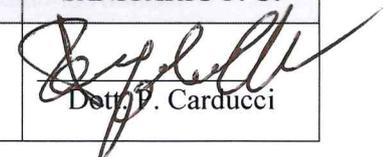


| | | |
|--|--|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p> | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del 29/09/2017</p> |

INDICE

| | |
|--|---------|
| 1. Introduzione | Pag. 2 |
| 2. Scopo e Destinatari | Pag. 2 |
| 3. Definizione di caso e campo di applicazione | Pag. 2 |
| 4. Modalità operative/ responsabilita' | Pag. 3 |
| 5. DH pazienti in ventilazione meccanica per via tracheostomica | Pag. 4 |
| 6. Gestione delle revisioni | Pag. 5 |
| 7. Flussi di distribuzione | Pag. 5 |
| 8. Allegato 1 | Pag. 6 |
| 8. Allegato 2 | Pag. 7 |
| 8. Allegato 3 | Pag. 11 |

| REVISIONE | DATA | REDATTO | VERIFICATO COORDINATORE G.D.L | VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ | APPROVATO DIRETTORE SANITARIO P. O. |
|-----------|------|---------|-------------------------------|---|--|
| Rev0 | | GdL | |  Dott.ssa M. Serva |  Dott. P. Carducci |

Gruppo di Lavoro:

Coordinatore Dr.ssa Giovanna Giacchetti
 Dr.ssa Roberta Rossi
 Dr.ssa Donatella Mancini
 Dr.ssa M.Luisa Giuli
 Sign. Pipitone Maria Grazia *meo*

Dirigente Medico UOC Me.Di.Nefr *Quarone*
 Dirigente Medico UOC DMO *ROB*
 Dirigente Medico UOC Broncopneumologia *X...*
 Dirigente Medico UOSD Laboratorio Analisi *...*
 Coordinatore Inf. UOC Me.Di.Nefr *...*

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva |  |
| | ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH | Rev.0 del |

1. INTRODUZIONE

I patogeni sentinella/germi alert sono microrganismi caratterizzati da elevata possibilità di diffusione in ambiente sanitario e da un elevato profilo di antibiotico-resistenza che ne rende problematico il trattamento. Nella nostra Azienda dal 2015 è attivo un sistema di Sorveglianza e Controllo dei Germi Alert, il presente documento rappresenta una implementazione di tale sistema, riferita ai pazienti ricoverati in regime di Day Hospital.

2. SCOPO E DESTINATARI

Scopo di tale istruzione operativa è ridurre il rischio di diffusione dei Germi Alert in ambiente ospedaliero. Il presente documento è rivolto a tutto il personale sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) afferente ad UU.OO che ricoverano a ciclo diurno (day hospital)

3. DEFINIZIONE DI CASO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Essendo indispensabile intervenire quanto più precocemente possibile per prevenire il verificarsi di eventi infettivi di tipo epidemico, la presente istruzione operativa deve essere applicata in caso di positività microbiologica (colonizzazione/infezione) del materiale inviato al Laboratorio Analisi, per uno o più dei germi sotto elencati.

Il gruppo di lavoro del CC-ICA, in relazione all'epidemiologia locale e all'analisi dei ceppi microbici circolanti nel nostro Presidio Ospedaliero ha indicato quali germi da sottoporre a sorveglianza:

- Staphylococcus Aureus Meticillino Resistente (MRSA) / a Resistenza Intermedia alla Vancomicina (VISA)
- Enterococcus Faecalis e Faecium Resistenti alla Vancomicina (VRE)
- Streptococcus Pneumoniae Resistente a Penicilline
- Acinetobacter Species Multiresistente
- Pseudomonas Aeruginosa resistente a Ceftazidima e Carbapenemi
- Stenotrophomonas Maltophilia
- Enterobatteri produttori di Carbapenemici (CPE)
- Clostridium Difficile
- Legionella Pneumophila(positività dell' antigene urinario in paziente già ricoverato da oltre 10 giorni o proveniente da lungodegenze, RSA,...)
- Candida Albicans (su sangue o liquor)

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva |  |
| | ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH | Rev.0 del |

4. MODALITÀ OPERATIVE/ RESPONSABILITA'

| RESPONSABILITA' | ATTIVITA' |
|---|--|
| UOSD LABORATORIO ANALISI | Il Laboratorio Analisi isola un germe alert indicato nel presente documento ed il GESTIONALE VIRTUOSO PLUS invia la segnalazione all'infermiere AICA, al medico di Laboratorio e alla Farmacia* |
| ↓ | |
| INFERMIERE AICA | L'Infermiere AICA identifica il paziente come ricoverato in regime diurno ed avvisa il Coordinatore del DH di afferenza |
| ↓ | |
| COORDINATORE DH | Il coordinatore del DH informa il medico della U.O. cui afferisce il paziente, e dopo aver acquisito il referto contatta il paziente per convocarlo a visita |
| ↓ | |
| MEDICO DELLA U.O. A CUI AFFERISCE IL PAZIENTE IN DH | Il medico della U.O. tratta il paziente secondo le cure del caso e lo segnala sulla cartella del DH e sulla lettera di dimissione. Inoltre invia alla UOC DMO la Scheda Rilevazione Germe Alert debitamente compilata. |
| ↓ | |
| INFERMIERE AICA | L'infermiera AICA acquisisce la scheda rilevazione Germe Alert, verificandone la corretta compilazione ed inserisce i dati su un report trimestrale da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale, al CC-ICA e al RISK Manager |

* Per l'UOC di Broncopneumologia, data la particolare tipologia di pazienti trattati, spesso colonizzati, il Gestionale Virtuoso Plus invierà una nuova segnalazione dello stesso germe alert, sullo stesso paziente e sullo stesso materiale di isolamento non come di norma dopo un tempo superiore o uguale a 15 giorni, ma a 35 giorni.

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva |  |
| | ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH | Rev.0 del |

5. DH PAZIENTI IN VENTILAZIONE MECCANICA PER VIA TRACHEOSTOMICA

I pazienti in ventilazione meccanica per via tracheostomica devono essere gestiti come sempre colonizzati/infetti da germi alert. Pertanto nell'assistenza a tali soggetti **verranno applicate da subito le precauzioni da contatto e droplet in aggiunta alle standard.**

Accesso DH

- Durante l'accesso programmato nella UOC Broncopneumologia verrà dedicata al paziente una stanza e verranno utilizzate dalle figure coinvolte nella sua assistenza le precauzioni standard/contatto/droplet
- Le procedure a cui tali pazienti vengono sottoposti: cambio cannule e sostituzione PEG, verranno effettuate direttamente presso la UOC Broncopneumologia: l' Equipe degli specialisti si recherà dal paziente ed osserverà le precauzioni suddette durante lo svolgimento delle operazioni. Per eventuali indagini che questi pazienti dovranno effettuare es. elettrocardiogrammi, Rx ed altro, per cui è possibile trasportare la strumentazione necessaria, saranno gli specialisti a recarsi presso UOC Broncopneumologia. Si chiede la massima disponibilità per eventuali esami non programmabili.
- Se si ravvisa la necessità di particolari interventi sul paziente es. posizionamento di PEG che non possono essere effettuati nell'ambito della UOC Broncopneumologia per necessità di strumentazione adeguata, il paziente verrà trasportato nella U.O. /Servizio apposito.
Il personale della UOC Broncopneumologia concerterà con la U.O./Servizio la programmazione dell'intervento, che possibilmente dovrà avvenire alla fine dell'attività ordinaria o comunque in stanza dedicata, in modo da poter poi eseguire idonea immediata sanificazione degli ambienti. Inoltre il personale della U.O./Servizio applicherà nell'assistenza al paziente le precauzioni individuate.
- La stanza dedicata nella UOC Broncopneumologia, al momento della dimissione del paziente verrà adeguatamente sanificata. Al fine di ottimizzare tale operazione la Coordinatrice del reparto invierà al responsabile della Ditta DM la programmazione degli accessi dei pazienti in ventilazione meccanica per via tracheostomica e segnalerà in tempo utile eventuali variazioni, il tutto nel rispetto della riservatezza dei dati personali.

Percorso Territoriale

- Gli operatori sanitari e socio sanitari che operano sul territorio ed erogano assistenza a tale tipologia di pazienti, dovranno adottare le precauzioni standard/contatto/droplet; inoltre sarà responsabilità del Direttore del Distretto cui tali pazienti appartengono, diffondere tale istruzione operativa a tutte le figure coinvolte nella gestione.
- Nel momento in cui il paziente usufruisce dei trasporti protetti la Coordinatrice della Ditta Incaricata provvederà a far utilizzare ai propri operatori i DPI necessari e a far sanificare il mezzo immediatamente dopo il trasporto.
- Nel caso in cui il paziente acceda al P.O. tramite 118, il personale sanitario adotterà le idonee precauzioni ed inoltre provvederà alla sanificazione del mezzo usato.

Accesso in P.S. ed eventuale ricovero

- Il personale del Pronto Soccorso, quello dell'U.O. di ricovero e le varie figure coinvolte nell'assistenza a questa tipologia di pazienti adotteranno le precauzioni standard/contatto/droplet; alla dimissione del paziente le Coordinatrici del P.S. e dell'U.O. di destinazione provvederanno a far effettuare idonea sanificazione degli ambienti.

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

- Per eventuali indagini che questi pazienti dovranno effettuare es. elettrocardiogrammi, Rx ed altro, per cui è possibile trasportare la strumentazione necessaria, saranno gli specialisti a recarsi presso UOC Broncopneumologia.

6. GESTIONE DELLE REVISIONI

La presente istruzione operativa sarà oggetto di revisione in base alle evidenze emerse durante la sua applicazione nella pratica clinica

7. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

Il presente documento è diffuso dalla DMO/DAPS/Direttore del Distretto a tutte le figure coinvolte, inoltre i responsabili delle UU.OO. ed i coordinatori infermieristici si impegnano a divulgarlo nelle loro strutture di appartenenza.

8. ALLEGATI

- allegato n. 1 “Scheda rilevazione germi alert”
- allegato n. 2 “precauzioni standard”
- allegato n. 3 “precauzioni aggiuntive per infezioni trasmissibili da contatto e/o tramite droplet”

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva |  |
| | ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH | Rev.0 del |

| | |
|---|---------------------------|
| Allegato 1 - Pag. 1 di 1 | |
| SCHEDA DI RILEVAZIONE GERME ALERT (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DI U.O./AREA DI DEGENZA CUI AFFERISCE IL PAZIENTE IN DH) | |
| PAZIENTE: | U.O./DH: |
| MICROORGANISMO ISOLATO: | DATA DI ISOLAMENTO: |
| MATERIALE DI ISOLAMENTO: sangue liquor feci broncoaspirato espettorato tampone piaga tampone ferita tampone rettale fistola CVC catetere vescicale PIC altro* _____ | |
| PROVENIENZA DEL PAZIENTE: domicilio altro ospedale* _____ altro reparto* _____ struttura socio-sanitaria* _____ | |
| NEGLI ULTIMI 60 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO DEGENTE PRESSO OSPEDALE O STRUTTURA SOCIO-SANITARIA? si no | |
| TERAPIE PRECEDENTI L'ISOLAMENTO DELL'ALERT? si no SE SI: Immunosoppressiva non steroidea steroidea ad alte dosi steroidea a basse dosi antibiotica INDICAZIONE profilassi terapia Molecola/farmaco* _____ | |
| NEGLI ULTIMI 60 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO? si no CLASSE DI INTERVENTO pulito pulito-contaminato contaminato sporco | |
| NEGLI ULTIMI 12 MESI IL PAZIENTE HA RICEVUTO IMPIANTI/PROTESI ? si no | |
| IL PAZIENTE E' PORTATORE DI DEVICES? si no catetere urinario catetere vascolare ventilazione meccanica drenaggio altro* _____ | |
| IL PAZIENTE E' PORTATORE DI: ferite aperte decubiti essudanti fistole | |
| NEGLI ULTIMI 30 GIORNI IL PAZIENTE E' STATO SOTTOPOSTO A PROCEDURE ENDOSCOPICHE? no si* _____ | |
| IL PAZIENTE PRESENTA ATTUALMENTE: COLONIZZAZIONE (positività microbiologica al germe alert senza manifestazioni e segni clinico/laboratoristici di risposta sistemica) 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) 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 |

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

Allegato 2 - 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

IGIENE DELLE MANI



- E' obbligatorio il lavaggio mani o frizionamento idroalcolico prima di assistere il malato.
- 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

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

Allegato 2 - 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.

NB In caso di contagio per via aerea oltre alle precauzioni standard e da contatto bisogna indossare la maschera facciale FFP2; la maschera facciale FFP3 deve essere indossata in caso di manovre diagnostico/assistenziali invasive che determinano l'eliminazione forzata di droplet. I facciali filtranti vanno consegnati a titolo personale ad operatori addestrati (DPI cat. III); devono calzare bene e devono essere adattati al volto. Di norma possono essere usati durante un turno di lavoro per la durata massima prevista dal produttore e riportata su scheda tecnica, avendo cura di non contaminarli. I facciali filtranti in uso nel turno, purchè non contaminati nella parte interna da liquidi o escreti, vanno conservati in un contenitore chiuso e riposti in un armadietto dedicato; devono essere cambiati: dopo un uso complessivo superiore a quello indicato dal produttore; dopo contaminazione diretta della maschera da parte di secreti; in caso di difetti visibili delle maschere.

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

| | | |
|---|--|---|
|  | <p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p style="text-align: center;">ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p style="text-align: right;">Rev.0 del</p> |

Allegato 2- 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.
- 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 d'azione dei disinfettanti.

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).

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

Allegato 2 - Pag. 4 di 4

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 UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva |  |
| | ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH | Rev.0 del |

Allegato 3 - 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 alerte 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 e di possibili complicanze legate a tali microrganismi e/o pazienti per i quali si ipotizza un ricovero di breve durata.
- 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.
- In caso di colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio mantenere il paziente ad una distanza non inferiore ad un metro e mezzo con il paziente più vicino

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) 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.

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

Allegato 3 - 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>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità Responsabile: Dott.ssa M. Serva</p> |  |
| | <p>ISTRUZIONE OPERATIVA SORVEGLIANZA MDRO NEI PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI DH</p> | <p>Rev.0 del</p> |

Allegato 3 - 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..