

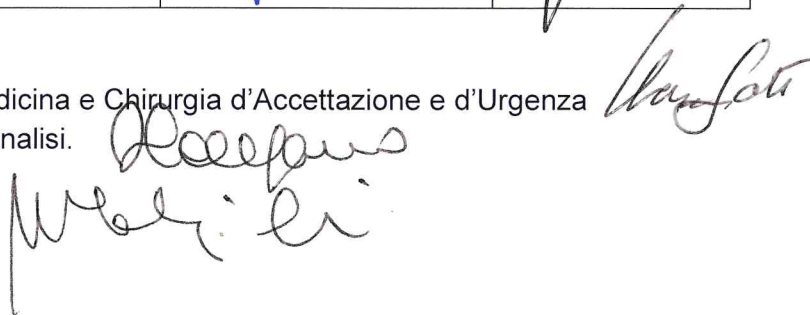
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 1 di 14



INDICE

1.	INTRODUZIONE	2
2.	SCOPO	2
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.	RIFERIMENTI NORMATIVI	3
5.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	3
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	4
7.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
7.1	STRATEGIE PER LA SORVEGLIANZA DEI MDRO IN PS	4
7.2	GESTIONE DEL PAZIENTE: CONTENIMENTO DELLE ICA PRE-ACCESSO IN PS	5
7.3	GESTIONE DEL PAZIENTE: ACCESSO	5
7.3.1	ACCESSO DEL PAZIENTE CRITICO	6
7.4	GESTIONE DEL PAZIENTE: TRASFERIMENTO.....	7
7.5	GESTIONE DEL PAZIENTE: RICOVERO, DIMISSIONE	7
7.6	SINTOMI / CONDIZIONI CLINICHE DA SOTTOPORRE A TRATTAMENTO PREVENTIVO	8
3.	PAZIENTI IN VENTILAZIONE MECCANICA PER VIA TRACHEOSTOMICA.....	9
7.7	SORVEGLIANZA ICA IN PS: TEST DIAGNOSTICI PRECOCI	10
7.7.1	PROCALCITONINA EMATICA.....	11
7.7.2	URINOCOLTURA	11
7.7.3	EMOCOLTURA.....	11
7.7.4	TAMPONE CUTANEO	12
8.	RIFERIMENTI.....	12
8.1	RIFERIMENTI INTERNI.....	12
8.2	RIFERIMENTI ESTERNI.....	12
9.	FLUSSI DI DISTRIBUZIONE	14
10.	GESTIONE DELLE REVISIONI	14

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO Coordinatore G.d.L.	VERIFICA DI QUALITÀ Direttore UOSD Risk Management e Qualità	APPROVATO Direttore Sanitario di Presidio
Rev.0	20/07/2017	GdL	 Dott. M. Sottili	 Dott.ssa M. Serva	 Dott. P. Carducci

Coordinatore G.d.L.: Dott. M Sottili UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
 Dott.ssa D. Cacciagrano UOSD Laboratorio Analisi.
 Dott.ssa R. Rossi UOC DMO.
 Dott.ssa M.L. Giuli UOSD Laboratorio Analisi



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL Rieti	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini	 REGIONE LAZIO	
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 2 di 14

1. INTRODUZIONE

Nel panorama dei rischi per la sicurezza del paziente attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive o "**Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria**" (ICA) si pongono in primo piano in quanto sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e sono in parte evitabili o contenibili con l'adozione di misure di provata efficacia.

La strategia di controllo delle ICA include la sorveglianza dei cosiddetti **Patogeni "sentinella" (Alert Microorganisms) (AM)**, microrganismi di specie diverse caratterizzati da elevata diffusione nelle strutture sanitarie, spesso associata ad un problematico approccio terapeutico dovuto ad antibiotico-resistenza.

Il **Pronto Soccorso (PS)** rappresenta una delle porte d'accesso principali alla degenza ospedaliera. Ciò considerato, il corrente Piano per le ICA dell'A.USL.- Rieti ha assunto come Obiettivo n°2 la "**Sorveglianza attiva sui Germi resistenti a più classi di antibiotici (Multi-Drug Resistant Organisms) (MDRO) in PS**", prevedendo la "Attività a: elaborazione di "**Istruzione operativa (IO) per lo screening in PS**", prodotta nel presente documento.

I MDRO sono germi potenzialmente poco diffusivi, in genere non particolarmente virulenti: a determinarne la **pericolosità** è la loro **resistenza alle terapie antibiotiche**.

Per un elenco esaustivo aggiornato dei MDRO di rilevanza clinica si faccia riferimento alla documentazione A.USL sulla procedura di Sorveglianza di cui il presente documento è parte.

2. SCOPO

Gli obiettivi delle strategie di sorveglianza e contenimento delle ICA sono essenzialmente due:

- **ridurre la carica microbica;**
- **evitare la diffusione degli agenti infettivi.**

Scopo di questo documento è fornire istruzioni operative per azioni e misure di prevenzione, controllo e sorveglianza atte ad identificare e gestire i soggetti affetti da, o potenzialmente portatori di condizioni cliniche dipendenti da MDRO ed arginare quindi il rischio di diffusione dei AM nei pazienti afferenti al PS.

Va annotato che il rischio di ICA esiste specularmente, ed è formalmente considerato anche per gli stessi operatori sanitari.



Inoltre, la trasmissione dell'infezione da MDRO in ambito ospedaliero è principalmente dovuta alla mancata osservanza di comportamenti assistenziali ed alberghieri corretti.

La colonizzazione da MDRO può rimanere silente per anni e rendere potenziali serbatoi-vettori di infezione proprio gli operatori sanitari.

Pertanto, nel corso delle pratiche assistenziali su paziente potenzialmente portatore di MDRO è fondamentale procedere con metodologia mirata ad un fine duplice:

- porre attenzione ad **evitare la dispersione di microrganismi contaminanti** nell'ambiente,
- **proteggere contemporaneamente gli operatori sanitari.**

Molte delle procedure da attuare sono intuitive, alcune specifiche: tutte vanno osservate appropriatamente.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 3 di 14

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento è rivolto a tutto il personale sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tirocinanti) afferente al PS e, per quanto di loro competenza, al personale delle ditte appaltatrici, ai lavoratori autonomi e comunque a **tutti i soggetti che a qualsiasi titolo svolgono presso il PS attività che possano comportare l'esposizione a rischio biologico.**

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

1. Determinazione 1 aprile 2014 n. G04112, Approvazione del documento recante "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate All'assistenza (CC-ICA)".
2. Decreto del Commissario ad Acta (DCA) N. U00017 del 16/01/2015, Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014- 2018.
3. Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328, Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
4. Piano Attuativo Aziendale A.USL RIETI 2016.

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AM: Patogeni "sentinella" o "Alert Microorganisms"

AUSL: Azienda Unità Sanitaria Locale

CA: Continuità Assistenziale

CC-ICA: Comitato Controllo - Infezioni Correlate all'Assistenza

CD: *Clostridium difficile*

CPE: Enterobatteri produttori di Carbapenemasi

DMO: Direzione Medica Ospedaliera

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

ESBL: β -lattamasi ad ampio spettro (Extended Spectrum Beta-Lactamase)

GdL: Gruppo di Lavoro

ICA: Infezioni correlate all'assistenza

IO: Istruzione/i Operativa/e

KPC: *Klebsiella pneumoniae* produttore di carbapenemasi

MCAU: Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

MDRO: Germi resistenti a più classi di antibiotici (Multi-Drug Resistant Organisms)

MMG: Medico di Medicina Generale

MRSA: Infezioni da *Staphylococcus aureus* Resistente alla Meticillina

PS: Pronto Soccorso



SLA: Sclerosi Laterale Amiotrofica

VISA: *Staphylococcus aureus* con ridotta sensibilità ai glicopeptidi

VRE: *Enterococcus faecium* ed *Enterococcus faecalis* resistenti a vancomicina/teicoplanina

UO: Unità Operativa

UOC: Unità Operativa Complessa

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 4 di 14

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ RESPONSABILITÀ	UOC MCAU	UOSD LABORATORIO ANALISI	UO DESTINAZIONE
Individuazione e gestione iniziale del paziente sospetto portatore di MDRO	R	C	I
Esecuzione degli esami di laboratorio e trasmissione del referto	C	R	C
Contenimento dopo il ricovero	I	I	R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

7.1 STRATEGIE PER LA SORVEGLIANZA DEI MDRO IN PS

La **tempestività** dell'attuazione delle misure di controllo nelle ICA è fondamentale.

Specificamente in PS il rischio di trasmissione nosocomiale dei MDRO è elevato, in relazione soprattutto alla necessità di gestire i pazienti prima che venga formulata una diagnosi definitiva, quindi prima che possano essere messe in atto le precauzioni appropriate, basate sulla diagnosi. Pertanto, in PS si rende necessario attuare **provvedimenti preventivi di contrasto** alla diffusione dei MDRO:

- in attesa di una diagnosi definitiva, **su base empirica in presenza di sintomi sentinella**;
- nei pazienti che all'accesso in PS presentino **specifiche sindromi o condizioni cliniche**.

Le tipologie di questi pazienti sono specificate al § 7.6 sintomi/condizioni cliniche da sottoporre a trattamento preventivo.

Al momento dell'accoglienza in PS di paziente potenzialmente colonizzato da MDRO è utile applicare il protocollo mnemonico all'acronimo **SIDIT**:

S = Sospetto di colonizzazione in base alla storia e alla provenienza del paziente (§ 7.6 sintomi/condizioni cliniche da sottoporre a trattamento preventivo);



I = Isolamento cautelativo con applicazione di Precauzioni Standard e Aggiuntive per Contatto (all. 1. Precauzioni);

D= Dispositivi di Protezione Individuale/mezzi di barriera: guanti monouso e sopracamici con maniche lunghe per tutti i contatti con il paziente;

I = Igiene delle mani (all. 2. Igiene delle mani):

- prima di ogni contatto: detersione con gel idroalcolico, quindi indossare i guanti,
- dopo ogni contatto con il paziente o l'ambiente che lo circonda: rimuovere i guanti ed effettuare un accurato lavaggio con acqua e sapone antisettico;

T=Test eseguire nel più breve tempo possibile le indagini microbiologiche utili alla definizione della diagnosi (§7.7 Sorveglianza ICA in PS: Test Diagnostici Precoci).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 5 di 14

Ai fini pratici, la partecipazione del PS alle procedure di sorveglianza dei MDRO e contenimento delle ICA contempla la presenza di strutture dedicate e l'implementazione di misure clinico-diagnostiche, preventive e contenitive, specificamente:

- aree e strutture di accoglienza e trattamento dedicate per i pazienti sospetti o che presentino detti segni e/o sindromi cliniche d'allarme (**§ 7.6 sintomi/condizioni cliniche da sottoporre a trattamento preventivo**);
- l'implementazione di adeguate misure e procedure di contenimento, in parte già previste in documenti disposti da questa AUSL relativamente alla vigilanza sulle ICA nei reparti di degenza, ed in condizioni speciali quali pandemia Ebola, epidemia Morbillo, etc.; misure e procedure di riferimento sono dettagliate negli allegati al presente documento;
- l'attuazione precoce di procedure diagnostiche: sebbene non funzionali in **Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (MCAU)**, in quanto restituiscono risultati tardivi ai fini della gestione del paziente in PS, l'avvio delle stesse ha un impatto clinico-terapeutico incisivo sui tempi di gestione del paziente successivamente in reparto. Indicazioni, procedure e relative IO sono dettagliati al **§ 7.7 Sorveglianza ICA in PS: Test Diagnostici Precoci**;
- misure e procedure di raccordo, nei casi di invio dei pazienti per esami strumentali, dimissione, ricovero o trasferimento, anche queste in parte già previste in documenti disposti da questa AUSL; misure e procedure di riferimento sono dettagliate ai paragrafi 7.7.3 EMOCOLTURA e 7.7.4 TAMPONE CUTANEO.

7.2 GESTIONE DEL PAZIENTE: CONTENIMENTO DELLE ICA PRE-ACCESSO IN PS

L'accesso dei pazienti adulti in PS per condizioni non trauma-correlate è principalmente:

- su indicazione di un sanitario: Medico di Medicina Generale (MMG), Continuità Assistenziale (CA), Rete dell'emergenza, etc.;
- per decisione autonoma.

In ambo i casi la modalità è principalmente:

- per accesso spontaneo;
- tramite ambulanza.



Nei casi di accesso indicato da un sanitario, sia spontaneo sia tramite ambulanza, è evidente che l'assunzione di precauzioni coerenti con gli obiettivi di sorveglianza e contenimento delle ICA potrebbe essere considerata già in sede di preparazione del paziente e/o durante il trasporto.

A questo fine potrebbe risultare **utile la condivisione** delle metodiche di gestione e delle IO **con le organizzazioni e le strutture sanitarie responsabili dell'invio e/o conferimento** dei pazienti portatori, verosimilmente o in atto, di MDRO.

7.3 GESTIONE DEL PAZIENTE: ACCESSO

L'efficacia delle misure di prevenzione della diffusione dei MDRO è dipendente dai comportamenti di tutto il personale sanitario.

Primo provvedimento da attuare all'accesso in PS è la **pronta collocazione del paziente potenzialmente contagioso in un "locale filtro"**, funzione che in caso di necessità può essere

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini	 REGIONE LAZIO	
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 6 di 14

propriamente assolta da un antibagno, **e successivamente, o direttamente, in un'area visita apposita**. Questo ruolo può essere assolto **nel PS** dalla **sala visita dedicata al "percorso febbre"**, di cui l'UOC MCAU avrà cura di verificare e mantenere l'efficienza.

Al fine di limitare l'esposizione a MDRO, nelle aree di osservazione/attesa è comunque indicato mantenere una **distanza di almeno un metro da pazienti sintomatici** e/o con segni clinici indicativi di condizioni potenzialmente trasmissibili.

Sono in corso di studio nell'ambito del progetto di ristrutturazione dei locali di PS provvedimenti per la collocazione durante l'attesa post-triage dei pazienti potenzialmente contagiosi in una zona di attesa dedicata, dove sia possibile mantenere la distanza adeguata tra i pazienti.

Nell'attuazione delle misure, è affidato al personale assistente un ruolo di responsabilità pivotale, in quanto è fondamentale che le procedure di pulizia e disinfezione di tutte le superfici e delle attrezzature siano coscientemente rispettate.

Le **Precauzioni** indicate nei pazienti verosimilmente portatori di MDRO sono: Standard e Aggiuntive Contatto e Droplet (all. 1. Precauzioni).

In caso di colonizzazione/infezione certa o fortemente sospetta si deve attuare l' **isolamento** del paziente, che sarà eseguito per specifica **prescrizione medica**.

L'**obiettivo** dell'isolamento è prevenire/limitare la diffusione dei MDRO.



La tipologia di procedura di isolamento e delle eventuali Precauzioni specifiche da applicare sarà attuata sulla base delle vie di trasmissione dello specifico MDRO e della sua localizzazione.

Nel **locale filtro** è indicato procedere a:

- rimozione degli effetti personali;
- sostituire le vie infusionali e procedere alla nuova medicazione del punto di inserzione del catetere venoso centrale e/o periferico;
- rimuovere e sostituire il catetere vescicale;
- sostituire le medicazioni delle ferite chirurgiche;
- eseguire nuova medicazione delle lesioni da pressione;
- igiene della persona, eventuale bagno in barella, con sapone antisettico in uso in azienda, ponendo particolare cura all'igiene delle mani e del letto ungueale;
- dopo il bagno in barella il paziente deve indossare capi puliti, in assenza utilizzare camice preoperatorio;
- procedere quindi alla detersione e disinfezione degli ausili (barella o sedia a rotelle) e dei dispositivi utilizzati con soluzione di ipoclorito di sodio al 5% saponoso specifico presente in azienda: contatto 5 minuti, risciacquo;
- infine, procedere all'allontanamento della biancheria.

7.3.1 ACCESSO DEL PAZIENTE CRITICO

In caso di paziente in condizioni critiche, ove non sia possibile procedere immediatamente all'igiene completa del paziente con detergente antisettico, lavare sempre le mani del paziente, rimuovere e sostituire comunque gli abiti, le medicazioni, il catetere venoso e/o vescicale,

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 7 di 14

procedendo anche solo parzialmente all'antisepsi della cute con clorexidina digluconato al 2% in alcol etilico al 70%.

Ulteriori IO da seguire nel "locale filtro" e nella sala visita del "percorso febbre" sono dettagliate in allegato 3. Misure e Procedure in "Zona Filtro" ed Aree Dedicare.

7.4 GESTIONE DEL PAZIENTE: TRASFERIMENTO

I trasferimenti di pazienti potenzialmente portatori di ICA devono essere limitati a quelli strettamente necessari per esigenze diagnostico-terapeutiche.

7.4.1 TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO

In caso di spostamento / trasferimento le procedure specifiche che **il medico di PS dovrà** adottare ai fini della sorveglianza ICA sono:

- programmare possibilmente l'esecuzione degli esami diagnostici **alla fine delle sedute** ordinarie;
- **avvisare il personale dell'Unità Operativa (UO) / Servizio** presso il quale il paziente verrà trasportato;
- **coordinare le procedure** al fine di evitare lo stazionamento del paziente in aree non dedicate; **segnalare le condizioni** del paziente al personale addetto al trasporto, che indosserà gli appositi **Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)** (guanti e sovracamice), e che metterà in atto gli opportuni interventi di pulizia e disinfezione della barella dopo il trasferimento;
- far igienizzare e dotare il paziente di dispositivi atti ad impedire la contaminazione ambientale, se ad esempio paziente con diarrea acuta di verosimile natura infettiva, incontinente: lavare all'avvio del trasferimento e dotare di pannolone.

7.5 GESTIONE DEL PAZIENTE: RICOVERO, DIMISSIONE

In caso di **ricovero**, affinché il paziente potenzialmente portatore di MDRO venga collocato in prossimità di pazienti correttamente immunocompetenti e vengano attuate tempestivamente le necessarie misure di contenimento, il medico di PS deve **avvisare**:



- **il personale della UO di degenza;**
- **la Bed Manager.**

Devono essere segnalati nel verbale di PS:

- eventuali precedenti **ricoveri in reparti Internistici;**
- eventuali precedenti **ricoveri in reparto Malattie Infettive;**
- gli eventuali **esami in corso** di cui al paragrafo 6.

All'atto della **dimissione** del paziente dal PS è necessario procedere come segue:

- allontanamento della biancheria sporca: rimuovere materasso, coprimaterasso, coperta, cuscini, collocandoli negli appositi sacchi ed inviandoli al servizio di lavanderia per il trattamento di lavaggio e disinfezione;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini</p>		
	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS</p>	<p>Rev. 0 del 20/07/2017</p>	<p>Pag. 8 di 14</p>

- detersione e disinfezione delle superfici potenzialmente contaminate: letto barella, superfici e presidi medici utilizzati sul paziente o nelle immediate vicinanze del paziente con il prodotto per superfici **a base di ipoclorito saponoso al 10% in uso in azienda**;
- trattare il servizio igienico dedicato nel caso di paziente deambulante.

7.6 SINTOMI / CONDIZIONI CLINICHE DA SOTTOPORRE A TRATTAMENTO PREVENTIVO

Fattori specifici che devono indurre il personale di PS a considerare all'accesso un elevato rischio di caso di paziente portatore di MDRO sono:

- pratica ricorrente e/o protratta di terapia antibiotica empirica;
- soggetti frequentemente sottoposti a tecnologie invasive;
- paziente proveniente da:
 - UO di lungodegenza,
 - reparto Rianimazione e/o Terapia Intensiva;
- paziente proveniente da altro nosocomio o con storia di ripetuti ricoveri;
- pluripatologia, paziente fragile, portatore di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), paziente immunodepresso.

I siti più frequentemente colonizzati da MDRO sono:

- tratto urinario in portatori di catetere vescicale a permanenza,
- lesioni da pressione;
- tratto gastrointestinale;
- vie respiratorie.

I provvedimenti di contrasto alla diffusione dei MDRO devono essere **comunque attuati in via preventiva** nei pazienti che all'accesso in PS presentino **sindromi o condizioni cliniche specifiche**, quali:



1. **diarrea acuta di verosimile origine infettiva**;
2. **infezioni respiratorie trasmissibili non diagnosticate** (afezioni respiratorie a diagnosi incerta, potenzialmente trasmissibili);
3. **pazienti in ventilazione meccanica per via tracheostomica**;
4. pazienti con **ferite essudanti/secernenti**.

Vengono analizzati specificamente questi quattro casi.

1. DIARREA ACUTA DI VEROSIMILE ORIGINE INFETTIVA

Nella gestione di questi pazienti devono essere utilizzate le **Precauzioni Standard** in associazione alle **Precauzioni da Contatto** (all. 1. Precauzioni).

Nei casi di diarrea acuta di probabile/verosimile origine infettiva l'igiene delle mani dopo contatto con paziente/materiali potenzialmente contaminati deve essere effettuata mediante **lavaggio con**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 9 di 14

acqua e sapone liquido/detergente. Infatti l'attività detergente garantisce per effetto meccanico la **rimozione di una elevata percentuale di tutte le tipologie di microrganismi presenti, comprese le spore.**

Il caso di patologia nota o presunta da ***Clostridium Difficile* (CD)** viene trattato in dettaglio in allegato 5. Decontaminazione da Clostridium Difficile.

La **frizione alcolica**, che in alcuni casi è vivamente raccomandata, come ad esempio nelle infezioni da **Stafilococco Aureo Resistente alla Meticillina (MRSA)**, da sola non ha indicazione prioritaria perché l'alcool è **efficace sulle forme vegetative, ma non sulle spore** che sopravvivono al trattamento e che possono poi essere trasmesse.

Il personale che presta assistenza a questi pazienti deve:

- usare per tutti i contatti con paziente e ambiente circostante i seguenti **dispositivi di protezione/mezzi di barriera**: guanti e sovracamici monouso con maniche lunghe ed elastiche, da eliminare subito dopo l'impiego in appositi contenitori per rifiuti a rischio infettivo, che devono essere posti in prossimità del paziente;
- utilizzare per l'assistenza **padelle monouso o protette** da sacchetti igienici monouso:
 - la padella dovrà essere trattata immediatamente in lavapadelle oppure immersa completamente per 30 minuti con prodotto in uso in azienda a base di ipoclorito di sodio saponoso al 10%, risciacquata e asciugata,
 - i sacchetti monouso ed i pannoloni dovranno essere smaltiti come rifiuti a rischio infettivo;
- per i pazienti deambulanti dovrà essere riservato un servizio igienico che andrà adeguatamente sanificato dopo l'uso;
- i dispositivi/materiali che devono essere condivisi con altri pazienti, subito dopo l'uso devono essere sottoposti ad adeguata sanificazione con prodotto per dispositivi medici a base di cloro in dotazione in azienda.


2. INFEZIONI RESPIRATORIE TRASMISSIBILI NON DIAGNOSTICATE (AFFEZIONI RESPIRATORIE A DIAGNOSI INCERTA, POTENZIALMENTE TRASMISSIBILI)

In presenza al momento dell'ingresso in PS di segni clinici quali tosse, congestione, rinorrea e/o aumentate secrezioni respiratorie va fatta osservare **l'Igiene Respiratoria/Etichetta della Tosse**. Queste misure sono volte al contenimento delle secrezioni respiratorie e possono risultare efficaci nel ridurre il rischio di trasmissione dei patogeni contenuti nelle goccioline di grandi dimensioni, come ad esempio virus Influenzale, Adenovirus, *Bordetella pertussis*, e *Mycoplasma pneumoniae*.

Il personale sanitario deve osservare le **Precauzioni Standard + Droplet e l'igiene delle mani**, (all. 1. Precauzioni).

3. PAZIENTI IN VENTILAZIONE MECCANICA PER VIA TRACHEOSTOMICA

Questi pazienti devono essere sempre considerati colonizzati/infetti da AM, pertanto all'accesso al PS dovranno essere condotti alla sala dedicata al "percorso febbre".

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 10 di 14

In tutti i casi di indagini in cui è possibile trasportare al paziente la strumentazione necessaria, saranno gli specialisti a recarsi presso il PS.

Quando si dovesse ravvisare la necessità di interventi sul paziente che non possano essere effettuati nella sala dedicata, il paziente verrà trasportato all'UO / Servizio apposito, secondo la seguente IO:

- il personale del PS concerterà con la UO/Servizio la programmazione dell'intervento in modo da poter applicare le necessarie misure di contenimento;
- il personale che effettua il trasporto indosserà guanti, sovracamice e mascherina chirurgica;
- il personale che effettua il trasporto eseguirà poi l'ideale immediata sanificazione delle strutture coinvolte (barella, etc.);
- al momento della dimissione del paziente dal PS la Coordinatrice provvederà a far effettuare idonea sanificazione degli ambienti come indicato per la diarrea acuta di verosimile origine infettiva.

Nell'assistenza a tali soggetti il personale sanitario utilizzerà le **Precauzioni Standard + Contatto + Droplet** (all. 1. Precauzioni).

4. PAZIENTI CON FERITE ESSUDANTI / SECERNENTI

Al fine di ridurre le occasioni di trasmissione, coprire le lesioni essudanti e/o secernenti con medicazioni non permeabili.

Applicare **Precauzioni Standard + Contatto** (all. 1. Precauzioni).

7.7 SORVEGLIANZA ICA IN PS: TEST DIAGNOSTICI PRECOCI

Affinché il reparto di destinazione possa implementare le procedure di contenimento del caso nel più breve tempo possibile, nel paziente sospetto portatore di MDRO devono essere eseguite già in PS le procedure diagnostiche indicate tra le seguenti:

1. **procalcitonina ematica;**
2. **urinocoltura;**
3. **emocoltura;**
4. **tampone cutaneo.**

Si descrivono compiti operativi di pertinenza del personale medico ed amministrativo di PS, di seguito le specifiche delle procedure.

- Il **medico di PS** si curerà di **segnalare in cartella** per il collega di reparto l'esistenza di **test in via di esecuzione**.
- Il **personale amministrativo del PS**, che di regola ha il compito di completare i verbali con i referti disponibili successivamente alla dimissione del paziente dal PS, avrà anche cura di **avvisare il reparto** di destinazione del paziente **circa la disponibilità del nuovo referto** e concordare la modalità di recapito.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini	 REGIONE LAZIO	
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 11 di 14

7.7.1 PROCALCITONINA EMATICA

- contribuisce a distinguere le infezioni virali da quelle batteriche;
- se rilevata precocemente a livelli elevati in pazienti con sospetta infezione batterica, consente di avviare più tempestivamente la terapia antibiotica;
- aiuta a valutare la gravità e la prognosi di un'infezione;
- significativa in caso di infezione da *CD*;
- contribuisce alla diagnosi precoce di sepsi;
- di ridotta utilità nel caso che la terapia antibiotica sia stata già avviata.

Istruzioni per l'esecuzione dell'esame:

- il campione da inviare è costituito da prelievo ematico in **provetta da siero**;
- **etichettare** il campione **con i dati del paziente**;
- procedere all'**invio** dei campioni **in laboratorio analisi**.

7.7.2 URINOCOLTURA

- necessaria per la diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie;
- necessaria per una terapia antibiotica mirata.

Istruzioni per l'esecuzione dell'esame:


- eseguire una **corretta igiene dei genitali esterni e della zona perineale** al fine di non raccogliere accidentalmente microrganismi esterni con il campione;
- aprire il barattolo di raccolta facendo attenzione a **garantire la sterilità della camera interna**;
- eliminare la prima urina emessa e raccogliere solo quella del **mitto intermedio**, quindi chiudere subito il contenitore;
- **etichettare** il campione **con i dati del paziente**;
- procedere all'**invio** dei campioni **in laboratorio analisi**.

7.7.3 EMOCOLTURA

- necessaria per la diagnosi di setticemia;
- aiuta a valutare la gravità e la prognosi dell'infezione;
- necessaria per una terapia antibiotica mirata.

Istruzioni per l'esecuzione dell'esame:

- eseguire un'**accurata disinfezione della cute**;
- **lasciar asciugare l'antisettico**;
- **disinfettare i tappi perforabili dei flaconi appena prima** del prelievo;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 12 di 14

- prelevare un set di emocolture: **aerobie e anaerobie**;
- prelevare non meno di 5 ml di sangue per flacone, preferibilmente **da 5 a 10 ml**;
- ruotare fra le mani e capovolgere delicatamente i flaconi, in modo che **il liquido di coltura si mescoli al sangue**;
- **etichettare** i campioni **con i dati del paziente**;
- procedere all'**invio** dei campioni **in laboratorio di microbiologia prima possibile**.

7.7.4 TAMPONE CUTANEO

- Bisogna tenere presente che le superfici delle ferite cutanee o delle ulcere sono frequentemente colonizzate da batteri provenienti dall'ambiente, per cui un campione non raccolto in modo corretto può facilmente alterare il risultato dell'esame;
- necessaria per la diagnosi di ferita settica;
- necessaria per una terapia antibiotica mirata.

Istruzioni per l'esecuzione dell'esame:

- operazioni indispensabili prima del campionamento sono un'accurata **pulizia dei margini** della ferita ed una **rimozione dell'essudato superficiale** mediante lavaggio con soluzione fisiologica sterile;
- prelevare il materiale **dal fondo della lesione e/o dai margini** della stessa, evitando di toccare la pelle circostante, utilizzando un **tampone sterile**;
- **reinserire il tampone** nell'apposito contenitore;
- **etichettare** il campione **con i dati del paziente**;
- procedere all'**invio** dei campioni **in laboratorio di microbiologia prima possibile**.


8. RIFERIMENTI

8.1 RIFERIMENTI INTERNI



Allegato 1. Precauzioni
 Allegato 2. Igiene delle Mani
 Allegato 3. Misure e Procedure in "Zona Filtro" ed Aree Dedicare
 Allegato 4. Misure e Procedure in Base alla Localizzazione Fisica
 Allegato 5. Decontaminazione da Clostridium Difficile

8.2 RIFERIMENTI ESTERNI

1. Cook D. Ventilator Associated Pneumonia: Perspectives on the Burden of Illness. Intensive Care Med, 2000; 26 (Suppl 1):S31-S37.
2. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. Em Infect Dis, 2001; 7: 170-173.
3. Wenzel RP, Edmond MB. The Impact of Hospital-acquired Bloodstream Infections. Emerg Infect Dis, 2001 Mar-Apr; 7 (2):174-177.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini		
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 13 di 14

4. Burke JP. Patient Safety: Infection Control - A Problem for Patient Safety. N Engl J Med, 2003 Feb 13; 348 (7): 651-656.
5. Das I, Lambert P, Hill D, et al. Carbapenem-resistant *Acinetobacter* and role of curtains in an outbreak in intensive care units. J Hosp Infect 2002; 50: 110-4.
6. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect, 2003; 54: 258-266.
7. Carling PC, Briggs J, Hylander D, et al. An evaluation of patient area cleaning in 3 hospitals using a novel targeting methodology. Am J Infect Control 2006; 34: 513-9.
8. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. Am J Infect Control 2007; 35: S165-93.
9. Stephens C, Francis SJ, Abell V, et al. Emergence of resistant *Acinetobacter baumannii* in critically ill patients within an acute care teaching hospital and a long term acute care hospital. Am J Infect Control 2007; 35: 212-5.
10. Borer A, Gilad J, Porat R, et al. Impact of 4% chlorhexidine whole-body washing on multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* skin colonisation among patients in a medical intensive care unit. J Hosp Infect 2007; 67(2): 149-55.
11. Karageorgopoulos DE, Falagas ME. Current control and treatment of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* infections. Lancet Infect Dis 2008; 8: 751-62.
12. Klakus J, Vaughan NL, Boswell TC. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* contamination of hospital curtains. J Hosp Infect 2008; 68: 189-90.
13. Montefour K, Frieden J, Hurst S, et al. *Acinetobacter baumannii*: an emerging multidrug-resistant pathogen in Critical Care. Crit Care Nurse 2008; 28: 15-25.
14. Choi WS, Kim SH, Jeon EG, et al. Nosocomial outbreak of Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in Intensive Care Units and successful outbreak control program. J Korean Med Sci 2010; 25: 999-1004.
15. Lin MY, Hayden MK. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococcus*: recognition and prevention in intensive care units. Crit Care Med 2010; 38(8): S335-44.
16. Evans HL, Dellit TH, Chan J, et al. Effect of chlorhexidine whole-body bathing on hospital-acquired infections among trauma patients. Arch Surg 2010; 145(3): 240-6.
17. Perez F, Endimiani A, Ray AJ, et al. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Klebsiella pneumoniae* across a hospital system: impact of post-acute care facilities on dissemination. J Antimicrob Chemother 2010; 65: 1807-18.
18. Weber DJ, Rutala WA, Miller MB, et al. Role of hospital surfaces in the transmission of emerging health care associated pathogens : Norovirus, *Clostridium difficile*, and *Acinetobacter species*. Am J Infect Control 2010; 38: S25-33.
19. CDC. Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase-producing enterobacteriaceae in acute care facilities. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58: 256-60.
20. Popovich KJ, Hota B, Hayes R, et al. Effectiveness of routine patients cleansing with chlorhexidine gluconate for infection prevention in the Medical Intensive Care Unit. Infect Control Hosp Epidemiol 2009; 30: 959-63.
21. WHO. Guidelines on hand hygiene in health care Fonte www.who.int.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza Direttore Dott. F. Mancini	 REGIONE LAZIO	
	ISTRUZIONE OPERATIVA MISURE E PROCEDURE DI SORVEGLIANZA SUI MDRO E CONTENIMENTO DELLE ICA IN PS	Rev. 0 del 20/07/2017	Pag. 14 di 14



22. Azienda Sanitaria Locale di Pescara. "Manuale Operativo per l'isolamento di pazienti con patologie contagiose e per Misure di Controllo dei principali Microrganismi sentinella", Rev.0 del 14/07/2010.
23. Agenzia sanitaria e sociale Regionale Emilia Romagna. "Controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi", Luglio 2011. Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena.
24. Azienda per i Servizi Sanitari N° 5 Bassa Friulana. "Sorveglianza dei Microrganismi Sentinella", Prima Edizione, Novembre 2011.
25. Azienda Sanitaria Locale di Pescara. "Sistema integrato di segnalazione e di sorveglianza epidemiologica della malattia tubercolare nella ASL di Pescara", Rev.0 del 25/06/2012.
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) - Carbapenemase producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries, February 2013.
27. Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, et al; European Society of Clinical Microbiology. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. Clin Microbiol Infect. 2014 Jan; 20 Suppl.1:1-55.
28. Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia – Regione Friuli Venezia Giulia. "Indicazioni per la Sorveglianza dei Microrganismi Sentinella". Edizione novembre 2014.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente Procedura è diffusa dal Coordinatore del GdL, dal Coordinatore Infermieristico e dal Direttore della UOC MCAU, a tutto il personale afferente alla struttura.

10. GESTIONE DELLE REVISIONI

La presente Procedura sarà oggetto di revisione e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica ed ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI	
	ALLEGATO 1. PRECAUZIONI	Rev. 1 del 20/07/2017

Misure e procedure di sorveglianza sui MDRO e contenimento delle ICA in PS contemplano i seguenti **modelli di Precauzioni**:

1. PRECAUZIONI STANDARD
2. PRECAUZIONI DA CONTATTO
3. IGIENE RESPIRATORIA/ETICHETTA DELLA TOSSE
4. PRECAUZIONI DA DROPLET

1. PRECAUZIONI STANDARD



Le Precauzioni Standard **si applicano con tutti i pazienti** a prescindere dalla conoscenza o meno del loro stato di infezione e sono volte a ridurre il rischio generale di trasmissione di microrganismi in ospedale sia da fonti note che ignote. Queste includono:

- **l'igiene delle mani** (vd. all. 2.);
- l'uso, a seconda del tipo di esposizione prevedibile, di mezzi di barriera / **dispositivi di protezione individuale (DPI)** appropriati: guanti, camici, mascherine, protezioni per gli occhi o schermi facciali;
- le procedure di **iniezione in sicurezza**;
- la **gestione appropriata di presidi, materiali e superfici utilizzati** sul, o in prossimità del, paziente, considerando, ad esempio, le seguenti direttive:
 - evitare il contatto delle mani guantate dopo il contatto col paziente o suoi effetti con le superfici;
 - evitare il contatto tra la biancheria sporca ed il sovracamice;
 - evitare di favorire l'aerosolizzazione degli agenti infettanti, ad esempio: non scuotere biancheria potenzialmente infetta;
 - concentrare quanto possibile le attività assistenziali (rilevazione parametri vitali, medicazioni, svuotamento sacche, etc.);
 - procedere alla detersione e disinfezione delle superfici potenzialmente contaminate immediatamente dopo l'allontanamento del paziente
 - procedere all'eliminazione dei rifiuti immediatamente dopo l'allontanamento del paziente;
 - quando per le operazioni di igiene ambientale si usano panni riutilizzabili, questi devono essere sottoposti a detersione e disinfezione subito dopo l'uso e prima del riutilizzo così come altri materiali riutilizzabili (carrello, secchi, etc.).

2. PRECAUZIONI DA CONTATTO

Sono disegnate per **ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi attraverso il contatto diretto o indiretto con il paziente o l'ambiente che lo circonda**. Si applicano anche in caso di eccessiva secrezione/essudazione da ferite o altre perdite di fluidi organici, per cui vi sia un aumentato rischio di contaminazione ambientale. Le Precauzioni da Contatto includono:

- **l'isolamento del paziente**, che può essere:
 - in stanza singola;

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI		
	ALLEGATO 1. PRECAUZIONI	Rev. 1 del 20/07/2017	Pag. 2 di 2

- cohorting, ossia raggruppamento di pazienti colonizzati/infetti dallo stesso microrganismo;
- spaziale, ossia tenendo il letto del soggetto a distanza superiore ad un metro dagli altri;
- l'utilizzo di **guanti e sovracamice** per tutte le interazioni col paziente o l'ambiente a lui circostante;
- procedure di **vestizione** all'entrata della stanza, o nei pressi dell'unità paziente;
- **eliminazione dei DPI** non appena terminate le operazioni negli appositi contenitori a rischio infettivo.

3. IGIENE RESPIRATORIA / ETICHETTA DELLA TOSSE


Gli elementi dell'Igiene Respiratoria/Etichetta della Tosse includono:

- l'educazione del paziente infetto;
- misure di controllo delle fonti:
 - far utilizzare mascherina chirurgica al paziente;
 - coprirsi naso/bocca con un fazzoletto di carta quando si starnutisce;
 - immediato smaltimento del fazzoletti usati;
- l'immediata igiene delle mani dopo il contatto con secrezioni respiratorie;
- quando possibile, una separazione spaziale, idealmente superiore al metro, delle persone con infezioni respiratorie rispetto alle altre, a cominciare dall'area di attesa.

4. PRECAUZIONI DA DROPLET

Le Precauzioni da Droplet sono disegnate per **ridurre il rischio di** trasmissione di agenti infettanti attraverso un **contatto ravvicinato delle mucose del volto o respiratorie con le secrezioni respiratorie** di una persona infetta. Non sono richiesti particolari trattamenti dell'aria poiché i patogeni non rimangono infettanti per lunghi tratti.

- Gli operatori sanitari per i contatti ravvicinati col paziente devono:
 - indossare una **mascherina chirurgica**
 - che verrà **poi eliminata** negli appositi contenitori a rischio infettivo, facendo attenzione a rimuoverla evitando di toccare la superficie anteriore.
- Le **procedure che possono generare aerosol** (esempio aspirazione delle vie aeree, broncoscopia, intubazione endotracheale) sono state associate con la trasmissione di agenti infettanti agli operatori sanitari, è pertanto raccomandato:
 - l'uso di **protezioni delle mucose** (occhi, naso, bocca)
 - in aggiunta a **sovracamici e guanti**.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici. Responsabile Dott.ssa E. Giordani		
	ALLEGATO 2. IGIENE DELLE MANI	Rev. 1 del 20/07/2017	Pag. 1 di 2

L'Igiene delle mani, **va effettuata**:

- prima e dopo ogni contatto con il paziente, anche se sono stati usati i guanti;
- passando da una procedura assistenziale all'altra sullo stesso paziente;
- dopo contatto con l'ambiente circostante il paziente (unità del malato: letto, comodino, testa letto, pulsante di chiamata, etc.) e con tutte le superfici dei servizi igienici;
- dopo contatto con materiali potenzialmente contaminati;
- dopo la rimozione dei guanti;
- prima di lasciare la stanza.

Igiene delle mani, **come/con quali prodotti**:

- Il **frizionamento con soluzione idroalcolica** costituisce il trattamento di scelta per l'igiene routinaria delle mani ed è da preferire al lavaggio, se le mani non sono visibilmente sporche. È più veloce, più efficace e più tollerato dalle mani.
- Il **lavaggio delle mani con acqua e sapone/liquido detergente** deve essere eseguito quando le mani sono visibilmente sporche o contaminate da materiale biologico. L'attività detergente garantisce l'effetto meccanico di rimozione di una elevata percentuale di tutte le tipologie di microrganismi presenti, comprese le spore.

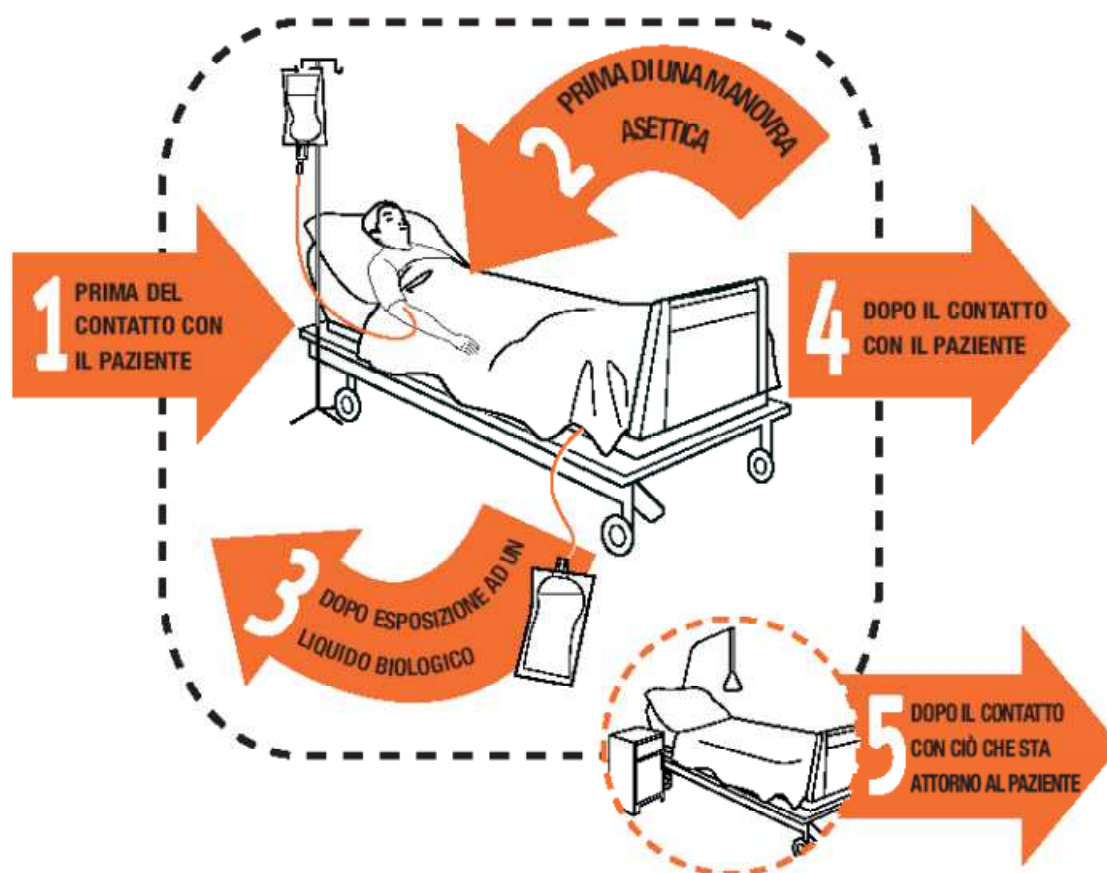
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici. Responsabile Dott.ssa E. Giordani</p>		
	<p>ALLEGATO 2. IGIENE DELLE MANI</p>	<p>Rev. 1 del 20/07/2017</p>	<p>Pag. 2 di 2</p>




I 5 momenti fondamentali per



L'IGIENE DELLE MANI




<p>1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE</p>	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.</p>
<p>2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA</p>	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.</p>
<p>3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO</p>	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>
<p>4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE</p>	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>
<p>5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE</p>	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici. Responsabile Dott.ssa E. Giordani		
	ALLEGATO 3. MISURE E PROCEDURE IN “ZONA FILTRO” ED AREE DEDICATE	Rev. 1 del 20/07/2017	Pag. 1 di 1

Le misure e le procedure da applicare in zona filtro e nelle aree dedicate sono le seguenti:

- dispositivi di protezione, mezzi barriera, contenitori per rifiuti a rischio infettivo devono trovarsi predisposti **all'interno della stanza visita dedicata**;
- predisporre un **corredo dedicato di dispositivi medici** e altro materiale destinato all'assistenza, come ad esempio copribracciale monouso per lo sfigmomanometro, termometro, sedia a rotelle, carrello, secchi, etc;
- **padella monouso o dedicata**; nel secondo caso, se non protetta da sacchetti igienici monouso, deve essere trattata in lavapadelle: effettuare detersione/decontaminazione e disinfezione con immersione completa in prodotto a base di ipoclorito di sodio saponoso al 10%, seguito da risciacquo; alla dimissione dal PS effettuare lavaggio e disinfezione della padella nello stesso prodotto per 30 minuti, risciacquo e asciugatura;
- **smaltire come rifiuti a rischio infettivo sacchetti igienici monouso e pannoloni**;
- i materiali/dispositivi che devono essere condivisi con altri pazienti, subito dopo l'uso devono essere sottoposti a decontaminazione, seguita da detersione e, a seconda del caso, dalla procedura **in grado di eliminare** tutti i microorganismi, incluse le spore: disinfezione di alto livello o sterilizzazione.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOC Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici. Responsabile Dott.ssa E. Giordani</p>		
<p>ALLEGATO 4. MISURE E PROCEDURE IN BASE ALLA LOCALIZZAZIONE FISICA</p>		<p>Rev. 1 del 20/07/2017</p>	<p>Pag. 1 di 1</p>

1. Per localizzazioni che riguardano:



- Cute;
- Drenaggi;
- Ferite Chirurgiche;
- Sangue;
- Urine

è necessario attivare le **Precauzioni Standard + le Precauzioni Aggiuntive per Contatto.**

Per localizzazione che riguardano le

- Vie Respiratorie

è necessario attivare le **Precauzioni Standard + le Precauzioni Aggiuntive per Droplet.**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI	
	ALLEGATO 5. DECONTAMINAZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	Rev. 1 del 20/07/2017

In presenza di malattia da CD si può avere contaminazione da forme vegetative e spore.

Le **forme vegetative** del **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 sono invece altamente resistenti e, in assenza di un adeguato trattamento, **possono sopravvivere** per periodi di tempo **anche** molto lunghi: **mesi**.

Vi è una forte correlazione tra contaminazione ambientale e trasmissione di CD in ambito sanitario. Il problema è critico in caso di paziente che ha abbondanti scariche di feci liquide o è incontinente.

La contaminazione può riguardare oggetti posti vicino al paziente, l'area circostante (componenti della lettiga, effetti lettereci, mobilio della sala, etc.), materiali in uso/dispositivi medici (pompe di infusione, elettromedicali, ausili dedicati, etc), l'ambiente (maniglie, pavimenti) e, in particolare, i servizi igienici (padella, pappagallo, superficie di lavandino, WC, bidet).

Pertanto:

- La detersione con **detergente+acqua+sfregamento seguita da risciacquo** è misura necessaria per la rimozione delle spore, va eseguita con particolare attenzione alle superfici più manipolate;
- i **cloroderivati** sono i disinfettanti di scelta in presenza di infezioni da **CD**, alla concentrazione d'uso di almeno 1.000 ppm;
- pulire gli oggetti riutilizzabili e inviarli ai processi di disinfezione o sterilizzazione;
- i materassi e gli altri effetti lettereci devono essere collocati negli appositi sacchi e inviati al servizio di lavanderia per il trattamento di lavaggio e disinfezione;
- 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;
- gli interventi di **pulizia e disinfezione degli ambienti** che hanno ospitato pazienti con sospetta/accertata patologia da **CD** devono essere effettuati al termine della pulizia delle altre stanze, i panni devono essere monouso e vanno eliminati come potenzialmente infetti.