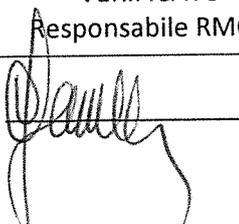
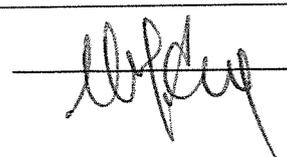


	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018 Pag. 1 di 22

INDICE

1.0 INTRODUZIONE	2
2.0 OBIETTIVO E SCOPO	2
3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE	2
4.0 MATRICE DI RESPONSABILITÀ	3
5.0 MODALITÀ OPERATIVE	4
• 5.1 IL LABORATORIO ANALISI/SEZIONE MICROBIOLOGIA	5
• 5.2 L'UNITÀ OPERATIVA INTERESSATA	6
• 5.3 L'INFERMIERA AICA	8
• 5.4 LA DMO	9
• 5.5 IL CC-ICA	9
• 5.6 NPI ALERT	9
• 5.7 LA FARMACIA OSPEDALIERA	9
6.0 INDICATORI	10
7.0 REVISIONE	10
8.0 FLUSSI DI DISTRIBUZIONE	10
9.0 RIFERIMENTI	10
• 9.1 RIFERIMENTI INTERNI	10
• 9.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	10
ALLEGATI	DA PAG. 12 A PAG. 22

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO Responsabile RMQA	APPROVATO Direzione Sanitaria Aziendale
Rev.1		GdL		

Gruppo di Lavoro:

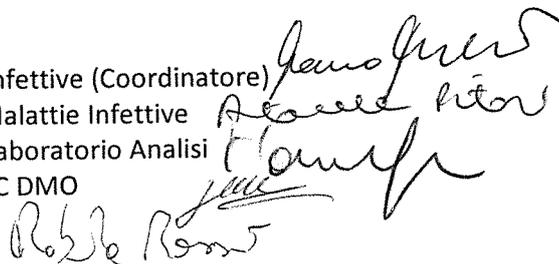
Dr. Mauro Marchili Responsabile UOSD Malattie Infettive (Coordinatore)

Dr.ssa Antonella Pitorri Dirigente medico UOSD Malattie Infettive

Dr. ssa Maria Luisa Giuli Dirigente Medico UOSD Laboratorio Analisi

Dr.ssa A. Stefania Morgante Dirigente Medico UOC DMO

Dr.ssa Roberta Rossi Dirigente Medico UOC DMO



	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA		
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018	Pag. 2 di 22

1.0 Introduzione

La procedura seguente rivede, aggiorna ed integra quanto contenuto nella prima edizione del 19/05/2015 della "PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA IL CONTROLLO E LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEI PATOGENI SENTINELLA IN AMBIENTE OSPEDALIERO".

2.0 Obiettivo e scopo

Ridurre il rischio di diffusione dei germi alert in ambiente ospedaliero, applicando tutte quelle precauzioni utili ad interrompere la catena di trasmissione responsabile della colonizzazione/infezione di soggetti successivamente al primo.

3.0 Ambiti di applicazione e di esclusione

La procedura si applica a partire dall'isolamento di un germe alert su materiale biologico conferito alla sezione Microbiologia del Laboratorio Analisi da parte delle UU. OO. del Presidio Ospedaliero.

I materiali biologici inviati dalle UU.OO. su cui viene attivata la sorveglianza sono:

- Sangue - Liquor - Feci - Bronco aspirato - Espettorato - Tampone piaga - Tampone ferita
- Tampone rettale - Fistola - CVC - PIC - Urine.

Non verranno accettati dal laboratorio campioni quali :

punta catetere vescicale;

NB per quanto riguarda il tampone faringeo, la ricerca di germi diversi da Streptococco beta emolitico di gruppo A, che viene effettuata in automatico, deve basarsi su motivazioni cliniche e deve essere esplicitata chiaramente sulla richiesta.

GERMI OGGETTO DI SORVEGLIANZA

GERMI MDR:

- Cocchi gram positivi con particolare spettro di antibioticoresistenza:
 - Staphylococcus aureus meticillino-resistente(MRSA),
 - Staphylococcus aureus con resistenza intermedia alla vancomicina(VISA),
 - Enterococcus faecalis e faecium resistenti alla vancomicina(VRE),
 - Streptococcus pneumoniae resistente a penicillina
- Acinetobacter species multiresistente
- Pseudomonas aeruginosa resistente a ceftazidime e carbapenemici
- Stenotrophomonas maltophilia
- Enterobatteri:
 - Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
 - Enterobatteri ESBL+:

ALTRI:

- Clostridium difficile
- Legionella pneumophila (positività dell'antigene urinario)SOLO se acquisita in ospedale
- Candida spp. (su sangue o liquor)

 <small>ISTITUTO SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

4.0 Matrice di Responsabilità

Attività	UOC DMO	UOSD Laboratorio analisi	Medico di U.O.	Coord. Infermieristico U.O.*	Infermiere AICA	CC-ICA	Referente Servizi appalti pulizie e trasporto pz.
Segnalazione informatizzata dell'isolamento alert all'U.O., all'Infermiere AICA, alla DMO ed alla Farmacia	I	R	I	I	I	-	-
Applicazione protocollo di isolamento del malato	I	-	C	R	C	I	C
Compilazione della scheda di rilevazione germe alert	I	-	R	C	I	I	-
Verifica dell'applicazione del protocollo di isolamento	I	-	C	C	R	I	I
Informazione del personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito	-	-	R	C	-	-	-
Informazione al Referente Servizi appalti, pulizie e trasporto pz.	-	-	C	R	C	-	I
Gestione informatizzata delle informazioni relative all'epidemiologia delle ICA all'interno dei P.O.	C	R	I	I	C	I	-
Individuazione, proposizione e verifica applicazione di soluzioni immediate ed appropriate riguardanti le segnalazioni d'alert e di referto	R	I	I	I	C	C	-
Compilazione e trasmissione dei report trimestrali e semestrali di monitoraggio dei germi alert	C	R	I	I	C	I	-
Revisione del Protocollo Operativo	-	-	-	-	-	R	-

Legenda:

R= Responsabile; C= Coinvolto/collabora; I= Informato

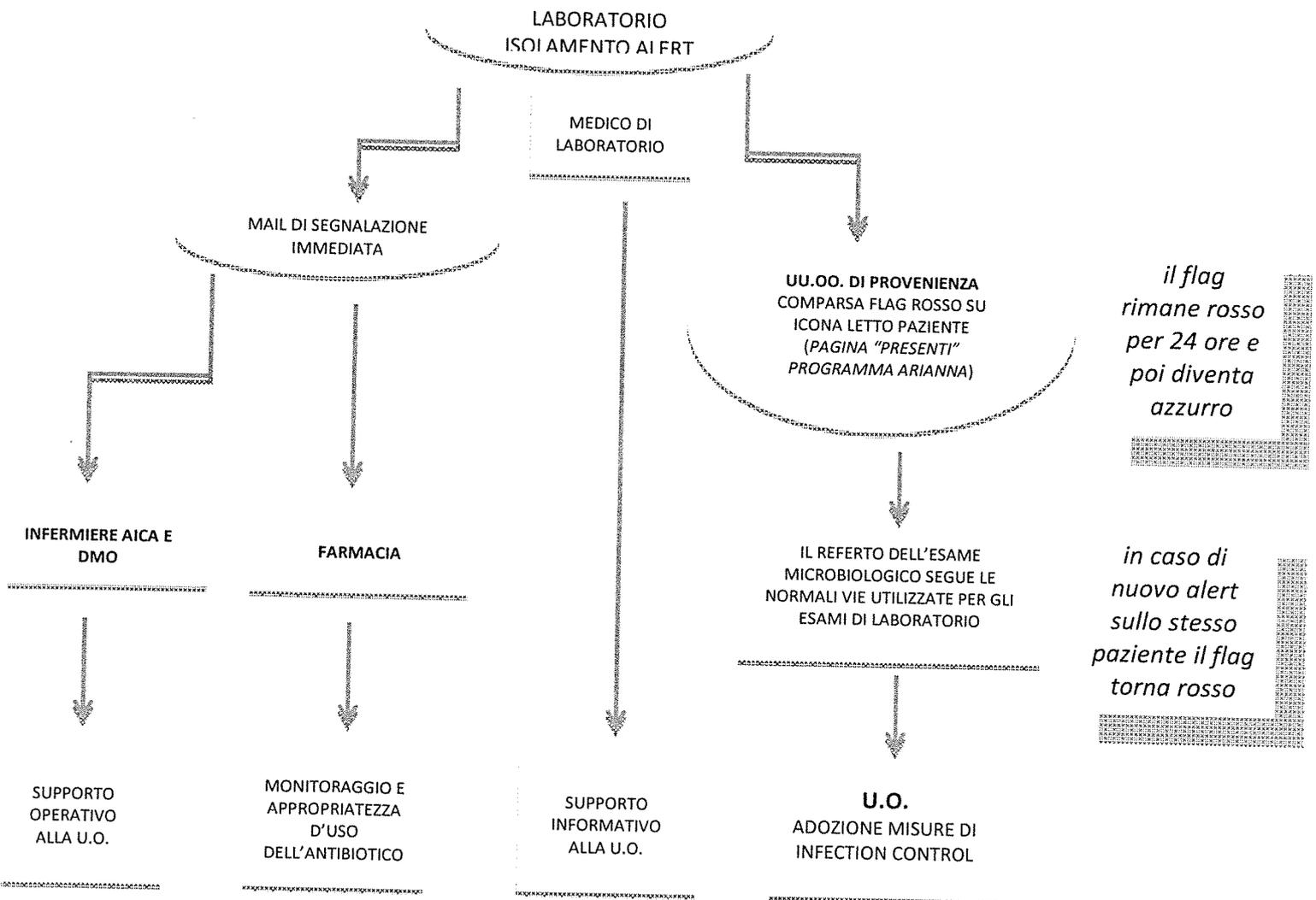
*O in sua assenza gli infermieri di U.O.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

5.0 Modalità Operative

Si riportano di seguito compiti e modalità operative dei diversi settori interessati dalla presente procedura:

- Laboratorio Analisi, sezione Microbiologia
- U.O. Interessata
- Infermiere Addetto alle Infezioni Correlate all'Assistenza (infermiere AICA)
- DMO
- Nucleo di Primo Intervento (NPI) del CC-ICA
- CC-ICA
- Farmacia Ospedaliera



	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

5.1 Il Laboratorio Analisi – sezione Microbiologia

L'isolamento di uno dei germi alert comporta in automatico la comunicazione informatizzata alla DMO, alle infermiere AICA, alla Farmacia ed alla UO da cui proviene il campione biologico oggetto di esame.

Segnalazione isolamento germe alert alla UO:

La segnalazione alla UO di provenienza avviene mediante un segnale di allarme convenzionale (“flag”) che compare a fianco dell'icona rappresentante il posto letto del paziente colonizzato/infetto, sulla pagina “presenti” del programma Arianna.

- Il segnale di allarme varia di colore (da rosso ad azzurro) dopo 24 ore dalla sua comparsa ma non scompare; in caso di nuovo alert per lo stesso paziente, ritorna di colore rosso per altre 24 ore.
- Contestualmente al flag di allarme viene visualizzato il codice interno di Order entry della richiesta corrispondente all'isolamento dell'alert, in modo tale da poterla visualizzare e stampare con facilità.
- Il referto dell'esame microbiologico e l'antibiogramma sull'isolato saranno ottenibili con le stesse modalità operative utilizzate per gli altri esami di laboratorio.

Segnalazione isolamento germe alert a DMO, Infermiere AICA, Farmacia:

La segnalazione alla DMO, Infermiere AICA, Farmacia avviene tramite mail inviata alla casella di posta dedicata “germi alert”.

- Il gestionale di laboratorio “Virtuoso Plus” è attualmente programmato in via sperimentale per non segnalare l'isolamento dello stesso germe sullo stesso materiale appartenente allo stesso paziente in un arco temporale di 15 giorni dal precedente.
- NB: Il gestionale di laboratorio “Virtuoso Plus” al momento del rilascio di codesta procedura non risulta ancora configurato per la specifica segnalazione degli “isolamenti ripetuti”, intesi come isolamento dello stesso germe su pazienti diversi nella stessa U.O. nell'arco di 5 giorni.

Segnalazione isolamento germe alert alla DMO/Infermiere AICA/Farmacia

La segnalazione dell'isolamento del germe alert alla DMO, all'infermiere AICA e alla Farmacia avviene in automatico via mail alla casella di posta “germi alert”, l'invio della mail è contemporaneo alla comparsa del flag di allarme per l'U.O.. Nella mail di segnalazione inviata alla DMO e all'Infermiere AICA compare l'anagrafica del paziente, la data di ricovero e quella di accettazione del campione, il tipo di germe alert, il materiale di isolamento; nella mail inviata alla Farmacia compare anche l'antibiogramma.

Isolamento su sangue di Klebsiella Pneumoniae o Escherichia Coli resistenti ai carbapenemici e/o produttrici di carbapenemasi:

In caso di isolamento da emocolture di Klebsiella Pneumoniae o Escherichia Coli resistenti ai carbapenemici e/o produttrici di carbapenemasi, il medico della Microbiologia dovrà compilare ed inviare alla DMO l'apposita scheda di notifica, come da Circolare Min. Salute del 26/02/2013 (“**scheda segnalazione CPE**” - **scaricabile dal sito aziendale ALL.6**)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Riscontro di positività dell'antigene urinario della Legionella Pneumophila:

Il medico della Microbiologia dovrà accertare, contattando per via telefonica il personale della U.O. di provenienza del campione, se il paziente da cui proviene l'isolamento è ricoverato da oltre 10 giorni; in tal caso, dovrà contattare immediatamente l'infermiere AICA ed il medico della DMO al fine di permettere l'attivazione delle misure urgenti previste (attivazione del Nucleo di Primo Intervento Alert e a seguire dell'intero CC-ICA per i provvedimenti immediati da adottare).

5.2L'Unita' Operativa interessata:

Il medico e/o il coordinatore infermieristico della U.O. interessata, rilevata la segnalazione di alert, dovranno provvedere alla messa in atto delle misure previste da codesta procedura, definite sulla base della tipologia di patogeno isolato.

La tempestività nell'attuazione delle misure di controllo delle ICA è fondamentale. In attesa di una diagnosi definitiva, in presenza di sintomi sentinella o di specifiche condizioni cliniche si rende necessario attuare precocemente, su base empirica, provvedimenti preventivi di contrasto alla diffusione dei germi alert (vedi istruzione operativa "sulle misure e procedure di sorveglianza sui MDRO e contenimento delle ICA in PS).

In caso di pazienti con :

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

è utile applicare il protocollo mnemonico all'acronimo **SIDIT**:

S = Sospetto di colonizzazione in base alla storia e alla provenienza del paziente

I = Isolamento cautelativo con applicazione di Precauzioni Standard e Aggiuntive

D= Dispositivi di Protezione Individuale/mezzi di barriera

I = Igiene delle mani

T= Test eseguire nel più breve tempo possibile le indagini microbiologiche utili alla definizione della diagnosi

Le misure di contenimento vanno proseguite di regola per tutta la durata della degenza.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Precauzioni da adottare in presenza di pazienti con infezioni/colonizzazioni da MDRO e da altri germi ALERT

MICROORGANISMO	MATERIALE DA CUI VIENE ISOLATO	PRECAUZIONI AGGIUNTIVE
MRSA VISA	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *
VRE	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Feci	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *
ENTEROBATTERIACEAE Resistenti a Carbapenemi (CPE)	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *
ACINETOBACTER BAUMANNI MULTIRESISTENTE	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *
PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRESISTENTE	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *
CLOSTRIDIUM DIFFICILE Tossina A e B	Feci	CONTATTO
CANDIDA DA EMOCOLTURA/LIQUOR	Sangue, LCR	CONTATTO
STENOTROPHOMOMAS MALTOPHILIA MR	Cute, drenaggi, feritachirurgica	CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Vie respiratorie *	CONTATTO + DROPLET *

(*IN CASO DI MANOVRE IN GRADO DI INDURRE AEROSOLIZZAZIONE/EMISSIONE FORZATA DI DROPLETS)

Il personale di assistenza è il principale responsabile della diffusione dei germi alert da paziente a paziente. Le precauzioni da adottare dipendono dalle modalità di trasmissione del germe e dal sito di colonizzazione/infezione e devono essere messe in atto anche in caso di colonizzazione senza segni di infezione.

Dal punto di vista operativo gli operatori dell' U.O. interessata provvederanno:

- alla tempestiva adozione delle precauzioni previste per il tipo di germe segnalato in aggiunta

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

- alle "standard"(all.1) (*contatto, droplets*)(all. 2)
- alla adozione delle misure di **isolamento spaziale** del paziente (all.3) (ad esclusione dei casi di Legionellosi)
- il Medico della U.O. compila la "**Scheda Rilevazione Germe Alert**" per ogni germe alert (all.4) allegandone copia/e alla cartella clinica del paziente. In caso di più germi alert isolati sullo stesso paziente la scheda dovrà essere compilata obbligatoriamente nella parte che definisce la colonizzazione/infezione nosocomiale/infezione comunitaria, e aggiornata per gli Item che necessitano
- a coadiuvare le infermiere AICA nei compiti di sorveglianza rilevazione e controllo
- ad informare il personale addetto all'assistenza, il paziente ed i familiari sulle procedure comportamentali, assistenziali e terapeutiche da adottare
- ad informare il responsabile del servizio di pulizie della eventuale necessità di adottare adeguate misure di sanificazione/disinfezione ambientale e di protezione individuale degli operatori addetti (secondo i protocolli vigenti)
- a segnalare l'avvenuto isolamento ai precedenti sanitari curanti, qualora il paziente provenga da altre U.O. (o strutture assistenziali territoriali), per le opportune misure di controllo
- a compilare, in caso di Legionellosi e Clostridium Difficile, la prevista notifica
- a riportare nella lettera di dimissione l'eventuale colonizzazione/infezione del paziente da germi Alert.

Qualora al momento della notifica di alert il paziente fosse stato già dimesso (o deceduto), la relativa scheda di rilevazione non dovrà essere compilata.

In tutti i casi in cui il paziente sia già stato dimesso, a qualsiasi titolo di dimissione e verso qualsiasi percorso di deospedalizzazione, e venga riscontrata la presenza di germe alert, il medico della U.O. dovrà tempestivamente contattare lo stesso paziente e/o il suo medico curante per fornire le informazioni del caso.

NB: Il trasferimento del paziente con infezione/colonizzazione da germi alert in Malattie Infettive è da riservare a casi definiti e particolari e possibile solo dopo l'avallo dell'Infettivologo chiamato in consulenza

5.3 L' infermiere AICA

- verifica l'effettiva attuazione delle corrette precauzioni e delle misure di isolamento da parte della U.O. interessata, utilizzando la *check list* predisposta allo scopo (all.5); se il paziente è stato dimesso o è deceduto, oppure se è stato ricoverato in regime di DH, al momento dell'intervento dell'infermiere AICA verrà compilata solo la prima parte della check list
- acquisisce, verificandone la rispondenza dei dati riportati, la **Scheda di Rilevazione Germe Alert**
- inserisce i dati rilevati in un Report Trimestrale da inviare:
 - alla Direzione Sanitaria Aziendale
 - al CC-ICA
 - al Risk Manager
- in caso di **isolamento ripetuto (isolamento dello stesso germe nella medesima U.O. da pazienti diversi entro 5 giorni)** l'infermiera AICA si reca nella UO per sottolineare la necessità di

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

implementare le misure di contenimento e prevenzione

- **in caso di cluster epidemico (aumento statisticamente significativo del numero dei casi nel tempo e nello spazio: 3 o più casi nella medesima UO nell'arco di 5 giorni) o di sospetta/accertata Legionella nosocomiale** interviene tempestivamente in sintonia con il Nucleo di Primo Intervento (NPI) del CC-ICA

5.4 La DMO

- Ricevuta la segnalazione di alert **dal Laboratorio Analisi**, coordina e supervisiona l'intervento dell'infermiere AICA
- In caso di sospetto **cluster epidemico**, si raccorda con l'Infettivologo e con il Gruppo Operativo del CC-ICA nella sua articolazione di pronto intervento (NPI); provvede alla convocazione dell'intero Comitato in caso di conferma del sospetto per la definizione delle strategie operative
- In caso di **Legionellosi** intra-ospedaliera, convoca con massima urgenza gli organismi tecnici e della prevenzione per le misure **da adottare immediatamente**.
- Nelle **batteriemie da CPE** (enterobatteri produttori di carbapenemasi) invia al SISP entro 48 ore la scheda Ministeriale di Sorveglianza come da Circolare Min. Salute del 26/02/2013 (all. 6)
- coinvolge il SISP aziendale in caso di infezioni contratte in altre comunità o strutture di assistenza.

5.5 Il CC-ICA (Comitato di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza):

- attiva audit organizzativi:
 - o periodici per analizzare la situazione epidemiologica e pianificare interventi di miglioramento
 - o in caso di cluster epidemico, per mettere in atto gli interventi proposti dal NPI
 - o comunica alle UU. OO. coinvolte le criticità
 - o attua gli interventi di miglioramento

5.6 NPI Alert (Nucleo di Primo Intervento)

Il **Nucleo di Primo Intervento Alert** forma la "task force" rapidamente operativa del CC-ICA; è composto da un infettivologo, da un medico della DMO appartenenti al CC-ICA (o loro delegati) e dall'infermiere AICA. Viene individuato tra i componenti del Gruppo Operativo/CC-ICA.

Il **Nucleo di Primo Intervento Alert** avvia tempestivamente l'inchiesta epidemiologica in caso di:

- sospetto cluster/evento epidemico
- legionellosi nosocomiale

con la finalità di:

- verificare presenza e consistenza dei casi
- ricostruire la catena di contagio
- proporre i provvedimenti tecnico/sanitari urgenti per il controllo dell'evento
- interrompere la circolazione intraospedaliera del patogeno sentinella.
- Riferire al CC-ICA/Gruppo Operativo sulla situazione in corso

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA		
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018	Pag. 10 di 22

5.7 La Farmacia Ospedaliera

- Effettua il monitoraggio e sorveglia sull'appropriatezza d'uso degli antibiotici.
- Elabora la reportistica semestrale sul consumo quali-quantitativo degli antibiotici correlandola con i dati emergenti dalla sorveglianza dei germi alert
- Si rapporta con il CC-ICA e con il gruppo di lavoro per la Antimicrobial Stewardship

6.0 Indicatori

Quanto posto in essere nell'ambito del sistema di sorveglianza sarà materia di valutazione a mezzo indicatori, di reportistica (mensile, semestrale ed annuale da parte del Laboratorio, semestrale ed annuale in seno al CC-ICA) e di audit sulla casistica di maggior rilievo.

INDICATORI A CURA DELL'INFERMIERE AICA

- numero di azioni di controllo completate/numero di patogeni segnalati
- numero di cluster identificati

7.0 Revisione

La presente Procedura sarà sottoposta a revisione con cadenza di regola biennale salvo diverse esigenze ed indicazioni da parte del CC-ICA

8.0 Flussi di Distribuzione

La procedura è diffusa a tutti i Direttori/Responsabili e Coordinatori Infermieristici delle UU.OO. ospedaliere che devono a loro volta diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori.

La procedura è pubblicata sull'intranet aziendale, area documentazione del Risk Manager.

9.0 Riferimenti

9.1 Riferimenti interni

- ❖ Allegato 1: Precauzioni Standard
- ❖ Allegato 2: Precauzioni aggiuntive
- ❖ Allegato3: Misure di Comportamento in caso di germi alert
- ❖ Allegato 4: Scheda rilevazione germi alert
- ❖ Allegato 5: Check List Infermiera AICA
- ❖ Allegato 6: scheda segnalazione CPE Circolare Min. Salute del 26/02/2013

9.2 Riferimenti Bibliografici

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA		
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018	Pag. 11 di 22

- ❖ Abbo A., Navon-Venezia S. et al. Multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*. *Emerging Infectious Diseases* 2005; 11 (1):22-29
- ❖ Azienda Ospedaliera San Filippo Neri Roma - Comitato Infezioni Ospedaliere: Protocollo per l'isolamento dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti in Terapia Intensiva. Istruzione Operativa. Revisione del 23-12-2010.
- ❖ Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle Cuneo – Comitato Infezioni Ospedaliere: Gestione MRSA in ambiente ospedaliero. Documento descrittivo del 21-08-2013
- ❖ B.D. Cookson, M.B. Macrae, S.P. Barrett, D.F.J. Brown, C. Chadwick, G.L. French, P. Hateley, I.K. Hosein, J.J. Wade. Guidelines for the control of glycopeptide-resistant enterococci in hospitals. A report of a combined working party of the Hospital Infection Society, Infection Control Nurses Association and British Society for Antimicrobial Chemotherapy - 2005.02.16. Fonte:www.his.org.uk.
- ❖ CDC. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-care facilities MMWR 2003;82-83,133,136-137.
- ❖ Circolare Ministero della Salute "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26-02-2013
- ❖ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)-Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in Europe: a survey among national experts from 39 countries, February 2013
- ❖ Falagas M.E. e Kopterides P. Risk factors for the isolation of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa*: a systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection* 2006; 64 (1):7-15
- ❖ Farr B.M., Salgado C.A. et al. Can antibiotic-resistant nosocomial infections be controlled? *The Lancet Infectious Diseases* 2001; 1:38-45.
- ❖ Fridkin SK, Edwards JR et al. The effect of vancomycin and third-generation cephalosporins on prevalence of vancomycin-resistant enterococci in 126 U.S. adult intensive care units. *Ann. Intern. Med.* 2001; 135 (3):175-83
- ❖ Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) . Management of multi-drug-resistant organism in healthcare settings, 2006. CDC 2006. Fonte:www.cdc.org
- ❖ Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. *Infect Control HospEpidemiol* 1995;16:105-113. [Erratum, *Infect Control HospEpidemiol* 1995;16:498].
- ❖ Lepper P.M. et al. Consumption of imipenem correlates with beta-lactam resistance in *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother.* 2002;46(9):2920-5.
- ❖ Nseir S., Di Pompeo C, et al. First-generation fluoroquinolone use and subsequent emergence of multi drug-resistant bacteria in the intensive care unit. *Crit. Care Med.* 2005; 33 (2):283-89
- ❖ Smolyakov R., Borer A. et al. Nosocomial multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* bloodstream infection : risk factors and outcome with ampicillina-sulbactam treatment. *Journal of Hospital Infection* 2003;54:32-38
- ❖ WHO. Guidelines on hand hygiene in health care. World Health Organization 2009 Fonte www.who.int.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA		
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018	Pag. 12 di 22

Allegato 1 – Pag.1 di 4

PRECAUZIONI STANDARD

Tali precauzioni vanno applicate nell'assistenza di tutti i pazienti ricoverati senza alcuna eccezione indipendentemente dalla presenza certa di uno stato di infezione e/o di colonizzazione. Per il lavaggio delle mani fare riferimento anche alla procedura aziendale del 30/04/2015 pubblicata sul sito del l'UOSD Risk Management Qualità e Accreditamento

IGIENE DELLE MANI



- E' obbligatorio il lavaggio mani o frizionamento idroalcolico prima di assistere il malato, si ricorda che in caso di Clostridium Difficile il frizionamento idroalcolico non elimina le spore per cui è necessario il lavaggio con acqua e sapone.
- Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza tra una procedura assistenziale e l'altra, anche se eseguita sullo stesso paziente.
- Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza al termine della procedura assistenziale prestata al paziente, anche se si sono usati i guanti.
- E' necessario prevenire e curare screpolature, abrasioni e piccole ferite della cute facendo regolarmente uso di creme emollienti e idratanti alla fine dell'attività lavorativa.
- Le unghie devono essere mantenute corte, pulite e prive di smalto.
- E' vietato indossare anelli, bracciali, orologi e altri monili durante l'attività assistenziale.
- E' obbligatorio il lavaggio antisettico delle mani prima di eseguire procedure invasive sul paziente, dopo aver toccato una qualsiasi fonte che può essere contaminata con patogeni e in specifiche circostanze (es. controllo di epidemie, infezioni permanentemente endemiche).
- Le mani devono essere sempre lavate dopo la rimozione dei guanti.

GUANTI



- Devono essere indossati guanti della misura adeguata e del tipo idoneo alla prestazione da effettuare
- Devono essere indossati prima di venire in contatto con: sangue, fluidi corporei, secreti, escreti, mucose, cute non intatta dei pazienti e oggetti contaminati.
- I guanti devono essere sostituiti durante i contatti tra un paziente e l'altro e durante procedure effettuate sullo stesso paziente, ma in zone differenti.
- E' vietato rispondere al telefono, toccare maniglie, ecc. con i guanti o qualunque altra azione non direttamente correlata allo specifico atto assistenziale
- Devono essere immediatamente rimossi dopo l'uso e quando si rompono o si verifica una puntura o una lacerazione.
- I guanti devono essere eliminati nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Allegato 1 – Pag.2 di 4

MASCHERINE, OCCHIALI PROTETTIVI, SCHERMI FACCIALI



- La mascherina, lo schermo facciale e/o gli occhiali protettivi devono essere utilizzati per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue, di altri liquidi biologici, o aerosolizzazione, come ad esempio procedure aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ecc..
- La mascherina con o senza visiera deve essere monouso.
- La mascherina deve essere correttamente indossata ponendola sulla bocca e sul naso e legandola correttamente dietro la testa per renderla ben adesa al volto.
- Non deve essere mai abbassata.
- Deve essere usata una sola volta e poi gettata nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo;
- Dopo la rimozione lavare accuratamente le mani.

CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI



- Devono essere indossati per proteggere la cute e prevenire l'imbrattamento degli abiti durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici.
- Devono essere scelti in base al tipo di attività e alla quantità di fluidi corporei che potrebbero accidentalmente prodursi: se si prevedono grosse contaminazioni, devono essere indossati camici idrorepellenti.
- Devono essere rimossi prima di lasciare la stanza o ogniqualvolta, in via eccezionale, è necessario interrompere lo specifico atto assistenziale.
- Devono essere smaltiti nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo prima di lasciare la stanza di degenza
- Dopo aver tolto il camice e/o gli indumenti protettivi si devono lavare le mani.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE



- Tutte le attrezzature impiegate per l'assistenza al paziente che risultano essere contaminate con sangue, liquidi corporei, secreti ed escreti devono essere manipolati con attenzione in modo da prevenire l'esposizione di cute, mucose e indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.
- Gli strumenti e i materiali sanitari sporchi, dopo l'uso devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati o sterilizzati con le procedure ed i prodotti in uso nell'azienda
- Deve essere sempre fatta una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti e devono essere sempre rispettati i tempi d'azione dei disinfettanti.
- I presidi sanitari monouso non devono essere riprocessati, ma devono essere smaltiti immediatamente dopo l'uso negli appositi contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Allegato 1 – Pag.3 di 4

MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI/OGGETTI TAGLIENTI



- Tutti gli operatori devono adottare le misure necessarie a prevenire incidenti causati da aghi, bisturi e altri dispositivi taglienti o pungenti durante il loro utilizzo, nelle fasi di decontaminazione, di sanificazione e di smaltimento.
- Aghi e oggetti taglienti non devono essere indirizzati verso parti del corpo.
- Non devono essere presi "al volo" strumenti taglienti e/o pungenti se stanno cadendo.
- Non devono essere raccolti con le mani gli strumenti taglienti e/o pungenti caduti.
- Non devono essere portati strumenti taglienti e/o pungenti in tasca.
- Non devono essere piegate o rotte lame, aghi e altri oggetti pungenti.
- Non devono essere sfilate con le mani le lame dei bisturi dal manico.
- E' assolutamente vietato reincappucciare gli aghi dopo l'uso.
- Gli aghi usati non devono essere rimossi dalle siringhe con le mani.
- Tutti gli strumenti taglienti e pungenti devono essere smaltiti negli appositi contenitori per aghi e taglienti.
- Tali contenitori devono essere posti in vicinanza ed in posizione comoda rispetto alla zona nella quale i presidi vengono utilizzati.

SMALTIMENTO RIFIUTI



- La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari deve essere effettuata seguendo la specifica procedura aziendale.
- Lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti deve avvenire attraverso l'utilizzo degli appositi contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- I contenitori devono essere sistemati in posizione comoda, sicura e vicina al posto dove devono essere utilizzati.
- Non prelevare mai materiale dai contenitori per rifiuti.
- Utilizzare dispositivi di protezione durante le fasi di raccolta dei rifiuti e trasporto dei contenitori.
- Trasportare e manipolare contenitori correttamente chiusi al fine di evitare accidentali fuoriuscite e spargimenti di rifiuti.
- Evitare di trascinare i contenitori dei rifiuti, di appoggiarli al corpo e di effettuare qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza

SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE AMBIENTALE



- La sanificazione ambientale deve essere svolta quotidianamente e correttamente.
- La decontaminazione ambientale deve essere fatta in presenza di superfici contaminate da schizzi di sangue e materiale organico (il kit antispiandimento deve essere presente nelle dotazioni di reparto)
- La disinfezione deve essere effettuata in aree ad alto rischio e in presenza di superfici imbrattate (dopo decontaminazione e sanificazione).
- La sanificazione e la disinfezione dell'unità di degenza devono essere eseguite ad ogni dimissione, trasferimento e/o al decesso del paziente.
- Deve essere sempre fatta una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti e devono essere sempre rispettati i tempi di contatto e di azione dei prodotti utilizzati.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Allegato 1 – Pag.4 di 4

EDUCAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE ED AI VISITATORI



- Il paziente e i visitatori devono essere educati circa la necessità di utilizzare precauzioni finalizzate a prevenire la diffusione di microrganismi ad altre persone o all'ambiente (es. accurato lavaggio delle mani, corretto uso dei servizi igienici, corretta gestione degli effetti personali, accurata igiene personale).

CAMPIONI BIOLOGICI



I campioni biologici (es. sangue, urine, feci, prelievi biotici, ecc.) devono essere:

- Prelevati in provette e contenitori a chiusura ermetica e non devono essere imbrattati di liquido biologico.
- Manipolati utilizzando i dispositivi di protezione (visiere, guanti, camici, ecc.).
- Trasportati negli appositi contenitori ermeticamente chiusi al fine di evitare perdite o spandimenti accidentali.
- I contenitori dopo l'uso devono essere adeguatamente trattati. Le richieste non devono essere inserite nel contenitore ma trasportate a parte.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Allegato 2 – Pag.1 di 3

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

PRECAUZIONI DA CONTATTO

Vanno adottate (in aggiunta alle precauzioni standard) per la gestione assistenziale dei soggetti affetti da infezioni trasmissibili per contatto e dei colonizzati/infetti da germi alert di cui alla presente procedura

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE



- Posizionamento del paziente colonizzato/infetto in stanza singola ove disponibile
- Ove non disponibile la stanza singola o utilizzata per altro isolamento, posizionamento del paziente in questione in una stanza con il minor numero di letti in un posto letto estremo avendo cura di ricoverare nei posti letto più vicini pazienti non infetti e a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da germi alert di possibili complicanze legate a tali microrganismi e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata.
- Se presenti due pazienti colonizzati/infetti dallo stesso germe creare un isolamento per coorte in una stanza di degenza con adeguato numero di p.l.
- Ove non presente una stanza con adeguato numero di p.l. posizionare i due pazienti vicini tra loro (cohorting) e in posizione estrema; i pazienti più vicini devono essere pazienti non infetti e a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da germi alert
- Ove il paziente (o i pazienti) sia autosufficiente e in grado di muoversi autonomamente, deve essere informato affinché limiti quanto più possibile i suoi movimenti evitando la contaminazione dell'ambiente.

GUANTI E LAVAGGIO MANI



- Chiunque entri nella stanza di isolamento/nell'area di isolamento spaziale (germi alert) deve effettuare l'igiene delle mani (tramite lavaggio delle mani con detergente antisettico o frizionamento alcolico, si ricorda che in caso di Clostridium Difficile il frizionamento idroalcolico non elimina le spore per cui è necessario il lavaggio con acqua e sapone) e poi indossare i guanti (puliti, non sterili).
- I guanti impiegati nell'assistenza al paziente colonizzato/infetto devono essere sostituiti subito dopo il contatto sia con il paziente sia con materiale che può contenere microrganismi (es. materiale fecale, drenaggi ferite, saliva, sangue, etc) sia con arredi/apparecchiature/dispositivi (letto, effetti lettereschi, sondini, cateteri, apparecchiature, etc) posti vicino al paziente o dallo stesso utilizzati.
- I guanti devono essere rimossi prima di lasciare l'area di cui sopra ed immediatamente va effettuata l'igiene delle mani. Non si devono toccare superfici o oggetti ubicati fuori dell'area paziente con guanti utilizzati all'interno di tale area.
- Dopo la rimozione dei guanti e l'igienizzazione delle mani, non si devono toccare superfici ambientali o oggetti usati per l'assistenza potenzialmente contaminati.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

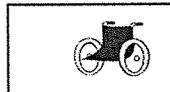
Allegato 2 – Pag.2 di 3

SOVRACAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI



- Indossare indumenti copri divisa (camice monouso non sterile) quando si entra nella stanza di isolamento/nell'area di isolamento spaziale, se si prevede un **importante contatto** con il paziente, con superfici o strumenti contaminati, oppure quando il degente è incontinente o presenta diarrea, stomieo ferite essudanti.
- Rimuovere sempre gli indumenti copri divisa prima di lasciare la stanza di isolamento o l'area di isolamento spaziale toccando la superficie interna e arrotolandoli al fine di evitare di contaminare la divisa e le superfici ambientali.
- Se contaminata, la divisa deve essere subito cambiata.

TRASPORTO DEL PAZIENTE COLONIZZATO/INFETTO



- Limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente ai soli casi assolutamente necessari garantendo comunque l'effettuazione dell'iter diagnostico-terapeutico necessario al paziente.
- Se lo spostamento e il trasporto del malato sono indispensabili, è necessario informare il personale della U.O. presso la quale il paziente viene trasferito/inviato in merito alla situazione microbiologica del paziente.
- Concordare (ove possibile) l'esame/l'intervento chirurgico in modo che sia a fine lista (ultimo della giornata) per permettere una più accurata disinfezione ambientale. Informare a tale scopo il personale dell'U.O. in cui viene eseguita la procedura della necessità di effettuare idonea pulizia e sanificazione delle attrezzature utilizzate e dell'ambiente secondo procedure aziendali
- Il personale dell'U.O. dove viene inviato il paziente deve adottare le precauzioni stabilite (standard e da contatto) come indicate nella presente procedura.
- Devono essere indicati al personale ausiliario addetto al trasporto del paziente colonizzato/infetto i dispositivi di protezione individuale che deve utilizzare durante il trasporto del paziente.
- In caso di colonizzazioni/infezioni delle vie respiratorie con possibili emissioni di droplet (soprattutto se il paziente non è intubato) far indossare al paziente una mascherina chirurgica

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA</p>	
	<p>Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero</p>	<p>Rev.1 del 27/06/2018</p>

Allegato 2 – Pag.3 di 3

PRECAUZIONI DA DROPLET

Tali precauzioni vanno adottate in aggiunta alle precauzioni standard e in aggiunta alle precauzioni da contatto quando l'isolamento del germe alert è nelle vie respiratorie e durante l'effettuazione di manovre che possono generare aerosolizzazione (bronco aspirazione, igiene del cavo orale, procedure endoscopiche.....)

PROTEZIONE RESPIRATORIA



Tutte le persone che vengono in contatto con il paziente devono indossare una mascherina chirurgica.

- Ove un microrganismo multiresistente ricompreso nella presente procedura sia stato isolato dalle vie respiratorie è obbligo del personale che si avvicina entro un metro dal paziente di indossare la mascherina chirurgica, inoltre la mascherina, lo schermo facciale e/o gli occhiali protettivi devono essere utilizzati per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue, di altri liquidi biologici, o aereosolizzazione, come ad esempio procedure di aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ecc..

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA		
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018	Pag. 19 di 22

Allegato 3 – Pag.1 di 1

Misure di comportamento in caso di germe alert

MICROORGANISMO	COLLOCAZIONE PAZIENTE	DPI E ALTRE MISURE DI PREVENZIONE	TRASPORTO DEL PAZIENTE	SANIFICAZIONE AMBIENTALE/DISPOSITIVI E ATTREZZATURE	INFORMAZIONI AL PAZIENTE	INFORMAZIONI A PARENTI E VISITATORI
MRSA/VISA VRE ENTEROBATTERIACE AE Resistenti a Carbapenemi (CPE) ACINETOBACTER BAUMANNI Multiresistente PSEUDOMONAS AERUGINOSA Multiresistente CLOSTRIDIUM DIFFICILE (vedi procedura aziendale) CANDIDA DA EMOCOLTURA /LIQUOR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA Multiresistente	<p>Responsabile è il personale della U.O. di degenza</p> <p>- Collocare preferibilmente il paziente colonizzato/infecto in stanza singola (stanza di isolamento).</p> <p>- Ove la stanza singola non sia presente o disponibile collocare il paziente nella stanza con il minor numero di letti e creare una zona di isolamento all'interno della stessa posizionando il paziente in posto letto estremo e mantenendo una distanza superiore ad un metro dal paziente più vicino (ISOLAMENTO SPAZIALE)</p> <p>- Se presenti due o più pazienti colonizzati/infecti dallo stesso germe collocarli nella stessa stanza di degenza, vicini tra loro in posizione estrema e a distanza di almeno un metro e mezzo dagli altri pazienti (ISOLAMENTO PER COORTE)</p> <p>Nel posto letto più vicino all'area di isolamento spaziale paziente non infecto a "basso rischio" di acquisizione di infezioni da MDRO e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata</p>	<p>Il personale deve accedere all'area di isolamento dopo essersi lavato le mani e aver indossato i dispositivi di barriera.</p> <p>Precauzioni standard vanno adottate sempre per la gestione di tutti i pazienti ricoverati.</p> <p>Precauzioni di contatto: guanti e sovra camice; guanti vanno indossati sempre in caso di alert ed anche in caso di solo contatto con il materiale e le attrezzature posizionati vicino al paziente colonizzato/infecto; sovra camice va indossato quando si prevede un (IMPORTANTE) contatto con il malato o quando questi è incontinentemente o presenta diarrea, stomie, ferite essudanti.</p> <p>Precauzioni da droplet (mascherina chirurgica): da utilizzare solo quando l'isolamento del germe alert è nelle vie respiratorie durante l'effettuazione di manovre che possono generare aerosolizzazione; sempre insieme alle precauzioni da contatto.</p>	<p>Limitare le uscite dalla stanza ai soli scopi assistenziali.</p> <p>Il personale della U.O. di degenza deve informare gli operatori addetti al trasporto e gli operatori dei servizi di destinazione per consentire l'uso dei D.P.I. ed applicare le idonee misure di contenimento.</p> <p>Se possibile programmare le indagini diagnostiche/procedure invasive in modo che il paziente infecto acceda per ultimo nei locali interessati che dovranno essere successivamente sanificati.</p>	<p>DISPOSITIVI MEDICI-ATTREZZATURE: disporre fuori dalla stanza (se isolamento in stanza singola) o nei pressi dell'Unità paziente (se isolamento spaziale) un carrello con i D.P.I. necessari e gel idroalcolico.</p> <p>I carrelli ad uso specifico (visita, terapia, biancheria) devono essere tenuti fuori dalla stanza per evitare contaminazioni.</p> <p>Personalizzare i D.M. /attrezzature sanitarie non critici quali: padelle, storte, termometri, fonendoscopi, sfigmomanometri asta porta febio, sponde di contenimento, ecc.</p> <p>I D.M. /attrezzature che non sono sterilizzabili devono essere disinfestati con GLOCLOR al 10% per un tempo di 15 minuti.</p> <p>SMALTIMENTO RIFIUTI: collocare nella stanza o nei pressi dell'area dell'isolamento spaziale il contenitore per rifiuti sanitari a rischio infectivo nel quale deve essere smaltito tutto il materiale utilizzato ed i D.P.I. indossati.</p> <p>Sacche urine: le sacche dotate di dispositivo per lo svuotamento, verranno svuotate dagli operatori, cocati di idonei DPI, nelle apposite vuote o water; le sacche non svuotabili verranno trattate come materiale potenzialmente infecto e smaltite non svuotate nei contenitori a rischio infectivo rigidi.</p> <p>SANIFICAZIONE STANZA DI DEGENZA: comunicare all'impresa di pulizia la stanza di isolamento/coorte per le procedure di sanificazione. La stanza di isolamento deve essere pulita per ultima con materiale monouso/dedicato ponendo particolare attenzione alle superfici contaminate, sponde letto, maniglie, campanello servizi igienici.</p>	<p>Se il paziente è cosciente informarlo sulla patologia ed istruirlo sulle norme igieniche da seguire, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - igiene delle mani - raccomandazioni per l'igiene respiratoria/etichetta della tosse - uso esclusivo di oggetti personali <p>Ove il paziente colonizzato/infecto sia autosufficiente e in grado di muoversi, informarlo adeguatamente sulla necessità di limitare i suoi movimenti in modo da evitare la contaminazione dell'ambiente.</p>	<p>Informare e istruire sulle norme igieniche da osservare durante la visita al paziente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - lavaggio delle mani, utilizzo DPI - limitare il contatto con le superfici ambientali - non sedersi sul letto del paziente ed evitare il contatto ravvicinato - corretta gestione a domicilio della biancheria: lavaggio a temperature >= 60° ed aggiunta di ipoclorito di sodio.

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev. 1 del 27/06/2018

Allegato 4 – Pag.1 di 1

SCHEDA DI RILEVAZIONE GERME ALERT (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DI U.O./AREA DI DEGENZA)	
PAZIENTE:	U.O./DH:
MICROORGANISMO ISOLATO:	DATA DI ISOLAMENTO:
MATERIALE DI ISOLAMENTO: <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> liquor <input type="checkbox"/> feci <input type="checkbox"/> broncoaspirato <input type="checkbox"/> espettorato <input type="checkbox"/> tampone piaga <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> tampone ferita <input type="checkbox"/> tampone rettale <input type="checkbox"/> fistola <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> catetere vescicale <input type="checkbox"/> PIC altro* _____	
PROVENIENZA DEL PAZIENTE: <input type="checkbox"/> domicilio <input type="checkbox"/> altro ospedale* _____ <input type="checkbox"/> altro reparto* _____ <input type="checkbox"/> struttura socio-sanitaria* _____	
NEGLI ULTIMI 60 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO DEGENTE PRESSO OSPEDALE O STRUTTURA SOCIO-SANITARIA? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
TERAPIE PRECEDENTI L'ISOLAMENTO DELL'ALERT? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no SE SI: <input type="checkbox"/> Immunosoppressiva non steroidea <input type="checkbox"/> steroidea superiore a 7 giorni <input type="checkbox"/> antibiotica INDICAZIONE <input type="checkbox"/> profilassi <input type="checkbox"/> terapia Farmaco* _____	
NEGLI ULTIMI 60 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no CLASSE DI INTERVENTO <input type="checkbox"/> pulito <input type="checkbox"/> pulito-contaminato <input type="checkbox"/> contaminato <input type="checkbox"/> sporco	
NEGLI ULTIMI 12 MESI IL PAZIENTE HA RICEVUTO IMPIANTI/PROTESI ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
IL PAZIENTE E' PORTATORE DI DEVICES? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> catetere urinario <input type="checkbox"/> catetere vascolare <input type="checkbox"/> ventilazione meccanica <input type="checkbox"/> drenaggio <input type="checkbox"/> altro* _____	
EVENTUALI DISPOSITIVI GIA'PRESENTI PRE-RICOVERO * _____	
IL PAZIENTE E' PORTATORE DI: <input type="checkbox"/> ferite aperte <input type="checkbox"/> decubiti essudanti <input type="checkbox"/> fistole	
NEGLI ULTIMI 30 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO SOTTOPOSTO A PROCEDURE ENDOSCOPICHE? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si* _____	
IL PAZIENTE PRESENTA ATTUALMENTE: <input type="checkbox"/> COLONIZZAZIONE (positività microbiologica al germe alert senza manifestazioni e segni clinico/laboratoristici di risposta sistemica) <input type="checkbox"/> INFEZIONE NOSOCOMIALE (presenza di sintomatologia clinica insorta dopo 48 ore dal ricovero oppure entro le 48 ore se il paziente proviene da altro reparto/ospedale struttura sanitaria) <input type="checkbox"/> INFEZIONE COMUNITARIA (presenza di sintomatologia clinica già al ricovero nelle prime 48 ore se il paziente proviene dal domicilio) *SPECIFICARE	
DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI CC-ICA	
	Sorveglianza, controllo e prevenzione della diffusione dei patogeni sentinella in ambiente ospedaliero	Rev.1 del 27/06/2018

Allegato 5 – Pag.1 di 1

CHECK LIST INFERMIERE AICA

UNITA' OPERATIVA/AREA DI DEGENZA..... RICOVERO IL

PAZIENTE SIG/SIG.RA..... ETA'.....

MICROORGANISMO SEGNALATO IL.....

MATERIALE DI ISOLAMENTOSPECIFICA

DEAMBULANTE SI NO

PROVENIENZA: DOMICILIO STRUTTURA SOCIO SANITARIA ALTRO REPARTO ALTRO OSPEDALE

MISURE DI ISOLAMENTO IN ATTO: DA CONTATTO PER DROPLET OLTRE LE STANDARD

PAZIENTE DIMESSO DATA..... DECEDUTO DATA..... DH DATA.....

TRASFERITO DA ALTRO REPARTO

TRASFERITO DA ALTRO OSPEDALE/STRUTTURA

DA COMPILARE SOLO PER PAZIENTE DEGENTE (NON DECEDUTO, NON DIMESSO, NO DH)

Paziente in isolamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tipologia di isolamento	<input type="checkbox"/> STANZA SINGOLA <input type="checkbox"/> COORTE <input type="checkbox"/> SPAZIALE
Il carrello con i DPI è presente all'ingresso stanza o dell'unità paziente	GEL IDROAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO MASCHERINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SOVRACAMICE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO GUANTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo è presente all'ingresso della stanza o presso l'unità paziente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il materiale destinato al paziente prima dell'utilizzo su altri pazienti viene ricondizionato con gli idonei disinfettanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il paziente, i familiari, i visitatori e tutti coloro che accedono alla stanza sono stati informati circa la natura e l'importanza delle precauzioni da osservare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tutti coloro che entrano nella stanza indossano i DPI e li rimuovono nei pressi dell'unità paziente o prima di uscire dalla stanza di degenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Per i visitatori è stato individuato un bagno per l'igiene delle mani	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il personale addetto alle procedure di sanificazione ambientale utilizza correttamente i DPI ed i prodotti in dotazione secondo indicazione ed adotta le corrette procedure operativo – comportamentali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma dell'Infermiere U.O

DATA

Firma Infermiera AICA

