario).
- Mantenere, se possibile, una distanza di sicurezza di almeno un metro dalle altre persone.

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Camera a uso singolo se il paziente non rispetta le comuni regole dell'igiene.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)



Indossare i DPI all'ingresso nella stanza, quando si presume di venire a contatto con sangue o altri fluidi corporei. Rimuovere i DPI prima di lasciare la stanza o il box del paziente e, se monouso, smaltirli correttamente nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Guanti monouso non sterili

- I guanti devono essere considerati una misura aggiuntiva e mai sostitutiva rispetto all'igiene delle mani.
- Indossarli quando si prevede il contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, le mucose, la cute non integra o potenzialmente contaminata, ad es., paziente con incontinenza fecale o urinaria.
- Rimuoverli dopo aver assistito un paziente o dopo aver toccato le superfici vicine al paziente, incluse le attrezzature sanitarie.
- Sostituirli tra procedure diverse sullo stesso paziente.
- Non indossare lo stesso paio di guanti per assistere più di un paziente.

Sovracamicie monouso

- Indossare una sovracamicia in grado di proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti durante pratiche assistenziali che possono provocare contatto con sangue o altri fluidi corporei.

- Indossarlo nel contatto diretto con il paziente, se questi ha secrezioni o escrezioni diffuse.

- Sostituirlo, se visibilmente sporco, tra una procedura e l'altra sullo stesso paziente.

- L'uso routinario del sovracamicia non è raccomandato.

Dispositivi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca

- Indossarli per procedure che possono comportare schizzi di sangue o di altri fluidi corporei.

Mascherina chirurgica

- Sostituirla se umida e/o visibilmente sporca.

- Non abbassarla assolutamente, anche se temporaneamente, per poi riposizionarla.

Protezione oculare multiuso

- Se dopo l'uso è visibilmente contaminata, smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

- Se dopo l'uso non è visibilmente contaminata, collocarla evitando la contaminazione di oggetti e superfici, in attesa della sua pulizia e disinfezione.



AGHI E TAGLIANTI

Gli aghi e i taglienti, dopo essere stati utilizzati, devono essere maneggiati con cura per evitare lesioni durante lo smaltimento o il reprocessing (ricondizionamento). Aghi e taglienti monouso, dopo il loro utilizzo, devono essere smaltiti negli appositi contenitori posizionati dove questi dispositivi sono utilizzati.

IGIENE AMBIENTALE



Le superfici ambientali vanno pulite con modalità e frequenza diverse a seconda del grado di rischio.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti.

Si rinvia al documento "Gestione delle pulizie" per una trattazione completa.



ATTREZZATURE SANITARIE

Manipolare le attrezzature sanitarie in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi.

Le attrezzature non critiche multiuso devono essere pulite e disinfettate prima di essere utilizzate su un altro paziente.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione.

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.

GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riportarla immediatamente nell'apposito sacco.

Evitare il contatto di parti del corpo o di abiti con la biancheria sporca.

Alla dimissione del paziente, in caso di contaminazione, materasso, coprimaterasso e cuscini vanno inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.

GESTIONE RIFIUTI



Lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo deve avvenire identificando gli idonei contenitori, da collocare vicino al luogo di produzione dei rifiuti stessi.

Si rinvia al documento "Procedura per la razionalizzazione della gestione rifiuti sanitari" per una trattazione completa.

Allegato n° 2 –AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI da CONTATTO

Misure da adottare in AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD nell'assistenza di TUTTI i pazienti con infezione sospetta o accertata o con colonizzazione da microrganismi altamente trasmissibili ed epidemiologicamente rilevanti

GESTIONE DEL PAZIENTE

Isolamento in stanza singola possibilmente con bagno

In caso di indisponibilità di stanza singola , isolamento per cohorting : collocare nella stessa stanza pazienti con infezione/colonizzazione sospetta o accertata, con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio

Se nessuna delle due soluzioni sono possibili procedere con isolamento spaziale :

Evitare di collocarlo in stanza con pazienti immunocompromessi, con degenza prolungata o con ferite aperte.

Mantenere la distanza di almeno un metro tra un paziente e l'altro: eventualmente, quando possibile, utilizzare una barriera tra i letti (es. paravento), per ridurre al minimo i contatti stretti.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

- Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari.
- Informare il personale addetto al trasporto e gli operatori delle sedi di destinazione, della presenza di una infezione/colonizzazione sospetta o accertata, di microrganismi trasmissibili per contatto, al fine di consentire l'utilizzo dei dispositivi di protezione ed applicare le misure atte a prevenire la contaminazione

SMALTIMENTO RIFIUTI e TRATTAMENTO BIANCHERIA

Come da indicazioni in allegato 1 e 2

IGIENE DELLE MANI

Con prodotto a base alcolica (da preferire) o con acqua e sapone:

- Prima e dopo qualsiasi contatto con il paziente.
- Prima di una manovra pulita/asettica, ad es., instillare gocce oculari, manipolare farmaci, preparare il cibo, medicare una ferita.
- Dopo il rischio di esposizione a fluidi corporei, ad es. dopo il contatto con una membrana mucosa o cute non integra.
- Dopo il contatto con oggetti o superfici vicine al paziente (incluse le attrezzature sanitarie), anche quando non si è toccato il paziente.
- Dopo la rimozione dei guanti.

Con acqua e sapone (nei casi sotto elencati non si può usare il prodotto a base alcolica):

- Quando le mani sono visibilmente sporche o visibilmente macchiate di sangue o altri fluidi corporei.
- Dopo l'uso della toilette.

- Nel sospetto di esposizione a microbi che formano spore (ad es., *Clostridium difficile*)

Le unghie devono essere corte e pulite; non indossare unghie artificiali o estensioni delle unghie in caso di contatto diretto con il paziente.

INFORMAZIONE

Il pz deve essere informato sullo stato di infezione / colonizzazione e sulle misure di protezione che deve adottare

Apporre apposito cartello all'ingresso della stanza per informare i visitatori sulle precauzioni da adottare

Gli operatori sanitari devono riportare sulla documentazione clinica il caso di colonizzazione / infezione , ivi compresa la lettera di dimissione

DISPOSITIVI MEDICI-ATTREZZATURE SANITARIE

Allestire nella stanza di degenza l'occorrenza per l'assistenza, in quantità adeguata

Utilizzare preferibilmente DM/attrezzature sanitarie monouso e subito dopo l'uso, smaltirli correttamente.

Personalizzare i DM/attrezzature sanitarie non critici (oggetti che entrano in contatto solo con la cute integra e non con le mucose) quali: termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri....)

Se si utilizzano DM/attrezzature sanitarie pluriuso, dopo l'uso, sottoporli a ricondizionamento: decontaminazione, pulizia, disinfezione o sterilizzazione.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Indossare i DPI prima di entrare nella stanza del pz e smaltirli prima di uscire dalla stanza in apposito contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. Il corretto utilizzo dei DPI è descritto in allegato 1 e 2. L'uso dei DPI non esclude il corretto lavaggio delle mani

IGIENE AMBIENTALE

Indossando idonei DPI, pulire e disinfettare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento , usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Le pulizie e la disinfezione ambientale vanno effettuate 2/3 volte al giorno rispettando la tecnica della progressione ed utilizzando cloroderivati.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti

Va posta particolare attenzione alle zone che si trovano nelle più immediate vicinanze del pz.

Alla dimissione del pz eseguire la pulizia a fondo del locale, degli arredi e degli oggetti utilizzati a cui far seguire una accurata disinfezione,

Allegato n° 3 –AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI da DROPLET

Misure da adottare in AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD nell'assistenza di TUTTI i pazienti con infezioni sospette o accertate quali : Meningite , Polmoniti da Haemophilus influenzae , influenza stagionale , parotite , pertosse ...).

GESTIONE DEL PAZIENTE

Istruire l'utente sulle raccomandazioni di igiene respiratoria (cough etiquette) ed isolarlo per limitare o ridurre il contatto con le altre persone.

- Isolamento del pz in stanza singola possibilmente con bagno
- In caso di indisponibilità di stanza singola , isolamento per cohorting : collocare nella stessa stanza pazienti con infezione/colonizzazione sospetta o accertata, con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio
- Se nessuna delle due soluzioni sono possibili procedere con isolamento spaziale : evitare di collocarlo in stanza con pazienti immunocompromessi, con degenza prolungata o con ferite aperte ; mantenere la distanza di almeno un metro tra un paziente e l'altro: eventualmente, quando possibile, utilizzare una barriera tra i letti (es. paravento), per ridurre al minimo i contatti stretti.
- limitare al minimo il soggiorno al di fuori della stanza, specie nelle aree comuni e sale d'attesa

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari.

Informare il personale addetto al trasporto e gli operatori delle sedi di destinazione, della presenza di una infezione/colonizzazione sospetta o accertata, di microrganismi trasmissibili per droplet, al fine di consentire l'utilizzo dei DP ed applicare le misure atte a prevenire la contaminazione dell'ambiente, delle superfici/attrezzature. Se è necessario trasportare il paziente, fargli indossare la mascherina chirurgica ed istruirlo sulle norme di igiene respiratoria (cough etiquette). Se le condizioni del paziente non gli consentono l'utilizzo della mascherina chirurgica, questa deve essere indossata dall'operatore sanitario c/o dall'addetto al trasporto.

IGIENE RESPIRATORIA

Il personale deve individuare, gli spazi ove collocare il materiale necessario all'utente/ accompagnatore (fazzoletti di carta, gel idroalcolico o, se presenti i lavandini, prodotti per il lavaggio sociale delle mani, mascherine chirurgiche), per la messa in atto delle misure di igiene respiratoria (cough etiquette):

- Coprirsi la bocca e il naso, possibilmente con un fazzoletto monouso, quando si tossisce e si starnutisce.
- Gettare il fazzoletto nell'apposito contenitore per i rifiuti, subito dopo l'uso
- Igienizzarsi le mani il più presto possibile con il gel alcolico o con acqua e sapone.
- Indossare la mascherina chirurgica (su indicazione dell'operatore sanitario, che dovrà tener conto delle condizioni psicocognitive del paziente e della presenza o meno di sintomi respiratori).
- Mantenere, se possibile, una distanza di sicurezza, di almeno un metro, dagli altri soggetti.

PRECAUZIONI PER LE PROCEDURE CHE PRODUCONO AREOSOL DI DROPLET

Le procedure che producono aerosol e che pertanto consentono la diffusione dei microrganismi anche oltre a 1 metro di distanza sono intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia, manovre di induzione dell'espettorato e manovre autoptiche.

- E' fondamentale per queste procedure oltre alle precedenti precauzioni, adottare le seguenti:
- Scrupolosa igiene delle mani, come precedentemente indicato,
- Utilizzo del facciale filtrante FFP2 e di oculiale protettivo o visiera,
- Può essere utile anche l'utilizzo del copriscopo,
- E' raccomandato, nel locale dove si eseguono le procedure indicate, un buon ricambio d'aria .

IGIENE AMBIENTALE

Indossando idonei DPI, pulire e disinfettare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento , usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Le pulizie e la disinfezione ambientale vanno effettuate 2/3 volte al giorno rispettando la tecnica della progressione ed utilizzando cloroderivati.

Attivare, se necessario, l'intervento a chiamata in caso di contaminazione delle superfici ambientali, ad es., pavimenti e pareti

Va posta particolare attenzione alle zone che si trovano nelle più immediate vicinanze del pz.

IGIENE DELLE MANI

Procedere come da precauzioni standard

Uscendo dalla stanza, indipendentemente dal contatto con oggetti o superfici, vicine al paziente, anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Indossare i DPI prima di entrare nella stanza del pz e smaltirli prima di uscire dalla stanza in apposito contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. Il corretto utilizzo dei DPI è descritto in allegato 1 e 2. L'uso dei DPI non esclude il corretto lavaggio delle mani

DISPOSITIVI MEDICI-ATTREZZATURE SANITARIE

Allestire nella stanza di degenza l'occorrente per l'assistenza, in quantità adeguata

Utilizzare preferibilmente DM/attrezzature sanitarie monouso e subito dopo l'uso, smaltirli correttamente.

Personalizzare i DM/attrezzature sanitarie non critici (oggetti che entrano in contatto solo con la cute integra e non con le mucose) quali: termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri....)

Se si utilizzano DM/attrezzature sanitarie pluriuso, dopo l'uso, sottoporli a ricondizionamento: decontaminazione, pulizia, disinfezione o sterilizzazione.

SMALTIMENTO RIFIUTI e TRATTAMENTO BIANCHERIA

Come da indicazioni in allegato 1 e 2 ; per le STOVIGLIE Non vi sono evidenze riportate in letteratura relative alla tipologia di stoviglie da utilizzare.

INFORMAZIONE

Istruire il pz ed i visitatori sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione dei microrganismi ad altri degenti o all'ambiente ;
regolamentare l'accesso dei visitatori

Allegato 4 – AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU, CAGLIARI - PRECAUZIONI PER VIA AEREA

Misure da adottare nei vari contesti di cura per i pazienti con le seguenti infezioni sospette o accertate: Morbillo, Varicella, Zoster disseminato, Tubercolosi (TB) respiratoria



COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Il paziente deve essere collocato da solo in una stanza adeguatamente ventilata (almeno 6 ricambi/ora) munita di bagno autonomo. In assenza di stanza adeguatamente ventilata, la stanza deve avere ventilazione naturale verso l'esterno con periodica apertura delle finestre (anche più volte al giorno).

La porta della stanza deve restare chiusa. Applicare sulla porta di accesso alla stanza di degenza il cartello con la

dicitura PRECAUZIONI PER VIA AEREA

Individuare spazi per allestire una "zona filtro", preferibilmente vicino alla stanza di degenza, per collocare DPI, attrezzature sanitarie e materiali vari per operatori e visitatori, possibilmente differenziati.



INFORMAZIONE AI PAZIENTI

Istruire il paziente sulle misure che deve adottare per prevenire la diffusione dei microrganismi, in particolare, su: modalità di accesso alla stanza, igiene delle mani e igiene respiratoria.

VISITATORI

Valutare l'opportunità di ridurre l'accesso tenendo conto dell'entità del rischio infettivo.

Istruire i visitatori sulle misure da adottare, con particolare riferimento a: igiene delle mani, utilizzo dei DPI, smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.



IGIENE DELLE MANI e IGIENE RESPIRATORIA

Vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare il trasporto del paziente solo ai casi strettamente necessari. Se il trasporto è necessario, fare indossare al paziente la mascherina chirurgica e istruirlo sulle misure di igiene respiratoria.

Il personale addetto al trasporto deve indossare il facciale filtrante FFP2. accertata da microrganismi trasmissibili per via aerea al fine dell'utilizzo dei necessari DPI e dell'adozione delle misure per prevenire la contaminazione ambientale.

L'automezzo utilizzato per il trasporto deve essere aerato per almeno 20 minuti prima degli interventi di pulizia e disinfezione delle superfici e attrezzature da eseguire secondo le procedure ordinarie; solo dopo aerazione e sanificazione adeguate può essere riutilizzato.



DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE(DPI)

Per guanti monouso non sterili e sovracamiche monouso vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD.



Facciale filtrante FFP2 o FFP3

Indossarlo prima di entrare nella stanza secondo le istruzioni dell'allegato 7 alla procedura aziendale sulla TB

Evitare di toccare la superficie del facciale con le mani (anche se guantate).

Sostituirlo se umido o visibilmente sporco e non abbassarlo assolutamente, anche se temporaneamente, per poi riposizionarlo.

Rimuoverlo prima di lasciare la stanza, secondo le istruzioni dell'allegato 7 alla procedura aziendale sulla TB, smaltirlo nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo ed eseguire l'igiene delle mani.

Il facciale filtrante FFP3 deve essere usato quando si eseguono procedure che inducono tosse o che generano aerosol, ad es., intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia, manovre di induzione dell'espettorato.

Protezione oculare

Indossarla all'ingresso nella stanza, quando si lavora a una distanza inferiore a 1 metro, in attività dove si presuppone un contatto ravvicinato, soprattutto se di lunga durata, ad es., igiene personale, visita medica a paziente con tosse, con starnuti e/o poco collaborante, nel corso di manovre che possono generare/diffondere aerosol.

Rimuoverla prima di lasciare la stanza

• Se dopo l'uso è visibilmente contaminata, smaltirla nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

• Se dopo l'uso non è visibilmente contaminata, collocarla evitando la contaminazione di oggetti e superfici, in attesa della sua pulizia e disinfezione.



AGHI E TAGLIANTI

Vedere scheda sulle PRECAUZIONI STANDARD

IGIENE AMBIENTALE

Stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio

Comunicare alla Ditta delle pulizie la stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio per programmare gli interventi di pulizia e disinfezione delle superfici ambientali (inclusi gli arredi) da eseguire secondo le procedure ordinarie e, comunque, con prodotti contenenti 1000 ppm (0,1%) di Cloro attivo, se compatibili.

Indossando idonei DPI, pulire e disinfettare per ultime le superfici ambientali della stanza utilizzata per l'isolamento respiratorio, usando materiale dedicato, possibilmente monouso.

Dopo che il paziente ha liberato la stanza usata per l'isolamento respiratorio, lasciarla vuota per il tempo sufficiente a garantire la massima rimozione delle particelle contaminate trasmissibili per via aerea. In caso di ventilazione naturale, il tempo minimo per il quale la stanza deve essere lasciata vuota è di circa 70 minuti (efficienza di rimozione dei contaminanti aerotrasmessi del 99%). Solo successivamente si può procedere alla pulizia e disinfezione delle superfici ambientali (inclusi gli arredi) e, quindi, al riutilizzo della stanza.



ATTREZZATURE SANITARIE

Utilizzare preferibilmente attrezzature sanitarie monouso da smaltire nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo o, se le monouso non sono disponibili, usare attrezzature sanitarie multiuso dedicate.

Le attrezzature non critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere pulite e disinfettate.

Le attrezzature semicritiche e critiche multiuso, dopo il loro utilizzo, devono essere sottoposte a sterilizzazione previa decontaminazione ed esecuzione di tutte le altre fasi preparatorie, compreso il confezionamento, laddove previsto in base al mezzo di sterilizzazione.

In caso di incompatibilità delle attrezzature semicritiche con i mezzi sterilizzanti disponibili in Azienda, procedere alla disinfezione di alto livello tenendo conto delle indicazioni date dal fabbricante dell'attrezzatura.



GESTIONE BIANCHERIA

Manipolare la biancheria sporca in modo da prevenire il trasferimento di microrganismi ad aria, superfici e persone e riportarla immediatamente nell'apposito doppio sacco: un sacco interno trasparente idrosolubile e un sacco esterno rosso, posto nel carrello dentro la stanza.

Evitare il contatto di parti del corpo o di abiti con la biancheria sporca.

Alla dimissione del paziente, il materasso, il coprimaterasso e i cuscini vanno inviati in lavanderia per l'opportuno trattamento.



GESTIONE RIFIUTI

Tutti i rifiuti derivanti dalle operazioni di pulizia e disinfezione e il materiale monouso utilizzato per le pratiche assistenziali devono essere eliminati come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Si rinvia al documento "Procedura per la razionalizzazione della gestione rifiuti sanitari" per una trattazione completa.