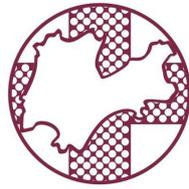
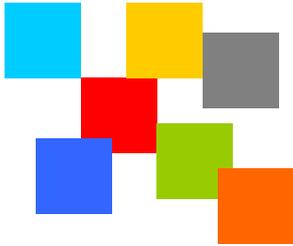


Azienda Provinciale



per i Servizi Sanitari

Provincia Autonoma di Trento



MISURE DI ISOLAMENTO

UNA GUIDA OPERATIVA PER LA TUTELA
DEL PAZIENTE E DELL'OPERATORE





Il documento è stato redatto da.

Dott.ssa Adrienne Segata
ICI Dott.ssa Renata Lazzeri
CPS Carmen Boninsegna

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio
Ufficio Medicina Preventiva
Ufficio Medicina Preventiva

con la collaborazione di:

Dott. Michele Malavolta
Dott. Tullio Parisi
Dott. Alberto Di Leo
Dott.ssa Teresa Pusiol
CPS Bruna Pedrotti
CPS Annalisa Gios
CPS Ilaria Nannini
CPS Lia Gobbi
CPS Marina Gerosa
Ing. Alessio Zeni

Dirigente Medico U.O. Ortopedia e Traumatologia
Dirigente Medico U.O. Medicina
Dirigente Medico U.O. Chirurgia Generale
Direttore f.f. U.O. Anatomia Patologica
Servizio per le Professioni Sanitarie
U.O. Ortopedia
U.O. Medicina
U.O. Pediatria
U.O. Neurologia
Responsabile Nucleo Impianti - APSS

Il Capitolo Misure di Profilassi è stato redatto da:

Dott.ssa Manuela Spaccini - Dirigente Medico dell'U.O. Igiene e Sanita' Pubblica Centro Sud - Ambito Vallagarina

Marzo 2015



INTRODUZIONE	5
SCOPO	7
CAMPO DI APPLICAZIONE	7
ABSTRACT	8
RESPONSABILITA'	9
RAZIONALE PER LE MISURE D'ISOLAMENTO IN OSPEDALE	12
1. SORGENTE	12
2. OSPITE	12
3. MODALITA' DI TRASMISSIONE	13
TRASMISSIONE PER CONTATTO	13
TRASMISSIONE TRAMITE GOCCIOLINE (DROPLET)	14
TRASMISSIONE PER VIA AEREA	14
TRASMISSIONE ATTRAVERSO MODALITÀ MULTIPLE	14
TRASMISSIONE DALL'AMBIENTE	15
STRATEGIE FONDAMENTALI DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE	16
1. PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO	17
2. GESTIONE DEI VISITATORI	18
MISURE DI PROFILASSI	19
PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO	20
I. PRECAUZIONI STANDARD	21
1. IGIENE DELLE MANI	22
2. UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	24
3. IGIENE RESPIRATORIA	31
4. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE	32
5. GESTIONE DEI PRESIDI PER L'ASSISTENZA	32
6. IGIENE AMBIENTALE	34
7. BIANCHERIA E TELERIA	36
8. SICUREZZA DELLA TERAPIA INIETTIVA	37
9. MISURE DI CONTROLLO PER PROCEDURE SPECIALI A LIVELLO LOMBARO	38
10. SMALTIMENTO RIFIUTI	38
II. PRECAUZIONI AGGIUNTIVE	39
A. PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER TRASMISSIONE DA CONTATTO	40
1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E ALLESTIMENTO DELLA STANZA	41
2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	42
3. IGIENE DELLE MANI	43
4. TRASPORTO DEL PAZIENTE	44
5. GESTIONE DEI PRESIDI ASSISTENZIALI	45
6. IGIENE AMBIENTALE	46
A.1 MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI	47
A.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE PER TRASMISSIONE DA CONTATTO	53
B. PRECAUZIONI PER TRASMISSIONE DA DROPLET (GOCCIOLINE)	54
1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E PREPARAZIONE DELLA STANZA	55
2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	56
3. IGIENE DELLE MANI	56
4. IGIENE RESPIRATORIA	56
5. TRASPORTO DEL PAZIENTE	57
C. PRECAUZIONI PER TRASMISSIONE DA VIA AEREA	58
1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E PREPARAZIONE DELLA STANZA	59
2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	60
3. TRASPORTO DEL PAZIENTE	61
4. GESTIONE DELL'ESPOSIZIONE	62



TABELLE RIEPILOGATIVE E RAFFRONTO DEI PRINCIPALI ASPETTI ALL'INTERNO DELLE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE	63
III. APPLICAZIONE EMPIRICA DELLE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE.....	64
IV. MISURE D'ISOLAMENTO IN CAMERA MORTUARIA E SALA ANATOMICA.....	66
MONITORAGGIO ADESIONE ALLE PRECAUZIONI D'ISOLAMENTO	68
FASE DI ATTUAZIONE.....	73
GLOSSARIO	74
BIBLIOGRAFIA.....	76
DESTINATARI.....	79
ALLEGATI.....	80
ALL. 1: PRECAUZIONI SPECIFICHE PER MODALITÀ DI TRASMISSIONE: LISTA PER MALATTIA/CONDIZIONE	81
ALL. 2: IMMUNOPROFILASSI E CHEMIOPROFILASSI	99
ALL. 3: SINTESI PRECAUZIONI STANDARD	113
ALL. 4: I 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI.	114
ALL. 5: LAVAGGIO DELLE MANI	115
ALL. 6: FRIZIONE ALCOLICA DELLE MANI	116
ALL. 7: POSTER IGIENE MANI: GUIDA AL PAZIENTE	117
ALL. 8: COME INDOSSARE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	118
ALL. 9: COME RIMUOVERE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	119
ALL. 10: POSTER IGIENE RESPIRATORIA	120
ALL. 11: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER LEGIONELLOSI	121
ALL. 12: SINTESI "PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO"	123
ALL. 13: CARTELLO ARANCIONE "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA - PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO"	124
ALL. 14: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO"	125
ALL. 15: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFEZIONE DA MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI	126
ALL. 16: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER PEDICULOSI	130
ALL. 17: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER SCABBIA	132
ALL. 18: SINTESI "PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO"	135
ALL. 19: CARTELLO ARANCIONE SCURO "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA - PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO"	136
ALL. 20: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO"	137
ALL. 21: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	138
ALL. 22: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER GASTROENTERITE DA ROTAVIRUS	140
ALL. 23: MODULO RICHIESTA PULIZIA/DISINFEZIONE AMBIENTALE	142
ALL. 24: SINTESI "PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET"	143
ALL. 25: CARTELLO VERDE "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET"	144
ALL. 26: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET"	145
ALL. 27: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFLUENZA	146
ALL. 28: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER MENINGITE	148
ALL. 29: SINTESI "PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA"	150
ALL.30: CARTELLO AZZURRO "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA"	151
ALL. 31: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA"	152
ALL. 32: COME INDOSSARE IL FILTRANTE FACCIALE	153
ALL. 33: DIAGRAMMA DI FLUSSO: SCELTA DISPOSITIVI DI PROTEZIONE OCCHI-VISO-PROTEZIONE RESPIRATORIA	154
ALL. 34: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER TUBERCOLOSI LARINGEA O POLMONARE	155
ALL. 35: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER MORBILLO	157
ALL. 36: CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO	159
ALL. 37: CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET	160
ALL. 38: CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA	161
ALL. 39: TABELLA MONITORAGGI AMBIENTALI	162



INTRODUZIONE

In ambito ospedaliero il problema delle infezioni assume particolare rilevanza per l'elevata incidenza dei casi di patologia infettiva, per l'affollamento dei reparti di degenza, per le numerose occasioni di contagio dovute alle pratiche assistenziali e per la maggior suscettibilità alle infezioni della popolazione ospedaliera. Poiché nel processo infettivo i fattori "agente" ed "ospite" sono difficili da controllare, la lotta contro la diffusione delle malattie infettive in ospedale si avvale di misure tese ad interrompere il contagio, intervenendo sulle modalità di trasmissione.

In ambito sanitario con il termine isolamento ci si riferisce a tutte quelle misure atte a contenere la diffusione delle infezioni che, in passato, prevedeva la separazione fisica della fonte di infezione dai soggetti suscettibili. In ambiente ospedaliero l'isolamento coincideva di fatto con il ricovero di un paziente fonte di infezione in locale adeguato e separato da altri pazienti con patologie diverse.

Negli ultimi anni, la letteratura internazionale ha ospitato un ampio dibattito su quale fosse l'approccio da preferire nell'isolamento dei pazienti in ospedale.

Negli anni 80 il concetto di "isolamento", inteso come segregazione fisica del soggetto infetto o sospetto, viene superato da un concetto di comportamento più funzionale in termini di prevenzione: il passaggio cioè da misure destinate a pazienti identificati o identificabili a precauzioni da usarsi per tutti i pazienti, cioè precauzioni universali.

Anche la comparsa di una nuova infezione come l'HIV fa maturare negli studiosi la consapevolezza che l'approccio precedente presentava dei limiti nella prevenzione della trasmissione delle infezioni in quanto si limitava ai pazienti sintomatici, con esclusione - e quindi possibile trasmissione - a soggetti suscettibili da parte di portatori sani colonizzati e pazienti in incubazione.

Negli anni '90 nasce negli Stati Uniti l'esigenza di sviluppare nuove linee guida per il controllo delle infezioni, quali sintesi delle varie raccomandazioni esistenti ed emanate in tempi diversi (precauzioni universali, BSI, linee guida sull'isolamento del CDC).

La presenza di sistemi di raccomandazioni molto diversi circa le finalità aveva creato negli operatori una certa confusione nell'applicazione.

Aspetto che viene superato dalle nuove Linee Guida emanate dal CDC di Atlanta 1996 che sistematizzano le raccomandazioni precedenti individuando due livelli di operatività.

Un primo da applicarsi a tutte le situazioni e definito come "Precauzioni Standard" un secondo più specifico e variabile in funzione delle diverse vie di trasmissione, denominato Transmission-Based Precautions (TBP) o precauzioni basate sulla via di trasmissione.

Le Precauzioni Standard armonizzano le Precauzioni Universali e le (Body Substance Isolation 1987) con la riduzione del rischio di trasmissione dei patogeni ematici e di tutti i patogeni associati alle sostanze corporee con componente liquida.

Le Precauzioni Standard vanno applicate a tutti i pazienti che ricevono assistenza indipendentemente dalla loro diagnosi o presunto stato di infezione.

Ad esse si aggiungono inoltre le Precauzioni Aggiuntive destinate all'assistenza di pazienti specifici di cui si conosce o si sospetta un'infezione da parte di patogeni epidemiologicamente importanti e trasmissibili mediante la via aerea, le goccioline (droplet) o per contatto. (Precauzioni basate sulla trasmissione: via aerea, goccioline, contatto).

L'insieme delle Precauzioni Standard e delle Precauzioni Aggiuntive rappresentano il core delle Linee Guida per l'isolamento nei servizi sanitari emanate dal Hospital Infection Control Practice USA (HIPCAC).



Nel 2007 il precitato documento è stato revisionato in relazione all'esigenza di una loro implementazione conseguente a fatti di bioterrorismo (Antrace) e successivamente alle pandemie di influenza e di sindrome respiratoria acuta (SARS) che hanno coinvolto anche paesi con sistema sanitario eccellenti.

Rispetto alla precedente edizione le Precauzioni Standard sono state integrate di un capitolo di raccomandazioni sull'igiene respiratoria ed inoltre integrate di un capitolo denominato "precauzioni aggiuntive su base empirica" da adottare per alcune sindromi cliniche o condizioni in attesa di una diagnosi definitiva e che comportano un rischio sufficientemente importante che ne giustifica l'applicazione.

La nuova revisione dà maggiore spazio ai dispositivi barriera (DPI) che l'operatore sanitario deve adottare per i singoli contesti assistenziali a tutela del paziente ma anche dell'operatore e del visitatore.

Pertanto se da un lato le Guidelines for Isolation Precautions "Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare setting (HICPAC 2007 USA) o meglio la loro applicazione rappresentano un utile strumento per migliorare la qualità nella prevenzione delle infezioni nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali, dall'altro lato rientrano nelle raccomandazioni previste dalla normativa vigente in materia di Igiene e sicurezza sul lavoro D.Lgs 81/2008 titolo X (esposizione ad agenti biologici).

Il tasso delle Infezioni Ospedaliere rappresenta un indicatore di qualità dell'assistenza di quella struttura; pertanto ogni azione rivolta ad una loro prevenzione è da considerare un'iniziativa rivolta al miglioramento della qualità dell'assistenza e quindi da ricomprendere nella gestione del rischio clinico.

In tale ottica tutti gli operatori non sono semplici destinatari dell'attività di prevenzione protezione ma parte attiva del sistema di gestione della sicurezza sia nei confronti del paziente che del visitatore e di loro stessi in quanto la corretta applicazione dei dispositivi barriera (DPI) ha anche finalità di tutela della propria salute.

A partire dall'esistenza di nuove indicazioni in materia di isolamento nelle strutture sanitarie si è ritenuto opportuno costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare allo scopo di procedere all'aggiornamento del documento "Misure di Isolamento in Ospedale" alle ultime evidenze.

Prima dell'approvazione da parte del CIO il documento è stato sottoposto con parere favorevole all'attenzione di un gruppo di sanitari dell'ospedale per valutarne l'effettiva adattabilità nella pratica quotidiana.

Il gruppo di lavoro, nel predisporre i contenuti del documento, secondo i criteri sopra sintetizzati, ha ritenuto opportuno per completezza e/o analogia dei temi trattati completare il testo con:

- una parte che delinea sinteticamente le misure da adottare nel caso di infezione da batteri multiresistenti;
- le raccomandazioni relative alle misure di immunoprofilassi/profilassi di operatori/visitatori e pazienti in caso di esposizione non protetta;
- programma di verifica periodica e strutturata della compliance degli operatori alle misure di isolamento.



SCOPO

Scopo del presente documento è quello:

- di fornire le più recenti raccomandazioni, supportate da evidenze scientifiche, per una corretta applicazione delle misure di isolamento;
- uniformare i comportamenti degli operatori con sospetto/diagnosi di infezione per evitare la trasmissione degli agenti infettivi;
- promuovere la sicurezza degli operatori sanitari, dei pazienti e dei visitatori nella struttura ospedaliera di Rovereto.

CAMPO DI APPLICAZIONE

I contenuti del presente documento si applicano a tutte le UU.OO/Servizi del Presidio Ospedaliero S. Maria del Carmine e Presidio di Ala



ABSTRACT

La volontà di procedere alla revisione dell'attuale documento "Precauzioni Isolamento in Ospedale" nasce dalla consapevolezza maturata nell'ambito del Comitato Infezioni Ospedaliere di questo Ospedale che sia la conoscenza delle Precauzioni di Isolamento che la loro corretta applicazione rappresenta da parte del personale uno degli strumenti di sicura prevenzione della trasmissione delle Infezioni Ospedaliere inoltre dall'opportunità di avere un documento aggiornato per dare impulso ad importanti iniziative per il controllo delle Infezioni Ospedaliere presso la struttura.

La conoscenza e la corretta adozione delle precauzioni di isolamento sono una misura di tutela della salute degli operatori. In tale ottica il presente documento può rientrare nelle misure preventive previste dalla normativa vigente e in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.lgs 81/08 titolo X).

Le indicazioni di sicurezza per gli operatori/paziente desumibili dal documento non si sostituiscono ad altri importanti documenti, linee guida aziendali e non in materia di sicurezza dell'operatore ai quali anche nel documento si trovano dei riferimenti per la successiva consultazione (protocollo per la gestione occupazionale a rischio HIV, TBC, rifiuti, linee guida, guanti ecc.).

La metodologia adottata è stata quella di istituire un gruppo multidisciplinare allo scopo di avviare un percorso di approfondimento con verifica/aggiornamento delle raccomandazioni in essere in materia di isolamento ospedaliero e di analizzarle al fine di una loro applicazione al contesto ospedaliero di Rovereto e di APSS.

Il documento contiene una parte generale che richiama il concetto di infezione, le modalità di trasmissione e le strategie di controllo.

Si è inoltre cercato di analizzare e definire per le professionalità coinvolte ruoli e responsabilità nell'implementazione delle raccomandazioni sulle Precauzioni di Isolamento.

Nel capitolo "strategie fondamentali di controllo della trasmissione" viene dedicato un capitolo alla chemio e all'immunoprofilassi di pazienti/operatori/visitatori in caso di esposizioni non protette.

Nella prima parte del documento vengono descritte le Precauzioni di Isolamento. Nella seconda parte più specifica viene dedicato spazio all'applicazione delle raccomandazioni in alcuni contesti particolari e alle proposte di monitoraggio rispetto al grado di adesione che si vogliono adottare per la struttura.

Il documento si completa con una serie di allegati che vogliono rappresentare degli strumenti operativi e di facilitazione per gli operatori sanitari per una corretta adesione alle raccomandazioni di isolamento sia nell'ottica della prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza che di tutela della propria salute.



RESPONSABILITÀ

La prevenzione delle infezioni richiede l'applicazione di strategie complesse all'interno di un contesto in cui la multidisciplinarietà del lavoro rappresenta una peculiarità e quindi la collaborazione e integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale rappresenta il presupposto per affrontare questo problema.

La corretta applicazione delle misure d'isolamento, con la finalità di evitare la trasmissione degli agenti infettivi e promuovere la sicurezza degli operatori sanitari, dei pazienti e dei visitatori, deve essere considerata una responsabilità specifica di ciascun operatore, da chi ha responsabilità di gestione a chi opera nei servizi. In particolare:

- il Direttore Medico di Presidio, è responsabile della stesura, approvazione e diffusione del documento e della sorveglianza rispetto alla sua corretta applicazione;
- l'ICI è responsabile della stesura, diffusione del documento, della sorveglianza rispetto alla sua corretta applicazione e della formazione degli operatori;
- il Direttore di UO/Servizio, è responsabile della diffusione e della sorveglianza della corretta applicazione del documento, nonché dell'informazione del personale di nuova assunzione;
- il Coordinatore di UO/Servizio, è responsabile della diffusione e della sorveglianza della corretta applicazione del documento anche attraverso la fornitura dei DPI e DM, nonché l'informazione al personale di nuova assegnazione;
- il Dirigente Medico è responsabile dell'applicazione del documento, della formulazione del sospetto/diagnosi di malattia infettiva e della sua notifica, dell'informazione al paziente e all'equipe, della registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente dell'attivazione/sospensione delle precauzioni aggiuntive;
- il Personale Infermieristico è responsabile dell'applicazione delle misure di isolamento descritte all'interno del presente documento e dell'informazione/addestramento del paziente, dei visitatori e personale non assistenziale e della registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente dell'attivazione/sospensione delle precauzioni aggiuntive,
- il Personale Tecnico è responsabile dell'applicazione del documento per quanto di competenza,
- il Personale di Supporto è responsabile dell'applicazione del documento per quanto di competenza.



Nella tabella seguente, si sintetizzano le specifiche responsabilità coinvolte nell'adozione delle misure di isolamento.

ATTIVITÀ	DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO	INFERMIERE CONTROLLO INFEZIONI	DIRETTORE UO/SERVIZIO	COORDINATORE UO/SERVIZIO	MEDICO	INFERMIERE	PERSONALE TECNICO	PERSONALE SUPPORTO
Stesura e approvazione del documento	R	R						
Diffusione e sorveglianza applicazione documento	R	R	R	R	C	C		
Applicazione Precauzioni Standard		C	R	R	R	R	R	R
Attivazione/Sospensione Precauzioni Aggiuntive		C	C	C	R	C		
Applicazione Precauzioni Aggiuntive		C	C	C	R	R	R	R
Registrazione nella documentazione clinica dell'applicazione/sospensione precauzioni aggiuntive			C	C	R	R		
Informazione/formazione paziente/personale non assistenziale/visitatori			C	C	R	R	C	C
Monitoraggio applicazione Precauzioni Aggiuntive	C	R	C	R	C	C		C

Legenda: R Responsabile, C Coinvolto

L'esercizio delle responsabilità sopra descritte - che attengono alla prevenzione delle infezioni nei confronti dei pazienti – coincide con le misure indicate dal DL 81/08 titolo X allegato XVI sia per quanto riguarda gli operatori con qualifica di coordinamento sia per gli altri operatori in quanto parte attiva del sistema di gestione della sicurezza.

Si ritiene quindi opportuno richiamare

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.
2. I lavoratori devono in particolare:
 - a. contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - b. osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, ai fini della protezione collettiva ed individuale;
 - c. utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e, nonché i dispositivi di sicurezza;
 - d. utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;
 - e. segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere c) e d), nonché qualsiasi eventuale condizioni di pericolo di cui vengono a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di



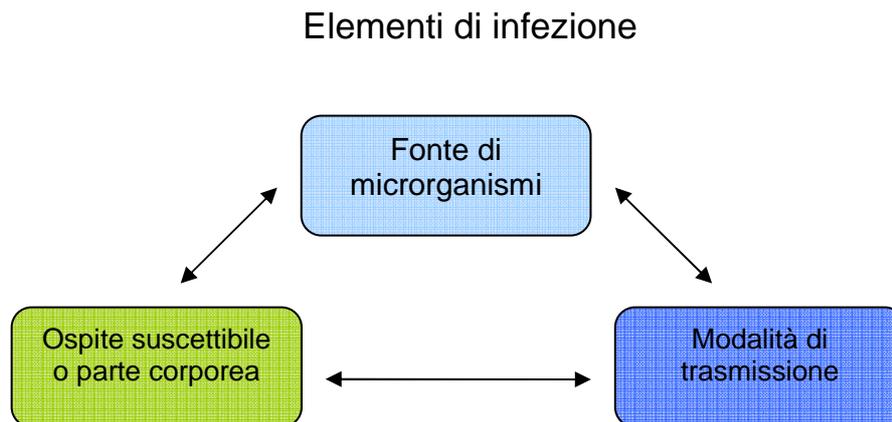
- cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e imminente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;
- f. non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
 - g. non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
 - h. partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;
 - i. sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente.



RAZIONALE PER LE MISURE D'ISOLAMENTO IN OSPEDALE

La trasmissione delle infezioni in ambito ospedaliero è resa possibile dall'interazione di tre principali elementi:

- 1) una sorgente/serbatoio di microrganismi patogeni;
- 2) un ospite suscettibile ed una porta di ingresso specifica per quel microrganismo;
- 3) una via di trasmissione specifica per quel patogeno.



1. SORGENTE

Tra le sorgenti (serbatoi) di infezioni, quella principale è costituita dalle persone (altri pazienti, operatori, visitatori, familiari o la flora endogena del paziente).

Le *sorgenti (serbatoi) umane* possono essere rappresentate da persone colonizzate (sia transitoriamente che cronicamente) o portatrici *croniche di agenti infettanti* o da *persone con infezioni in atto* o con *infezioni in fase di incubazione*.

Anche l'ambiente inanimato può essere implicato nella trasmissione di microrganismi a partenza da *fonti ambientali* o da *veicoli contaminati* (attrezzature, strumentario, dispositivi medici, ecc.).

Infine, è possibile acquisire infezioni tramite *materiali biologici* (in occasione di trasfusioni o ricezione di organi o tessuti).

2. OSPITE

La resistenza delle persone ai microrganismi patogeni varia molto da soggetto a soggetto.

Alcuni possono essere immuni alle infezioni o essere capaci di resistere alla colonizzazione da parte di un agente infettante; altri, esposti allo stesso agente, possono stabilire una relazione di commensalismo con i microrganismi infettati e divenire portatori asintomatici; altri ancora possono sviluppare una malattia clinicamente manifesta.

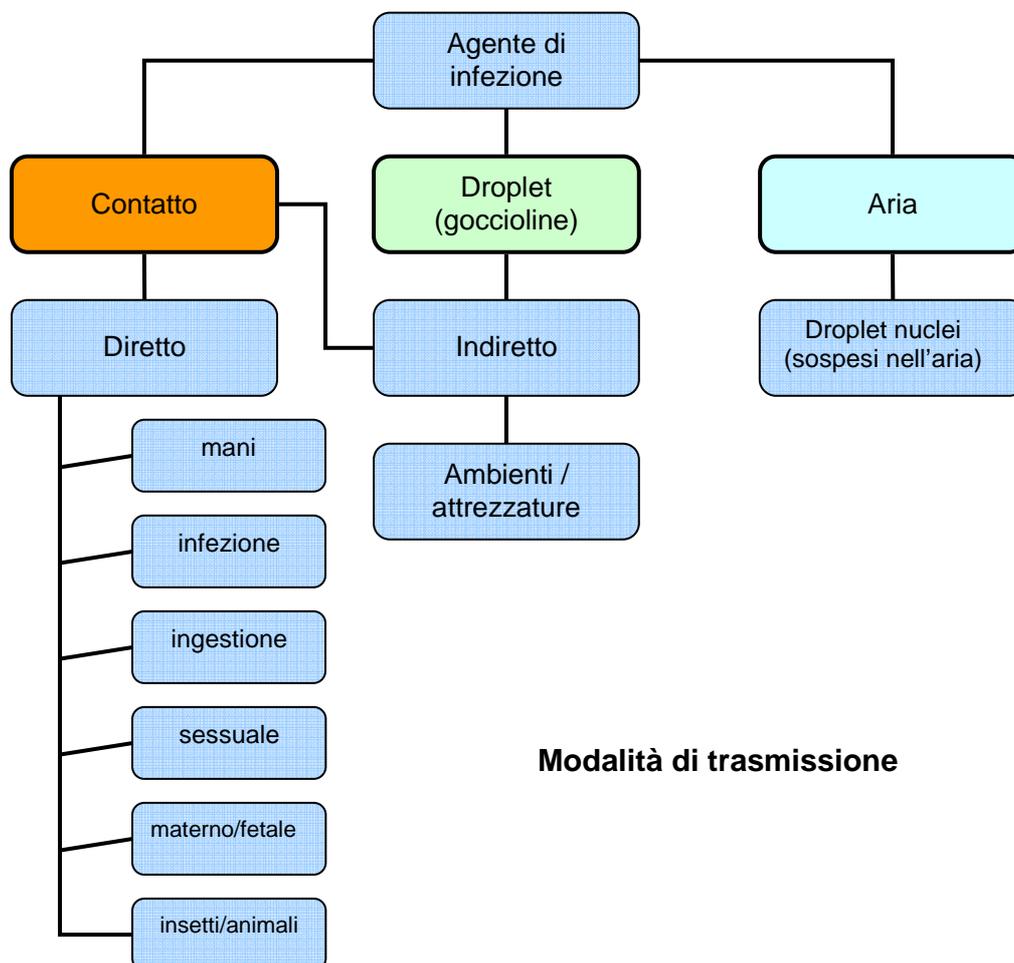
Fattori dell'ospite quali l'età, le malattie predisponenti, alcuni trattamenti con antibiotici, corticosteroidi o con altri agenti immunosoppressivi, radiazioni e una violazione delle "prime linee" dei meccanismi di difesa causata da interventi chirurgici, anestesia o cateteri a dimora possono rendere il paziente più suscettibile alle infezioni.

Pazienti con deficit immunitari congeniti o acquisiti sono ad aumentato rischio, in correlazione con lo specifico difetto immunitario.



3. MODALITA' DI TRASMISSIONE

In ospedale i microrganismi possono essere trasmessi con diverse modalità e lo stesso germe può essere trasmesso attraverso più di una via.



Esistono tre principali modalità di trasmissione:

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

E' importante comunque ricordare, che non tutti i microrganismi vengono trasmessi da persona a persona.

Trasmissione per contatto

Il più importante e frequente modo di trasmissione delle infezioni ospedaliere è costituito dalla trasmissione per contatto, che può essere diretta o indiretta.

- La *trasmissione per contatto diretto* comporta un contatto tra due superfici corporee ed il trasferimento fisico di microrganismi fra una persona infetta o colonizzata ad un ospite suscettibile, anche attraverso le mani degli operatori sanitari. Può verificarsi allorché una persona mobilita un paziente o lo aiuta nel fare il bagno o compie altre attività di assistenza che richiedono un contatto diretto; inoltre può verificarsi tra due pazienti, uno dei quali rappresenta la fonte di microrganismi infettivi e l'altro l'ospite suscettibile.
- La *trasmissione per contatto indiretto* comporta il contatto di un ospite suscettibile con un *oggetto contaminato*, di solito inanimato, che fa da intermediario e che può essere



costituito da uno strumento chirurgico, un ago o un presidio quale un termometro o un dispositivo per il monitoraggio della glicemia, un indumento (anche protettivo), o le mani contaminate e i guanti che non sono stati cambiati tra un paziente e un altro.

Trasmissione tramite goccioline (droplet)

Tecnicamente, viene considerata una forma di trasmissione per contatto. Tuttavia, il meccanismo di trasferimento dei patogeni all'ospite è completamente distinto.

Le goccioline respiratorie, contenenti microrganismi generate dalla persona infetta, raggiungono direttamente le mucose (congiuntive, naso e bocca) del ricevente, generalmente entro un breve raggio dal soggetto fonte.

Per tale motivo è richiesta una **protezione facciale**. Le goccioline sono generate dal soggetto fonte con la vociferazione, la tosse o lo starnuto e durante l'esecuzione di alcune procedure (quali *aspirazione, intubazione endotracheale, induzione dell'espettorato, broncoscopia e procedure di rianimazione cardiopolmonare*).

Dall'analisi della letteratura è emerso un dibattito rispetto alla distanza di trasmissione delle goccioline droplet evidenziato all'interno del documento canadese (linee guida 2012), che si esprime per una distanza inferiore ai due metri.

All'interno di questo documento si è mantenuta l'indicazione riportata nella maggior parte della letteratura internazionale e all'interno di documenti italiani che considerano come distanza a rischio per la trasmissione delle goccioline/droplet il metro.

Poiché le goccioline non rimangono sospese nell'aria non sono richiesti speciali trattamenti dell'aria o una particolare ventilazione per prevenirne la trasmissione; infatti la *trasmissione tramite goccioline non va confusa* con la *trasmissione per via aerea*.

Trasmissione per via aerea

Si verifica per disseminazione di "droplet nuclei" (*nuclei di goccioline*) ovvero di *piccole particelle* di dimensioni tali da poter essere inalate e contenenti l'agente infettivo che mantiene la capacità infettante a distanza di tempo e di spazio.

I microrganismi trasportati in questo modo possono essere dispersi a *grande distanza* da correnti d'aria ed essere inalati dall'ospite suscettibile, *anche quando* tale persona *non viene direttamente in contatto* con il soggetto fonte, o *addirittura non entra neppure nella stanza di isolamento*; ciò in conseguenza di fattori ambientali favorevoli (stanza di degenza a più letti, sistema di condizionamento dell'aria dei locali di isolamento non autonomo, ecc.).

Sono pertanto richiesti speciali **trattamenti dell'aria** e particolari **sistemi di ventilazione** (ad es. stanze per **isolamento aereo**) per il contenimento e la rimozione in tutta sicurezza dell'agente infettante.

Trasmissione attraverso modalità multiple

Gli agenti responsabili di alcune patologie emergenti (quali SARS, *Monkey-Pox*, ed influenza di origine aviaria) dati i risultati conflittuali di studi in proposito e le incertezze circa la modalità di trasmissione, sono difficili da assegnare ad una specifica categoria di isolamento, essendo più frequentemente trasmessi per *droplet* o contatto, ma risultando talora acquisiti tramite inalazione.

Le preoccupazioni suscitate dall'evenienza di **modalità di trasmissione non identificate o incerte** di agenti – associati con patologie gravi per le quali non è stato identificato un



trattamento – ha condotto all’adozione di strategie di prevenzione più estreme di quanto sarebbe necessario.

Per tali patologie, così come per altre patologie altamente contagiose, infatti, in base al principio di precauzione, viene istituito l’**alto isolamento**, che prevede la contemporanea adozione di tutte le **precauzioni previste per le diverse modalità di trasmissione** (standard, contatto, *droplet*, e aerea).

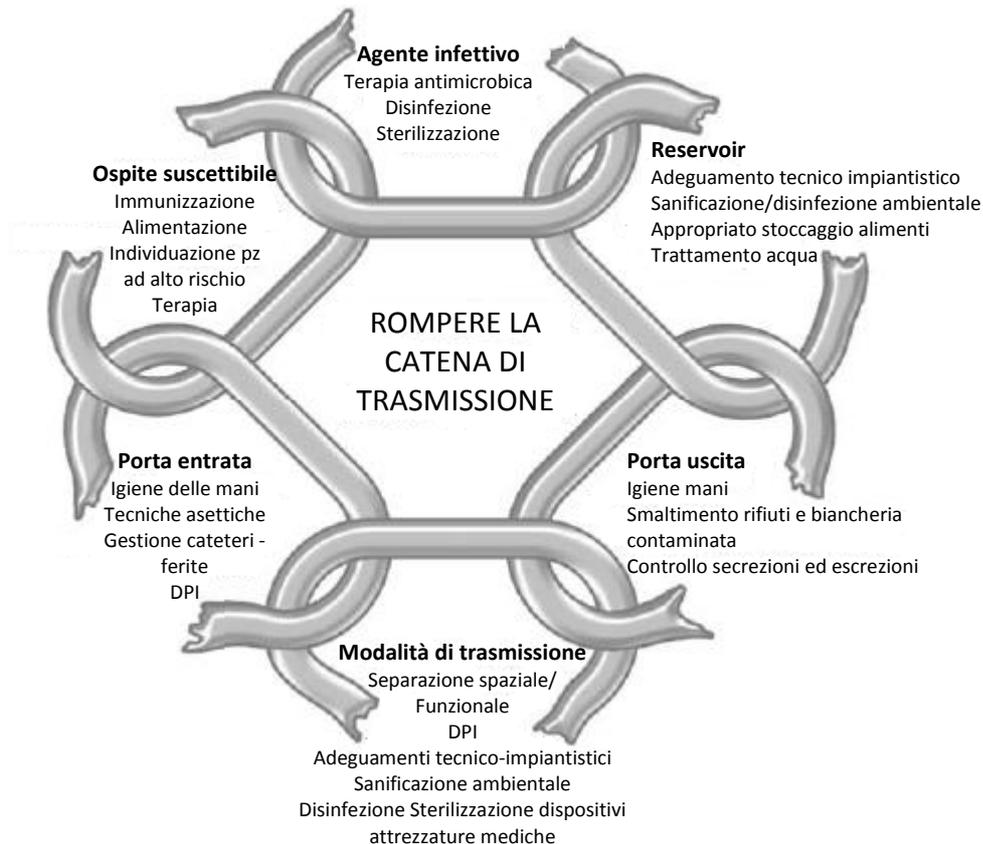
Trasmissione dall’ambiente

Alcuni agenti acquisibili per via aerea provengono dall’ambiente e generalmente non vengono trasmessi da persona a persona, come le spore di *Aspergillus spp.*, ubiquitarie nell’ambiente, che possono causare patologie nei pazienti immunocompromessi che inalano spore aerosolizzate tramite le polveri prodotte durante lavori edilizi. Un altro microrganismo che può determinare infezioni polmonari nei pazienti immunocompromessi a partire da una fonte ambientale, come l’acqua è la *Legionella Pneumophila* dei siero gruppi 1 e 6.



STRATEGIE FONDAMENTALI DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE

ROMPERE LA CATENA DI TRASMISSIONE DELLE INFEZIONI



Un'infezione può essere prevenuta rompendo qualsiasi anello della catena dell'infezione, le misure di controllo delle infezioni sono disegnate per rompere gli anelli della catena e pertanto prevenire l'insorgenza delle infezioni.

Le precauzioni d'isolamento sono delle misure di controllo e prevenzione delle infezioni che agiscono sulle modalità di trasmissione.

Per contenere il rischio di trasmissione dei microrganismi in ambito ospedaliero, vengono impiegate varie **misure di controllo** delle infezioni.

Tali misure costituiscono gli elementi fondamentali delle precauzioni di isolamento.

Per il contenimento della trasmissione, oltre alle suddette misure di controllo relative ai pazienti e agli operatori, vengono impiegate anche misure di controllo concernenti i visitatori.

Uno degli elementi fondamentali per interrompere la catena di trasmissione delle infezioni è il tempestivo riconoscimento del paziente fonte con patologia infettiva conclamata o sospetta in



modo da consentire l'adozione delle misure di isolamento ed evitare esposizioni non protette di pazienti ed operatori.

In aggiunta alle suddette misure di controllo, vengono adottate – laddove sia possibile e ve ne sia indicazione – misure di prevenzione della trasmissione, quali la chemioprophilassi e l'immunoprofilassi .

- **precauzioni di isolamento** (misure di controllo concernenti i pazienti e gli operatori):
 - precauzioni standard
 - precauzioni per la trasmissione
- **gestione dei visitatori** (misure di controllo relative ai visitatori)

1. PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO

Vi sono due categorie di precauzioni di isolamento.

La prima comprende le Precauzioni Standard, ovvero le precauzioni destinate all'assistenza di tutti i pazienti in ospedale, indipendentemente dalla diagnosi o dalla condizione di presunta infezione.

L'attuazione di queste Precauzioni Standard rappresenta la prima strategia di controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.

La seconda categoria include le Precauzioni Basate sulla via di trasmissione, ovvero le precauzioni destinate esclusivamente all'assistenza di specifici pazienti.

Tali precauzioni, basate sulla trasmissione, sono destinate ai pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti con patogeni epidemiologicamente importanti diffusi o attraverso la via aerea, o le goccioline o attraverso il contatto.

Infine, sono da citare le così dette “*Misure d'isolamento protettivo*” o “*Precauzioni protettive*”, indicate per creare un *Ambiente Protettivo* nei confronti dei pazienti immunodepressi e, in particolare, sottoposti a trapianto di midollo.

In realtà, per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da un soggetto fonte (serbatoio) ad un paziente suscettibile, è necessario interrompere la *catena di trasmissione* attraverso l'adozione di:

a) precauzioni standard:

sono da utilizzare nell'assistenza di tutte le persone;

b) precauzioni basate sulla via di trasmissione

sono da adottare nell'assistenza di persone nelle quali sia stata accertata o venga sospettata una specifica infezione, della quale sia nota la modalità di trasmissione.

Le precauzioni di isolamento verranno discusse ampiamente nei capitoli seguenti e inoltre sono sintetizzate all'interno dell'allegato n° 1 elaborato dal CDC Atlanta che elenca la tipologia e la durata delle precauzioni da adottare per tipologia di microrganismo.

NB Nel presente documento sono riportate solo le misure di protezione degli operatori, strettamente connesse alle precauzioni di isolamento; per le restanti misure di protezione si rimanda alle norme specifiche.



2. GESTIONE DEI VISITATORI

I visitatori sono stati segnalati come fonte di svariati tipi di *infezione associata all'assistenza* (pertosse, tubercolosi, influenza ed altre infezioni virali respiratorie e SARS), ma non sono stati studiati metodi efficaci di *screening* in ambito sanitario.

In relazione al fatto che i visitatori possono essere considerati una fonte d'infezione o suscettibili alle stesse infezioni, le strutture sanitarie prevedono una regolamentazione dell'accesso dei visitatori in alcune aree o nelle stanze di degenza. Tale regolamentazione comprende:

- Poster informativi (all. 7 “Igiene delle mani: guida al paziente”, allegato n° 9: Poster Igiene Respiratoria)
- Informazione da parte del personale delle UUOO in situazioni in cui è prevista l'adozione delle precauzioni aggiuntive.

Il controllo attuato dal personale della struttura, permette di ammettere o escludere il visitatore.

Familiari e conviventi di pazienti con alcune malattie infettive (es. pertosse, epatite B e tubercolosi) possono necessitare di uno screening per identificare precedenti anamnestici di esposizione, così come segni e sintomi di infezione attiva e/o l'esigenza di interventi di profilassi.



MISURE DI PROFILASSI

Il personale sanitario può entrare in contatto con materiale biologico potenzialmente infetto.

Per tale motivo alcune vaccinazioni sono raccomandate al momento dell'entrata in servizio ai soggetti ritenuti suscettibili.

Le vaccinazioni raccomandate al personale sanitario come misura di profilassi pre-esposizione sono le seguenti:

1. antiepatite B
2. antimorbillo/rosolia/parotite
3. antivaricella
4. antipertossica/difterite/tetano
5. antinfluenzale (annuale)

In caso di esposizione del personale sanitario a pazienti affetti da malattie infettive esistono misure di protezione post-esposizione, che possono essere adottate dopo che l'esposizione è avvenuta.

La profilassi post-esposizione mediante vaccini (IMMUNOPROFILASSI ATTIVA) può essere adottata in particolari condizioni nelle seguenti malattie infettive.

- morbillo
- varicella
- epatite B
- epatite A

L'efficacia preventiva delle vaccinazioni eseguite dopo esposizione ad un agente infettivo è sempre inferiore rispetto alla profilassi pre-esposizione

In alcuni casi è prevista la profilassi con Immunoglobuline specifiche (IMMUNOPROFILASSI PASSIVA)

- Epatite B
- Varicella/Herpes zoster
- Morbillo
- Rosolia

In altri casi è possibile ricorrere alla CHEMIOPROFILASSI come misura post-esposizione:

- meningite meningococcica
- tubercolosi
- influenza
- pertosse

Le indicazioni alle misure di profilassi pre e post-esposizione per le seguenti malattie sono contenute nella scheda profilassi del personale (all. n. 2):

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1. morbillo | 7. influenza |
| 2. rosolia | 8. tbc |
| 3. parotite | 9. epatite B |
| 4. varicella /Herpes Zoster | 10. scabbia pediculosi |
| 5. pertosse | |
| 6. malattia meningococcica | |



PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO

- I. PRECAUZIONI STANDARD
- II. **PRECAUZIONI AGGIUNTIVE**
- III. **APPLICAZIONE EMPIRICA DELLE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE**
- IV. MISURE D'ISOLAMENTO IN CAMERA MORTUARIA E SALA ANATOMICA



I. PRECAUZIONI STANDARD

Le precauzioni standard rappresentano la primaria e fondamentale strategia di prevenzione e controllo delle ICPA e di tutela degli operatori sanitari.

Le precauzioni standard sono costituite da un **gruppo di misure** che si applicano a tutti i pazienti e includono:

PRECAUZIONI STANDARD
Igiene delle mani
Utilizzo dei dispositivi di protezione
Igiene respiratoria
Collocazione paziente
Gestione presidi dell'assistenza
Igiene ambientale
Gestione biancheria
Sicurezza terapia iniettiva
Misure di controllo per procedure speciali a livello lombare
Smaltimento rifiuti

- **Si applicano a tutti gli utenti assistiti** senza tener conto della diagnosi o del presunto stato infettivo;
- **Sono rivolte a tutti gli operatori sanitari;**
- **Si applicano sempre durante pratiche assistenziali** che comportino contatto con sangue o altri liquidi organici, secrezioni, escrezioni, cute non integra e mucose

Di seguito ogni elemento costitutivo delle precauzioni standard viene analizzato singolarmente, riportano le specifiche raccomandazioni delle Linee Guida Internazionali.

E' stata elaborata una scheda operativa che riassume le Precauzioni Standard (all. 3)

Inoltre in relazione all'epidemiologia della nostra struttura ospedaliera e all'investimento aziendale in termini di prevenzione e controllo della contaminazione da Legionelle degli impianti idro-sanitari e di condizionamento, è stata elaborata una scheda specifica relativa alle misure di isolamento da adottare nei casi di Legionellosi (all. 11)



1. IGIENE DELLE MANI

L'igiene delle mani è considerata la misura più importante per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale ed è un elemento essenziale delle precauzioni standard.

L'igiene delle mani deve essere eseguita prima e dopo il contatto con il paziente, prima di una manovra asettica, dopo il contatto con sangue, fluidi corporei, secreti, escreti, oggetti contaminati, dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente, dopo la rimozione dei guanti, prima della preparazione dei farmaci e del cibo (I 5 momenti dell'igiene delle mani_ all. 4).

L'igiene delle mani include:

- il lavaggio delle mani con acqua e sapone detergente o antisettico (all. 5),
- la frizione alcolica (all. 6).

Quando le mani non sono visibilmente sporche, i prodotti a base alcolica sono da preferirsi per la loro maggior attività antimicrobica, per un ridotto effetto in termini di secchezza della cute e per la facilità d'uso.

L'efficacia dell'igiene delle mani può essere compromessa dal tipo e dalla lunghezza delle unghie, dall'utilizzo dello smalto e di monili.

Le unghie artificiali ospitano più microrganismi patogeni sull'unghia e nell'area sub-ungueale rispetto alle unghie naturali; per questo motivo è consigliabile che gli operatori sanitari che assistono i pazienti non portino unghie artificiali.

Nella prevenzione della diffusione di microrganismi in ambito assistenziale è di rilevante importanza il coinvolgimento del paziente/utente e dei visitatori anche rispetto all'igiene delle mani come riportato all'interno dell'allegato n.7 "Igiene delle mani: guida al paziente".

Il rationale scientifico, le indicazioni e le modalità d'esecuzione dell'igiene delle mani sono riportate in maniera dettagliata all'interno del documento: "L'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria" pubblicato sul sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/igieman/view>



RACCOMANDAZIONI: IGIENE MANI	FONTE	GRADING
Lavarsi le mani con <u>acqua e sapone</u> o con <u>sapone antisettico</u> quando le mani sono visibilmente sporche o contaminate da materiale proteico o visibilmente imbrattate di sangue o altri liquidi organici	CDC 2007	1A
Utilizzare preferibilmente la <u>frizione delle mani con un prodotto a base alcolica</u> per l'antisepsi delle mani in tutte le altre situazioni cliniche descritte di seguito (voci a – f). In alternativa, in queste stesse situazioni lavare le mani con acqua e sapone		1A 1B
Eeguire l'igiene delle mani: a. prima e dopo il contatto diretto con i pazienti, b. dopo aver rimosso i guanti, c. prima di utilizzare un dispositivo invasivo per l'assistenza al paziente, indipendentemente dall'uso o meno dei guanti, d. dopo il contatto con fluidi o escrezioni corporee, mucose o cute non integra o medicazioni della ferita, e. in caso di passaggio da una sede corporea contaminata a una pulita durante l'assistenza allo stesso paziente, f. dopo il contatto con oggetti inanimati (compresa l'attrezzatura medica) nelle immediate vicinanze del paziente.	CDC 2007	1B 1B 1B 1A II II
Durante l'assistenza evitare di toccare le superfici nelle immediate vicinanze del paziente per prevenire sia la contaminazione delle mani pulite da parte delle superfici ambientali sia la trasmissione di patogeni dalle mani contaminate alle superfici.		1B
Lavare le mani con sapone semplice o antisettico e acqua o frizionarle con un prodotto a base alcolica prima di manipolare i farmaci o preparare, manipolare o servire alimenti e dopo aver utilizzato i servizi igienici.	WHO 2009	1B
Evitare l'uso contemporaneo di frizione a base alcolica e sapone antisettico		II
Non indossare unghie artificiali o extension se le attività prevedono il contatto diretto con i pazienti		1A



2. UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

I dispositivi di protezione individuali sono costituiti da una varietà di barriere utilizzate da sole o in combinazione, per proteggere le membrane mucose, le vie aeree, la cute e gli indumenti dell'operatore dal contatto con agenti infettanti.

La scelta di questi dispositivi di protezione si basa sul tipo di interazione con il paziente e/o sulla possibile modalità di trasmissione degli agenti patogeni.

Nel loro utilizzo è importante osservare le seguenti indicazioni generali:

- Indossare dispositivi di protezione quando si prevede il contatto con sangue o fluidi corporei;
- Evitare la contaminazione degli indumenti e della cute durante la loro rimozione;
- Rimuoverli e smaltirli prima di uscire dalla stanza del paziente;
- Dopo la rimozione dei dispositivi di protezione eseguire l'igiene delle mani.

Informazioni più dettagliate e le schede tecniche dei dispositivi di protezione in uso in APSS possono essere reperite nel documento "Repertorio dei Dispositivi di Protezione Individuale" reperibile in intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/sic/repdpi>

RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	FONTE	GRADING
Utilizzare i dispositivi di protezione quando il tipo di contatto atteso con il paziente implichi il contatto con sangue o altri liquidi biologici	CDC 2007	1B/1C
Prevenire la contaminazione degli abiti e della cute durante la rimozione dei dispositivi di protezione		II
Rimuovere e smaltire i dispositivi di protezione prima di lasciare la stanza o il box del paziente		1B/1C

a) GUANTI

In aggiunta all'igiene delle mani, i guanti hanno un ruolo importante nella riduzione del rischio di trasmissione dei microrganismi, in quanto forniscono una barriera protettiva e prevengono la contaminazione delle mani degli operatori sanitari:

Vanno utilizzati:

- Quando si prevede il contatto con sangue o altro materiale biologico potenzialmente infetto, mucose, cute non integra o potenzialmente contaminata (ad es. pazienti incontinenti a feci e urine)
- Per maneggiare o toccare dispositivi o superfici potenzialmente o visibilmente contaminati.

I guanti vengono inoltre utilizzati per ridurre la probabilità che i microrganismi presenti sulle mani degli operatori siano trasmessi ai pazienti durante le procedure invasive o altre procedure assistenziali che comportino il contatto con mucose e cute non integra del paziente, nonché per ridurre la probabilità che le mani degli operatori, contaminate con microrganismi



da un paziente o da un dispositivo/superficie, possano trasmettere questi germi ad un altro paziente.

Indossare guanti non sostituisce la necessità di lavare le mani, poiché:

- 1) i guanti possono presentare piccoli difetti invisibili o possono lacerarsi durante l'uso;
- 2) le mani possono contaminarsi durante la rimozione dei guanti.

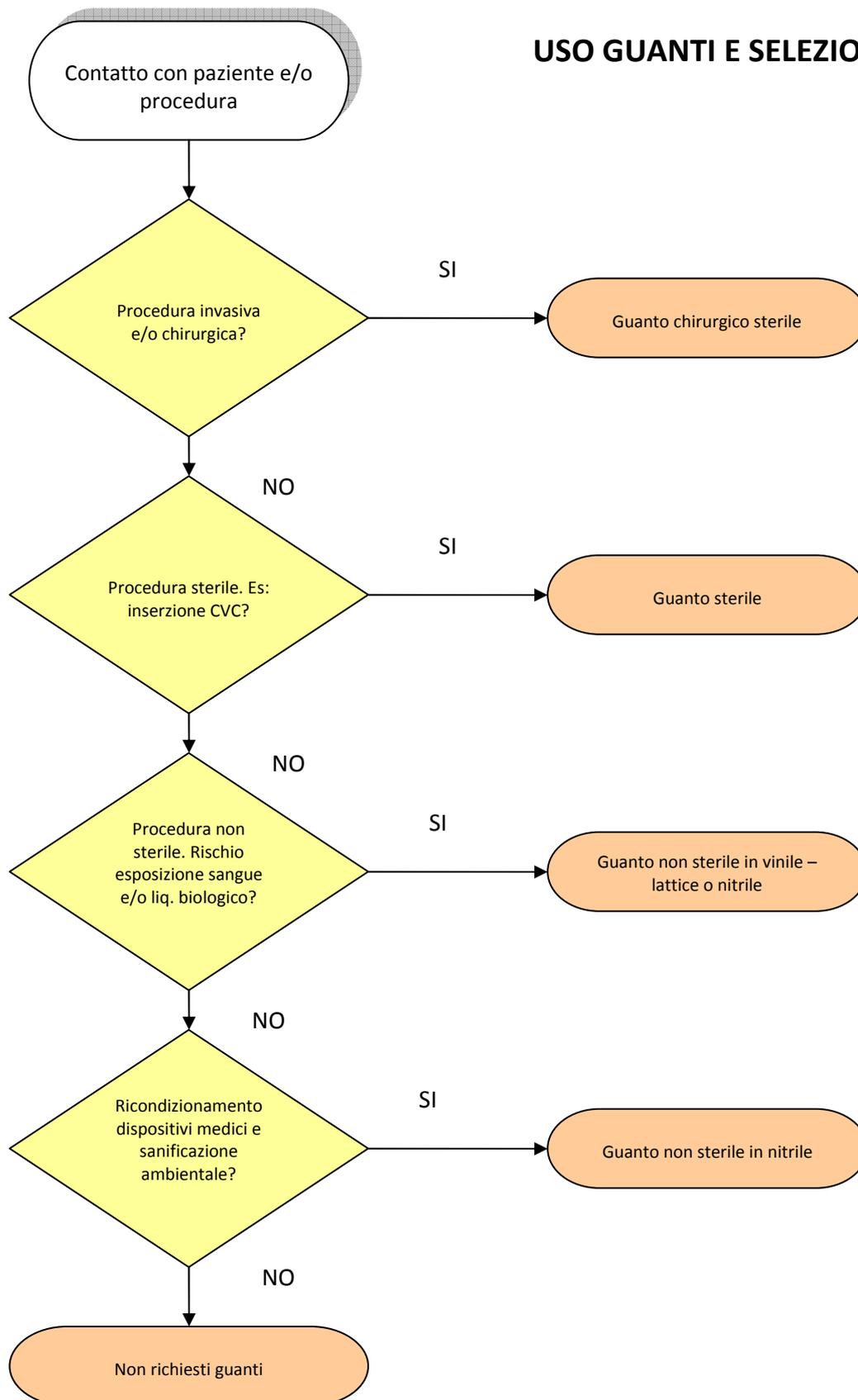
I guanti non devono essere considerati una misura sostitutiva al lavaggio delle mani o alla frizione alcolica.

I guanti devono essere:

MISURA	Adegua per garantire l'ergonomia e la sicurezza dell'operatore nell'esecuzione della prestazioni
TIPOLOGIA	<p>Adegua alla tipologia di prestazione da effettuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Per procedure che determinano il contatto con aree del corpo normalmente sterili → guanti sterili ▪ Per procedure che determinano il contatto con mucose e per altre procedure diagnostiche, assistenziali o terapeutiche che non richiedono l'utilizzo di guanti sterili → guanti monouso non sterili in vinile, lattice o nitrile a seconda della procedura come riportato all'interno del documento aziendale "guanti per uso medicale" pubblicato sul sito intranet: http://intranet.apss.tn.it/gdl/gdm/RepAPSS/Guanti/guanti%20lattice/view ▪ Per la pulizia ambientale e la decontaminazione dello strumentario → guanti in nitrile <p>Di seguito sintesi grafica selezione uso guanti</p>
SOSTITUITI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durante procedure effettuate sullo stesso paziente se si deve passare da una zona del corpo contaminata (es. zona perineale) ad una zona più pulita; ▪ quando si rompono, si verifica una lacerazione o una puntura.
RIMOSI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prontamente dopo il contatto con il paziente e/o l'ambiente circostante (comprese le attrezzature mediche) per evitare di inquinare, toccandoli, oggetti non contaminati o altre superfici. ▪ prima di assistere un altro paziente. <p>Nella rimozione dei guanti utilizzare appropriate tecniche per evitare la contaminazione delle mani.</p>



USO GUANTI E SELEZIONE



Maggiori dettagli rispetto all'uso/tipologia guanti da utilizzare nelle procedure assistenziali – vedi documento aziendale: "guanti per uso medicale"



RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO DEI GUANTI	FONTE	GRADING
I guanti devono essere considerati una misura aggiuntiva e <u>mai sostitutiva</u> rispetto al lavaggio delle mani o alla frizione con prodotti a base alcolica	WHO 2009	1A
Indossare i guanti quando si prevede il contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, mucose, cute non integra o potenzialmente contaminata (ad esempio paziente con incontinenza fecale o urinaria).	CDC 2007	1B/1C
Rimuovere i guanti dopo aver assistito un paziente o dopo aver toccato le superfici ambientali in prossimità del paziente (inclusa l'attrezzatura sanitaria).		1B
Non indossare lo stesso paio di guanti per assistere più di un paziente.		1B
Non riutilizzare o lavare i guanti, poiché questa pratica è stata associata con la trasmissione di microrganismi patogeni.		1B
Indossare guanti di misura e resistenza appropriata all'attività.		1B



b) SOVRACAMICE

Il sovracamice viene indossato durante procedure assistenziali in cui è prevedibile il contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni con la finalità di proteggere la cute dell'operatore, prevenire la contaminazione degli indumenti e ridurre la trasmissione dei patogeni ad altri pazienti e ambienti.

Il sovracamice deve essere:

<p>ADEGUATO ALLA PRESTAZIONE DA EFFETTUARE, ALLE CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE E AL GRADO PREVISTO DI CONTAMINAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per procedure che determinano il contatto diretto con il paziente con esposizione a ridotte quantità di materiale biologico → Sovracamice monouso in TNT ▪ Per procedure a rischio di emissione abbondante di liquidi biologici → sovracamice con rinforzi anteriori e nelle maniche ▪ Per procedure da eseguire in asepsi può essere necessario → sovracamice sterile
<p>SOSTITUITO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ quando si rompe o si verifica una lacerazione. ▪ non deve essere riutilizzato, neppure per procedure ripetute sullo stesso paziente
<p>RIMOSSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prima di assistere un altro paziente. ▪ prima di lasciare la stanza/zona del paziente, facendo in modo di prevenire la contaminazione degli indumenti o della cute, arrotolandolo su se stesso, verso l'interno.

RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO SOVRACAMICE	FONTE	GRADING
Indossare un sovracamice in grado di proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti durante procedure invasive e pratiche assistenziali che possono provocare contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni o escrezioni.	CDC 2007	1B/1C
Indossare il sovracamice nel contatto diretto con il paziente in caso di secrezioni o escrezioni profuse.		1B/1C
Rimuovere il sovracamice ed eseguire l'igiene delle mani prima di lasciare la stanza del paziente		1B/1C
Non riutilizzare il sovracamice, anche per ripetuti contatti con lo stesso paziente		II
Non indossare in modo routinario un sovracamice al momento dell'ingresso in una unità ad alto rischio (es. terapia intensiva, patologia neonatale).		1B



c) MASCHERINA CHIRURGICA, OCCHIALI PROTETTIVI O SCHERMO FACCIALE

Le mucose della bocca, del naso e degli occhi possono rappresentare una porta d'ingresso per i microrganismi, per cui devono essere protette con mascherina chirurgica, occhiali protettivi o schermo facciale durante manovre che possono determinare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi biologici, secrezioni ed escrezioni.

La mascherina chirurgica in ambito sanitario viene indossata principalmente per tre scopi:

- per ottenere una protezione delle mucose di naso e bocca degli operatori dal possibile contatto con materiale infetto (secrezioni respiratorie, schizzi o spruzzi di sangue, liquidi biologici...),
- per proteggere i pazienti, durante procedure che richiedono la tecnica asettica, dall'esposizione ad agenti infettivi colonizzanti la bocca e/o il naso degli operatori
- per limitare la disseminazione di secrezioni respiratorie infette dal paziente con tosse ad altri (igiene respiratoria).

La mascherina chirurgica deve essere indossata in associazione agli occhiali protettivi o allo schermo facciale.

La mascherina chirurgica deve essere:

INDOSSATA CORRETTAMENTE	▪ Coprire naso e bocca
SOSTITUITA	▪ Quando è umida o bagnata
RIMOSSA	▪ Terminata la prestazione per cui è stato necessario indossarla

Gli occhiali protettivi forniscono una protezione alle mucose degli occhi mentre lo schermo facciale fornisce una protezione più estesa della cute del volto (zona laterale); entrambi sono riutilizzabili e ne è consigliato un uso personalizzato.

La scelta della protezione per gli occhi e per il volto (occhiali a visiera o schermo facciale) dipende dalle circostanze dell'esposizione e dallo stato della vista dell'operatore (portatore di occhiali da vista o meno).



RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO MASCHERINA CHIRURGICA, OCCHIALI PROTETTIVI O SCHERMO FACCIALE	FONTE	GRADING
Utilizzare DPI per proteggere le mucose degli occhi, naso e bocca, durante procedure ed attività di assistenza al paziente che possono comportare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secrezioni o escrezioni. Selezionare maschere, schermi facciali, protezioni per gli occhi o combinazioni di questi in relazione al tipo di attività.	CDC 2007	1B/1C
Durante procedure che possono generare aerosol (broncoscopia, intubazione endotracheale, aspirazione ecc..), e quando non ci sia il sospetto di un'infezione trasmissibile per via aerea che richieda una protezione respiratoria (es. M. tuberculosis, la SARS o virus della febbre emorragica), indossare uno dei seguenti dispositivi di protezione: schermo facciale che copra completamente la parte anteriore e laterale del volto; una maschera con annessa visiera o mascherina con occhiali i protezione (oltre a guanti e sovracamice).		1B

Le modalità con cui devono essere indossati e rimossi i dispositivi di protezione individuali sono descritte all'interno dei seguenti documenti:

- Come indossare i dispositivi di protezione (all. 8)
- Come rimuovere i dispositivi di protezione (all. 9)
- Scelta di dispositivi protezione occhi – viso – protezione respiratoria (all. 33)



3. IGIENE RESPIRATORIA

L'igiene respiratoria consiste in una serie di misure che hanno la finalità di prevenire la trasmissione di patogeni respiratori attraverso le goccioline respiratorie, specialmente durante le epidemie stagionali di infezioni respiratorie virali nelle comunità.

Gli aspetti operativi relativi all'igiene respiratoria sono descritti all'interno del seguente documento:

- Poster Igiene Respiratoria_(all. 10)

RACCOMANDAZIONI: IGIENE RESPIRATORIA	FONTE	GRADING
Educare il personale all'importanza delle misure di controllo della fonte per contenere le secrezioni respiratorie allo scopo di prevenire la trasmissione di patogeni respiratori tramite droplets o fomi, soprattutto durante le epidemie stagionali di infezioni respiratorie virali nelle comunità (ad es. influenza, RSV, adenovirus, virus parainfluenzale).	CDC 2007	1B
Per controllare la trasmissione di infezioni respiratorie da parte di soggetti (pazienti e accompagnatori) con segni e sintomi di infezione respiratoria, adottare le seguenti misure all'ingresso nelle strutture assistenziali (ad esempio triage, sale di attesa della accettazione e del pronto soccorso, ambulatori, studi medici):		
- Affiggere cartelli nei punti strategici (ad es. ascensori, bar), negli ambulatori e nelle degenze riportanti le istruzioni per i pazienti e visitatori con sintomi di infezione delle vie respiratorie per coprire la bocca e il naso quando si tossisce o si starnutisce, utilizzare e disporre di fazzoletti ed eseguire l'igiene delle mani dopo che sono state in contatto con le secrezioni respiratorie;		II
- fornire fazzoletti di carta e predisporre contenitori aperti o no-touch per il loro smaltimento;		II
- istruire le persone a coprire naso e bocca quando starnutiscono o tossiscono e a lavarsi le mani dopo il contatto con le secrezioni respiratorie (fornire le risorse necessarie: distributori di soluzione idroalcolica e prodotti per il lavaggio mani ai lavandini);		1B
- nei periodi di maggior prevalenza di infezioni respiratorie in comunità, fornire mascherine sia ai pazienti che agli accompagnatori con tosse e incoraggiarli a mantenere una distanza di almeno 1 metro dalle altre persone.		1B



4. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

L'adeguata collocazione del paziente è una componente significativa delle misure d'isolamento. Nella scelta della collocazione del paziente durante il ricovero tenere in considerazione la potenziale trasmissione degli agenti infettivi.

Se la disponibilità di stanze singole è limitata, può essere considerata la possibilità di realizzare una corte (cohorting), raggruppando insieme pazienti colonizzati o infetti dallo stesso microrganismo in modo da isolarli in un area prevenendo il contatto con altri pazienti.

RACCOMANDAZIONI: COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
Nella decisione di dove collocare il paziente tenere in considerazione la potenziale trasmissione degli agenti infettivi. Scegliere la stanza singola, se disponibile, quando il paziente rappresenta un potenziale rischio di trasmissione agli altri (es. secrezioni non protette, escrescenze o drenaggio da ferita chirurgica, bambini con sospetta infezione virale respiratoria o intestinale).	CDC 2007	1B
Valutare i seguenti principi per decidere dove ricoverare il paziente: <ul style="list-style-type: none">– Via di trasmissione dell'agente infettivo noto o sospetto,– Fattori di rischio di trasmissione legati al paziente,– Rischio di eventi avversi risultanti dalla trasmissione di infezioni ad altri pazienti nelle aree o stanze di degenza,– Disponibilità delle stanze singole,– Possibilità di effettuare l'isolamento a gruppi di pazienti con la stessa infezione.		II

5. GESTIONE DEI PRESIDI PER L'ASSISTENZA

Le attrezzature e i dispositivi assistenziali utilizzati nell'assistenza e contaminati da sangue, fluidi corporei, secreti ed escreti devono essere manipolati con cura in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione degli indumenti degli operatori e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.

I presidi monouso per l'assistenza vanno eliminati negli appositi contenitori.

Le attrezzature e i dispositivi riutilizzabili possono essere impiegati per l'assistenza ad altri pazienti solo dopo essere stati ricondizionati, per prevenire la trasmissione di agenti infettanti da paziente a paziente.

I presidi per l'assistenza devono essere sottoposti a trattamenti di decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione e manutenzione seguendo le indicazioni del produttore.

La prima fase è rappresentata dalla decontaminazione ed è finalizzata a ridurre la trasmissione di microrganismi agli operatori addetti alla fase successiva di pulizia meccanica o manuale.

La pulizia è fondamentale per garantire l'efficacia delle fasi successive di disinfezione di alto livello o sterilizzazione dei dispositivi semicritici e critici, in quanto la presenza di materiale proteico residuo ne compromette il risultato finale.



Per quanto riguarda i dispositivi non critici può essere sufficiente un accurata pulizia o una disinfezione di basso livello.

Gli aspetti operativi legati alla gestione dei presidi per l'assistenza sono descritti all'interno dei seguenti documenti:

- "Gestione del materiale da sottoporre a sterilizzazione - istruzioni operative" reperibile al sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/ster/gmst/view>
- "Procedura per la gestione della controcannula tracheostomica in ospedale" reperibile al sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/tracan/view>
- "Procedura operativa per il trattamento delle superfici ambientali contaminate da sangue o altro materiale biologico" reperibile al sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/AMBDECONTAM/view>
- "Protocollo pulizia e disinfezione degli endoscopi ed uso delle macchine lava-disinfetta endoscopi"

RACCOMANDAZIONI: GESTIONE PRESIDI ASSISTENZIALI	FONTE	GRADING
Definire politiche e procedure per il contenimento, il trasporto e la manipolazione di attrezzature destinate all'assistenza del paziente e strumenti/presidi potenzialmente contaminati con sangue o liquidi biologici	CDC 2007	1B/1C
Rimuovere il materiale organico dai dispositivi critici o semicritici, attraverso la detersione, prima di procedere alla disinfezione ad alto livello o alla sterilizzazione poiché la presenza di materiale proteico riduce l'efficacia dei processi di disinfezione e sterilizzazione.		1A
Indossare dispositivi di protezione adeguati al livello di contaminazione atteso, quando si maneggiano strumenti e dispositivi visibilmente sporchi o che possono essere contaminati da sangue o liquidi biologici.		1B/1C



6. IGIENE AMBIENTALE

I microrganismi contaminano frequentemente le superfici ambientali; questo però, solo in qualche caso, si associa alla trasmissione di infezioni. Nella maggior parte dei casi è sufficiente la sanificazione delle superfici ambientali, lasciando la disinfezione a situazioni specifiche.

Il documento aziendale di riferimento è rappresentato dal Capitolato Tecnico disciplinante l'appalto del servizio integrato di sanificazione ambientale e servizi accessori presso le strutture ospedaliere dell'APSS.

Le modalità di esecuzione delle pulizie e la loro frequenza variano secondo le diverse aree ospedaliere, il tipo di superficie e il tipo di sporco da rimuovere.

È importante porre attenzione alle superfici nelle immediate vicinanze del paziente (spondine, comodini, tavolini,) o frequentemente toccate durante l'assistenza al paziente (maniglie delle porte, manopole dei rubinetti).

La disinfezione deve essere effettuata in aree ad alto rischio (es. sala operatoria), in presenza di superfici contaminate da schizzi o residui di materiale organico e in caso di microrganismi epidemiologicamente rilevati (vedi precauzioni aggiuntive).

All'interno dei reparti pediatrici o delle zone di attesa dotate di giochi è importante definire delle procedure per la pulizia e disinfezione dei giocattoli.

Per il trattamento delle superfici contaminate da sangue o altro liquido biologico fare riferimento al documento "Procedura operativa per il trattamento delle superfici ambientali contaminate da sangue o altro materiale biologico" reperibile al sito intranet:

<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/AMBDECONTAM/view>

RACCOMANDAZIONI: IGIENE AMBIENTALE	FONTE	GRADING
Stabilire politiche e procedure per la pulizia di routine e specifiche delle superfici ambientali in relazione al livello di contatto con il paziente ed al grado di sporco.	CDC 2007	II
Porre molta attenzione nella pulizia e nella disinfezione delle superfici a frequente contatto nelle aree di cura dei pazienti (es. testata, pediera e sponde del letto, carrelli, comodini, maniglie delle porte, manopole dei rubinetti). Queste superfici devono essere pulite e disinfettate con una frequenza superiore in confronto ad altre superfici (es. superfici orizzontali nelle sale d'attesa).		1B
Utilizzare disinfettanti efficaci nei confronti dei patogeni che con maggior probabilità contaminano l'ambiente dove è assistito il paziente, in accordo con le indicazioni del produttore.		1B/1C



<p>All'interno di strutture che forniscono assistenza a pazienti in età pediatrica o hanno sale d'attesa con giocattoli per bambini (es. ostetricia, ginecologia...) stabilire politiche e procedure per la pulizia e disinfezione dei giocattoli ad intervalli regolari.</p> <p>Utilizzare i seguenti principi nella definizione di questa politica e delle procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scegliere giocattoli che possano essere facilmente puliti e disinfettati - Non consentire l'utilizzo di peluche se questi sono condivisi - Pulire e disinfettare i giocattoli grandi fissi (es. attrezzature ad arrampicata...) con cadenza almeno settimanale e ogni volta che sono visibilmente sporchi - Se i giocattoli sono portati alla bocca, risciacquare con acqua dopo la disinfezione o in alternativa lavare in lavastoviglie - Quando un giocattolo richiede la pulizia e la disinfezione, farlo subito o conservarlo in un contenitore etichettato separatamente dagli altri giocattoli puliti e utilizzabili. 	CDC 2007	1B II
<p>Includere nei protocolli e procedure di pulizia, indicazioni per le apparecchiature elettroniche riutilizzabili, specialmente per quelle utilizzate dai pazienti, per quelle utilizzate durante la cura dei pazienti e quelle mobili frequentemente portate dentro e fuori dalle stanze.</p>		1B
<p>Pulire e disinfettare tempestivamente gli spandimenti di sangue o di altro materiale biologico</p>	CDC 2008	1B
<p>Per la decontaminazione di spandimenti di sangue è da preferire un disinfettante a base di cloro (ad es. ipoclorito di sodio).</p> <p>Per il trattamento di una superficie non porosa contaminata da uno spandimento di piccolo volume (schizzo) di sangue o altro materiale potenzialmente infetto utilizzare una soluzione preparata di recente alla concentrazione di 500-600 ppm di cloro.</p> <p>Se lo spandimento è consistente (una provetta) o è costituito da una coltura in laboratorio, utilizzare per la decontaminazione un prodotto a base di cloro alla concentrazione di 5000 – 6000 ppm, prima di procedere alla detersione. Dopo la detersione, effettuare una disinfezione finale con una soluzione di ipoclorito 500- 600 ppm .</p>		1B



7. BIANCHERIA E TELERIA

Sebbene la biancheria sporca possa essere contaminata con microrganismi patogeni, se questa viene maneggiata, trasportata e lavata in maniera da evitare il trasferimento di microrganismi ai pazienti, agli operatori e all'ambiente, il rischio di trasmissione di infezioni è trascurabile.

I principi generali per il trattamento della biancheria sporca sono:

- Non scuotere la biancheria e maneggiarla in modo che non possa favorire l'aerosolizzazione di agenti infettanti;
- Evitare il contatto con parti del corpo o indumenti di lavoro;
- La biancheria imbrattata di sangue e liquidi biologici deve essere immediatamente riposta in un sacco richiudibile.

Il documento aziendale di riferimento è rappresentato dal Capitolato Tecnico disciplinante l'appalto del servizio di gestione della biancheria piana e confezionata e della materasseria ospedaliera (2003) all'interno del quale sono descritte le modalità di raccolta differenziata della biancheria.

RACCOMANDAZIONE: BIANCHERIA E TELERIA	FONTE	GRADING
Nel maneggiare, trasportare e trattare la biancheria usata evitare la contaminazione di aria, superfici e persone.	CDC 2007	1B/1C



8. SICUREZZA DELLA TERAPIA INIETTIVA

L'aderenza ai principi di sicurezza della terapia iniettiva permette il controllo delle infezioni di patogeni trasmissibili per via ematica.

La sicurezza della terapia iniettiva va analizzata tenendo presente sia la sicurezza del paziente che la sicurezza dell'operatore

SICUREZZA DEL PAZIENTE

Particolare attenzione deve essere posta all'impiego di aghi e siringhe sterili monouso per ogni iniezione praticata, alla prevenzione della contaminazione dei dispositivi iniettivi e dei farmaci, all'utilizzo di fiale monodose piuttosto che multidose.

RACCOMANDAZIONI: SICUREZZA TERAPIA INIETTIVA	FONTE	GRADING
Per evitare la contaminazione dei presidi sterili per iniezione, adottare tecniche asettiche.	CDC 2007	1A
Non somministrare farmaci con una singola siringa a più pazienti, anche se l'ago o la cannula sulla siringa vengono sostituiti. Aghi e cannule devono essere sterili e monouso; essi non devono essere riutilizzati per un altro paziente né per l'accesso a una medicazione o soluzione che potrebbe essere usata per un altro paziente.		1A
Utilizzare set per infusione e somministrazione di fluidi per un solo paziente e smaltirli adeguatamente dopo l'uso. Considerare contaminati la siringa, l'ago o la cannula una volta che siano stati utilizzati per la somministrazione o la connessione ad un sacca da infusione.		1B
Utilizzare quando possibile, fiale monodose per preparati parenterali.		1A
Non somministrare farmaci prelevati da fiale a singola dose a più pazienti o riunire residui per utilizzarli successivamente.		1A
Per prelevare soluzioni da preparazioni multidose, utilizzare siringhe e aghi/cannule sterili.		1A
Non conservare le fiale multidose nelle immediate vicinanze del paziente e conservarle in accordo con le indicazioni del fabbricante; smaltire se la sterilità è stata presumibilmente compromessa		1A
Non utilizzare sacche o flaconi di soluzione endovenosa per più di un paziente.		1B



SICUREZZA DELL'OPERATORE

La sicurezza dell'operatore nella pratica delle terapia iniettiva o nell'utilizzo di aghi e taglienti deve orientarsi verso:

- L'utilizzo corretto dei dispositivi di sicurezza
- L'adozione di precauzioni nella fase di smaltimento (utilizzo di contenitori rigidi per aghi e taglienti vicini alla postazione lavoro).
- Segnalare le situazioni di esposizione occupazionale a rischio biologico conseguente a puntura e/o taglio o esposizione muco cutanea e le potenziali esposizioni a rischio biologico "near miss" come riportato all'interno del "Protocollo comportamentale per la gestione delle esposizione occupazionale a rischio biologico (HBV, HCV, HIV) nel personale dell'APSS – attualizzazione Ospedale di Rovereto" sito intranet <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/gespunt/rispro/view>

9. MISURE DI CONTROLLO PER PROCEDURE SPECIALI A LIVELLO LOMBARO

RACCOMANDAZIONE: MISURE DI CONTROLLO PER PROCEDURE SPECIALI A LIVELLO LOMBARO	FONTE	GRADING
Indossare una mascherina chirurgica per inserire un catetere o infondere sostanze nel canale midollare o nello spazio subdurale (es. durante puntura lombare e anestesia spinale o epidurale).	CDC 2007	1B

10. SMALTIMENTO RIFIUTI

Per le modalità di gestione dei rifiuti attenersi alle indicazioni contenute nel documento aziendale " La gestione dei rifiuti sanitari nell'APSS" reperibile al sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/gdl/gdm/SMALTDM/rifiuti/rifiuti%20procedura/view?searchterm=rifiuti>



II. PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

Sono precauzioni basate sulla modalità di trasmissione che vanno applicate ai pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti da patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti per i quali sono richieste ulteriori precauzioni in aggiunta alle Precauzioni Standard, fino alla risoluzione di segni e sintomi o in accordo con le raccomandazioni per specifico microrganismo.

Ci sono tre categorie di precauzioni aggiuntive basate sulle vie di trasmissione:

- Precauzioni per la trasmissione da contatto;
- Precauzioni per la trasmissione tramite droplet (goccioline);
- Precauzioni per la trasmissione aerea.

Queste misure possono essere combinate assieme per malattie che abbiano modalità di trasmissione multiple:

- per la **Varicella** è necessario adottare le **Precauzioni da Contatto e Aerea**
- per la **Tubercolosi extrapolmonare con lesioni drenanti** è necessario adottare le **Precauzioni da Contatto e Aerea;**

Pazienti, famigliari, visitatori e personale non sanitario (personale tecnico, personale ditte appaltatrici) devono essere informati ed addestrati sui comportamenti corretti da adottare in relazione alle specifiche precauzioni aggiuntive (utilizzo di dispositivi di protezione, igiene delle mani,).

RACCOMANDAZIONI: PRECAUZIONI AGGIUNTIVE	FONTE	GRADING
In aggiunta alle precauzioni standard, utilizzare quelle per specifiche modalità di trasmissione nei pazienti con infezione sospetta o documentata o colonizzati con patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti, per i quali siano necessarie precauzioni aggiuntive per impedirne la trasmissione (vedi Allegato n°1)	CDC 2007	1A
Nei pazienti immunocompromessi con infezione virale, prolungare la durata delle precauzioni specifiche per modalità di trasmissione poiché il periodo di contagiosità può essere lungo.		1A

La tipologia di precauzioni d'isolamento da adottare (standard e aggiuntive) rispetto all'infezione del paziente sono indicate all'interno dell'appendice A del documento CDC 2007 e riportate nell'allegato n° 1 del presente documento: Precauzioni specifiche per modalità di trasmissione.

Si ribadisce l'importanza della formulazione precoce del sospetto o certezza diagnostica e della conseguente applicazione tempestiva delle precauzioni aggiuntive per modalità di trasmissione con le finalità di ridurre la diffusione di patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente rilevanti garantendo la sicurezza dei pazienti e degli operatori.



A. PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER TRASMISSIONE DA CONTATTO

Le precauzioni aggiuntive da contatto, in aggiunta alle precauzioni standard, hanno lo scopo di ridurre al minimo il rischio di trasmissione di microrganismi epidemiologicamente importanti che si trasmettono attraverso il contatto diretto o indiretto con il paziente o l'ambiente che lo circonda (mediante le mani, il contatto cutaneo, gli oggetti utilizzati per l'assistenza al paziente e le superfici ambientali).

Esempi di malattie trasmissibili per contatto:

- infezioni/colonizzazione da batteri multiresistenti MDRO (Es. MRSA, VRE, CPE, VISA, VRSA)
- Scabbia
- Pediculosi
- Herpes simplex muco cutaneo,

Rispetto alla gestione dei pazienti colonizzati/infetti da batteri multiresistenti ed in coerenza con le finalità del presente documento si è ritenuto di rappresentare nell'ottica della riduzione del rischio di trasmissione alcune modalità riportate in letteratura per quanto riguarda l'identificazione dei soggetti infetti e colonizzati da multi drug resistant. Il presente documento non fa evidentemente alcun riferimento ai criteri di diagnosi e trattamento per questo di infezione e colonizzazione.

Nel presente documento è stata inserita un'ulteriore sottocategoria delle precauzioni aggiuntive per trasmissione da contatto denominata Precauzioni aggiuntive enteriche per trasmissione da contatto, che vanno applicate in caso di infezione da Clostridium difficile e da Rotavirus

Di seguito vengono riportate le indicazioni della letteratura, che sono state sintetizzate all'interno dei seguenti allegati di colore arancione:

- Sintesi "Precauzioni aggiuntive da contatto" (all. 12)
- Cartello arancione "Indicazioni per l'accesso alla stanza - Precauzioni aggiuntive da contatto" (all. 13)
- Informazioni per famigliari e visitatori – Precauzioni aggiuntive da contatto" (all. 14)

Per gli aspetti specifici relativi ad alcune patologie epidemiologicamente rilevanti per la nostra realtà è possibile fare riferimento a parti del presente documento o ad altri documenti di struttura come riportato nelle schede:

- *Infezioni/colonizzazioni da batteri multiresistenti* MDRO (MRSA, VRE, CPE, VISA, VRSA) (all.15)
- Documento Aziendale "Procedura per il controllo della diffusione delle Enterobacteriacee resistenti ai carbapenemi"
<http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenem>
- *Pediculosi* (all.16), e foglietto informativo all'indirizzo intranet
<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/epf/derm/pido>
- *Scabbia* (all. 17) e foglietto informativo all'indirizzo intranet
<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/epf/derm/scab>



1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E ALLESTIMENTO DELLA STANZA

Collocare il paziente preferibilmente in stanza singola, dotata possibilmente di servizi igienici, se non è possibile, più pazienti infetti o colonizzati con lo stesso microrganismo possono essere collocati nella stessa stanza (coorte di pazienti).

Qualora il paziente, che richiede l'adozione di precauzioni aggiuntive da contatto, dovesse rimanere nella stessa stanza con altri pazienti non infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo è consigliabile mantenere una distanza di almeno un metro tra un letto e l'altro per ridurre la possibilità di contatto e di riutilizzare inavvertitamente presidi di un paziente infetto o colonizzato per un altro paziente.

Segnalare con un cartello arancione (all. 13) "Indicazioni per l'accesso alla stanza", da porre sulla porta della stanza, la necessità di adottare specifici comportamenti nell'accesso alla stanza e di rivolgersi agli operatori dell'UO prima di accedere alla stanza stessa.

In prossimità dell'ingresso, predisporre un carrello o un ripiano su cui posizionare:

- Guanti monouso non sterili di varie misure,
- Sovracamici monouso a manica lunga non sterili.

All'interno della stanza predisporre:

- Un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (contenitore rosso rigido)
- Un contenitore rigido per lo smaltimento degli aghi e taglienti,
- Dispositivi medici non critici dedicati (es. sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico,) e materiale destinato all'assistenza,
- Attrezzare il lavandino con sapone antisettico.

Non introdurre carrelli dedicati (biancheria, medicazioni) e documentazione clinica all'interno della stanza.



RACCOMANDAZIONI: COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
Negli ospedali per acuti sistemare il paziente che richiede precauzioni da contatto in una stanza singola, se disponibile.		1B
Se la stanza singola non è disponibile si applicano i seguenti principi per prendere decisioni sulla collocazione del paziente: <ul style="list-style-type: none">– Priorità alla stanza singola per pazienti con condizioni che potrebbero facilitare la trasmissione dell'infezione (es: incontinenza fecale, secrezioni non contenute...)– Collocare nella stessa stanza pazienti infetti o colonizzati dagli stessi patogeni	CDC 2007	II 1B
Se fosse necessario collocare nella stessa stanza un paziente che richiede precauzioni da contatto e uno che NON sia infetto o colonizzato con lo stesso agente infettivo: <ul style="list-style-type: none">– Evitare di collocare pazienti che richiedono precauzioni aggiuntive da contatto nella stessa stanza con pazienti che presentano patologie che potrebbero aumentarne il rischio di infezione o che possono facilitarne la trasmissione (es. immunodepressi, con ferite aperte..),– Assicurarsi che i pazienti siano spazialmente separati l'uno dall'altro (cioè 1 metro di distanza), utilizzare una tenda di separazione tra i letti per minimizzare le opportunità di contatto,– Nel passaggio da un paziente all'altro, cambiare l'abbigliamento protettivo ed eseguire l'igiene mani, indipendentemente dal fatto che uno o entrambi siano sottoposti a precauzioni aggiuntive da contatto.	CDC 2007	II II 1B

2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Indossare sovracamice a maniche lunghe e guanti prima di entrare nella stanza del paziente se si prevede contatto con il paziente o le superfici e rimuoverli e smaltirli prima di uscire dalla stanza.

Per quanto riguarda i guanti porre particolare attenzione alla loro sostituzione dopo il contatto con materiale potenzialmente infetto (secrezioni, escrezioni, presidi contaminati) per limitare la contaminazione ambientale.

In caso di esposizione non protetta informare la Direzione Medica che verificherà l'esigenza di profilassi post-esposizione (all. 2) o altro ed avvierà, se del caso, un'indagine epidemiologica per individuare l'esistenza di eventuali ulteriori contatti non protetti fra operatori e pazienti o l'avvio di altri provvedimenti previsti nell'ambito delle linee guida o raccomandazioni aziendali.



RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	Fonte	GRADING
Indossare i guanti ogni volta che si venga a contatto con la cute integra del paziente o le superfici e gli oggetti posti a stretto contatto col paziente (apparecchiature, protezioni del letto, ...). Indossare i guanti al momento di entrare nella stanza o nel box in cui si trova il paziente.	CDC 2007	1B
Indossare il sovracamice quando è probabile che gli abiti vengano a diretto contatto con il paziente o con le superfici o gli oggetti potenzialmente contaminati nelle strette vicinanze del paziente. Indossare il sovra camice al momento di entrare nella stanza o nel box in cui si trova il paziente; <u>rimuoverlo e procedere all'igiene delle mani prima di uscire dalla stanza</u>		1B
Dopo aver rimosso il sovracamice porre massima attenzione affinché gli indumenti e la cute non vengano a contatto con superfici ambientali potenzialmente contaminate , per evitare di trasferire i microrganismi ad altri degenti o all'ambiente.		II

3. IGIENE DELLE MANI

Fermo restando quanto già evidenziato all'interno delle precauzioni standard, si vuole evidenziare l'importanza dell'igiene delle mani all'interno dello specifico contesto delle precauzioni aggiuntive da contatto.

E' importante eseguire l'igiene delle mani dopo aver rimosso i dispositivi di protezione (guanti e sovracamice) e assicurarsi di non toccare oggetti o superfici potenzialmente contaminate nella stanza del paziente, per evitare di trasportare microrganismi ad altri pazienti e/o nell'ambiente.

Negli allegati 5 e 6 del presente documento sono riportate le modalità operative per il lavaggio delle mani con acqua e sapone detergente o antisettico e per la frizione alcolica.



4. TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli necessari per esigenze diagnostiche-terapeutiche.

Avvisare il personale del servizio presso il quale il paziente viene trasportato e segnalarne le condizioni al personale addetto al trasporto, in modo che possano essere adottate le misure precauzionali corrette (es. igiene delle mani, utilizzo dispositivi di protezione, trattamento dispositivi assistenziali), e che possano essere limitati i tempi d'attesa e i contatti con altri pazienti.

Se il paziente viene trasferito in un'altra Unità Operativa/Struttura è importante segnalare la condizione infettiva e la necessità di adottare precauzioni aggiuntive all'interno della lettera di trasferimento/dimissione.

RACCOMANDAZIONI: TRASPORTO DEL PAZIENTE	Fonte	Grading
Limitare a fini strettamente sanitari i trasporti e gli spostamenti dei pazienti al di fuori della stanza.	CDC 2007	II
Se il paziente deve essere trasportato al di fuori della stanza, assicurarsi che le aree colonizzate o infette siano opportunamente protette e coperte.		II
Rimuovere e smaltire i dispositivi di protezione contaminati ed effettuare l'igiene delle mani prima di trasportare i pazienti sottoposti a precauzioni da contatto.		II
Indossare dispositivi di protezione puliti per la gestione del paziente raggiunta la destinazione del trasporto.		II



5. GESTIONE DEI PRESIDI ASSISTENZIALI

Nelle attività assistenziali utilizzare, dove possibile, materiale monouso da eliminare subito dopo l'utilizzo all'interno del contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo presente nella stanza.

Se ciò non è possibile disporre l'utilizzo di dispositivi medici e materiale per l'assistenza personalizzati; tutti questi devono essere attentamente puliti e disinfettati prima di essere utilizzati su altri pazienti.

Per la disinfezione utilizzare una soluzione di clorodonoratori 1000 ppm:

- Gioclonil® 1 cp in 2 litri d'acqua

La biancheria e gli effetti letterecchi devono essere allontanati, dopo l'utilizzo, inseriti all'interno di un doppio sacco (idrosolubile e sacco giallo o rosso) secondo le indicazioni riportate nel capitolato.

RACCOMANDAZIONI: GESTIONE DEI PRESIDI ASSISTENZIALI	FONTE	GRADING
Gestire le attrezzature assistenziali secondo le precauzioni standard.	CDC 2007	1B
Negli ospedali per acuti, nelle strutture per lungodegenti e in altre strutture assistenziali utilizzare attrezzature non critiche monouso o dedicate per singolo paziente (ad esempio manicotto per la misurazione della pressione). Se non è possibile, pulire e disinfettare gli strumenti fra un paziente e l'altro.		1



6. IGIENE AMBIENTALE

Assicurarsi che la stanza di degenza sia quotidianamente pulita e disinfettata con clorodonoratori 1000ppm (Antisapril 5%) utilizzando panni monouso.

E' importante che gli operatori addetti alla sanificazione ambientale siano informati sulle precauzioni da adottare prima di accedere alla stanza di degenza e dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente (utilizzo dispositivi di protezione ed igiene delle mani).

L'intervento di disinfezione ambientale quotidiano deve essere richiesto utilizzando l'apposito modulo (all. 23) da inviare via fax sia alla ditta di pulizie (numero fax 3008), che al Ufficio di Medicina Preventiva (numero fax 3080).

Alla sospensione delle precauzioni da contatto e guarigione, trasferimento o dimissione del paziente è necessario effettuare un intervento di pulizia e disinfezione finale di tutte le superfici della stanza; tale intervento va richiesto alla ditta di pulizie con le modalità precedentemente descritte specificando "Disinfezione finale".

RACCOMANDAZIONE: IGIENE AMBIENTALE	FONTE	GRADING
Assicurarsi che la stanza del paziente con precauzioni aggiuntive da contatto sia frequentemente pulita e disinfettata (almeno quotidianamente) con particolare attenzione alle superfici frequentemente toccate (es. spondine, comodino, superfici dei servizi igienici, maniglie delle porte) e alle attrezzature nelle immediate vicinanze del paziente.	CDC 2007	1B



A.1 MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI

Con microrganismi multiresistenti (MDRO) si fa riferimento ad una categoria di microrganismi resistenti a più classi di antimicrobici, questa resistenza può essere acquisita sia per mutazione spontanea che, più frequentemente, per acquisizione di elementi mobili come i plasmidi trasferiti mediante processi di scambio genetico.

La modalità di trasmissione dei microrganismi multiresistenti avviene in genere tramite le mani degli operatori, che si contaminano durante le procedure assistenziali o attraverso il contatto con superfici dell'ambiente nelle vicinanze del paziente; il personale sanitario ha una maggiore probabilità di trasmissione di MDRO ai pazienti se non vengono osservate le raccomandazioni riguardo l'igiene delle mani e l'uso dei guanti.

Il paziente con uno stato di colonizzazione/infezione da microrganismi multiresistenti ha un aumentato rischio di:

- fallimento terapeutico,
- morbilità e mortalità,
- aumento della durata della degenza.

Tale rischio è strettamente correlato alle caratteristiche del paziente e del setting di cura passando da un alto livello di rischio presente nelle terapie intensive, nei centri trapianti, nei centri ustioni, in oncoematologia, oncologia o nei pazienti sottoposti a chirurgia protesica ad un rischio basso o nullo presente nei setting ambulatoriali.

Sulla scorta di questi elementi si evince l'importanza per le strutture sanitarie di attivare una sorveglianza mirata a questa tipologia di microrganismi, che si integra con le altre azioni di controllo delle infezioni.

Dall'analisi della letteratura emergono indicazioni specifiche per la sorveglianza attiva dei microrganismi multi resistenti, che vengono riportate nella tabella sottostante.



RACCOMANDAZIONI: SORVEGLIANZA ATTIVA DEI MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI	FONTE	GRADING
Sviluppare e implementare protocolli di sorveglianza attiva per MDRO mirati a popolazioni a rischio di pazienti (es. pazienti in terapia intensiva, centri ustionati, trapiantati di midollo osseo/cellule staminali e centri oncologici; pazienti trasferiti da altre strutture note per avere tassi elevati di prevalenza di MDRO; contatti di soggetti colonizzati o infetti; pazienti noti per precedenti infezioni/colonizzazione da MDRO).	CDC 2006	1B
Eseguire colture di sorveglianza per la ricerca di MDRO nel momento del ricovero del paziente in aree ad alto rischio, ad esempio centri di terapia intensiva, e ad intervalli periodici per valutare la trasmissione di MDRO.		1B
Se indicato dalla valutazione del singolo caso, raccogliere le colture per valutare lo stato di colonizzazione di compagni di stanza e degli altri pazienti con una considerevole esposizione a pazienti con infezione nota o colonizzazione da MDRO.		1B
Eseguire colture nel personale sanitario per la ricerca di MDRO quando c'è un'evidenza epidemiologica dell'implicazione come fonte di trasmissione del personale sanitario.		1B
Identificare i pazienti che sono ad alto rischio di colonizzazione o infezione CPE ed eseguire lo screening attivo con tampone rettale al momento dell'accesso alla struttura sanitaria. Durante le epidemie è raccomandata una sorveglianza attiva più estesa (ad esempio la sorveglianza follow-up a intervalli regolari per tutti i contatti con casi confermati)	ECDC 2011	/

La sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni da microrganismi multiresistenti attivata all'interno della nostra struttura è coerente con le indicazioni della letteratura e all'epidemiologia locale e si colloca all'interno di un sistema più ampio di sorveglianza delle ICPA, che comprende anche una sorveglianza basata sui dati di laboratorio.

Nello specifico la sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni da microrganismi multiresistenti è articolata su due livelli:

- un primo rivolto ad individuare possibili colonizzazioni/infezioni al momento dell'ingresso del paziente nella nostra struttura,
- un secondo livello rivolto ad individuare i possibili casi secondari a seguito di un riscontro microbiologico positivo in un paziente ricoverato.



1. SCREENING IN INGRESSO

Gli esami di screening in ingresso vengono effettuati per alcune categorie di pazienti a rischio come:

- i pazienti accolti in terapia intensiva,
- i pazienti che presentano i criteri per essere considerati a rischio di colonizzazione/infezione da enterobacteriaceae produttori di Carbapenemasi (CPE) accolti in tutte le UUOO.

Nella tabella 1 è richiamato il programma degli screening in essere presso questo Ospedale distinto per microrganismo ed Unità Operativa.

Tab. 1

MICRORGANISMO	TIPO DI ACCERTAMENTO	CRITERI INDIVIDUAZIONE PZ PER SCREENING	DOVE
Stafilococcus aureus meticillinoresistente (MRSA)	tampone nasale	tutti	Terapia Intensiva (*)
Enterococchi vancomicinaresistente (VRE)	- tampone faringeo, - broncoaspirato, - urinocoltura - esame delle feci	tutti	Terapia intensiva (*)
Enterobacteriaceae produttori di carbapenemasi (CPE)	coprocoltura	tutti	Terapia Intensiva(*)
	tampone rettale	- pazienti provenienti da strutture sanitarie extraprovinciali il trasferimento deve essere accompagnato da accertamenti microbiologici recenti - pazienti provenienti da fuori provincia con storia di ricoveri in strutture sanitarie negli ultimi sei mesi.	UU.OO.
Microrganismi produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL)	- tampone faringeo, - broncoaspirato, - urinocoltura - esame delle feci	tutti	Terapia intensiva (*)
Pseudomonas multiresistente	- tampone faringeo, - broncoaspirato, - urino coltura - esame delle feci	tutti	Terapia intensiva (*)
Acinetobacter baumani	- tampone faringeo, - broncoaspirato, - urinocoltura	tutti	Terapia intensiva (*)

(*) Gli accertamenti vengono proseguiti durante la degenza in Terapia Intensiva con cadenza trisettimanale (lunedì, mercoledì e venerdì).



Si sottolinea che sulle modalità di gestione dello screening per l'individuazione dei pazienti infetti/colonizzati da germi MDRO vi è ancora ampio dibattito in letteratura. In tale ottica pertanto le indicazioni sopra riportate possono essere non esaustive degli accertamenti che vengono effettuati presso la nostra struttura in quanto potrebbero risentire di modifiche nel numero e del tipo di accertamenti di screening in relazione a modifiche dell'epidemiologia locale dei germi MDRO.

Il programma degli screening in ingresso potrà essere implementato sulla base di nuove evidenze scientifiche pubblicate nella letteratura internazionale.



2. SCREENING CONTATTI

Qualora all'ammissione o durante il ricovero di un paziente venga riscontrata una positività per microrganismi multiresistenti devono essere avviate:

- le misure di isolamento e di controllo sintetizzate all'interno della scheda *Infezioni/colonizzazioni da batteri multi resistenti*
- l'indagine epidemiologica, effettuata dalla ICI con gli operatori dell'Unità Operativa in cui si riscontra il caso/casi di colonizzazione/infezione di microrganismo multi resistente, tiene conto delle indicazioni della letteratura, riportate di seguito, delle peculiarità del paziente e del contesto.

Si ricorda che microrganismi responsabili di infezioni/colonizzazioni da germi multi resistenti sono inseriti nel sistema di sorveglianza delle infezioni nosocomiali basata sui dati di laboratorio e in caso di positività il sistema genera un alert che viene comunicato sia all'unità operativa di degenza di ricovero del paziente che alla Direzione Medica/Ufficio Medicina Preventiva.

La letteratura internazionale sull'argomento non evidenzia una posizione univoca rispetto alle modalità di gestione dei contatti, esigenza e tipologia di screening in un'ottica di prevenzione/controllo della trasmissione delle infezioni da germi multi resistenti.

Di seguito si rappresentano in tabella 2 i principali riferimenti della letteratura per la definizione dei contatti e le modalità di screening e le azioni di screening.

Tab. 2

SCREENING CONTATTI – SINTESI LETTERATURA		
MICROORGANISMO	PAZIENTI	OPERATORI
Stafilococcus aureus meticillinoresistente (MRSA)	<p><u>Definizione contatti:</u> soggetti che hanno condiviso la stessa stanza</p> <p><u>Modalità sorveglianza:</u> tampone nasale e sulla base dei fattori di rischio del paziente, considerare il tampone in altre sedi come soluzioni di continuo della cute, aspirato tracheale o urine da catetere</p> <p>Fonte: CCM (2011) Raccomandazioni sul controllo della diffusione nosocomiale dello staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA)</p>	<p>Lo screening del personale viene effettuato nel caso di un epidemia non controllata in cui ci sia il forte sospetto che possa essere fonte di trasmissione.</p> <p>Fonte: APIC (2010) Guide to the Elimination of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Transmission in Hospital Settings, 2nd Edition</p> <p>Fonte: CCM (2011) Raccomandazioni sul controllo della diffusione nosocomiale dello staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA)</p>
Enterococchi vancomicinaresistenti (VRE)	<p><u>Definizione contatti:</u> soggetti che hanno condiviso la stessa stanza</p> <p><u>Modalità sorveglianza:</u> un tampone rettale settimanale per un periodo di tre settimane</p> <p>fonte: CDC 1995 "Recommendation for preventing the spread of Vancomycin Resistance"</p>	<p>Lo screening del personale viene effettuato nel caso di un epidemia non controllata in cui ci sia il forte sospetto che possa essere fonte di trasmissione.</p> <p>fonte: CDC 2006 "Management of multidrug-resistant Organism in Healthcare setting"</p>



<p>Enterobacteriaceae produttori di carbapenemasi (CPE)</p>	<p><u>Definizione contatti:</u> – soggetti che hanno condiviso la stessa stanza, – soggetti che sono stati assistiti dalla stessa equipe assistenziale. L'individuazione dei contatti deve essere effettuata tenendo in considerazione la sede di localizzazione dell'eventuale infezione, il grado di dipendenza del paziente, le caratteristiche strutturali e organizzative dell'UO e la frequenza osservata di CPE.</p> <p><u>Modalità sorveglianza:</u> un tampone rettale e urino coltura (se portatore di catetere vescicale) settimanale per un periodo di tre settimane.</p> <p>Fonte: Circolare Ministero della Salute del 26.02.13“Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)</p>	<p>Lo screening del personale viene effettuato solo in presenza di un'epidemia non risolta nonostante l'applicazione di tutte le misure di prevenzione e di controllo.</p> <p>Fonte: Circolare Ministero della Salute del 26.02.13“Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)</p>
<p>Pseudomonas multiresistente</p>	<p><u>Definizione contatti:</u> soggetti che hanno condiviso la stessa stanza</p> <p><u>Modalità sorveglianza:</u> sulla base dei fattori di rischio del paziente, considerare il tampone in sedi come soluzioni di continuo della cute, aspirato tracheale o urine da catetere</p> <p>fonte: CDC 2006 “Management of multidrug-resistant Organism in Healthcare setting”</p>	<p>Lo screening del personale viene effettuato nel caso di un epidemia non controllata in cui ci sia il forte sospetto che possa essere fonte di trasmissione.</p> <p>fonte: CDC 2006 “Management of multidrug-resistant Organism in Healthcare setting”</p>
<p>Acinetobacter baumannii</p>	<p><u>Definizione contatti:</u> soggetti che hanno condiviso la stessa stanza</p> <p><u>Modalità sorveglianza:</u> sulla base dei fattori di rischio del paziente, considerare il tampone in sedi come soluzioni di continuo della cute, aspirato tracheale o urine da catetere</p> <p>fonte: CDC 2006 “Management of multidrug-resistant Organism in Healthcare setting”</p>	<p>Lo screening del personale viene effettuato nel caso di un epidemia non controllata in cui ci sia il forte sospetto che possa essere fonte di trasmissione.</p> <p>fonte: CDC 2006 “Management of multidrug-resistant Organism in Healthcare setting”</p>



A.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE PER TRASMISSIONE DA CONTATTO

Le precauzioni aggiuntive enteriche per trasmissione da contatto riprendono le indicazioni relative alle precauzioni aggiuntive da contatto e pongono particolare enfasi all'importanza del lavaggio delle mani.

Si applicano con la finalità di ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi epidemiologicamente rilevanti attraverso il contatto diretto o indiretto con il paziente o l'ambiente che lo circonda (mediante le mani, il contatto cutaneo, gli oggetti utilizzati per l'assistenza al paziente e le superfici ambientali).

Esempi di malattie trasmissibili per contatto enterico:

- infezione da *Clostridium difficile*
- gastroenteriti da Rotavirus.

Le indicazioni riportate in letteratura sono state sintetizzate all'interno dei seguenti strumenti operativi di colore arancione scuro:

- Sintesi "Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto" (All. 18).
- Cartello arancione scuro "Indicazioni per l'accesso alla stanza - Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto" (All. 19)
- Informazioni per familiari e visitatori – Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto" (All. 20)

Sono state elaborate delle schede operative relative alle misure di isolamento da adottare nei casi di *Clostridium difficile* (all. 21) e infezione da Rotavirus (all. 22) e; nel caso di *Clostridium difficile* è possibile fare riferimento al documento di struttura "Precauzioni di Isolamento da adottare in caso di infezione da *Clostridium difficile*" reperibile all'indirizzo intranet <http://intranet.apss.tn.it/sop/dip/dmi/medrov/clostridium-difficile/Procedura%20Clostridium.pdf/view>



B. PRECAUZIONI PER TRASMISSIONE DA DROPLET (GOCCIOLINE)

Le goccioline hanno dimensioni superiori a 5 micron e vengono prodotte dal soggetto fonte attraverso la tosse, gli starnuti, parlando e durante l'esecuzione di manovre come l'aspirazione o la broncoscopia.

Le precauzioni aggiuntive da droplet (goccioline), in associazione alle precauzioni standard, hanno lo scopo di ridurre la trasmissione di agenti infettanti in presenza di infezioni (accertate o sospette) da microrganismi trasmissibili tramite droplet – goccioline.

Esempi di malattie trasmissibili per droplet (goccioline)

- Difterite faringea,
- Influenza,
- Malattia invasiva grave da streptococco di gruppo A,
- Malattia meningococcica; sepsi, polmonite, meningite,
- Pertosse, Parotite, Rosolia

Nelle pagine seguenti sono riportate le indicazioni della letteratura che sono state sintetizzate nei seguenti strumenti operativi di colore verde:

- Sintesi "Precauzioni aggiuntive da droplet" (all. 24)
- Cartello verde "Indicazioni per l'accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da droplet" (all. 25)
- Informazioni per familiari e visitatori – Precauzioni aggiuntive da droplet" (all. 26)

Inoltre per gli aspetti specifici relativi ad alcune patologie epidemiologicamente rilevanti per la nostra realtà è possibile fare riferimento a parti del presente documento o ad altri documenti di struttura come riportato di seguito:

- Influenza A/H1N1 vedi allegato n. 27 e procedura specifica pubblicata sul sito intranet: <http://intranet.apss.tn.it/osp/osprov/pci/suiflu>
- Meningite vedi allegato n. 28.



1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E PREPARAZIONE DELLA STANZA

Collocare il paziente preferibilmente in stanza singola, dotata possibilmente di servizi igienici, se non è possibile, più pazienti infetti con lo stesso microrganismo possono essere collocati nella stessa stanza (coorte di pazienti).

Qualora il paziente che richiede l'adozione di precauzioni aggiuntive da droplet dovesse rimanere nella stessa stanza con altri pazienti non infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo è consigliabile mantenere una distanza di almeno un metro tra un letto e l'altro per ridurre al minimo la possibilità di contatto stretto.

Segnalare con il cartello verde (all 25), "Indicazioni per l'accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da droplet", da porre sulla porta della stanza, la necessità di adottare specifici comportamenti nell'accesso alla stanza e di rivolgersi agli operatori dell'UO prima di accedere alla stanza stessa.

All'esterno della stanza, in prossimità dell'ingresso, predisporre un carrello o un ripiano su cui posizionare le mascherine chirurgiche e FFP2.

RACCOMANDAZIONI: COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE	Fonte	GRADING
All'interno di ospedali per acuti ricoverare il paziente che richiede l'adozione di precauzioni aggiuntive da droplet in stanza singola	CDC 2007	II
Se la stanza singola non è disponibile si applicano i seguenti principi per prendere decisioni sulla collocazione del paziente: <ul style="list-style-type: none"> – Dare la precedenza a pazienti che tossiscono ed espettorano frequentemente; – Ricoverare nella stessa stanza pazienti che sono infetti con lo stesso microrganismo (cohorting); 		II 1B
Se si ricovera un paziente che richiede l'adozione di precauzioni aggiuntive da droplet nella stessa stanza con un paziente che non è affetto dallo stesso microrganismo, è necessario: <ul style="list-style-type: none"> – evitare di collocare pazienti che richiedono precauzioni aggiuntive da droplet nella stessa stanza con pazienti che presentano patologie che potrebbero aumentarne il rischio di infezione o che possono facilitarne la trasmissione (es. immunodepressi, con probabile degenza prolungata..), – assicurarsi che i due pazienti siano posti ad una distanza superiore a 1 metro l'uno dall'altro; separare con una tenda un letto dall'altro in modo da ridurre al minimo le probabilità di contatto stretto. – cambiare l'abbigliamento protettivo ed eseguire l'igiene mani, nel passaggio da un paziente all'altro, indipendentemente dal fatto che uno o entrambi siano sottoposti a precauzioni aggiuntive da droplet. 		II 1B 1B



2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

Indossare la mascherina chirurgica all'ingresso della stanza, se ci si avvicina a meno di un metro dal paziente.

Indossare il filtrante facciale FFP2 qualora vengono effettuate procedure diagnostiche/assistenziali che possono determinare la produzione di aerosol (es. intubazione, estubazione, broncoscopia, rianimazione cardiopolmonare, procedure dentali,)

Indossare occhiali protettivi o visiera se è presente il rischio di contatto della mucosa oculare con goccioline-droplet, in particolare quando il paziente tossisce, starnutisce o durante l'esecuzione di procedure che possono indurre tosse.

Per le corrette modalità di scelta e gestione dei dispositivi di protezione individuale fare riferimento a quanto riportato all'interno delle Precauzioni standard e agli allegati 8 – 9 – 32 e 33.

In caso di esposizione non protetta informare la Direzione Medica che verificherà l'esigenza di profilassi post-esposizione (all. 2) o altro ed avvierà, se del caso, un'indagine epidemiologica per individuare l'esistenza di eventuali ulteriori contatti non protetti fra operatori e pazienti o l'avvio di altri provvedimenti previsti nell'ambito delle linee guida o raccomandazioni aziendali.

RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	FONTE	GRADING
Indossare la mascherina chirurgica all'ingresso della stanza o del box del paziente	CDC 2007	1B

3. IGIENE DELLE MANI

Fare riferimento a quanto riportato all'interno delle Precauzioni Standard e agli allegati 5 Lavaggio delle mani, e all'allegato 6: Frizione alcolica delle mani.

4. IGIENE RESPIRATORIA

Nei pazienti che richiedono l'applicazione di precauzioni aggiuntive da droplet è di fondamentale importanza rinforzare i principi dell'igiene respiratoria, con la finalità di prevenire la trasmissione di patogeni respiratori attraverso le goccioline. (Poster Igiene Respiratoria all. 10) .



5. TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli necessari per esigenze diagnostiche-terapeutiche.

Avvisare il personale del servizio presso il quale il paziente viene trasportato e segnalarne le condizioni al personale addetto al trasporto, in modo che possano essere adottate le misure precauzionali corrette (igiene delle mani, utilizzo DPI, igiene respiratoria), limitare i tempi d'attesa e i contatti con altri pazienti/utenti.

Durante il trasporto il paziente deve indossare la mascherina chirurgica, per quanto riguarda gli operatori addetti al trasporto non è necessario che indossino dispositivi di protezione.

Se il paziente viene trasferito in un'altra Unità Operativa/Struttura è importante segnalare la condizione effettiva e la necessità di adottare precauzioni aggiuntive all'interno della lettera di trasferimento/dimissione.

RACCOMANDAZIONI: TRASPORTO DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
Limitare a fini strettamente sanitari i trasporti e gli spostamenti dei pazienti al di fuori della stanza.	CDC 2007	II
Se è necessario trasportare o spostare il paziente, insegnargli ad indossare la mascherina e ad osservare le norme di igiene respiratoria che riducono la trasmissione		1B
Non è necessario l'utilizzo della mascherina per il personale addetto al trasporto		II



C. PRECAUZIONI PER TRASMISSIONE DA VIA AEREA

Le precauzioni aggiuntive da via aerea hanno lo scopo di ridurre la trasmissione di agenti infettanti in presenza di infezioni (accertate o sospette) da microrganismi trasmissibili per via aerea tramite la disseminazione sia dei nuclei di goccioline (piccole particelle residue di dimensioni inferiori a 5 micron, di goccioline evaporate contenenti microrganismi che rimangono sospese nell'aria per lunghi periodi di tempo) sia di particelle di polvere contenenti l'agente infettivo.

I microrganismi trasportati in questo modo possono essere dispersi lontano dal paziente fonte tramite correnti d'aria e possono essere inalati o depositati su un ospite suscettibile all'interno della stessa stanza o a una distanza maggiore dal paziente fonte, a seconda dei fattori ambientali; perciò sono richiesti un trattamento dell'aria e una ventilazione particolare per prevenire la trasmissione per via aerea.

Malattie trasmissibili per via aerea

- Tubercolosi polmonare o laringea
- Morbillo
- Varicella
- Zoster disseminato

Nelle pagine seguenti sono stati descritti gli aspetti relativi alle precauzioni aggiuntive da droplet riportate in letteratura che sono state sintetizzate all'interno dei seguenti schede operative di colore azzurro:

- Sintesi "Precauzioni aggiuntive da via aerea" (All. 29)
- Cartello azzurro "Indicazioni per l'accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da via aerea" (All n. 30)
- Informazioni per familiari e visitatori – precauzioni aggiuntive da via aerea" (All. 31)

Per gli aspetti specifici relativi ad alcune patologie epidemiologicamente rilevanti per la nostra realtà sono state elaborate delle schede sintetiche :

- *Tubercolosi* all. 34
- *Morbillo* all. 35



1. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE E PREPARAZIONE DELLA STANZA

Collocare il paziente in stanza singola, dotata possibilmente di servizi igienici; la porta della stanza deve rimanere chiusa.

Segnalare con il cartello azzurro(all. 30), “Indicazioni per l’accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da via aerea”, da porre sulla porta della stanza, la necessità di adottare specifici comportamenti nell’accesso alla stanza e di rivolgersi agli operatori dell’UO prima di accedere alla stanza stessa.

All’esterno della stanza, in prossimità dell’ingresso, predisporre un carrello o un ripiano su cui posizionare Filtranti facciali FFP2 e FFP3

RACCOMANDAZIONI: COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
<p>Negli ospedali per acuti collocare il paziente che richiede precauzioni aggiuntive per via aerea in una stanza per isolamento respiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prevedere da 6 a 12 ricambi d’aria all’ora – Smaltire l’aria direttamente all’esterno, se questo non è possibile l’aria viene fatta ricircolare filtrata attraverso filtri HEPA – La porta deve rimanere chiusa 	CDC 2007	1A/1C
<p>Se la stanza per isolamento respiratorio non è disponibile, trasferire il paziente presso una struttura dove tale stanza sia disponibile.</p>		II
<p>Negli ambulatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sviluppare sistemi (es. triage, cartelli) per identificare i pazienti con infezione nota o sospetta che richieda precauzioni per via aerea all’entrata della struttura ambulatoriale. – Sistemare il paziente in una stanza per isolamento aereo appena possibile. Se non è disponibile, far indossare al paziente la mascherina chirurgica e collocarlo in un ambulatorio. Dopo l’uscita del paziente, la stanza deve rimanere vuota per il tempo necessario ad un completo ricambio dell’aria (generalmente un ora). – Istruire i pazienti con infezione nota o sospetta che richieda precauzioni aggiuntive per via aerea ad indossare la mascherina chirurgica e ad osservare l’igiene respiratoria. Una volta che il paziente viene collocato in una stanza per isolamento respiratorio, la mascherina può essere rimossa. 		1A
		1B/1C
		1B/1C



2. UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

All'interno delle ultime linee guida CDC viene indicato chiaramente che la protezione respiratoria degli operatori in caso di pazienti con sospetto o certezza di tubercolosi contagiosa polmonare o laringea si realizza indossando facciali filtranti FFP2 o FFP3 mentre viene lasciato come tema irrisolto il tipo di protezione respiratoria (mascherina chirurgica o filtrante facciale) da indossare quando si assistono pazienti con sospetto o accertato morbillo, varicella o zoster disseminato.

In caso di esposizione non protetta informare la Direzione Medica che verificherà l'esigenza di profilassi post-esposizione (all. 2) o altro ed avvierà, se del caso, un'indagine epidemiologica per individuare l'esistenza di eventuali ulteriori contatti non protetti fra operatori e pazienti o l'avvio di altri provvedimenti previsti nell'ambito delle linee guida o raccomandazioni aziendali.

Sulla scorta di altri documenti presenti in letteratura (Linee Guida Australiane 2010 e Canadesi 2012) si consiglia l'utilizzo dei filtranti facciali anche nel caso si assistano pazienti con sospetto o accertato morbillo, varicella o zoster disseminato.

Il filtrante facciale deve essere:

DEL TIPO ADEGUATO PER LA PRESTAZIONE DA EFFETTUARE	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>filtrante facciale FFP2</u> va indossato prima dell'accesso alla stanza del paziente che richiede precauzioni aggiuntive per via aerea nelle normali manovre assistenziali▪ <u>facciale filtrante FFP3</u> va utilizzato nelle manovre che possono generare tosse o aerosol (es. broncoscopia, intubazione endotracheale, aspirazione del tratto respiratorio,....). Vedi anche quanto riportato nell'allegato 33.
INDOSSATO CORRETTAMENTE	<ul style="list-style-type: none">▪ Deve coprire naso, bocca e mento. Ogni volta che si indossa un facciale filtrante deve essere verificata la sua aderenza al viso attraverso la <u>prova di tenuta</u>, che viene effettuata ponendo le mani a coppa sul filtrante facciale, senza premere, e inspirando dolcemente. Il filtrante facciale si deve collassare; se questo non succede significa che l'aria entra fra il filtrante facciale e la cute del volto, in questo caso riposizionare il filtrante facciale e ripetere la prova di tenuta. La prova di tenuta deve essere ripetuta anche quando si avverte uno spostamento del facciale sul viso (all. 32).▪ il filtrante facciale non protegge in caso di barba o basette lunghe, poiché non permettono il contatto diretto tra il volto ed i bordi di tenuta del dispositivo
SOSTITUITO	<ul style="list-style-type: none">▪ Quando è umido o bagnato
RIMOSSO	<ul style="list-style-type: none">▪ Terminata la prestazione per cui è stato necessario indossarlo▪ Quando si rimuove considerare la parte anteriore del filtrante facciale contaminata▪ Rimuovere prima il laccio inferiore e poi quello superiore

Per le corrette modalità di scelta e utilizzo dei dispositivi individuale fare riferimento a quanto riportato all'interno delle precauzioni standard e negli allegati 8 – 9 – 32- 33



RACCOMANDAZIONI: UTILIZZO DISPOSITIVI DI PROTEZIONE	FONTE	GRADING
Indossare un facciale filtrante FFP2 o FFP3 verificandone la tenuta, quando si entra nella stanza di un paziente in cui ci sia il sospetto o la certezza di tubercolosi contagiosa polmonare o laringea o tubercolosi cutanea e quando si eseguono procedure che potrebbero aerosolizzare microrganismi trasmissibili (es. irrigazione, incisione, drenaggi.....)	CDC 2007	1B
Nessuna raccomandazione rispetto al tipo di dispositivo di protezione respiratoria (mascherina chirurgica o facciale filtrante) che deve essere indossato dal personale suscettibile che ha contatti con pazienti con sospetto o accertato morbillo, varicella o zoster disseminato.		Tema irrisolto

3. TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli effettivamente necessari per esigenze diagnostiche- terapeutiche.

Avvisare il personale del servizio presso il quale il paziente viene trasportato e segnalarne le condizioni al personale addetto al trasporto, in modo che possano essere adottate le misure precauzionali corrette (utilizzo DPI, igiene respiratoria) e possano essere evitati stazionamenti in sale di attesa e quindi i contatti con altri pazienti.

Durante il trasporto il paziente deve indossare la mascherina chirurgica.

Se il paziente viene trasferito in un'altra Unità Operativa/Struttura è importante segnalare la condizione effettiva e la necessità di adottare precauzioni aggiuntive all'interno della lettera di trasferimento/dimissione.

RACCOMANDAZIONI: TRASPORTO DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
Limitare a fini strettamente sanitari i trasporti e gli spostamenti dei pazienti al di fuori della stanza.	CDC 2007	II
Se tale trasporto è necessario, istruire il paziente ad indossare una mascherina chirurgica, se possibile, e ad osservare le indicazioni dell'igiene respiratoria.		II
Nel caso di soggetti con lesioni cutanee associate a varicella, vaiolo o da Mycobacterium tuberculosis, coprire le zone colpite in modo da prevenire l'aerosolizzazione o il contatto con gli agenti infettivi presenti nelle lesioni cutanee.		1B
Il personale di assistenza che trasporta il paziente non deve indossare una mascherina protettiva o un facciale filtrante se il paziente indossa una mascherina e le lesioni cutanee infette sono coperte.		II



4. GESTIONE DELL'ESPOSIZIONE

RACCOMANDAZIONI: TRASPORTO DEL PAZIENTE	FONTE	GRADING
Vaccinare o somministrare immunoglobuline il più presto possibile ai soggetti suscettibili che hanno avuto contatti non protetti con pazienti affetti da morbillo, varicella o vaiolo.	CDC 2007	1A



TABELLE RIEPILOGATIVE E RAFFRONTO DEI PRINCIPALI ASPETTI ALL'INTERNO DELLE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

PRECAUZIONI STANDARD

SI APPLICANO NEI CONFRONTI DI TUTTI I PAZIENTI, IN CASO DI CONTATTO CON: CUTE LESA, MUCOSE, SANGUE O LIQUIDI CORPOREI, SECRETI E ESCRETI (ESCLUSO IL SUDORE).

1. Igiene delle mani	6. Igiene ambientale
2. Utilizzo dei dispositivi di protezione	7. Gestione biancheria
3. Igiene respiratoria	8. Sicurezza della terapia iniettiva
4. Collocazione del paziente	9. Indicazione per puntura lombare
5. Gestione dei presidi assistenziali	10. Smaltimento rifiuti

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE (DA APPLICARE IN AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD)

	CONTATTO	DROPLET	AEREA
Cartello indicazioni per l'ingresso alla stanza	si	si	si
Stanza singola	si *	si*	si
La porta della stanza deve rimanere chiusa	no	no	si
Igiene delle mani	si	si	si
Guanti	All'ingresso della stanza	Vedi precauzioni standard	Vedi precauzioni standard
Sovracamice	All'ingresso della stanza	Vedi precauzioni standard	Vedi precauzioni standard
Protezione occhi (occhiali o visiera)	Vedi precauzioni standard	si	Vedi precauzioni standard
Protezione respiratoria	Vedi precauzioni standard	Mascherina chirurgica o FFP2	FFP2 o FFP3
Presidi assistenziali	Pulizia e disinfezione	Vedi precauzioni standard	Vedi precauzioni standard
Igiene ambientale	Pulizia e disinfezione	Vedi precauzioni standard	Vedi precauzioni standard
Trasporto del paziente	Limitato, igiene delle mani e biancheria pulita del paziente	Limitato e mascherina chirurgica al paziente	Limitato e mascherina chirurgica al paziente
Educazione paziente e visitatori	Limitare l'accesso alla stanza e addestramento sulle norme igieniche da rispettare	Limitare l'accesso alla stanza e addestramento sulle norme igieniche da rispettare	Limitare l'accesso alla stanza e addestramento sulle norme igieniche da rispettare

* se non è possibile, coorte di pazienti con la stessa problematica o isolamento spaziale con distanza di un metro dagli altri pazienti



III. APPLICAZIONE EMPIRICA DELLE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

In alcuni casi, il rischio di trasmissione delle infezioni può essere alto prima che venga formulata una diagnosi definitiva e quindi prima che vengano adottate le precauzioni basate su quella diagnosi. Queste patologie ad alto rischio infettivo richiedono l'adozione di precauzioni empiriche aggiuntive da adottare in base al quadro clinico e in attesa della conferma diagnostica di laboratorio.

L'adozione empirica delle precauzioni aggiuntive riduce il rischio di trasmissione delle patologie infettive ad altri soggetti (tab. 3).

Tab. 3

SINDROME O CONDIZIONI CLINICA	POSSIBILI PATOGENI	PRECAUZIONI EMPIRICHE (IN AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD)
Diarrea		
Diarrea acuta di probabile causa infettiva in un paziente incontinente o portatore di pannolini	<i>Patogeni enterici</i>	Contatto
Meningite		
	<i>Neisseria meningitidis</i>	Droplet per le prime 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica; indossare FFP2 e protezione del volto durante le manovre che generano aerosol (es. intubazione)
	<i>Enterovirus</i>	Contatto per lattanti e bambini
	<i>M.tuberculosis</i>	Aerea se infiltrati polmonari Aerea e contatto in presenza di secrezioni potenzialmente infettanti
Rash o esantema generalizzato ad eziologia sconosciuta		
Petecchie/ecchimosi con febbre - se anamnesi positiva per viaggio in un'area con epidemia in atto di febbre emorragica virale nei 10 giorni che precedono l'inizio della febbre	<i>Neisseria meningitidis</i> <i>Virus Ebola, Lassa, Marburg</i>	Droplet per le prime 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica Droplet e contatto con protezione del volto, ed enfasi sulla sicurezza con taglienti/pungenti e sui dispositivi di protezione contro sangue e fluidi corporei. Usare FFP2 o FFP3 in caso di procedure che generano aerosol.
Vescicole	<i>Varicella- zoster</i> <i>Herpes simplex</i>	Aerea e contatto Contatto



SINDROME O CONDIZIONI CLINICA	POSSIBILI PATOGENI	PRECAUZIONI EMPIRICHE (IN AGGIUNTA ALLE PRECAUZIONI STANDARD)
Maculo papule con rinite, tosse e febbre	<i>Morbillo</i>	Aerea
Infezioni respiratorie		
Tosse, febbre, infiltrato polmonare nel lobo superiore di un paziente negativo per HIV o in un paziente a basso rischio di infezione HIV	<i>M. tuberculosis, virus respiratori, S. pneumoniae, S. aureus (MSSA o MRSA)</i>	Aerea e contatto
Tosse, febbre, infiltrato polmonare localizzato in qualsiasi sede polmonare in un paziente affetto da HIV o in un paziente ad alto rischio di infezione da HIV	<i>M. tuberculosis, virus respiratori, S. pneumoniae, S. aureus (MSSA o MRSA)</i>	Aerea e contatto Utilizzare una protezione per occhi e volto se vengono eseguite procedure generanti aerosol o se è prevedibile un contatto con secrezioni respiratorie Se la tubercolosi è improbabile e non sono disponibili stanze per isolamento respiratorio utilizzare le precauzioni da droplet . La tubercolosi è più probabile in un soggetto con infezione HIV che in un soggetto HIV negativo.
Tosse, febbre, infiltrato polmonare localizzato in qualsiasi sede polmonare in paziente con anamnesi di viaggio recente (10-21 giorni) in paesi con epidemie in atto di SARS o influenza aviaria	<i>M. tuberculosis, SARS, influenza aviaria</i>	Aerea e contatto con protezione degli occhi. Se SARS e tubercolosi sono poco probabili adottare le precauzioni aggiuntive da droplet anziché da via aerea.
Infezioni polmonari, in particolare bronchiolite e polmonite, in bambini	<i>Virus respiratorio sinciziale (VRS) virus parainfluenzale, virus influenzale, adenovirus, virus metapneumovirus umano (hMPV)</i>	Droplet e contatto. Le precauzioni aggiuntive da droplet possono essere sospese se sono stati esclusi adenovirus e influenza.
Infezioni della cute o di ferite		
Ascessi o ferite secernenti non coperte	<i>S. aureo (MSSA o MRSA), streptococco di gruppo A</i>	Contatto. Qualora vi sia il sospetto di una patologia da Streptococco di gruppo A, adottare anche le precauzioni aggiuntive da droplet per le prime 24 ore dall'inizio di una adeguata terapia antibiotica.



IV. MISURE D'ISOLAMENTO IN CAMERA MORTUARIA E SALA ANATOMICA

CAMERA MORTUARIA

Una recente revisione della letteratura di settore conferma l'adeguatezza delle indicazioni fornite agli operatori addetti alle UUOO e della camera Mortuaria contenute nella Procedura "gestione delle salme dalle UUOO alla camera Mortuaria" reperibile all'indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/acc/tras/salme2012/view?searchterm=camera+mortuaria>

SALA ANATOMICA

Ogni salma da sottoporre ad autopsia è da considerare a potenziale rischio infettivo e pertanto da prevedere l'adozione sistematica delle Precauzioni Standard e di procedure di lavoro sicure.

La possibile trasmissione di infezioni agli operatori può avvenire per esposizione accidentale a sangue e/ o liquidi biologici secondariamente a taglio/puntura o a esposizione mucocutanea durante l'autopsia o con trasmissione da aerosol o droplet .

Preventivamente all'avvio dell'attività autoptica è opportuno venga effettuata una valutazione del rischio di infezione che potrebbe evidenziare l'esigenza di perfezionare le procedure operative in relazione a specifici rischi di infezione.

Qualora emerga un alto rischio infettivo valutare in collaborazione con i clinici la reale esigenza di procedere all'esame autoptico, se del caso, effettuare un esame limitato. Ove possibile in caso di infezione sospetta procedere a confermare la diagnosi eziologica.

Al fine di ridurre al minimo il rischio di infezione l'attività autoptica andrà effettuata:

1. In ambienti idonei
2. regolamentare gli accessi alla sala autoptica limitando le presenze a quelle strettamente necessarie .
3. l'attività autoptica deve essere effettuata da personale addestrato
4. il personale deve indossare i Dispositivi di Protezione Individuale
 - a. doppi guanti e sottoganti antitaglio
 - b. tuta intera con copricapo
 - c. sovrascarpe o altro dispositivo a protezione della calzatura
 - d. visiera copri occhi – naso bocca
 - e. dispositivo protezione respiratoria FFP2
 - f. grembiule impermeabile
6. adozione di best practice per ridurre al minimo la contaminazione ambientale e dell'operatore
7. utilizzo teli assorbenti
8. copertura di superfici ambientali
9. collocare il contenitore per lo smaltimento aghi e taglienti nell'area lavoro per facilitare lo smaltimento diretto da parte dell'utilizzatore evitando passaggi a terzi
10. garantire la presenza del contenitore rifiuti speciali nell'area lavoro procedendo a una sua chiusura a fine seduta
11. La rimozione dei dispositivi di protezione individuale deve essere effettuata al termine dell'attività, all'interno della sala autoptica e deve essere seguita dall'igiene delle mani.



12. in caso di esposizione occupazionale a sangue e/o altro materiale biologico il personale dovrà segnalare tempestivamente l'esposizione in coerenza con le indicazioni riportate nel documento: "Protocollo comportamentale per la gestione dell'esposizione occupazionale a rischio biologico (HBV-HCV-HIV) nel personale dell'APSS. Attualizzazione Ospedale di Rovereto" (<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/gespunt>)
13. in caso di spandimenti accidentali di materiale biologico e/o formalina fare riferimento alle procedure operative:
 - "Procedura operativa per il trattamento delle superfici ambientali contaminate da sangue o altro materiale biologico"
<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/AMBDECONTAM/view>
 - "Impiego della formalina in ambito sanitario"
<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/sic/form/procform/view>
14. gli strumenti non monouso utilizzati per l'autopsia andranno sottoposti a decontaminazione, pulizia, sterilizzazione secondo le indicazioni riportate nel documento: "Gestione del materiale da sottoporre a sterilizzazione"
<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/ster/gmst/view>
15. la sanificazione e la disinfezione degli ambienti sono effettuate secondo quanto riportato nel capitolato di sanificazione di questa APSS.

In alcuni casi le indicazioni di sicurezza potranno essere integrate in relazione al microorganismo coinvolto: Esempi:

- sindrome di Creutzfeldt Jakob: le modalità operative da adottare in caso di autopsia su paziente con sospetta infezione sono riportate nel documento "La Prevenzione delle malattie da prioni in ambiente ospedaliero – Protocollo operativo"
[http://intranet.apss.tn.it/gdl/jci/documenti/funzione-pci/documenti-approvati-dal-comitato-infezioni-ospedaliere/la-prevenzione-delle-malattie-da-prioni-in-ambiente-ospedaliero/view?searchterm=Creutzfeldt Jakob](http://intranet.apss.tn.it/gdl/jci/documenti/funzione-pci/documenti-approvati-dal-comitato-infezioni-ospedaliere/la-prevenzione-delle-malattie-da-prioni-in-ambiente-ospedaliero/view?searchterm=CreutzfeldtJakob)
- infezione tubercolare accertata o sospetta.
 - Per l'esecuzione dell'attività autoptica integrare le misure di isolamento sopra indicate con l'adozione di dispositivi di protezione respiratoria con facciale filtrante FFP3. Dopo l'autopsia attendere 1 ora prima di procedere ad ulteriore attività.



MONITORAGGIO ADESIONE ALLE PRECAUZIONI D'ISOLAMENTO

L'attivazione del sistema di monitoraggio dell'adesione alle precauzioni di isolamento ha come finalità il controllo della diffusione degli agenti infettivi attraverso l'utilizzo di modalità che permettono di quantificare l'andamento nel tempo delle diverse componenti delle misure di isolamento ed eventualmente avviare interventi di miglioramento che hanno l'obiettivo di:

- *ricomprendere* nelle attività assistenziali le attività di prevenzione e controllo delle infezioni (paziente/operatore)
- *ridurre* la variabilità nelle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni in ordine ad una standardizzazione dei processi assistenziali
- *definire* i miglioramenti necessari a raggiungere il 100% di compliance delle precauzioni standard e ridurre il rischio di contaminazione crociate
- *migliorare* negli operatori sia l'applicazione ma anche le conoscenze e competenze delle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni
- *supportare* l'allineamento delle pratiche assistenziali di monitoraggio, di miglioramento e di successiva verifica.

All'interno del sistema di monitoraggio possono essere distinti due livelli:

- 1° **Precauzioni Standard**
- 2° **Precauzioni Aggiuntive**

Per quanto riguarda la definizione del programma di monitoraggio della compliance alle precauzioni standard si è fatto riferimento ad una serie di indicatori descritti all'interno del documento "Compendio delle principali misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza - 2010" elaborato dal Centro Controllo delle Malattie

Sono state invece le iniziative di verifica della compliance alle precauzioni standard già in essere come iniziativa aziendale o locale e che le principali vengono richiamate in *tabella 4*.

Per le attività di monitoraggio il gruppo di lavoro ha elaborato delle schede raccolta dati di cui si prevede l'utilizzo da parte del personale delle UU.OO. e/o personale della Direzione Medica.

Il programma di verifica del grado di compliance risulta così strutturato:

Precauzioni Standard

Igiene della mani:

- *rilevazione annuale* del tasso di adesione all'igiene delle mani all'interno delle singole UU.OO. da parte dei Referenti Infermieristici per la sorveglianza delle infezioni (sistema Mercurio) in collaborazione con la Direzione Medica – Medicina Preventiva, secondo le modalità definite all'interno della campagna per l'implementazione delle linee guida OMS 2009 relative all'Igiene delle Mani. I Referenti Infermieristici riceveranno gli strumenti ed una formazione specifica.

La Direzione Medica provvederà ad elaborare i report relativi all'attività di monitoraggio del grado di adesione all'igiene delle mani;

- *rilevazione semestrale* dell'indicatore di consumo di soluzioni alcoliche all'interno delle varie UU.OO./Servizi a cura delle Direzione Medica – Medicina Preventiva in collaborazione con il Servizio Farmacia.

Altre iniziative di monitoraggio già implementate vedi tab. 1



Precauzioni Aggiuntive

Il secondo livello di monitoraggio si riferisce all'applicazione delle indicazioni relative alle precauzioni aggiuntive riportate all'interno di questo documento.

Le liste di controllo che riguardano le Precauzioni Aggiuntive si collocano all'interno del sistema di sorveglianza dei microorganismi sentinella, che prevede una segnalazione da parte del Laboratorio di Microbiologia alle UUOO e alla Direzione Medica degli isolamenti di microrganismi ad alta diffusibilità e/o ad elevata patogenicità in cui l'adozione tempestiva di misure rivolte a ridurre la diffusione è rilevante per la sicurezza degli altri pazienti e/o degli operatori.

Esse sono:

- Precauzioni da contatto
- Precauzioni droplet
- Precauzioni via aerea

Per facilitare il monitoraggio dell'adesione alle precauzioni aggiuntive sono state elaborate degli strumenti operativi distinti per modalità di trasmissione:

- Check-list: precauzioni aggiuntive da contatto (all. 36)
- Check-list :precauzioni aggiuntive da droplet (all. 37)
- Check-list: precauzioni aggiuntive da via aerea (all. 38)

Questi strumenti vengono compilati dall'ICI con la collaborazione del coordinatore infermieristico (o dal suo sostituto) a seguito di segnalazioni di microrganismi sentinella da parte del laboratorio o di notifica di malattia infettiva e qualora debbano essere adottate le precauzioni aggiuntive in caso di sospetto o diagnosi d'infezione da patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti.

Il monitoraggio delle Precauzioni Aggiuntive consente di acquisire informazioni immediate sull'esigenza di programmare indagini epidemiologiche per esplorare l'esistenza di eventuali contatti non protetti (pazienti/visitatori/operatori) ed adottare nei tempi necessari eventuali interventi di profilassi e di implementare in collaborazione con il personale delle UU:OO e qualora necessario le misure di isolamento.

Dall'analisi periodica del monitoraggio delle check-list da parte della Direzione Medica sarà possibile individuare le eventuali carenze e definire degli interventi appropriati di promozione, formazione, addestramento a livello di singola Unità Operativa o a livello di struttura ospedaliera.



**ALCUNE INIZIATIVE OSPEDALIERE E AZIENDALI DI MONITORAGGIO
PRECAUZIONI STANDARD – ESTRATTO (*)**

Tab. 4

PRECAUZIONI STANDARD	ATTIVITÀ	COMPETENZA	DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
Igiene mani	Compliance igiene mani (vedi documento)	Referenti UU.OO. e Direzione Medica	Osservazioni sul campo. Consumo soluzioni alcoliche	Semestrale/annuale
Utilizzo Dispositivi di Protezione Individuale	Verifica adesione operatori utilizzo dispositivi di protezione individuale	Dirigenti preposti UU.OO.	Compilazione check list del SPP APSS (azione inserita nel programma aziendale di gestione sicurezza).	Quadrimestrale
	Indicazioni uso DPI in relazione ai rischi	Servizio Protezione Aziendale	In relazione alla specifica attività assistenziale verifica del DPI da utilizzare rispetto ai rischi	Annuale nella revisione del DVR
Collocazione paziente	Applicazione misure isolamento	Personale UU.OO.	Verifica applicazione tramite check-list	Continua in relazione a segnalazione di alert. Analisi periodica dati
Gestione presidi assistenza	Rilevazione delle non conformità dei dispositivi medici da sottoporre a sterilizzazione	Centrale di sterilizzazione DM	Verifica in fase di accettazione standard igiene DM da sottoporre a sterilizzazione	Giornaliero ad ogni invio di materiale
	Certificazione di rilascio autoclavi centrale e Blocco operatorio	Centrale sterilizzazione e blocco operatorio	Atto che dichiara che i DM ha subito con esito positivo tutte le fasi previste dal processo	Ad ogni ciclo
	Controlli penetrazione vapore	Centrale sterilizzazione – Blocco Operatorio	(Bowie Dick Hollow load test) che verificano l'assenza di gas non condensanti all'interno dei carichi porosi e corpi cavi	Giornaliero
	Controllo trafilemento aria	Centrale Sterilizzazione – Blocco Operatorio	Vuoto test – assenza di aria nella camera dell'autoclave	Giornaliero
	Documenti di raccomandazioni lavaggio disinfezione e sterilizzazione dei DM ospedale Rovereto	CIPASS - CIO	Istruzioni operative per lavaggio/sterilizzazione DM	Triennale
	Manutenzione preventiva autoclavi - lavastrumenti	Ingegneria Clinica	Secondo indicazioni del fabbricante	Quadrimestrale
	Convalida di prestazione di autoclavi termo sigillatrici e lava strumenti	Ingegneria Clinica/Ditta esterna	Processo che permette di ottenere e documentare che l'apparecchiatura si comporta in conformità ai criteri predeterminati del costruttore	Annuale
	Convalida confezionamento	Ingegneria Clinica / Ditta esterna	Prova di stabilità che mira a documentare il mantenimento del grado di sterilità dei DM una volta confezionato	Annuale



PRECAUZIONI STANDARD	ATTIVITÀ	COMPETENZA	DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
Gestione presidi assistenza	Certificazione di rilascio lava strumenti	Operatori Centrale di Sterilizzazione	Atto che dichiara che i DM ha subito con esito positivo tutte le fasi previste del processo	Ad ogni lavaggio
	Procedure lavaggio disinfezione endoscopi	Personale endoscopia digestiva	Descrizione fasi operative di lavaggio/disinfezione manuale o automatico e azioni correlate alla gestione del processo	Triennale
	Autodisinfezione automatica lavaendoscopi	Personale Endoscopia digestiva	Ciclo di disinfezione macchina prima di procedere all'avvio dei programmi di lavaggio/disinfezione endoscopi	Giornaliera
	Cloro disinfezione apparecchiatura	Personale Endoscopia digestiva	Intervento di disinfezione macchina con cloro	Mensile
	Monitoraggio microbiologico app.lavaendoscopi	Personale Endoscopia digestiva e Ufficio Medicina Preventiva DM	Effettuazione controlli microbiologici acqua in entrata – di risciacquo e interna al canale endoscopico	Trimestrale
	Manutenzione preventiva lavaendoscopi	Ingegneria Clinica	Secondo indicazioni del costruttore	Quadrimestrale
	Certificazione di rilascio lava endoscopi	Personale endoscopia digestiva	Atto che dichiara che l'endoscopio ha subito con esito positivo il processo di lavaggio/disinfezione	Ad ogni ciclo di lavaggio
Sicurezza terapia iniettiva	Analisi segnalazione esposizioni occupazionali a rischio biologico	Ufficio Medicina Preventiva Direzione Medica	Verifica ed elaborazione dati esposizione occupazionale	Annuale
	Adesione al protocollo per la gestione dell'esposizione occupazionale a rischio biologico HIV-HBV-HCV	Ufficio Medicina Preventiva Direzione Medica	Costruzione indicatori di monitoraggio secondo procedure	Annuale
	Implementazione utilizzo DM con sistemi di sicurezza	Ufficio Medicina Preventiva Direzione Medica	Monitoraggio consumi e approfondimenti analisi infortuni con DM	Consumi annuale Ad ogni infortunio anche coinvolgendo il coordinatore ecc
Misure di controllo per procedure speciali a livello lombare	Definizione di procedura ed indicazioni nel presente manuale circa le misure di tutela da adottare per sicurezza paziente ed operatore	UU.OO. Direzione Medica	Verifica a campione rispetto standard	Annuale
Smaltimento rifiuti	Attività di controllo appalto rifiuti	Direzione Struttura Referenti appalto Personale delle UU.OO	Verifica attraverso check list dei parametri del servizio precisato nel capitolato	Semestrale
	Sopralluogo aree di produzione rifiuti e stoccaggio	Referente ufficio medicina preventiva	Attività di ispezione per verifica modalità di smaltimento e stoccaggio	Giornaliera



Igiene ambientale (*)	Attività di controllo appalto sanificazione ambientale	Servizio Amministrazione Referenti capitolato Personale delle UU.OO	Verifica attraverso check list modalità e sanificazione e risultato	Mensile
	Segnalazione non conformità	Personale delle UU.OO	Mancato rispetto standard	Al bisogno
Gestione biancheria	Attività di controllo appalto servizio di lavanolo	Servizio Amministrazione Referenti capitolato Personale delle UU.OO	Verifica attraverso check list integrità e pulizia biancheria	Semestrale

(*) Tabella completa all. 39



FASE DI ATTUAZIONE

- 1) diffusione documento alle UU.OO/Servizi
- 2) presentazione contenuti alle UU.OO/Servizi (mezza giornata seminariale)
- 3) ricognizione da parte di ciascuna UU.OO/Servizio delle pratiche esistenti ed eventuale allineamento rispetto alle standard proposto dalle Linee Guida
- 4) organizzazione di incontri di formazione per il personale a cura della Direzione Medica, anche rivolta al personale da coinvolgere per le attività di monitoraggio
- 5) a distanza di sei mesi dalla giornata di presentazione alle UU.OO/Servizi avvio del programma di monitoraggio al grado di adesione alle misure di isolamento
- 6) ad un anno dalla giornata di presentazione del documento, confronto del gruppo di lavoro con le UU.OO/Servizi per la verifica della effettiva applicazione delle Linee Guida al contesto dell'ospedale di Rovereto ed individuazione dell'esigenza di apportare modifiche ed integrazioni.



GLOSSARIO

TERMINE	DEFINIZIONE
Agente biologico	Qualsiasi microrganismo anche se geneticamente modificato, coltura cellulare, endoparassita umano in grado di riprodursi, di crescere e di trasferire materiale genetico, perciò in grado di provocare infezioni, intossicazioni, allergie.
Airbone:	Si riferisce alla trasmissione dei microrganismi per via aerea.
Catena dell'infezione:	Processo che inizia quando un agente lascia il suo serbatoio o l'ospite, attraverso una porta di uscita, viene trasportato con varie modalità di trasmissione, entra attraverso una porta di ingresso per infettare un altro ospite suscettibile.
CDC Center for Disease Control and Prevention:	Agenzia del Dipartimento dei Servizi Sanitari e Umani degli Stati Uniti, ubicata in Atlanta, Georgia. La sua missione è quella di promuovere la salute e la qualità della vita prevenendo e controllando le malattie, gli incidenti, la disabilità.
Colonizzazione	Presenza e crescita di un microrganismo in un ospite (ad esempio sulla cute, le mucose, ecc.) senza manifestazioni cliniche evidenti o danno cellulare; un ospite colonizzato può rappresentare una sorgente di infezione.
Cohorting	Pratica che prevede la collocazione nella stessa stanza dei pazienti infetti o colonizzati con il medesimo agente infettivo, per prevenire il contatto con altri pazienti suscettibili.
Contagiosità	indica la relativa facilità con cui una malattia è trasmessa ad altri ospiti.
Dispositivi di protezione individuale	Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza e la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento ed accessorio destinato allo scopo.
Dispositivo medico	Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.
Facciale filtrante	Le semimaschere filtranti antipolvere soddisfano i requisiti della normativa europea UNI EN 149 del 2003 e sono classificate in base alla loro efficienza filtrante ed alla perdita di tenuta, in tre classi di dispositivi: FFP1; FFP2; FFP3.
Fonte di infezione	la persona, l'animale, l'oggetto o la sostanza da cui l'agente infettivo passa ad un'altro ospite.
Fomite:	Oggetto inanimato che può contaminarsi e può diventare una fonte di trasmissione.
Infezione	Indica l'invasione e la moltiplicazione di un microrganismo in un organo ospite, accompagnata dalla manifestazione di sintomi e di segni clinicamente evidenti, sia locali che sistemici, dovuti alla proliferazione nei tessuti del microrganismo e alla conseguente reazione infiammatoria (con o senza ingrossamento dei linfonodi).



ICPA Infezione correlata alle pratiche assistenziali:	Un'infezione conseguente all'esposizione a una sorgente infettiva che è temporalmente correlata ad una prestazione sanitaria. Può interessare i pazienti, il personale, i visitatori.
Infettività	Esprime la capacità dell'agente causale della malattia di penetrare, sopravvivere e moltiplicarsi nell'ospite.
Isolamento	Separazione (anche solo funzionale) delle persone infette dalle persone non infette allo scopo di prevenire la diffusione di un agente infettivo agli altri.
Microrganismi sentinella	Microrganismi che hanno una rilevanza epidemiologica per delle loro caratteristiche particolari: <ul style="list-style-type: none"> - alta diffusività o pericolosità - multi resistenza agli antibiotici - indice di contaminazione ambientale Per questi microrganismi è opportuno adottare degli interventi specifici (misure di isolamento, indagini epidemiologica)
Ospite	Persona o animale che può essere infettato da microrganismi (o agenti infettivi: batteri, virus, funghi, parassiti).
Pazienti immunocompromessi	Pazienti con meccanismi di difesa immunitaria alterati per patologie congenite o acquisite, patologie croniche, malnutrizione, terapie immunosoppressive, come ad es. chemioterapia o terapia steroidea ad alte dosi.
Patogenicità	La capacità di un microrganismo di provocare una malattia attraverso l'invasività, cioè la capacità di diffondersi e moltiplicarsi nei tessuti e organi dell'ospite, e/o tossicità, cioè la capacità di produrre sostanze tossiche che possono agire anche a distanza rispetto al sito di infezione.
Periodo incubazione	Intervallo di tempo che intercorre tra l'effettiva esposizione di un ospite suscettibile a un agente infettivo e la comparsa di segni e sintomi di malattia.
Portatore	È una persona o un animale che non presenta segni o sintomi clinici di malattia, ma ospita uno specifico agente infettivo (microrganismo) ed è in grado di trasmetterlo ad altri. Il portatore è una potenziale fonte d'infezione.
Procedure che producono aerosol	Procedure assistenziali che possono favorire la diffusione dei microrganismi anche oltre 1 metro di distanza, ad esempio intubazione, aspirazione delle vie respiratorie, broncoscopia, manovre di induzione dell'espettorato, manovre autoptiche.
Serbatoio di infezione	Habitat in cui un agente infettivo vive, cresce e si moltiplica; può essere umano, animale o ambientale.
Sorgente di infezione	Persona, animale o oggetto inanimato da cui un agente infettivo è trasmesso all'ospite.
Soggetto suscettibile	Soggetto che venendo a contatto con un microrganismo, sviluppa la malattia infettiva. Le difese possono essere alterate da diverse condizioni patologiche, dall'età, da terapia antibiotica, steroidea, immunosoppressiva, radioterapia, da procedure diagnostico/terapeutiche (cateteri, endoscopia, interventi chirurgici, ecc.). Il soggetto quindi, può diventare suscettibile anche venendo a contatto con microrganismi generalmente non patogeni.
Virulenza	Grado di patogenicità di un agente infettivo



BIBLIOGRAFIA

- Siegel J.D., Rhinehart E., Jackson M., Chiarello L. (2007) Guidelines for Isolation Precaution: preventing transmission of infectious agent in healthcare setting. *Centers for Disease Control and Prevention*
- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. (2009)
- Rutala W.A., Weber D.J.(2008) Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities”. *Centers for Disease Control and Prevention*
- Jensen P.A., Lambert L.A., Iademarco F.M, Ridzon R.(2005) Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings *Centers for Disease Control and Prevention*
- Nolte K.B., Taylor D.G., Richmond J.Y. (2002) Biosafety consideration for autopsy. *The American Journal of Forensic medicine and Pathology* 23(2):107-122
- Center for Disease Control and Prevention CDC (2012) *Guidelines for safe work practices in human and animal medical diagnostic laboratories*. Supplement/Vol.61
- European Centre for Disease Prevention and Control ECDC (2011) “Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer” sito internet
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/110913_risk_assessment_resistant_cpe.pdf
- Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie CCM (2011) Raccomandazioni sul controllo della diffusione nosocomiale dello Staphylococcus aureus resistente alla meticillina(MRSA)
- National Health and Medical Research Council (2010) Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare.
- Public Health Agency of Canada (2012) Routine Practices and additional precautions for preventing the transmission of infection in healthcare settings.
- Wagner C. (2009) Standardization of isolation precaution signage in Washington implementation toolkit. *Washington State Hospital Association*
- D’Errico M.M., Martini E. (2008) Le precauzioni di isolamento nelle strutture assistenziali: schede operative. *Giornale Italiano Infezioni Ospedaliere* 15 (1):8-30
- Zotti C., Moro M.L. (2010) Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate – Progetto INF-OSS. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)
- SIMPIOS (2009) Documento di indirizzo: Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile.
- Agenzia Sanitaria Regionale – Regione Emilia Romagna (2006) Epidemie di infezioni correlate all’assistenza sanitaria: sorveglianza e controllo – Dossier 123 –
- Siegel J.D., Rhinehart E., Jackson M., Chiarello L. (2006) Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Setting.
- SIMPIOS (2010) Documento di indirizzo: I batteri gram-negativi multiresistenti: un problema emergente e di attualità. Indicazioni gestionali
- Ministero della Sanità Decreto 28.09.1990 “Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private”
- Circolare Ministero della Sanità 2.12.1996 “Linee guida e norme di sicurezza da osservare in caso si riscontro autoptico su soggetti con probabile malattia di Creutzfeld-Jacob o sindromi correlate”
- Decreto Legislativo n.81 e sue integrazioni 09/04/08 “Testo unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro” Gazzetta Ufficiale n.101. Aprile 2008



- Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati. Ministero della Salute – Accordo Conferenza Stato Regioni – Provincie Autonome febbraio 2013
- “L’igiene delle mani nell’assistenza sanitaria” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/igieman/view>
- Repertorio Dispositivi di protezione individuale reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/sic/repdpi>
- Documento aziendale “guanti per uso medico” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/osp/osprov/far/dismed/guanti/guanti/view>
- “Procedura operativa per il trasporto del materiale biologico all’interno dell’ospedale di Rovereto” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/acc/matbio/trabio/view?searchterm=trasporto+materiale>
- Documento aziendale “Gestione del materiale da sottoporre a sterilizzazione - istruzioni operative” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/ster/gmst/view>
- “Procedura per la gestione della controcannula tracheostomica in ospedale” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/tracan/view>
- “Protocollo pulizia e disinfezione degli endoscopi ed uso delle macchine lava-disinfetta endoscopi”
- “Procedura operativa per il trattamento delle superfici ambientali contaminate da sangue o altro materiale biologico” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/AMBDECONTAM/view>
- “Protocollo comportamentale per la gestione dell’esposizione occupazionale a rischio biologico (HBV,HCV,HIV) – attualizzazione SO Rovereto” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/gespunt/rispro/view>
- Capitolato Tecnico disciplinante l’appalto del servizio integrato di sanificazione ambientale e servizi accessori presso le strutture ospedaliere dell’APSS.
- Capitolato Tecnico disciplinante l’appalto del servizio di gestione della biancheria piana e confezionata e della materasseria ospedaliera
- “La gestione dei rifiuti sanitari nell’APSS” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/gdl/gdm/SMALTDM/rifiuti/rifiuti%20procedura/view?searchterm=rifiuti>
- “Precauzioni d’isolamento da adottare in caso di infezione da Clostridium difficile” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/dip/dmi/medrov/clostridium-difficile/Procedura%20Clostridium.pdf/view>
- “Modalità operative per la gestione dei casi di Influenza da virus A(H1N1) nell’adulto” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/suiflu/adu2011/view>
- “Gestione dei casi di influenza A(H1N1) nel bambino” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/suiflu/suiped/view>
- “Gestione delle salme dall’Unità Operativa alla Camera Mortuaria” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/acc/tras/salme2012/view?searchterm=gestione+salme>
- “La Prevenzione delle malattie da prioni in ambiente ospedaliero – Protocollo operativo” [http://intranet.apss.tn.it/gdl/jci/documenti/funcione-pci/documenti-approvati-dal-comitato-infezioni-ospedaliere/la-prevenzione-delle-malattie-da-prioni-in-ambiente-ospedaliere/view?searchterm=Creutzfeldt Jakob](http://intranet.apss.tn.it/gdl/jci/documenti/funcione-pci/documenti-approvati-dal-comitato-infezioni-ospedaliere/la-prevenzione-delle-malattie-da-prioni-in-ambiente-ospedaliere/view?searchterm=Creutzfeldt%20Jakob)
- “Procedura per la prevenzione e il controllo della contaminazione da legionelle negli impianti dei presidi ospedalieri APSS” reperibile all’indirizzo intranet: <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/prevleg/view?searchterm=legionella>
- “Protocollo per la sorveglianza ed il controllo della TBC nel personale dell’APSS” reperibile all’indirizzo internet http://intranet.apss.tn.it/ts/spa/la-valutazione-dei-rischi/rischi/rischi_sanita/riskbio/tbc2014/view



- Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CIPASS) 2013 "Procedura per il controllo della diffusione delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi" sito intranet <http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi/Procedura%20per%20il%20controllo%20della%20diffusione%20delle%20Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi%20-%20CRE.pdf/view>



DESTINATARI

- Direttori, Dirigenti Medici Preposti e Coordinatori delle UUOO/Servizi dell'Ospedale S. Maria del Carmine, del Presidio Ospedaliero di Ala
- Direttore Ospedale
- Personale Ufficio Medicina Preventiva
- Servizio per le professioni sanitarie dell'Ospedale S. Maria del Carmine

Il presente documento distribuito a tutti i sopracitati destinatari i quali lo renderanno disponibile e ne assicureranno la diffusione dei contenuti a ciascun lavoratore.

Una copia verrà resa disponibile in intranet: SOP →Ospedale di Rovereto →Prevenzione e controllo infezioni



ALLEGATI

- All 1: "CDC 2007: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infections Agents in Healthcare Setting: Lista per malattie e condizioni
- All 2: Immunoprofilassi e chemioprolifassi
- All 3: Sintesi Precauzioni standard
- All 4: I 5 momenti dell'igiene delle mani.
- All 5: Lavaggio delle mani
- All 6: Frizione alcolica delle mani
- All 7: Poster igiene mani: Guida al paziente
- All. 8: Come indossare i dispositivi di protezione
- All. 9: Come rimuovere i dispositivi di protezione
- All. 10: Poster Igiene Respiratoria
- All. 11: Precauzioni isolamento per Legionellosi
- All. 12: Sintesi "Precauzioni aggiuntive da contatto"
- All. 13: Cartello arancione "Indicazioni per l'accesso alla stanza - Precauzioni aggiuntive da contatto"
- All. 14: Informazioni per familiari e visitatori – Precauzioni aggiuntive da contatto"
- All. 15: Precauzioni isolamento per infezione da microrganismi multiresistenti
- All. 16: Precauzioni isolamento per Pediculosi
- All. 17: Precauzioni isolamento per Scabbia
- All. 18: Sintesi "Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto"
- All. 19: Cartello arancione scuro "Indicazioni per l'accesso alla stanza - Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto"
- All. 20: Informazioni per familiari e visitatori – Precauzioni aggiuntive enteriche da contatto"
- All. 21 : Precauzioni isolamento per infezione da Clostridium difficile
- All. 22: Precauzioni isolamento per Gastroenterite da Rotavirus
- All 23: Modulo richiesta pulizia/disinfezione ambientale
- All. 24: Sintesi "Precauzioni aggiuntive da droplet"
- All. 25: Cartello verde "Indicazioni per l'accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da droplet"
- All. 26: Informazioni per familiari e visitatori – Precauzioni aggiuntive da droplet"
- All. 27: Precauzioni isolamento per Influenza
- All. 28: Precauzioni isolamento per Meningite
- All. 29: Sintesi "Precauzioni aggiuntive da via aerea"
- All.30: Cartello azzurro "Indicazioni per l'accesso alla stanza – Precauzioni aggiuntive da via aerea"
- All. 31: Informazioni per familiari e visitatori – precauzioni aggiuntive da via aerea"
- All. 32 Come indossare il filtrante facciale
- All. 33 Diagramma di flusso Scelta dispositivi di protezione occhi – viso – protezione respiratoria
- All. 34: Precauzioni isolamento per Tuberculosis laringea o polmonare
- All. 35: Precauzioni isolamento per Morbillo
- All. 36: Check-list verifica adozione precauzioni aggiuntive da contatto
- All. 37: Check-list verifica adozione precauzioni aggiuntive da droplet
- All. 38: Check-list verifica adozione precauzioni aggiuntive da via aerea
- All. 39 Tabella monitoraggi ambientali


ALL 1: "CDC 2007: GUIDELINE FOR ISOLATION PRECAUTIONS: PREVENTING TRANSMISSION OF INFECTIONS AGENTS IN HEALTHCARE SETTING: LISTA PER MALATTIE E CONDIZIONI
Precauzioni Specifiche per modalità di trasmissione: lista per malattia/condizione

CDC 2007: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Appendice A

INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Actinomicosi	S		Non trasmessa da persona a persona
Adenovirus , infezioni da (vedi indicazioni per specifico agente nelle gastroenteriti, congiuntiviti, polmoniti)			
AIDS (Sindrome da immunodeficienza acquisita)	S		Chemioprolifassi post-esposizione in caso di esposizioni selezionate al sangue
Alimenti, avvelenamento da			
Botulino	S		Non trasmessa da persona a persona
<i>Clostridium perfringens o welchii</i>	S		Non trasmessa da persona a persona
Stafilococco	S		Non trasmessa da persona a persona
Amebiasi	S		La trasmissione da persona a persona è rara; è stata segnalata in servizi per pazienti con disturbi mentali e in ambito familiare. Prestare attenzione quando si maneggiano pannolini di bambini o si è a contatto con persone con disturbi mentali
Antracosi (carbonchio)	S		I pazienti infettati non rappresentano generalmente un rischio di trasmissione
cutanea	S		La trasmissione attraverso il contatto con cute non integra con lesioni drenanti è possibile, perciò usare le precauzioni da contatto in caso di drenato non contenibile, di vasta entità. Preferire il lavaggio delle mani con acqua e sapone alla soluzione antisettica alcolica senz'acqua (l'alcool non ha attività sporicida)
polmonare	S		Non trasmessa da persona a persona
ambientale: polvere contenente spore aerosolizzabili o altre sostanze		DE	Fino a completa decontaminazione dell'ambiente. Indossare respiratori (maschere N95 o PAPRs), vestiti di protezione; decontaminare le persone che presentino polvere su di esse. Igiene delle mani: lavare le mani per 30-60 secondi con acqua e sapone o 2% clorexidina gluconato dopo il contatto con spore (la soluzione alcolica per lo sfregamento delle mani è inattiva contro le spore). Profilassi post-esposizione a seguito di esposizione ambientale: trattamento antibiotico per 60 giorni (doxicillina, ciprofloxacina o levofloxacina) e vaccino post-esposizione

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Artropodi: encefaliti virali (encefalite equina dell'est, dell'ovest, venezuelana; encefalite di St. Louis, californiana; virus West Nile) e febbri virali (dengue, febbre gialla, febbre da zecca del Colorado)	S		Non trasmesse da persona a persona se non raramente attraverso trasfusioni e per il solo virus <i>West Nile</i> attraverso organi trapiantati, l'allattamento o per via transplacentare; installare protezioni su porte e finestre nelle aree endemiche. Usare repellenti per zanzare contenenti DEET e vestiti che coprano le estremità.
Ascariidiosi	S		Non trasmessa da persona a persona
Ascessi			
secrezione maggiore	C	DI	No bendaggio o contenimento delle secrezioni; fino a che non cessino le secrezioni o siano contenute dal bendaggio
secrezione minore o limitata	S		Coprire con medicazione e contenere il drenato
Aspergillosi	S		Precauzioni da contatto e precauzioni per via aerea in caso di infezione massiva dei tessuti molli con copioso drenaggio e necessità di ripetute irrigazioni
Aviaria , influenza (vedi influenza, aviaria sotto)			
Babesiosi	S		Non trasmessa da persona a persona eccetto attraverso trasfusioni, raramente
Blastomicosi del Nord America , cutanea o polmonare	S		Non trasmessa da persona a persona
Botulismo	S		Non trasmessa da persona a persona
Bronchioliti (vedi infezioni respiratorie dell'età pediatrica)	C	DI	Usare mascherina in accordo con le Precauzioni Standard
Bruccellosi (febbre ondulante, maltese, mediterranea)	S		Non trasmessa da persona a persona eccetto raramente attraverso i campioni biologici contenenti spermatozoi o i contatti sessuali. Somministrare profilassi antibiotica in caso di esposizione in laboratorio
Campylobacter, gastroenterite da , (vedi gastroenteriti)			
Candidiasi , tutte le forme incluse le mucocutanee	S		
Cellulite	S		
Cancroide (H. ducrey)	S		Trasmesso per via sessuale da persona a persona
Chlamydia trachomatis			
Congiuntivale	S		
Genitale (infogranuloma venereo)	S		
Polmonare (bambini sotto i 3 mesi di età)	S		
Chlamydia pneumoniae	S		Rare le epidemie in popolazioni istituzionalizzate
Cisticercosi	S		Non trasmessa da persona a persona

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



		PRECAUZIONI	
INFEZIONE/CONDIZIONE	TIPO	DURATA	COMMENTI
Clostridium			
C. botulinum	S		Non trasmessa da persona a persona
C. difficile (vedi gastroenteriti, c. difficile)	C	DI	
C. perfringens			
intossicazione alimentare	S		Non trasmessa da persona a persona
gangrena gassosa	S		La trasmissione da persona a persona è rara; riportata una epidemia in ambito chirurgico. Usare le Precauzioni da contatto se la ferita drenante è estesa
Coccidioidomicosi (febbre della valle)			
lesione drenante	S		Non trasmesso da persona a persona eccetto in circostanze straordinarie perché la forma infettiva artroconidiale di Coccidioides immitis non ha un ciclo vitale nell'uomo
polmonite	S		Non trasmesso da persona a persona eccetto in circostanze straordinarie, (per es. inalazione di aerosol di tessuti con microrganismi in fase endospora durante autopsia, trapianto di organi infetti) perché la forma infettiva altro conidiale di Coccidioides non ha un ciclo vitale nell'uomo
Colera (vedi gastroenterite)			
Coliti associate ad antibiotici (vedi Clostridium difficile)			
Congiuntivite			
acuta batterica	S		
da Clamidia	S		
gonococcica	S		
acuta virale (acuta emorragica)	C	DI	Adenovirus, il più comune, enterovirus 70, Coxackie virus A24. anche associati ad epidemie comunitarie. Alta contagiosità; sono state descritte epidemie in cliniche oculistiche, ambienti pediatrici e neonatali e istituzioni. Le cliniche oculistiche devono eseguire le Precauzioni standard quando gestiscono pazienti con congiuntiviti. L'uso routinario di misure di controllo delle infezioni nella gestione degli strumenti e attrezzature previene l'insorgenza di epidemie in questi o altri ambienti
Coronavirus associati alla SARS (SARS CoV) (vedi Sindrome respiratoria severa acuta)			
Coriomeningite linfocitaria	S		Non trasmessa da persona a persona
Coxsackie virus, malattia da (vedi infezioni enteriche virali)			
Creutzfeldt-Jacob, malattia di, CJD, CJD	S		Usare strumenti monouso o adottare sterilizzazione/disinfezione speciale per superfici, oggetti contaminati con tessuti nervosi se CJD o vCJD è sospetta o non è stata esclusa. Non sono necessarie precauzioni particolari per le procedure di sepoltura
Crimean-Congo, febbre della (vedi Febbre virale emorragica)			
Criptococchi			Non trasmesso da persona a persona eccetto raramente attraverso il trapianto di tessuti o cornee

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**

DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;

DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);

DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;

U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;

Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Criptosporidiosi (vedi gastroenteriti)			
Croup (vedi infezioni respiratorie pediatriche)			
Cytomegalovirus, infezione da , in neonati e pazienti immunosoppressi			No precauzioni aggiuntive per operatori sanitari in gravidanza
Decubito, ulcere da (vedi ulcere da decubito, ulcere da pressione)			
Dengue, febbre di	S		Non trasmessa da persona a persona
Diarrea acuta a sospetta eziologia infettiva (vedi gastroenteriti)			
Difterite			
Cutanea		CN	Fino alla negativizzazione di due esami colturali eseguiti a distanza di 24 ore
Faringea		CN	Fino alla negativizzazione di due esami colturali eseguiti a distanza di 24 ore
Ebola, virus (vedi Febbri virali emorragiche)			
Echinococcosi (malattia idatidea)			Non trasmessa da persona a persona
Echovirus (vedi Enterovirali, infezioni)			
Encefaliti o encefalo mieliti (vedi agenti eziologici specifici)			
Endometriti (endometrietri)	S		
Enterobiasi (ossiuriasi, malattia di pinworm)	S		
Entorococco specie (vedi microrganismi multi resistenti ai farmaci se epidemiologicamente significativi o resistenti alla vancomicina)			
Enterocolite da Clostridium difficile (vedi Gastroenteriti, C.difficile)			
Enterovirali, infezioni (ossia Coxackie di gruppo A e B ed Echo virus) (escluso polio virus)	S		Adottare precauzioni da contatto per bambini con pannolini o incontinenti per tutta la durata della malattia e per il controllo di epidemie istituzionali
Epatiti virali			
Tipo A	S		Provvedere alla vaccinazione post-esposizione come raccomandato
Pazienti incontinenti o con pannolone	C		Mantenere le precauzioni da contatto nei bambini di età inferiore a 3 anni per la durata dell'ospedalizzazione; per bambini di 3-14 anni di età per 2 settimane dopo l'inizio dei sintomi; per >14 anni di età per 1 settimana dopo l'inizio dei sintomi
Tipo B-HbsAg positivo, acuto o cronico	S		Vedi specifiche raccomandazioni per la cura dei pazienti nei centri di emodialisi
Tipo C e altri non specificati non-A, non-B	S		Vedi specifiche raccomandazioni per la cura dei pazienti nei centri di emodialisi
Tipo D (visto solo con Epatite B)	S		
Tipo E	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia
Tipo G	S		
Epiglottiti , dovute all'Haemophilus influenzae type b	D	U24h	Vedi specifici agenti di malattia per le epiglottiti dovute ad altra eziologia

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Epstein Barr , infezione da virus, inclusa la mononucleosi	S		
Eritema infettivo (vedi anche Parvovirus B19)			
Esantema subitum (roseola infantile; causata da HHV-6)	S		
Febbre virale emorragica (febbre virale causata dai virus Lassa, Ebola, Marburg, Crimean-Congo)	S,D,C	DI	Preferire la stanza singola. Enfatizzare: 1. uso di presidi taglienti muniti di dispositivi di sicurezza e pratiche di lavoro sicure; 2. igiene delle mani; 3. barriere di protezione contro sangue e fluidi corporei appena si entra in stanza (singolo paio di guanti e camici resistenti ai fluidi o impermeabili, protezioni per occhi e faccia con mascherina, occhiali o schermi facciali); 4. appropriato smaltimento e manipolazione dei rifiuti. Usare respiratori N95 o superiori in caso di procedure che generano aerosol. La maggior carica virale si ha nello stadio finale della malattia quando possono verificarsi emorragie; DPI addizionali, inclusi doppi guanti, possibile l'uso di protezioni per gambe e scarpe, specialmente in ambienti a risorse limitate dove le opportunità di pulizia e lavanderia sono limitate. Notificare immediatamente se è sospetta un Ebola.
Foruncolosi stafilococcica	S		Precauzioni da contatto se il drenato non è controllabile. Seguire le politiche istituzionali per MRSA.
Neonati e bambini	C		
Gangrena gassosa	S		Non trasmessa da persona a persona
Gastroenteriti	S		Usare le Precauzioni da Contatto per neonati con pannolino o persone incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie istituzionali in caso di gastroenteriti causate da tutti gli agenti sotto elencati
Adenovirus	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie istituzionali
Campylobacter species	S		
Colera (vibrio cholerae)	S		Sospendere la terapia antibiotica, se appropriato. Evitare la condivisione di termometri digitali. Assicurare una buona pulizia e disinfezione ambientale. E' necessario utilizzare per la pulizia soluzioni di ipoclorito, se la trasmissione continua. Lavare preferibilmente le mani con acqua e sapone, data l'assenza di attività sporidica dell'alcool.
Clostridium difficile	C	DI	

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Cryptosporidium species	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie istituzionali
E. coli:			
- Enteropatogeno O157:H7 e altri ceppi produttori di tossine shiga	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
- altre specie	S		
Giardia lamblia	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
Norovirus	S		Usare le Precauzioni da Contatto per le persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per controllare epidemie in istituzioni. Il personale addetto alle pulizie di aree pesantemente contaminate con feci o vomito dovrà indossare mascherine poiché il virus può essere aerosolizzato; assicurare una accurata pulizia e disinfezione ambientale, soprattutto nel bagno anche quando apparentemente non sporco. Se la trasmissione persiste, può essere necessario utilizzare soluzioni di ipoclorito. L'alcool è meno attivo, ma non ci sono evidenze che le soluzioni alcoliche per il frizionamento delle mani non siano efficaci per la decontaminazione delle mani. Effettuare il cohorting o dedicare ai pazienti affetti spazi e bagni separati può aiutare a interrompere la trasmissione durante le epidemie
Rotavirus	C	DI	Assicurare una accurata pulizia e disinfezione e una frequente rimozione dei pannolini sporchi; una prolungata diffusione del virus si può verificare nei bambini sia immunocompetenti che immunocompromessi e negli anziani
Salmonella specie (inclusa s. typhi)	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
Shigella specie (Bacillary dysentery)	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
Vibrio parahaemolyticus	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Virali (se da agenti non compresi altrove)	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
Yersinia enterocolitica	S		Usare le Precauzioni da Contatto per persone con pannolini o incontinenti per la durata della malattia e per il controllo di epidemie in istituzioni
Giardiasi (vedi gastroenteriti)			
Gonococcica, oftalmite neonatale (gonorrea oftalmica, congiuntivite acuta dei nuovi nati)	S		
Gonorrea	S		
Graffio da gatto , febbre da, (linforeticolosi benigna)	S		Non trasmessa da persona a persona
Granuloma inguinale (Donovanosi, granuloma venereo)	S		
Guillain-Barrè, sindrome di	S		Non è una condizione infettiva
Haemophilus influenzae (vedi raccomandazioni malattia-specifiche)			
Hansen, malattia di (vedi Lebbra)			
Hantavirus, sindrome polmonare da,	S		Non trasmessa da persona a persona
Helicobacter pylori	S		
Herpangina (vedi enteriti virali)			
Herpes simplex (Herpesvirus hominis)			
Encefaliti	S		
Mucocutaneo disseminato o primitivo grave	C	fino ad essiccamento di tutte le lesioni	
Mucocutaneo ricorrente (cutaneo, orale o genitale)	S		
Neonatale	C	fino ad essiccamento di tutte le lesioni	Mantenere le precauzioni, anche se asintomatici, per bambini esposti da parto vaginale o cesareo (se la madre ha una infezione attiva e la rottura delle membrane è avvenuta da più di 4-6 ore) finché le colture di superficie del bambino (ottenute a 24-36 ore di età) sono negative dopo 48 ore di incubazione delle colture
Herpes zoster (varicella zoster) (Fuoco di Sant'Antonio)			
Malattia disseminata in qualsiasi paziente; Malattia localizzata in pazienti immunodepressi finché una infezione disseminata non è stata esclusa	A,C	DI	Gli operatori sanitari suscettibili non dovrebbero entrare nella stanza se operatori immuni sono disponibili; no raccomandazioni per la protezione degli operatori immuni; no raccomandazioni per il tipo di protezione, per es. mascherina chirurgica o respiratore, per operatori suscettibili.
Malattia localizzata in pazienti con sistema immunitario intatto, con lesioni che possono essere contenute/coperte	S	DI	Operatori sanitari suscettibili non dovrebbero fornire cure dirette al paziente se altri operatori immuni sono disponibili

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
HIV (virus dell'immunodeficienza umana)	S		Chemioprofilassi post-esposizione in caso di specifiche esposizioni a sangue
Hookworm (Diarrea da Ancilostoma duodenale)	S		
Impetigine	C	U24h	
Infezioni delle cavità chiuse			
drenaggio aperto in situ; drenaggio limitato o minore	S		Precauzioni da contatto se c'è un drenato copioso non contenibile
sistema di drenaggio chiuso o non drenante	S		
Infezioni delle ferite			
maggiori	C	DI	in caso di assenza di medicazione o presenza di medicazione che non copre completamente la zona dalla quale fuoriesce l'essudato
minori o limitate	S		La medicazione copre e contiene il drenato adeguatamente
Infezione o colonizzazione da microrganismi multi resistenti ai farmaci (MDRSOs) (per es. MRSA, VRE, VISA/VRSA; ESBLs, S. pneumoniae resistente)	S/C		Microrganismi multi resistenti considerati dal programma di controllo delle infezioni, sulla base delle raccomandazioni locali, statali, regionali o nazionali, come clinicamente o epidemiologicamente significativi. Le precauzioni da contatto sono richieste nelle situazioni con evidenti possibilità di trasmissione, ambienti di cura per acuti con un aumentato rischio di trasmissione o con ferite che non possono essere contenute in medicazioni
Infezioni respiratorie acute (se non descritte altrove)			
adulti	S		
neonati e bambini	C	DI	In attesa della conferma diagnostica aggiungere eventualmente precauzioni da droplet in aggiunta alle precauzioni standard e da contatto
Influenza			
Umana (influenza stagionale)	D	5 giorni eccetto DI nelle persone immunocompromesse	Stanza singola se disponibile oppure in coorte; evitare la collocazione con pazienti ad alto rischio; tenere la porta chiusa, mettere la mascherina al paziente quando viene trasportato fuori dalla stanza, chemioprofilassi/vaccino per controllare/prevenire le epidemie. Usare camici e guanti in accordo con le Precauzioni Standard, ciò risulta particolarmente importante negli ambienti pediatrici. La durata delle precauzioni nei pazienti immunocompromessi non può essere definita; è stata osservata una prolungata della diffusione virale (per e. diverse settimane); le implicazioni della trasmissione sono sconosciute

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



		PRECAUZIONI		
INFEZIONE/CONDIZIONE	TIPO	DURATA	COMMENTI	
Aviaria (per es. ceppi H5N1, H7, H9)			Vedi: www.cdc.gov/flu/avian/professional/infect-control.htm per le indicazioni aggiornate su influenza aviaria	
Influenza pandemica (anche virus dell'influenza umana)	D	5 giorni da inizio dei sintomi	Vedi http://www.pandemicflu.gov per le indicazioni sulla influenza pandemica presente	
Intossicazioni alimentari (vedi Alimenti, intossicazioni da)				
Istoplasmosi	S		Non trasmessa da persona a persona	
Kawasaki, sindrome di	S		Non è una condizione infettiva	
Lassa, febbre (vedi febbri virali emorragiche)				
Lebbra	S			
Legionari, morbo di	S		Non trasmessa da persona a persona	
Leptosirosi	S		Non trasmessa da persona a persona	
Linfogranuloma venereo	S			
Listeriosi (<i>Listeria monocytogenes</i>)	S		La trasmissione da persona a persona è rara; è stata descritta la trasmissione crociata in ambito neonatale	
Lyme, malattia di	S		Non trasmessa da persona a persona	
Malaria	S		Non trasmessa da persona a persona se non raramente attraverso trasfusioni o a causa della non applicazione delle Precauzioni Standard durante la cura del paziente; installare protezioni nelle finestre e nelle porte nelle aree endemiche. Usare repellenti per zanzare contenenti DEET e vestirsi coprendo le estremità	
Mani piedi bocca, sindrome, (vedi infezioni enterovirali)				
Marburg, malattia da virus di, (vedi febbri virali emorragiche)				
Melioidosi, tutte le forme	S		Non trasmessa da persona a persona	
Meningite				
asettica (non batterica o virale, vedi anche infezioni enterovirali)	S		Precauzioni da contatto per bambini	
batterica, da enterobatteri gram negativi, in neonati	S			
fungina	S			
da <i>Haemophilus influenzae</i> , tipo b accertato o sospetto	D	U 24 h		
da <i>Listeria monocytogenes</i> (vedi Listeriosi)	S			
da <i>Neisseria meningitidis</i> (meningococco), accertata o sospetta	D	U 24 h	Vedi malattia meningococcica sotto	
da <i>Streptococcus pneumoniae</i>				
M. tuberculosis	S		La presenza di malattia polmonare concomitante attiva o di lesioni cutanee secernenti necessitano di precauzioni addizionali da Contatto e/o per via aerea. Per i bambini, precauzioni per via aerea finché non sia stata esclusa la tubercolosi attiva nei visitatori membri della famiglia (vedi tubercolosi sotto)	

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**

DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;

DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);

DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;

U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;

Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
altre meningiti batteriche diagnosticate	S		
Meningococco, malattia da; sepsi da, polmonite da, meningite da	D	U 24 h	Chemioprofilassi post-esposizione per i contatti familiari, operatori esposti alle secrezioni respiratorie; vaccino post-esposizione solo per controllare epidemie
Metapneumovirus umano	C	DI	Sono state riportate HAI (infezioni legate all'assistenza), ma la via di trasmissione non è stata chiarita. Si presume che la trasmissione avvenga per contatto come per RSV, in quanto i virus sono strettamente correlati ed hanno manifestazioni cliniche e caratteristiche epidemiologiche simili. Indossare mascherina in accordo con le Precauzioni Standard
Micobatteri, non tubercolari (atipici) polmonari	S		Non trasmessi da persona a persona
Microrganismi multi farmaco resistenti (MDROs) (vedi infezione o colonizzazione da microrganismi multi farmaco resistenti)			
Mollusco contagioso	S		
Monkeypox (vaiolo delle scimmie)	A,C	A - fino a quando non sia stato confermato monkeypox ed escluso il vaiolo C - fino ad essiccamento di tutte le lesioni	E' raccomandato il vaccino antivaioloso pre- e post-esposizione per tutti gli operatori esposti
Mononucleosi infettiva	S		
Montagne Rocciose, febbre delle	S		Non trasmessa da persona a persona eccetto attraverso trasfusioni, raramente
Morbillo	A	4 giorni dopo l'inizio dei sintomi; DI nei pazienti immunocompromessi	Gli operatori suscettibili non dovrebbero entrare in stanza se disponibili operatori immuni; no raccomandazioni per protezioni del viso negli operatori immuni, per es. mascherina chirurgica o respiratore; per i suscettibili esposti, vaccino post-esposizione entro 72 ore o immunoglobuline entro 6 giorni quando possibile. Mettere i pazienti suscettibili esposti sotto precauzioni per via aerea ed escludere il personale sanitario suscettibile dall'assistenza dal 5° giorno dopo la prima esposizione al 21° giorno dopo l'ultima esposizione, indipendentemente dall'effettuazione del vaccino post-esposizione
Morbillo tedesco (vedi Rosolia, vedi rosolia congenita)			

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Morso di ratto, febbre da, (malattia da streptobacillo moniliforme, Spirillum minus)	S		Non trasmessa da persona a persona
Mucormicosi	S		
Mycoplasma, polmonite	D	DI	
Nocardiosi, lesioni aperte o altre presentazioni	S		Non trasmessa da persona a persona
Norovirus (vedi gastroenteriti)			
Norwalk, gastroenterite da virus di, (v. gastroenteriti virali)			
Orecchioni, infezioni delle parotidi (vedi parotite)			
Orf (malattia da virus ORF o Ectima contagioso)	S		
Parainfluenzale, infezione da virus respiratorio in neonati e bambini	C	DI	La diffusione virale può essere prolungata nei pazienti immunocompromessi. L'attendibilità dei test antigenici per determinare quando sospendere le precauzioni da contatto in un paziente con prolungata ospedalizzazione è incerta
Parotite	D	U 9 giorni	Dopo l'inizio del gonfiore, gli operatori suscettibili non dovrebbero prestare cure se sono disponibili operatori immuni. Note (recentemente lo studio di epidemie in giovani di 18-24 anni ha indicato che la diffusione virale salivare si verifica precocemente nel corso della malattia e che 5 giorni di isolamento dopo l'inizio della parotite possono essere appropriati in ambienti comunitari; restano da chiarire le implicazioni per gli operatori sanitari e la popolazione ad alto rischio)
Parvovirus B 19 (eritema infettivo)	D		Mantenere le precauzioni per tutta la durata dell'ospedalizzazione, quando la malattia cronica si manifesta in un paziente immunocompromesso. Nei pazienti con crisi aplastica transitoria o crisi emolitica, mantenere le precauzioni per 7 giorni. Non è definita la durata delle precauzioni per i pazienti immunodepressi con persistente positività alla PCR, ma la trasmissione si è verificata.
Pediculosi (vedi anche pidocchi della testa)	C	U 24 h dopo il trattamento	
Pertosse	D	U 5 giorni	Stanza singola preferibilmente. Il cohorting può rappresentare un'alternativa. Chemioprofilassi post-esposizione per i contatti familiari e operatori con prolungata esposizione alle secrezioni respiratorie.
Peste (Yersina pestis)			
bubbonica	S		
polmonare	D	U 48 h	Profilassi antimicrobica per gli operatori esposti

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Pidocchi			Vedi: http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/lice/default.htm
della testa (pediculosi)	C	U 24 h	
del corpo	S		Trasmessi da persona a persona attraverso i vestiti infestati. Indossare camice e guanti quando si rimuovono i vestiti. Mettere in un sacchetto e lavare i vestiti in accordo con le indicazioni dei CDC sopra indicate
del pube	S		Trasmessi da persona a persona attraverso i contatti sessuali
hymenolepis nana	S		Non trasmessi da persona a persona
taenia solium	S		
altre	S		
Poliomielite	C	DI	
Polmoniti			
da Adenovirus	D,C	DI	Sono state descritte epidemie in istituti e pediatrie. Negli ospiti immunocompromessi, estendere la durata delle precauzioni da contatto e per Droplet data la prolungata diffusione del virus
batteriche non elencate altrove (incluse da batteri gram negativi)	S		
Burkholderia cepacia in pazienti con fibrosi cistica, inclusa la colonizzazione del tratto respiratorio	C	sconosciuta	Evitare l'esposizione di altre persone con Fibrosi Cistica; è preferibile la stanza singola. I criteri per precauzioni D/C non sono stati stabiliti. Vedi le linee guida per la Fibrosi Cistica
Polmoniti (continua)			
Burkholderia cepacia in pazienti senza fibrosi cistica (vedi microrganismi multi farmaco resistenti)			
da Chlamydia	S		
da miceti	S		
da Haemophilus influenzae, tipo b	S	U 24h	
- adulti	D		
- neonati e bambini	D		
da Legionella	S		
da meningococco	D	U 24 h	Vedi malattia meningococcica sopra
da batteri multiresistenti ai farmaci (vedi infezioni da microrganismi multi-farmaco resistenti)			
da Mycoplasma (polmonite primitiva atipica)	D	DI	
da Pneumococco	S		Usare le precauzioni per Droplet se vi è evidenza di trasmissione all'interno di una unità operativa o struttura
da Pneumocystis jirovecii (Pneumocystis carinii)	S		Evitare di mettere il paziente nella stessa stanza con un paziente immunocompromesso

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



PRECAUZIONI			
INFEZIONE/CONDIZIONE	TIPO	DURATA	COMMENTI
da Staphylococcus aureus	S		Per MRSA, vedi infezioni o colonizzazioni da microrganismi multi-resistenti ai farmaci (MDROs)
da streptococco di tipo A			
- adulti	D	U 24 h	Precauzioni da contatto se sono presenti lesioni cutanee
- neonati e bambini	D	U 24 h	
da varicella-zoster (vedi Varicella-Zoster) virale	A	DI	
- adulti	S		
- neonati e bambini (vedi infezioni respiratorie, acute, o agenti virali specifici)			
Prioni, malattia da (vedi malattia di Creutzfeld-Jacob)			
Rabbia	S	DI	La trasmissione da persona a persona è rara; è stata descritta la trasmissione attraverso la cornea, tessuti o organi trapiantati. Se il paziente ha morso un altro individuo o la saliva ha contaminato una ferita aperta o membrane mucose, lavare l'area esposta completamente e somministrare profilassi post-esposizione
Respiratorio sinciziale, infezioni da virus , in neonati e bambini e in adulti immunocompromessi	C	DI	Indossare maschera in accordo con le Precauzioni Standard. Nei pazienti immunocompromessi estendere la durata delle precauzioni da Contatto a causa della prolungata eliminazione del virus. L'attendibilità del test antigenico per determinare quando sospendere le precauzioni da contatto in un paziente con ospedalizzazione prolungata è incerta.
Reumatica, febbre	S		Non è una condizione infettiva
Reye, sindrome	S		Non è una condizione infettiva
Rhinovirus	D	DI	La più importante via di trasmissione è tramite droplet. Sono state descritte epidemie in Unità di Cura Intensive neonatali (NICUs) e strutture per lungodegenti (LTCFs). In caso di abbondanti secrezioni umide e richiesta di frequenti contatti stretti (ad es. bambini) aggiungere le precauzioni da contatto
Rickettsie, febbre da; febbre da zecche (febbre delle Montagne Rocciose, febbre tifoide da zecche)	S		Non trasmessa da persona a persona se non attraverso trasfusioni raramente
Rickettsiosi vescicolare (Rickettsialpox)	S		Non trasmessa da persona a persona
Ricorrente, febbre	S		Non trasmessa da persona a persona
Ritter, malattia di , (sindrome da stafilococco su cute ustionata)	C	DI	Vedi malattia da stafilococco, sindrome da cute ustionata sotto
Roseola infantile (esantema subitum; causato da HHV6)	S		

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Rosolia (Morbilli Tedesco) (vedi anche rosolia congenita)	D	U 7 giorni dopo l'inizio del rush	Operatori suscettibili non dovrebbero entrare nella stanza se operatori immuni sono disponibili. Non ci sono raccomandazioni sul tipo di protezioni del viso da indossare (per es. mascherina chirurgica), se immuni. Le donne in gravidanza non immuni non dovrebbero prestare cure a questi pazienti. Somministrare il vaccino, entro 3 giorni dall'esposizione, per individui suscettibili, non in gravidanza. Porre i pazienti suscettibili esposti sotto Precauzioni per Droplet; escludere dal lavoro il personale suscettibile esposto, da 5 giorni dopo la prima esposizione a 21 giorni dopo l'ultima esposizione, indipendentemente dall'esecuzione del vaccino post-esposizione.
SARS (sindrome Respiratoria Acuta Severa)	A,D,C	DI aggiungendo 10 giorni dopo la risoluzione della febbre, purchè i sintomi respiratori siano assenti o in miglioramento	Precauzioni per via Aerea preferibilmente, D se non disponibili stanze AII. Protezione respiratoria N95 o maggiore; mascherina chirurgica se N95 non è disponibile; protezione per gli occhi (occhiali, schermi facciali); procedure che generano aerosol e pazienti "superdiffusori" hanno maggior rischio di trasmissione attraverso la produzione di piccoli droplets nucleici e grandi droplets; vigilare sulla disinfezione ambientale (vedi www.cdc.gov/ncidoc/sars)
Scabbia	C	U 24h	
Schistosomiasi (bilharziosi)	S		
Shigellosi (vedi gastroenteriti)			
Sifilide			
Latente (terziaria) e sieropositività senza lesioni	S		
Cute e membrane mucose, incluse le forme congenite, primarie e secondarie.	S		
Sindrome da cute ustionata , da Stafilococco (vedi Ritter, malattia di)			
Sindrome da Shock tossico (malattia da Stafilococco, malattia da Streptococco)	S		Precauzioni per Droplet per le prime 24 ore dopo l'implementazione della terapia antibiotica se l'eziologia più probabile è lo Streptococco di gruppo A
Spirillum minor (febbre da morso di ratto)	S		Non trasmessa da persona a persona
Sporotricosi	S		

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Stafilococco, malattia da, (S aureo)			
cute, ferite, ustioni			
- estesa	C	DI	Non coprire o medicare senza contenere il drenato adeguatamente
- minore o limitata	S		Coprire con medicazione che contenga adeguatamente il drenato
enterocoliti	S		Usare le precauzioni da Contatto nei confronti dei bambini con pannolini o incontinenti per tutta la durata della malattia
cute ustionata, sindrome da	C	DI	Considerare il personale sanitario come una fonte potenziale nelle epidemie di reparto o terapie intensive neonatali
sindrome da shock tossico	S		
Streptobacillo moniliforme, malattia da, (febbre da morso di ratto)	S		Non trasmessa da persona a persona
Streptococco, malattie da, (Streptococco di gruppo A)			
cute, ferite, o ustioni			
- estesa	C,D		Non coprire o medicare senza contenere il drenato adeguatamente
- minore o limitata	S		Coprire con medicazione che contenga adeguatamente il drenato
endometrite (sepsi puerperale)	S		
faringite in età pediatrica	D	U 24h	
polmonite	D	U 24h	
Scarlattina in età pediatrica	D	U 24h	
Malattia grave invasiva	D	U 24h	Epidemie di malattia invasiva grave si sono verificate a seguito di trasmissione tra pazienti e personale sanitario. Adottare precauzioni da contatto per le ferite drenanti, come sopra; profilassi antimicrobica in condizioni selezionate.
Streptococco, malattia da, (streptococco di gruppo B), neonatale	S		
Streptococco, malattia da (gruppo non A non B), non descritti altrove			
Multiresistenti ai farmaci (vedi infezioni da microrganismi multi resistenti ai farmaci)	S		
Strongiloidosi	S		
Tetano	S		Non trasmessa da persona a persona
Tifo			
Richettia prowazekii (tifo epidemico o Louse-born)	S		Trasmesso da persona a persona attraverso stretto contatto personale o contatto con i vestiti
Rickettsia typhi	S		Non trasmessa da persona a persona
Tifoide, febbre, (Salmonella typhi) [vedi gastroenteriti]			

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Tigna (per es. infezione fungina, dermatofitosi, dermatomicosi, tricofizia)	S		Rari episodi di trasmissione da persona a persona
Tosse asinina (vedi pertosse)			
Toxoplasmosi	S		La trasmissione da persona a persona è rara; trasmissione verticale dalla madre al bambino, trasmissione attraverso gli organi e le trasfusioni di sangue è rara
Tracoma acuto	S		
Tratto urinario, infezioni del (incluse le pielonefriti) con uso o meno del catetere urinario	S		
Trichinosi	S		
Trichiuriasi (malattia da WhipWorm)	S		
Tricofizia (dermatofitosi, dermatomicosi, tigna)	S		Raramente sono accadute epidemie in ambiente ospedaliero (per es. NICU), ospedali per la riabilitazione. Usare le precauzioni da contatto in caso di epidemia
Tricomoniasi	S		
Tubercolosi (M. tuberculosis)			
extrapolmonare, lesioni drenanti	A,C		Interrompere le precauzioni solo quando il paziente è clinicamente migliorato e il drenaggio è finito oppure quando ci sono tre colture consecutive negative del drenato. Esaminare il paziente per escludere una tubercolosi polmonare attiva
extrapolmonare, meningite, senza lesioni drenanti	S		Sottoporre ad esami il paziente per escludere una tubercolosi polmonare. Per neonati e bambini usare le precauzioni per via aerea fino a quando non sia stata esclusa nei famigliari visitatori una tubercolosi polmonare attiva
forma polmonare o laringea, accertata	A		Interrompere le precauzioni solo quando il paziente, sotto terapia efficace, è migliorato clinicamente e ha tre campioni consecutivi dell'espettorato negativi per bacilli alcool-acido resistenti, raccolti in giorni separati (MMWR 2005)
forma polmonare o laringea, sospetta	A		Interrompere le precauzioni solo quando la probabilità dell'infezioni tubercolare è ritenuta trascurabile, ed inoltre 1) c'è un'altra diagnosi che spiega la sintomatologia clinica o 2) il risultato dei tre campioni di espettorato per BAAR è negativo. Ognuno dei tre campioni di espettorato deve essere raccolto a distanza di 8-24 ore, ed almeno uno deve essere raccolto di prima mattina.
test cutaneo positivo senza evidenza di malattia polmonare in atto	S		

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Tularemia			
lesioni aperte	S		Non trasmessa da persona a persona
polmonare	S		Non trasmessa da persona a persona
Ulcere da pressione infette (ulcere da decubito)			
rilevanti	C	DI	Se non coperte da medicazione o impossibile contenere il drenato, mantenere le precauzioni fino a quando non smette di drenare o finché possa essere contenuto in una medicazione
di limitata importanza	S		Se coperte da medicazione o con contenimento del drenato
Vaccinia (reazioni nel sito di vaccinazione ed eventi avversi a seguito di vaccinazioni; vedi anche vaiolo)			Solo gli operatori sanitari vaccinati devono avere contatto con siti di vaccinazioni con reazioni in atto e prestare cure a persone con eventi avversi legati alla vaccinazione; se non vaccinati, solo gli operatori sanitari che non hanno controindicazioni alla vaccinazione possono prestare le cure.
Cure del sito di vaccinazione (includere le aree di tipo auto inoculo)	S		La vaccinazione è raccomandata per i vaccinatori; per gli operatori vaccinati di recente: medicazioni semipermeabili sopra alle garze fino al distacco della crosta, con cambio di medicazione in caso di accumulo di fluidi, circa per 3-5 giorni; guanti, igiene delle mani per il cambio della medicazione; il cambio della medicazione deve essere fatto da operatori sanitari vaccinati o operatori senza controindicazioni al vaccino
Eczema da vaccinazione	C	Fino all'essiccamento o di tutte le lesioni e al distacco delle croste	Per il contatto con lesioni contenenti il virus e materiale essudativo
Vaccinia fetale	C		
Vaccinia generalizzata	C		
Vaccinia progressiva	C		
Encefaliti post-vaccinazione	S		
Blefariti o congiuntiviti	S/C		Usare Precauzioni da Contatto se c'è un drenato copioso
Iriti o cheratiti	S		
Eritema multiforme associato alla vaccinazione (sindrome di Steven Johnson)	S		Condizione non infettiva
Infezioni batteriche secondarie (per es. S. aureo, Streptococco beta emolitico di gruppo A)	S/C		Seguire le raccomandazioni organismo-specifiche (i più frequenti strepto., stafilo.) e considerare l'importanza del drenato

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



INFEZIONE/CONDIZIONE	PRECAUZIONI		
	TIPO	DURATA	COMMENTI
Vaiolo (vedi anche vaccinia, per la gestione delle persone vaccinate contro il vaiolo)	A,C	DI	Fino a quando tutte le lesioni avranno formato le croste e saranno cadute (3-4 settimane). Gli operatori sanitari non vaccinati non dovrebbero fornire cure se sono disponibili operatori vaccinati; sono necessari DPI respiratori FFP2 o FFP3 per i suscettibili ed i vaccinati; il vaccino post-esposizione è efficace se effettuato entro 4 giorni dall'esposizione.
Varicella Zoster	A,C	Fino all'essiccamento di tutte le lesioni	Operatori Sanitari suscettibili non dovrebbero entrare nella stanza se sono disponibili operatori immuni; no raccomandazioni sull'uso di protezioni del viso per operatori immuni; non ci sono raccomandazioni per il tipo di protezione, per es. mascherina chirurgica o respiratore, negli operatori suscettibili. Negli ospiti immunocompromessi con polmonite da varicella prolungare la durata delle precauzioni per tutta la durata della malattia. Profilassi post esposizione: vaccino post-esposizione ASAP (<i>prima possibile</i>) entro 120 ore; in caso di persone suscettibili esposte per le quali il vaccino sia controindicato (persone immunocompromesse, donne in gravidanza, neonati di madri che abbiano avuto la varicella con inizio \leq 5 giorni prima del parto o entro 48 ore dopo il parto) procurare le VZIG se possibile entro 96 ore; se non è possibile, usare IVIG, precauzioni per via aerea per le persone esposte suscettibili ed escludere gli operatori sanitari suscettibili a partire da 8 giorni dopo la prima esposizione e fino a 21 giorni dopo l'ultima esposizione o 28 se si è ricevuto VZIG, indipendentemente dalla vaccinazione post-esposizione.
Vibrio parahaemolyticus (vedi gastroenteriti)			
Vincent, angina di	S		
Virali, malattie respiratorie (se non trattate altrove)			
adulti	S		
neonati e bambini (vedi infezioni respiratorie acute virali)			
Yersinia enterocolitica, gastroenteriti (vedi gastroenteriti)			
Zecche del Colorado, febbre da,	S		Non trasmesso da persona a persona
Zigomicosi (fico micosi, mucormicosi)	S		Non trasmesso da persona a persona
Zoster (varicella-zoster) (vedi herpes zoster)			

TIPO: A: per via Aerea; C: Contatto; D: Droplet; S: Standard. **Se A, C, o D, usare sempre anche le precauzioni standard.**
DURATA CN: fino al termine del trattamento antibiotico e negativizzazione della coltura;
DI: durata della malattia (in presenza di feriti secernenti, ciò significa fino al termine delle secrezioni);
DE: fino alla completa decontaminazione ambientale;
U: fino al periodo di tempo specificato dopo l'inizio del trattamento antibiotico;
Non noto: non disponibili evidenze



ALL 2: IMMUNOPROFILASSI E CHEMIOPROFILASSI

Scheda n. 1: MORBILLO

MALATTIA	MORBILLO
INCUBAZIONE	7-21 giorni
CONTAGIOSITA'	4 giorni prima e 4 giorni dopo il rash

SCHEDULA VACCINALE	2 dosi sottocute a distanza di 28 giorni
INDICAZIONI	Vaccinazione sempre raccomandata per gli OS senza documentata immunità Il vaccino per Morbillo è sempre associato a Parotite e Rosolia (MPR). Non esistono controindicazioni a vaccinare chi è già immune per una o 2 delle altre malattie.
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Gravidanza, immunodepressione, anafilassi alla gelatina e neomicina, recente somministrazione di Immunoglobuline (da un minimo 3 mesi ad un massimo 10 mesi)

CONSIDERAZIONI SPECIALI / REAZIONI	Dopo MPR è possibile una reazione febbrile e un lieve rash 5-30 g. dopo (mediamente dopo 7-14 g)
---	--

PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURA DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTI/FAMILIARI
Soggetto mai vaccinato e con immunità dubbia subito o max entro 72 h prima dose di vaccino (M1)	Astensione dal lavoro o da contatti con soggetti suscettibili a partire da 5 g. dal 1° contatto e 21 g. dall'ultimo	NOTIFICA entro 12 ore dal sospetto clinico alla Direzione medica e all'U.O. Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) fax 3708 Il servizio igiene pubblica e la Direzione Medica si attiveranno per le rispettive competenze per identificare i contatti del caso e proporre ai soggetti non immuni la vaccinazione entro 72 ore Applicare le stesse misure post-esposizione ai contatti della stanza previa valutazione della situazione vaccinale e immunitaria
Soggetto vaccinato con una dose di morbillo Fare subito seconda dose (M2)	nessuna	
Soggetto con 2 dosi di morbillo Nulla da fare	Nessuna	
Valutare in base al rischio personale (*) se somministrare entro 6 g. Immunoglobuline (IG) specifiche Se somministrate IG continuare osservazione clinica fino a 28 g. In questo caso non somministrare il vaccino prima di 6 mesi, se IG per IM – 8 mesi se EV (*) gravidanza Immunodeficienza primaria Immunodeficienza secondaria a trapianto di midollo entro 1 anno dalla fine della terapia immunosoppressiva LLA entro 6 mesi dalla fine della terapia Infezione da HIV con <200 linfociti o CD4 <15%		



Scheda n. 2 : VARICELLA / HERPES ZOSTER (Disseminato con lesioni non coperte)

MALATTIA	VARICELLA	
INCUBAZIONE	10-21 giorni	
CONTAGIOSITA'	VARICELLA: 2 giorni prima e 5 giorni dopo la prima eruzione di vescicole HERPES ZOSTER Disseminato : fino a 7 giorni dopo l'eruzione	
SCHEDULA VACCINALE	2 dosi sottocute a distanza di 4-8 sett. Disponibili due vaccini: -monovalente Var - tetravalente MPR Var	
INDICAZIONI	Vaccinazione sempre raccomandata per gli OS senza documentata immunità <i>Attenzione!</i> Il 71-93% degli adulti con anamnesi negativa per varicella sono immuni, quindi eseguire il test può essere conveniente per decidere se vaccinare	
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Gravidanza Immunodepressione Reazione anafilattica alla gelatina e neomicina Infezione da HIV con < 200 CD4 Evitare i salicilati per 6 sett. dalla vaccinazione	
CONSIDERAZIONI SPECIALI / REAZIONI	Reazione locale, rash nel sito di iniezione o in altra sede) max 5 elementi (da 0 a 23 g. media 7-21)	
PROFILASSI POST ESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<u>Misura generale:</u> nessuna restrizione né profilassi se le lesioni del caso sono coperte e se il contatto a rischio (nella stessa stanza e face-to face) è durato meno di 5' (per alcuni autori meno di 1 h) <u>raccomandazione:</u> Vaccinazione comunque entro 3-5 g. dall'esposizione (può modificare la malattia e serve per contatti successivi)		VARICELLA: NOTIFICA entro 48 ore dal sospetto clinico alla Direzione medica e U.O. Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) fax 3708
<u>OS vaccinato con 2 dosi:</u> monitorare comunque i sintomi da 8 g dopo la prima a 21 g dopo l'ultima l'esposizione	Nessuna Sorveglianza da 8 a 21 g e allontanamento in caso di sintomi	Il servizio igiene pubblica e la Direzione Medica identificheranno rispettivamente i contatti del caso per proporre ai soggetti non immuni la vaccinazione entro 3- 5 giorni
<u>OS vaccinato con 1 dose:</u> seconda dose entro 5 g. e monitorare i sintomi da 8 g dopo la prima a 21 g dopo l'ultima l'esposizione a rischio	Nessuna sorveglianza e allontanamento in caso di sintomi. Evitare contatti con soggetti ad alto rischio di complicanze in caso di rash post vaccinale (fino allo stadio di crosta o se macula per 24 h	Applicare le stesse misure post-esposizione ai contatti della stanza e operatori previa valutazione della situazione vaccinale e immunitaria
Se la seconda dose è somministrata dopo 5 g.	Restrizioni da 8 a 21 g. dopo l'esposizione Evitare contatti con soggetti ad alto rischio di complicanze in caso di rash post vaccinale (fino allo stadio di crosta o se macula per 24 h	E' possibile inviare l'OS al servizio Igiene Pubblica di Rovereto se il vaccino non fosse disponibile in Ospedale previo contatto telefonico con le AS al numero 3770 o 3769
<u>OS non vaccinato</u> e senza documentata immunità naturale: vaccinare prima possibile(entro 3-5 g) per modificare la malattia.	Restrizioni da soggetti suscettibili da 8 dopo la prima a 28 g. dopo l'ultima esposizione a rischio	Particolare attenzione va posta in caso l'OS venga esposto nel proprio domicilio ad un caso di varicella. Si raccomanda in questi casi di rivolgersi al più presto al servizio igiene pubblica al numero 3770 o 3769 per eseguire, se necessaria, la vaccinazione, e dovranno essere adottate le stesse misure di restrizione previste per l'esposizione professionale.
E' possibile anche la somministrazione di IG se controindicazioni al vaccino (gravidanza, immunodeficienza) Dose consigliata dai CDC 125U/10Kg/IM max 625U)		HERPES ZOSTER disseminato: non è prevista notifica di malattia infettiva all'Igiene Pubblica, ma segnalato caso alla Direzione Medica per procedere come per varicella



Scheda n. 2a: HERPES ZOSTER localizzato con lesioni coperte

MALATTIA	HERPEZ ZOSTER (Localizzato con lesioni coperte)
INCUBAZIONE	Non noto
CONTAGIOSITA'	7 giorni dopo l'eruzione

SCHEDULA VACCINALE	Disponibili due vaccini: -monovalente Var - tetravalente MPRVar per la prevenzione della varicella 2 dosi SC a distanza di 4-8 sett. Autorizzato anche un vaccino per la prevenzione dello Zoster in soggetti già immuni per varicella >50 anni. Non previsto per gli operatori sanitari (1 dose SC)
INDICAZIONI	Vaccinazione comunque sempre raccomandata per gli OS senza documentata immunità alla varicella
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Gravidanza Immunodepressione Reazione anafilattica alla gelatina e neomicina Infezione da HIV con < 200 CD4 Evitare i salicilati per 6 sett. dalla vaccinazione

CONSIDERAZIONI SPECIALI /REAZIONI	Il pz con Zoster con lesioni coperte può trasmettere la varicella a soggetti suscettibili, ma il rischio è basso (15,5% contro il 71,5% dei pz con varicella) In ospedale è documentata la trasmissione tra pazienti e da paziente a OS, ma non da OS a pz
--	---

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p><u>Misura generale:</u> nessuna restrizione né profilassi se le lesioni del caso sono coperte e se il contatto a rischio (nella stessa stanza e face-to face) è durato meno di 5' (per alcuni autori meno di 1 h)</p> <p><u>Raccomandazione:</u> Vaccinazione comunque entro 3-5 g. dall'esposizione</p>		<p>Non è prevista notifica segnalazione di caso alla Direzione Medica</p> <p>Misure di controllo sui contatti (vedi colonna profilassi). Le misure coincidono con quelle della varicella</p>
<u>OS vaccinato con 2 dosi:</u>	Nessuna	<p>Allertare i contatti familiari suscettibili sul rischio di contrarre la varicella e inviare entro 5 g. al Servizio Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina per eventuale vaccinazione</p>
<u>OS vaccinato con 1 dose:</u>	Nessuna Occasione comunque per completare la vaccinazione con seconda dose	
OS con Zoster	Restrizioni dal lavoro dall'eruzione alle croste almeno verso soggetti ad alto rischio (immunodepressi, nati prematuri < 28 sett o 1000g peso nati da madri suscettibili)	



Scheda n. 3: INFLUENZA

MALATTIA	INFLUENZA
INCUBAZIONE	1-4 giorni
CONTAGIOSITA'	1 giorno prima -7 giorni dopo
SCHEDULA VACCINALE	dose unica disponibili diverse tipologie di vaccino (slit, subunità, adiuvato, intradermico)
INDICAZIONI	Raccomandato per operatori sanitari in genere inoltre massima raccomandazione per OS che assistono: bambini < 6 mesi (non possono essere vaccinati) soggetti >85 anni (possono rispondere poco al vaccino)
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Reazioni anafilattiche a dosi precedenti Sn di Guillain Barrè entro 6 sett. dalla vaccinazione
CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	nessuna

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p>Estratto della procedura "Modalità operative per la gestione dei casi di influenza A(H1N1)"</p> <p>La chemiopprofilassi in caso di influenza A/H1N1 è:</p> <ul style="list-style-type: none">- Può essere presa in considerazione negli OS con esposizione a materiale potenzialmente infettante o a casi di influenza A/H1N1 in cui non siano state applicate le indicazioni dell'igiene respiratoria e non siano stati utilizzati i DPI adeguati	-----	<p>Notifica entro 12 ore dalla conferma di laboratorio all'U.O. Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) fax 3708</p> <p>Estratto della procedura "Modalità operative per la gestione dei casi di influenza A(H1N1)" La chemiopprofilassi in caso di influenza A/H1N1 è:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Raccomandata</u> nei contatti stretti che rientrano in categorie a rischio per lo sviluppo di complicanze (gravidanza, donne in allattamento, asma in trattamento, obesità con BMI >30)



Scheda n. 4: EPATITE B

MALATTIA	EPATITE B
INCUBAZIONE	45-180 giorni
CONTAGIOSITA'	da alcune settimane prima della comparsa dei sintomi
SCHEDULA VACCINALE	3 dosi IM a livello del muscolo deltoide (0,1 e 6 mesi)
INDICAZIONI	Raccomandata per OS
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	ipersensibilità a precedenti somministrazioni o a componenti del vaccino malattia febbrili acute
CONSIDERAZIONI SPECIALI / REAZIONI	<p>1-2 mesi dopo il completamento della scheda vaccinale è necessario verificare la risposta anticorpale.</p> <p>L'efficacia della vaccinazione è elevata (risposta positiva del 92-95% dei vaccinati immunocompetenti >40 anni).</p> <p>Può essere consigliata una 4° dose booster nei soggetti con un livello di anticorpi anti HBs < 10 mUI/ml, se permane ancora una risposta anticorpale anti HBs < 10 mUI/ml può essere consigliato il completamento dello schema vaccinale (1 e 6 mesi). Dopo 6 dosi, se la risposta è ancora <10Uml il soggetto è considerato non responder.</p> <p>I soggetti vaccinati < 1 anno di vita (i nati dal 1992 in Italia) devono effettuare all'assunzione il dosaggio degli ab anti HBs e se negativi ricevere una dose booster ed essere ricontrollati dopo 1 mese.</p> <p>Nel soggetto vaccinato con 3 o 4 o 6 dosi e con un titolo >10Uml la protezione è stimata come permanente e non sono più richiesti controlli</p>

PROFILASSI POST ESPOSIZIONE

In caso di esposizione occupazionale a sangue e altro liquido biologico potenzialmente infetto (HIV – HBV e HCV) l'operatore deve notificare nel più breve tempo possibile l'esposizione per l'avvio delle misure post-esposizione e adottando le modalità previste nell'ambito del "Protocollo comportamentale per la gestione dell'esposizione occupazionale a rischio biologico (HBV,HCV,HIV) nel personale dell'APSS - attualizzazione Ospedale di Rovereto" <http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/gespunt/rispro/view>

In tabella vengono riportati i più recenti aggiornamenti estratti dalle seguenti raccomandazioni:

- MMWR Nov 25,2011/Vol.60/No 7 "Immunization of Health Care Personnel"
- MMWR Dec 20,2013/vol. 62/No RR-10 "CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis b Virus Protection and for Administering Postexposure Management"

Vaccinazione e risposta anticorpale dell'esposto	Fonte HBsAg positiva/fonte sconosciuta	Fonte HbsAg negativa
operatore NON vaccinato	<ul style="list-style-type: none"> • testare HBsAb - HBcAb - HBsAg prima possibile e se negativi: • 1 dose di immunoglobuline al tempo 0 (*) • 1 dose di vaccino al tempo 0 e completare secondo schedula vaccinale 1-6 • testare HBsAb - HBcAb -HBsAg) dopo 1-2 mesi dall'ultima dose / 6 mesi dopo l'esposizione• 	<ul style="list-style-type: none"> • vaccinare scondo schedula (0-1-6 mesi) • testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose
operatore vaccinato e responder (**)	nessun trattamento	nessun trattamento
operatore vaccinato NON responder dopo 3 dosi	<ul style="list-style-type: none"> • testare il prima possibile HBsAb: se HBsAb > 10 mUI/mL: nessun trattamento se HBsAb < 10 mUI/mL: • 1 dose di immunoglobuline al tempo 0 (*) • Rivaccinare secondo schedula 0-1-6 • testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose 	<ul style="list-style-type: none"> • ripetere schema vaccinale standard (0-1-6 mesi) • testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose



Operatore vaccinato NON responder dopo 3 +1 dose	<ul style="list-style-type: none"> 1 dose di immunoglobuline al tempo 0 (*) Completare la schedula con altre 2 dosi al tempo 0 -6 testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose 	Completare la schedula con altre 2 dosi al tempo 0 -6 testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose
Vaccinazione e risposta anticorpale dell'esposto	Fonte HBsAg positiva/fonte sconosciuta	Fonte HbsAg negativa
NON responder dopo 3+3 dosi (vero non responder)	2 dosi di immunoglobuline a distanza di 1 mese Controllo dopo 6 mesi dall'ultima dose di immunoglobuline	Nessun trattamento
operatore vaccinato ma risposta anticorpale sconosciuta	<ul style="list-style-type: none"> ottenere rapidamente il risultato per HBsAb se HBsAb > 10 mUI/mL: nessun trattamento se HBsAb < 10 mUI/mL: <ul style="list-style-type: none"> 1 dose di immunoglobuline al tempo 0 (*) Rivaccinare secondo schedula 0-1-6 testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose 	<ul style="list-style-type: none"> ottenere rapidamente il risultato per HBsAb se HBsAb > 10 mUI/mL: nessun trattamento se HBsAb < 10 mUI/mL: <ul style="list-style-type: none"> 1 dose booster di vaccino al tempo 0 testare HBsAb dopo 1-2 mesi se ancora < 10 mUI/mL: <ul style="list-style-type: none"> completare schema vaccinale standard (1-6 mesi) testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose
operatore che non ha ancora completato il ciclo vaccinale	NON testare HBsAb! V. nota 7 <ul style="list-style-type: none"> 1 dose di immunoglobuline al tempo 0 (*) completare lo schema vaccinale testare HBsAb - HBsAg - HBsAb dopo 6 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> completare lo schema vaccinale testare HBsAb dopo 1-2 mesi dall'ultima dose
operatore HBsAg positivo	<ul style="list-style-type: none"> valutazione clinica testare per HDV 	<ul style="list-style-type: none"> nessun trattamento

(*) Somministrare prima possibile, preferibilmente entro le 24 ore e comunque non oltre 7 giorni

(**) Responder: risposta adeguata al vaccino se HBsAb ≥10mUI/mL

Note:

- dopo somministrazione di HIBG la ricerca di HBsAb deve essere effettuata non prima di 6 mesi per essere certi di non dosare gli Ab delle Immunoglobuline (HIBG)
- la somministrazione di Immunoglobuline deve essere iniziata il prima possibile (entro 24h- comunque non oltre i 7 g. per esposizioni percutanee e 14 g. per esposizioni sessuali)
- Dosaggio HIBG nell'adulto 0.06 ml/Kg
- la vaccinoprofilassi deve essere effettuata entro 7 g. , entro 14 g. per esposizioni sessuali
- nella profilassi dell'infezione con natale (da madre HBsAg pos. La schedula vaccinale prevede 4 dosi 0-1-2-12)
- nei soggetti non responder ad un ciclo di 3 dosi, si esegue al tempo 0 una 4° dose e dopo 1-2 mese si testa HBsAb, se ancora neg. Si somministrano altre 2 dosi secondo schedula 1/2-6, se ancora negativo HBsAb si considera vero non responder
- il valore di HBsAb >10mU/ml è correlato a protezione indotta dal vaccino solo nei soggetti immunocompetenti completamente vaccinati.
- non sono previste restrizioni sul lavoro nei soggetti sottoposti a follow up post esposizione, né per i soggetti non responder

Notifica **entro 48 ore** dalla conferma di laboratorio alla Direzione Medica e all'U.O. Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) – fax 3708

Il servizio Igiene Pubblica dovrà individuare i contatti per proporre la vaccinazione.



Scheda n. 5: TUBERCOLOSI

MALATTIA	TUBERCOLOSI
INCUBAZIONE	1-24 mesi
CONTAGIOSITA'	Variabile, nel 30%-45% dei casi

SCHEDULA VACCINALE	1 dose BCG
INDICAZIONI	La vaccinazione è raccomandata solo in età pediatrica per la prevenzione della meningite tubercolare
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	-----

CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	-----
---	-------

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
Fermo restando gli obblighi del medico curante relativamente all'iter di notifica di malattia infettiva, in caso di esposizione non protetta degli OS/pazienti il medico di reparto contatta la Direzione Medica per l'individuazione e sorveglianza dei soggetti esposti, adottando le modalità previste all'interno della specifiche procedure aziendali.	-----	<p>NOTIFICA entro 48 ore alla Direzione medica e Servizio Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) – fax 3708</p> <p>misure di controllo per i contatti familiari e di stanza</p>



Scheda n. 6: SCABBIA

MALATTIA	SCABBIA
INCUBAZIONE	In genere va da 2 a 6 settimane, ma nelle recidive diminuisce ad 1-2 giorni
CONTAGIOSITA'	Fino a quando acari e uova siano stati distrutti da un adeguato trattamento, che è consigliato ripetere a distanza di 7/10 giorni.

SCHEDULA VACCINALE	Non esistente
INDICAZIONI	-----
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	-----

CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	-----
---	-------

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p>Raccomandata la chemioprofilassi per Operatori sanitari che hanno avuto contatti cute-cute senza protezioni.</p> <p>PERMETRINA crema 5% Applicare su tutto il corpo (escluso capo e collo) e rimuovere dopo 8-14 ore</p> <p>Lavaggio biancheria a 60°</p> <p>Sorveglianza clinica per 1 mese</p> <p>In caso di scabbia norvegese Per l'alta contagiosità della malattia e la difficoltà di diagnosi è importante sottoporre a chemioprofilassi anche chi ha avuto un minimo contatto con il caso</p>	nessuna	<p>NOTIFICA entro 48 ore alla Direzione medica e UO Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igiene_publica.rovereto@apss.tn.it) – fax 3708</p>



Scheda n. 7: PEDICULOSI

MALATTIA	PEDICULOSI
INCUBAZIONE	-----
CONTAGIOSITA'	-----
SCHEDULA VACCINALE	Non esistente
INDICAZIONI	-----
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	-----
CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	Nessun prodotto chimico garantisce l'inattivazione totale delle uova, pertanto il trattamento andrà sempre completato con la rimozione meccanica di tutte le lendini

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p>Se si trovano i pidocchi o uova vicine alla radice del capello (entro 1,5 cm) è necessario procedere al trattamento con un prodotto specifico:</p> <p><u>Piretroidi sintetici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NIX emulsione • MOM gel • Mediker shampoo <p><u>Piretrine naturali sinergizzate</u> MILICE mousse</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRUZZY shampoo <p><u>Organofosforici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • AFTIR gel <p>Nei giorni successivi è opportuno controllare i capelli ogni due giorni per individuare lendini o insetti sfuggiti al trattamento.</p> <p>Il trattamento va di solito ripetuto dopo 10 giorni.</p> <p>I pettini e le spazzole utilizzate dal soggetto infestato vanno lavate ad alte temperature. Non sono ritenute utili misure di disinfestazione ambientali poiché la trasmissione della pediculosi è interumana diretta. Sarà sufficiente il lavaggio di lenzuola, federe e asciugamani a 60°.</p>	<p>Nessuna</p> <p>L'OS trovato infestato può riprendere il lavoro subito dopo il trattamento</p>	<p>Non è prevista notifica</p> <p>Segnalare caso alla Direzione Medica</p> <p>Il riscontro di un caso in ambiente ospedaliero impone il controllo e l'eventuale trattamento di tutti i soggetti che siano venuti a contatto testa-testa con il caso, il lavaggio a 60C° di federe, lenzuoli e altri oggetti venuti in contatto con la testa del caso</p>



Scheda n. 8: ROSOLIA

MALATTIA	ROSOLIA
INCUBAZIONE	12-23 giorni
CONTAGIOSITA'	7 giorni prima e 7 giorni dopo il rash

SCHEDULA VACCINALE	2 dosi SC se associato a Morbillo Parotite a distanza di 28 g. 1 dose se vaccino monovalente
INDICAZIONI	Vaccinazione sempre raccomandata per gli OS senza documentata immunità
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Gravidanza, immunodepressione, anafilassi alla gelatina e neomicina, recente somministrazione di IG (minimo 3 - massimo 10 mesi)

CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	Dopo 7-10 g. possibile Linfadenopatia, febbre, cefalea Artralgia Dopo MPR è possibile una reazione febbrile e un lieve rash 5-30 g. dopo (mediamente dopo 7-14 g)
---	--

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
Non è provata l'efficacia della profilassi postesposizione né con vaccino, né con IG. Possibile è la somministrazione di IG entro 72 h. (dose 20 ml IM), ma non raccomandata Il rischio è ridotto, ma non eliminato	Astensione dal lavoro o da contatti con soggetti suscettibili a partire da 7 dalla prima esposizione fino a 23 g. dall'ultima o 7 g. dopo il rush	NOTIFICA entro 12 ore dal sospetto clinico alla Direzione medica e al Servizio Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igiene_pubblica.rovereto@apss.tn.it) fax 3708 il servizio igiene pubblica dovrà attivarsi con i contatti del caso per proporre ai soggetti non immuni la vaccinazione entro 72 ore Applicare le stesse misure post-esposizione ai contatti della stanza previa valutazione della situazione vaccinale e immunitaria



Scheda n. 9: PAROTITE

MALATTIA	PAROTITE
INCUBAZIONE	12-25 giorni
CONTAGIOSITA'	6 giorni prima e 9 giorni dopo l'esordio

SCHEDULA VACCINALE	2 dosi SC Distanza di 4-8 sett. (associato a MR)
INDICAZIONI	Raccomandata per gli OS senza documentata immunità
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Gravidanza Immunodepressione Reazione anafilattica alla gelatina e neomicina Infezione da HIV con < 200 CD4

CONSIDERAZIONI SPECIALI/PRECAUZIONI	L'efficacia va da 80-85% con dose 1 e può arrivare a 95% con la seconda.
--	--

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
Dati non sufficienti per raccomandarla	Da 12 g. dopo la prima fino a 25 g. dopo l'ultima	NOTIFICA entro 48 ore alla Direzione medica e al Servizio Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: – igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) – Fax 3708



Scheda n. 10: PERTOSSE

MALATTIA	PERTOSSE
INCUBAZIONE	5-21 giorni
CONTAGIOSITA'	max nel periodo catarrale (primi 7.10 g)

SCHEDULA VACCINALE	Almeno 1 dose di dTap in occasione di una dose di richiamo di vaccino antitetanico
INDICAZIONI	raccomandata
CONTROINDICAZIONI / PRECAUZIONI	Controindicazioni: Reazioni anafilattiche dopo una dose precedente. Precauzioni; neurite plesso brachiale entro 6 sett. da una dose di T (rispettare rigorosamente l'intervallo di 10 anni dalla dose precedente di T sn di Guillain Barrè entro 6 sett. dopo 1 dose di T (valutare il rischio)

CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	Il rischio di trasmissione dell'infezione va da il 2% nei soggetti che hanno ricevuto la chemioprolifassi contro il 10% di chi non l'ha ricevuta
---	--

PROFILASSI POST ESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p>Non è raccomandata la profilassi con vaccino</p> <p>Raccomandata la chemioprolifassi entro 21 g. per OS esposti a casi clinicamente confermati con test di laboratorio che assistono soggetti a rischio: (neonati fino a 12 mesi -donne in gravidanza)</p> <p>Farmaci per chemioprolifassi adulti <u>Azitromicina</u> 500 mg dose singola !° g. poi 250 mg ai giorni 2-5 – <u>eritromicina</u> 2g di in 4 dosi per 14 g. bambini < 5 mesi: <u>eritromicina</u>:dose 40 mg/Kg al di in 4 dosi per 14 g-<u>azitromicina</u> 10 mg/kg in dose singole per 5 g.</p>	<p>Fino a 5 g. dall'inizio della chemioprolifassi o della terapia</p> <p>Sorveglianza clinica per 21 g.</p>	<p>NOTIFICA entro 48 alla Direzione medica e all'UO Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina (indirizzo email: igienepubblica.rovereto@apss.tn.it) fax 3708</p> <p>Il servizio Igiene Pubblica e la Drezione medica si attiveranno per proporre la vaccinazione agli adulti che possono avere contatti con bambini < 12 mesi o donne in gravidanza</p> <p>Attenzione particolare agli operatori dell'U.O.di pediatria e di Ostetricia.</p>



Scheda n. 11: MALATTIA MENINGOCOCCICA

MALATTIA	MALATTIA MENINGOCOCCICA
INCUBAZIONE	2-10 g. (mediamente 3-4 g)
CONTAGIOSITA'	Fino a quando non inizia la terapia

SCHEDULA VACCINALE	Disponibili 2 vaccini coniugati: monovalente C quadrivalente A,C,W135,Y Dose unica Disponibile il vaccino contro meningococco B
INDICAZIONI	Non raccomandati nel personale sanitario
CONTROINDICAZIONI /PRECAUZIONI	nessuna

CONSIDERAZIONI SPECIALI /PRECAUZIONI	La vaccinazione può essere previsto per OS a rischio: – asplenic – soggetti con deficit del complemento – soggetti con infezione da HIV
---	--

PROFILASSI POSTESPOSIZIONE	RESTRIZIONI	NOTIFICA E MISURE DI CONTROLLO PER I CONTATTI OPERATORI/PAZIENTE/FAMILIARI
<p>Chemioprofilassi <u>anche nel soggetto vaccinato</u> dopo contatti stretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Persone direttamente esposte a secrezioni orali del paziente (respirazione bocca-bocca. Intubazione endotracheale) – OS che hanno assistito il paziente senza precauzioni respiratorie <p>Farmaci consigliati: RIFAMPICINA(cp 600 mg ogni 12 h per 2 g. (tot. 4 dosi) CIPROFLOXACINA(500 mg in dose unica) CEFTRIAXONE (250 mg IM in dose unica) AZITROMICINA (500 mg OS dose unica)</p> <p>INIZIARE PRIMA POSSIBILE ENTRO 24 ORE dall'identificazione del caso. Dopo 14 g. nessuna efficacia</p>	nessuna	<p>NOTIFICA IMMEDIATA anche per il solo sospetto alla Direzione Medica e al Servizio Igiene e sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina</p> <p>La comunicazione potrà avvenire per telefono (3770-3769) via fax (3708) o via email igienepubblica.rovereto@apss.tn.it con richiesta di conferma di lettura</p> <p>La tempestività della notifica consente al servizio Igiene Pubblica ed alla Direzione Medica di identificare i possibili esposti al caso e se necessario proporre la chemioprofilassi ai contatti stretti.</p> <p>Ai contatti stretti familiari la chemioprofilassi può essere offerta anche dal reparto di degenza del caso</p>



BIBLIOGRAFIA:

CDC. Immunization of Health –care Personnel.- Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2011 ; 60 (No. RR-7)

CDC. Prevention and Control of Meningococcal Disease- .Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2013 ; 62 (No. RR-2)

CDC Sexually Trasmitted Diseases Treatment Guidelines, MMWR 2010, 59 (No RR 12)

CDC. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps, 2013 - .Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2013 ; 62 (No. RR-4)

CDC Prevention of Herpes Zoster Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2008; 57 (No. RR-5)

CDC Recommended antimicrobial agents for the treatment and post-exposure prophylaxis of Pertussis MMWR 2005; 54 (no. RR 14)



ALL 3: SINTESI PRECAUZIONI STANDARD

Precauzioni Standard

Operare in ambito assistenziale presuppone sempre la conoscenza delle procedure di lavoro per la sicurezza propria e del paziente (procedure assistenziali e organizzative, DVR, ecc....)

Le precauzioni standard devono essere adottate nell'assistenza di tutti i pazienti

Igiene delle mani:

- Prima e dopo il contatto con il paziente
- Prima di una manovra asettica
- Dopo il contatto con materiale organico e l'ambiente circostante il paziente

Dispositivi di protezione:

- Indossare sovracamice, guanti, mascherina chirurgica, occhiali o visiera di protezione se si prevede un contatto con sangue e/o altro materiale biologico

Indossarli in questo ordine:

1. **Igiene delle mani**
2. Sovracamice (*)
3. Mascherina chirurgica (*)
4. Occhiali o visiera (*)
5. Guanti (*)

Rimuoverli in questo ordine:

1. Guanti (*)
2. Occhiali o visiera (*)
3. Sovracamice (*)
4. Mascherina chirurgica (*)
5. **Igiene delle mani (sempre)**

(*) indossare i dispositivi di protezione durante le procedure assistenziali che possono determinare spruzzi/schizzi e contatto con materiale biologico

Igiene respiratoria (nei pazienti che presentano segni e sintomi di infezione respiratoria):

- Istruire le persone a coprire naso e bocca quando starnutiscono o tossiscono e a lavarsi le mani dopo il contatto con le secrezioni respiratorie
- Nei periodi epidemici far indossare una mascherina chirurgica alle persone con sintomi di infezione respiratoria e se possibile mantenere una separazione spaziale di almeno un metro.

Presidi assistenziali:

- Portare in stanza solo i presidi necessari
- Pulire e disinfettare i presidi e le attrezzature assistenziali prima del loro utilizzo per un altro paziente in relazione al loro livello di criticità e alla indicazioni del produttore.

Igiene ambientale

- È sufficiente la pulizia routinaria delle superfici
- In caso di spandimento accidentale attenersi a quanto indicato nella procedura contaminazione ambientale da sangue e/o materiale biologico.

Biancheria

- Manipolare in modo da evitare la contaminazione di indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente

Sicurezza della terapia iniettiva

- Adozione della tecnica asettica nella terapia iniettiva
- Preferire preparazioni monodose
- Utilizzo corretto dei dispositivi di sicurezza
- Smaltimento degli aghi e taglienti in contenitori rigidi da collocare vicino alla postazione di lavoro
- Notifica immediatamente e secondo procedura qualsiasi esposizione occupazionale

Puntura lombare

Indossare la mascherina chirurgica durante procedure che richiedono l'inserimento di un catetere o l'introduzione di sostanze nel canale midollare o nello spazio epidurale

Smaltimento rifiuti

Rispettare le indicazioni contenute nel documento aziendale sulla gestione dei rifiuti sanitari

Informazione ed educazione del paziente

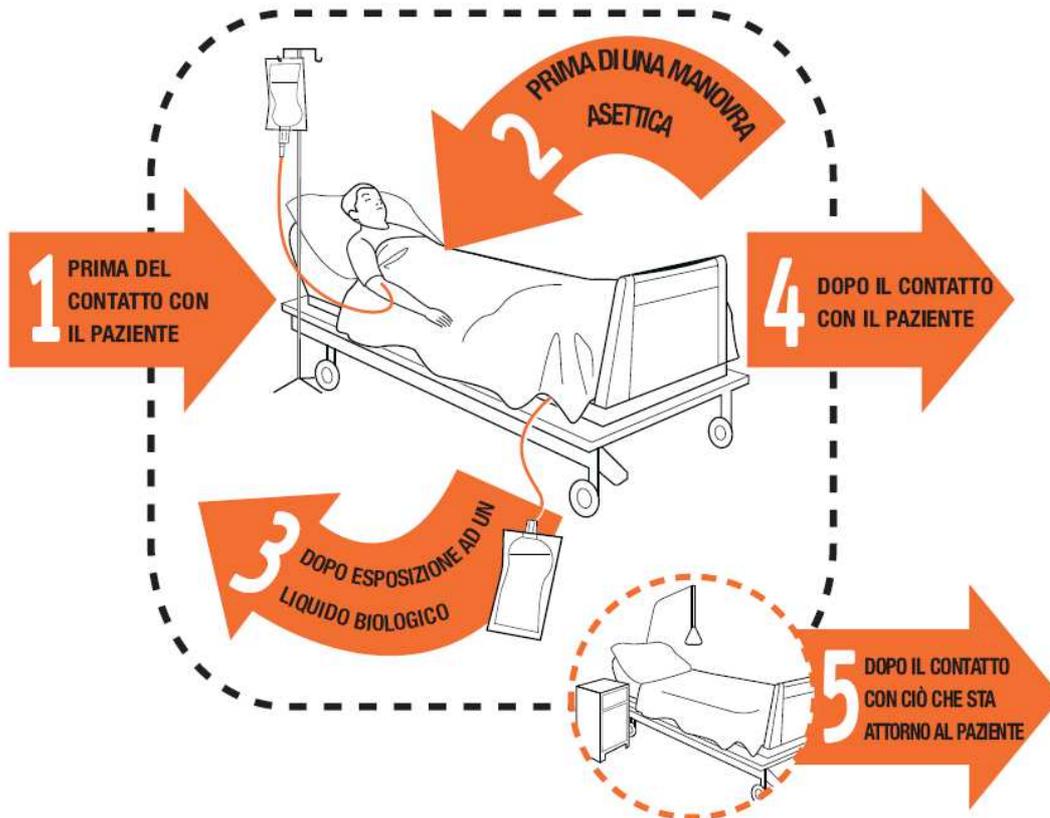
Pazienti e visitatori devono essere addestrati sulle norme igieniche da attuare per prevenire la trasmissione delle infezioni (in particolare sull'igiene delle mani e sull'igiene respiratoria)



ALL 4: I 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI.



I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	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.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	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.
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	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.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	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.
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	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.



ALL 5: LAVAGGIO DELLE MANI



Come lavarsi le mani con acqua e sapone?



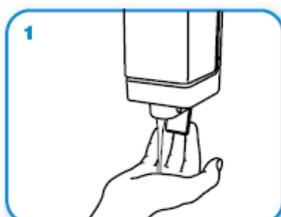
LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!



Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



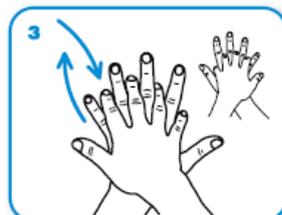
Bagna le mani con l'acqua



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



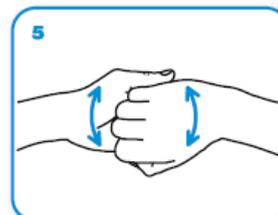
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



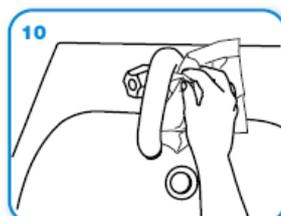
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



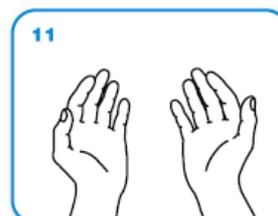
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.



ALL 6: FRIZIONE ALCOLICA DELLE MANI



Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

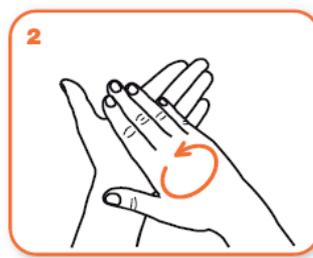
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



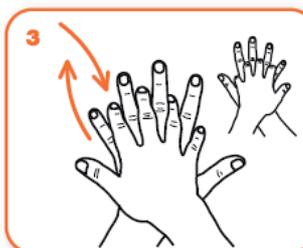
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



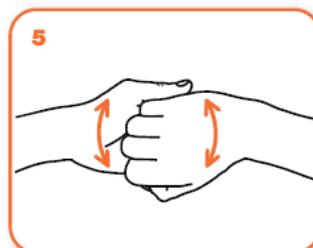
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



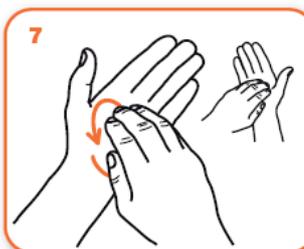
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



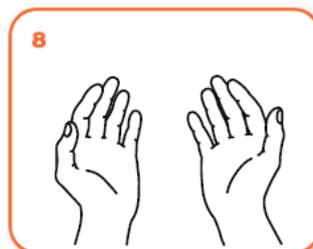
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.



ALL 7: POSTER IGIENE MANI: GUIDA AL PAZIENTE

Guida al paziente

L'igiene mani salva le vite

L'igiene delle mani è

- Lavare le mani con acqua e sapone
- Frizionare le mani con la soluzione alcolica
- Prevenire la diffusione di germi e infezioni

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Prestato, ricevuto al Triem

L'igiene delle mani è la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni

Perché?

Per prevenire le infezioni puoi iniziare lavandoti le mani regolarmente e chiedendo a chi ti assiste di fare altrettanto.

Quando?

Lavati spesso le mani, soprattutto dopo aver toccato oggetti e superfici della stanza dell'ospedale, prima di mangiare e dopo aver usato il bagno. Gli operatori sanitari devono praticare l'igiene mani ogni volta che entrano nella tua stanza.

Come?

Ci vuole meno di un minuto:

- 40 - 60 secondi se usi acqua e sapone
- 20 - 30 secondi se usi la soluzione alcolica

Con cosa?

Usa acqua e sapone quando le mani sono visibilmente sporche, altrimenti puoi utilizzare la soluzione alcolica.

Chi?

Tu, i tuoi familiari e gli operatori sanitari dovete praticare l'igiene mani.

Per ulteriori informazioni: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>

La presente guida ha riferimento alla campagna internazionale di Igiene delle mani (Hand Hygiene Saves Lives), promossa dai dipartimenti della Salute del Sud e del Nord degli Stati Uniti in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Istituto di Ricerca e Promozione di Atlanta, USA.



ALL. 8: COME INDOSSARE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

DISPOSITIVO DI PROTEZIONE	IMMAGINI	INDICAZIONI	CARATTERISTICHE
COPRICAMICE		Scegliere il copricamice di taglia idonea. Indossarlo con l'apertura posteriore. Allacciare al collo e in vita	Conforme Normativa Europea 93/42 e successivi aggiornamenti, D. L.vo 46/97 Camice monouso in TNT a manica lunga non sterile con polsini e apertura posteriore
MASCHERINA CHIRURGICA		Indossare la maschera chirurgica fissando prima i lacci superiori a livello della nuca e poi quelli inferiori a livello del collo (come mostrato nell'immagine), Coprire bene bocca, naso e mento. Piegare la striscia di metallo in modo da farla aderire bene ai lati del naso.	Conforme Normativa Europea 93/42 e successivi aggiornamenti, D. L.vo 46/97 Mascherina chirurgica naso/bocca in TNT 3 strati non sterile con lacci o elastici
OCCHIALI/ SCHERMO FACCIALE		Indossare gli occhiali di protezione o lo schermo facciale aggiustandoli nella maniera più confortevole	Normativa di riferimento: Direttiva 89/686/ CEE e successive modifiche ed integrazioni nonché di protezione degli occhi EN166-170 <u>Occhiali:</u> NON sovrapponibile agli occhiali da vista <u>Visiera:</u> Indossabili sopra occhiali correttivi e dispositivi di protezione delle vie respiratorie
GUANTI		Scegliere i guanti nella taglia idonea ed indossarli. I guanti devono coprire i polsini del copricamice	Conformità alle norme UNI EN 455-1-2-3 prodotti in cloruro di polivinile elastico ed essere totalmente privi di lattice

Altri aspetti da tener presente per lavorare in sicurezza

- Tenere le mani lontano dal viso
- Limitare il contatto con oggetti e altre superfici (es. armadi, maniglie delle porte, telefono,..)
- Sostituire i guanti lacerati ed eseguire l'igiene delle mani prima d'indossarne un altro paio;



ALL. 9: COME RIMUOVERE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

<p>GUANTI</p>		<p>Afferrare il bordo esterno del guanto e sfilarlo dalla mano. Il guanto sarà così rovesciato, con la parte esterna contaminata all'interno. Tenere il guanto rimosso con la mano guantata. Infilare una o due dita della mano non guantata all'interno dell'altro guanto, e sfilare il secondo guanto dall'interno, creando un sacchetto che conterrà anche l'altro guanto.</p>
<p>OCCHIALI/ SCHERMO FACCIALE</p>		<p>Rimuovere gli occhiali di protezione o lo schermo facciale afferrandoli con le mani per le stanghette o per il supporto a livello delle orecchie. Allontanare dal viso. Riporli nella postazione designata.</p>
<p>COPRICAMICE</p>		<p>Slacciare il copricamice al collo e alla vita. Sfilarlo dal collo e dalle spalle. Avvolgerlo in modo che la parte esterna contaminata sia all'interno. Arrotolarlo (tenendolo lontano dal corpo) e smaltirlo nell'apposito contenitore.</p>
<p>MASCHERINA CHIRURGICA</p>		<p>Sciogliere i lacci della maschera chirurgica, prima al collo e poi alla nuca (come mostrato nell'immagine). Allontanare la maschera dal viso toccandone solamente i lacci. NB: La parte anteriore della maschera deve essere considerata contaminata e quindi non va mai toccata.</p>
<p>EFFETTUARE L'IGIENE DELLE MANI AL TERMINE DELLA RIMOZIONE DI TUTTI I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE</p>		

**I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE
VANNO SMALTITI NEL CONTENITORE PER RIFIUTI SPECIALI
CONTENITORE RIGIDO ROSSO**



ALL. 10: POSTER IGIENE RESPIRATORIA

Hai la tosse? Sei raffreddato?

*Do you have a cough? Do you have a cold?
Est-ce que vous tousez? Êtes-vous enrhumés?
Haben Sie einen Husten? Haben Sie eine
Erkältung?*

Quando tossisci o starnutisci...

When you're coughing or sneezing...
Lorsque la toux ou des éternuements...
Wenn Sie husten oder niesen...



Copri la bocca e il naso con un fazzoletto o con il braccio!

Cover your nose and your mouth with a paper tissue or the inside of your arm!
Couvrez-vous le nez et la bouche avec un mouchoir en papier ou l'intérieur du bras!
Bedecken Sie Ihre Nase und Mund mit einem Taschentücher oder Ihrem Arm!



Getta i fazzoletti usati in un cestino

Throw used handkerchiefs in a basket
Jetez les mouchoirs utilisés dans une poubelle
Werfen Sie die verwendete Taschentücher in einen Papierkorb



Lavati le mani

Wash your hands
Lavez vos mains
Waschen Sie Ihre Hände



Avvisa il personale sanitario

Inform health personnel
Alertez le personnel de santé
Erzählen Sie Ihren Arzt

Comitato Infezioni Ospedaliere
Ospedale di Rovereto

Grazie per la collaborazione

**ALL. 11: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER LEGIONELLOSI*****LEGIONELLOSI*****Agente eziologico:**

La legionellosi è causata dal batterio Legionella, del quale sono state identificate quasi 50 specie diverse e più di 70 ceppi. La Legionella pneumophila è rappresentata da 18 sierogruppi ed il sierogruppo 1 è quello più frequentemente descritto nei casi diagnosticati.

Si tratta di un organismo ubiquitario che prolifera soprattutto in ambienti acquatici caldi, tra i 32 e i 45 °C. Si trova anche nei fiumi e nei laghi e in generale in tutti gli specchi d'acqua la cui temperatura non è eccessivamente bassa, anche se negli ambienti naturali è presente in quantità talmente basse da non costituire un pericolo. □

Modalità di trasmissione:

L'infezione da Legionella non si trasmette da persona a persona, ma piuttosto viene trasmessa da flussi di aerosol e di acqua contaminata, come nel caso di ambienti condizionati o con l'uso di umidificatori. Il batterio, infatti, si riproduce soprattutto in ambienti umidi e tiepidi o riscaldati, come i sistemi di tubature, i condensatori, le colonne di raffreddamento dell'acqua, sui quali forma un film batterico. Sedimenti organici, ruggini, depositi di materiali sulle superfici dei sistemi di stoccaggio e distribuzione delle acque facilitano l'insediamento della Legionella. Per questo, la legionellosi pone un serio problema di salute pubblica, perché costituisce un elemento di rischio in tutte le situazioni in cui le persone sono riunite in uno stesso ambiente, come avviene in case di cura, residenze per anziani, ospedali, piscine e terme e altri luoghi pubblici, nei quali è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolarizzazione delle acque.

Al fine di evitare le infezioni da Legionella nei pazienti ricoverati è fondamentale l'approccio volto a prevenire la contaminazione degli impianti, contrastando la moltiplicazione e la diffusione della Legionella e diminuendo così il rischio di inquinamento batterico grave.

Tipologia di precauzioni:

Precauzioni standard

Durata:

Le precauzioni standard vanno adottate per tutto il periodo di ricovero del paziente

Notifica:

Inviare la scheda di notifica, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica.

È inoltre prevista inoltre una sorveglianza speciale che prevede la compilazione di una scheda specifica.

Collocazione del paziente:

Non è necessaria la stanza singola

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Indossare sovracamice, guanti, mascherina chirurgica, occhiali o visiera di protezione se si prevede un contatto con sangue e/o altro materiale biologico, mucose, cute non integra o cute integra potenzialmente contaminata e di tipo appropriato alla procedura da eseguire.

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente, prima di una manovra asettica, dopo il contatto con materiale organico e l'ambiente circostante il paziente



Gestione dei Presidi assistenziali:

Pulire e disinfettare i presidi e le attrezzature assistenziali prima del loro utilizzo per un altro paziente in relazione al loro livello di criticità e alla indicazioni del produttore.

Igiene ambientale:

È sufficiente la pulizia routinaria delle superfici.

Indagine epidemiologica

Una volta confermata la diagnosi clinica attraverso il riconoscimento dell'antigene urinario ed eventualmente l'isolamento culturale della Legionella, la Direzione Medica effettua l'indagine epidemiologica allo scopo di ottenere informazioni precise su un'eventuale esposizione a rischio del paziente nelle due settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi con la finalità di: pervenire ad una prima distinzione tra polmonite nosocomiale e polmonite comunitaria e individuare la fonte di contagio.

Prevenzione

La prevenzione della legionellosi viene realizzata con interventi a livello ambientale e assistenziale. Il controllo della presenza e proliferazione delle legionelle si basa su una corretta progettazione e realizzazione degli impianti idrici e aerulici e sulla loro manutenzione, come riportato all'interno del documento aziendale "Procedura per la prevenzione e il controllo della contaminazione da legionelle negli impianti dei presidi ospedalieri APSS" reperibile al sito intranet:

<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/pci/prevleg/view?searchterm=legionella>

In ambito assistenziale è di particolare rilevanza l'attenzione alla gestione dei dispositivi di supporto respiratorio, in particolare:

- Trattare le attrezzature e i dispositivi semicritici con la sterilizzazione a vapore o un alto livello di disinfezione
- Usare preferibilmente acqua sterile per risciacquare i nebulizzatori e le altre attrezzature semicritiche per l'assistenza respiratoria, dopo che sono stati puliti e/o disinfettati.
- Usare solo acqua sterile (non acqua distillata non sterile) per riempire i serbatoi dei dispositivi usati per l'umidificazione e nebulizzazione.
- Tra un trattamento e l'altro sullo stesso paziente pulire, disinfettare, risciacquare con acqua sterile e asciugare i nebulizzatori di farmaci di piccolo volume in-line o manuali.



ALL. 12: SINTESI “PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO”

Precauzioni Aggiuntive da Contatto

Operare in ambito assistenziale presuppone sempre la conoscenza delle procedure di lavoro per la sicurezza propria e del paziente (procedure assistenziali e organizzative, DVR, ecc....)

Esempi di situazioni in cui si applicano:

- Microrganismi multiresistenti (MRSA *Staphylococcus aureus* *meticillina-resistent*, VRE *Enterococchi vancomicina-resistente*, *Microrganismi produttori di ESBL*, *Enterobatteri produttori carbapenemasi CPE*, *Pseudomonas Aeruginosa Multiresistente*, *Acinetobacter Baumannii*)
- Scabbia / Pediculosi
- Ferite o ascessi con secrezioni non protette

Registrazione nella documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente:

Stanza singola, se non è possibile:

1. Coorte, in stanza con altri pazienti infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo,
2. Isolamento spaziale (distanza di 1 metro dagli altri pazienti).

Segnalare con il cartello sulla porta della stanza la necessità di adottare le precauzioni da contatto
Rimuovere il cartello **dopo** la pulizia finale della stanza.

Igiene delle mani:

eseguire l'igiene delle mani (lavaggio o frizione alcolica) con estrema attenzione

Dispositivi di protezione:

Indossarli prima di entrare in stanza,
in questo ordine:

1. **Igiene delle mani**
2. Sovracamicia
3. Mascherina chirurgica (*)
4. Occhiali o visiera (*)
5. Guanti

Rimuoverli prima di uscire dalla stanza,
in questo ordine:

1. Guanti
2. Occhiali o visiera (*)
3. Sovracamicia
4. Mascherina chirurgica (*)
5. **Igiene delle mani**

(*) Indossare Mascherina e occhiali o visiera durante le procedure assistenziali che possono determinare la produzione di spruzzi/schizzi di materiale biologico (vedi precauzioni standard)

Presidi assistenziali:

- Utilizzare presidi assistenziali dedicati o monouso
- Pulire e disinfettare i presidi riutilizzabili prima dell'utilizzo per un altro paziente.
- Portare in stanza solo presidi assistenziali necessari
- Smaltire la biancheria all'interno del doppio sacco

Igiene ambientale:

Pulizia e disinfezione quotidiana delle superfici con clorodonoratori (1000 ppm).

Informazione ed educazione del paziente e dei visitatori:

igiene delle mani, utilizzo dei dispositivi di protezione, gestione della biancheria (vedi allegato)

Trasporto del paziente:

Prima del trasporto	Durante il trasporto	UO/Servizio accogliente
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurarsi che il paziente: esegua l'igiene delle mani, indossi biancheria pulita e abbia medicazioni pulite. - Segnalare all'UO/Servizio accogliente la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive - Pulire e disinfettare i dispositivi che accompagnano il paziente 	<ul style="list-style-type: none"> - Rispettare le precauzioni standard - Ridurre il possibile contatto del paziente con l'ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Indossare guanti e camice prima del contatto con il paziente, - Pulire e disinfettare i presidi assistenziali utilizzati - Pulire e disinfettare le superfici ambientali contaminate - Eseguire l'igiene delle mani dopo aver rimosso i guanti e il camice

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da contatto



ALL. 13: CARTELLO ARANCIONE "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA - PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO"



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO

(In aggiunta alle Precauzioni Standard)



Indicazioni per tutte le persone che entrano nella stanza



**Igiene delle mani
(lavaggio o frizione alcolica)
all'ingresso e all'uscita dalla
stanza**



**Indossare sovracamice e
guanti all'ingresso nella
stanza e rimuoverli
prima di uscire**



**Utilizzare dispositivi medici dedicati o
monouso.
Pulizia e disinfezione dei dispositivi
pluriuso**

**Per altre informazioni,
rivolgetevi al personale infermieristico**



ALL. 14: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO”

Informazioni per i familiari e i visitatori

Precauzioni Aggiuntive da Contatto

Queste precauzioni prevengono la diffusione dell'infezione ad altri pazienti in ospedale.

Questo tipo d'infezione si diffonde attraverso il contatto diretto toccando il paziente o qualsiasi oggetto che sia stato toccato o sia vicino al paziente.

Il cartello arancione **PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO** appeso alla porta della stanza indica alcuni aspetti fondamentali che chi entra nella stanza del paziente può fare per aiutare gli operatori sanitari nel prevenire la diffusione dell'infezione.

In particolare come familiare o visitatore ci può aiutare nel:

	Limitare i visitatori	
	Eseguire l'igiene delle mani e indossare guanti e sovracamice prima di entrare nella stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	
	Non utilizzare oggetti del paziente per altri pazienti	
	La biancheria personale del paziente va raccolta in un sacchetto e lavata a domicilio a temperature uguali o superiori a 60°C	
	Rimuovere guanti e sovracamice ed eseguire l'igiene delle mani prima di uscire dalla stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	

**Per altre informazioni,
si rivolga al personale infermieristico**

La ringraziamo per la collaborazione



ALL. 15: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFEZIONE DA MICRORGANISMI MULTIRESENTENTI

Infezioni/colonizzazioni da batteri multi resistenti:

- *MRSA – Staphylococcus aureus meticillina-resistente*
- *VRE – Enterococchi vancomicina-resistenti*
- *CPE –Enterobacteriaceae produttori di carbapenemasi*
- *Enterobatteri produttori di ESBL*
- *Pseudomonas aeruginosa multiresistente (con resistenza a tutti gli antibiotici testati)*
- *Acinetobacter baumannii*

MRSA - Staphylococcus aureus meticillina-resistente

Agente eziologico:

Staphylococcus aureus meticillina-resistente: rappresenta uno dei patogeni più frequentemente responsabili di infezioni ospedaliere; attualmente in Italia circa il 30-40% degli Stafilococchi isolati sono meticillino-resistente.

Modalità di trasmissione:

La modalità di trasmissione è il contatto diretto da paziente a paziente, o attraverso il contatto indiretto attraverso le mani degli operatori o oggetti e superfici contaminate.

Le sedi di colonizzazione più frequenti sono naso, mani, zona perineale e cute lesa.

VRE - Enterococchi vancomicina-resistenti

Agente eziologico:

Gli enterococchi sono parte della normale flora batterica intestinale e del tratto genitale femminile e sono un'importante causa di infezioni nosocomiali. Questi batteri hanno grande facilità nell'acquisire nuovi meccanismi di resistenza (VRE enterococchi vancomicina-resistenti).

Modalità di trasmissione:

la modalità di trasmissione è il contatto diretto da paziente a paziente, o attraverso il contatto indiretto attraverso le mani degli operatori o il contatto con superfici ambientali contaminate, o dispositivi contaminati.

CPE – Enterobacteriaceae produttori carbapenemasi

Agente eziologico

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

Modalità di trasmissione:

la modalità di trasmissione è il contatto diretto da paziente a paziente, o attraverso il contatto indiretto attraverso le mani degli operatori o il contatto con superfici ambientali contaminate, o dispositivi contaminati.

Enterobatteri produttori di ESBL

Agente eziologico:

Sono microrganismi in grado di produrre beta-lattamasi a spettro allargato, denominate ESBL (Extended Spectrum Beta Lactamasis). Le ESBL sono enzimi selezionati dall'uso estensivo di cefalosporine a spettro allargato. Inattivano tutte le penicilline, tutte le cefalosporine e l'aztreonam, ma non sono attive nei



confronti di cefamicine e carbapenemici e sono generalmente inibite dagli inibitori delle beta-lattamasi. Le ESBL sono state descritte in molte specie di enterobatteri: E. coli, Klebsiella spp., Proteus spp., Morganella spp., Citrobacter spp., Enterobacter spp.. Si tratta di microrganismi in cui la gestione terapeutica è problematica a causa della loro produzione di betalattamasi.

Modalità di trasmissione: la modalità principale di trasmissione è per contatto diretto tra persona e persona o per contatto indiretto attraverso le mani del personale, la contaminazione di attrezzature sanitarie e di superfici ambientali in stretta prossimità ai pazienti.

Pseudomonas aeruginosa multiresistente

Agente eziologico:

Vive come saprofita nell'acqua, nel terreno umido, sui vegetali; come commensale nel tubo digerente dell'uomo e di diversi animali. Sopravvive e si moltiplica in una varietà infinita di liquidi e terreni, su supporti e vari materiali. E' un tipico patogeno nosocomiale. Sono a rischio soprattutto i soggetti compromessi per malattie metaboliche o ematologiche o per tumori o pazienti trattati con immunosoppressori, corticosteroidi, antibiotici a largo spettro.

Modalità di trasmissione:

la modalità principale di trasmissione è il contatto indiretto attraverso le mani del personale, la contaminazione di attrezzature sanitarie e di superfici ambientali in stretta prossimità ai pazienti (umidificatori, respiratori, acqua distillata, soluzioni antisettiche).

Acinetobacter baumannii

Agente eziologico:

è un bacillo responsabile di oltre 10% di infezioni correlate all'assistenza nelle terapie intensive dove è di difficile eradicazione.

Modalità di trasmissione:

la modalità principale di trasmissione è il contatto indiretto attraverso le mani del personale, la contaminazione di attrezzature sanitarie e delle superfici ambientali in stretta prossimità ai pazienti (umidificatori, respiratori, biancheria contaminata)

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da contatto

Quando:

vanno adottate nei confronti di pazienti con esami microbiologici positivi per uno dei microrganismi multiresistenti sopra citati (colonizzazione/infezione).

Durata precauzioni aggiuntive:

la durata delle precauzioni aggiuntive da contatto nei confronti dei pazienti infetti/colonizzati con microrganismi multi resistenti varia da caso a caso ed è un problema che rimane a tutt'oggi irrisolto.

Notifica

La notifica di infezione deve essere effettuata in caso di pazienti con emocolture positive per Klebsiella pneumoniae o Escherichia coli non sensibili a imipenem e meropenem o produttori di carbapenemasi utilizzando una specifica scheda di segnalazione e con le modalità definite all'interno della Circolare Ministeriale del 28.02.2013 e della Procedura aziendale "Procedura per il controllo della diffusione delle Enterobacteriacee resistenti ai Carbapenemi" sito intranet .

<http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi/Procedura%20CRE%20-%20CPE/view>



Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente al paziente una stanza singola.

Se non è possibile:

- adottare l'isolamento per gruppi di pazienti con la stessa situazione (coorte)
- adottare l'isolamento spaziale (mantenendo la separazione con la distanza di 1 metro tra un paziente e l'altro), se è necessario collocare nella stessa stanza pazienti che richiedono le precauzioni aggiuntive da contatto e pazienti che non le richiedono.

Allestimento stanza degenza

- ⇒ Predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare guanti monouso e sovracamici monouso a manica lunga
- ⇒ Posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, DPI, sacchetti in polietilene per allontanare dispositivi utilizzati che necessitano di riprocessazione)
- ⇒ Inserire un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo, un contenitore rigido per lo smaltimento di aghi e taglienti e sacchi per la biancheria (idrosolubile e giallo)

Non introdurre carrelli e documentazione nella stanza.

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Utilizzare i guanti durante i contatti con i pazienti, con i loro fluidi corporei e con le superfici inanimate o potenzialmente contaminate. Togliere i guanti prima di lasciare la stanza o di allontanarsi dal punto di assistenza.

Utilizzare sempre i sovracamici nell'assistenza diretta al paziente.

Se fosse necessario collocare nella stessa stanza un paziente infetto/colonizzato e uno non, nel passaggio tra un paziente e l'altro rimuovere l'abbigliamento protettivo e procedere all'igiene mani.

Indossare la mascherina chirurgica con occhiali o visiera in caso di manovre che possono generare spruzzi/schizzi di secrezioni o fluidi (broncoscopia, intubazione endotracheale, aspirazione delle secrezioni)

Igiene delle mani:

Eseguire una meticolosa igiene delle mani, all'ingresso e all'uscita dalla stanza.

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente infetto/colonizzato a quelli resi necessari da esigenze diagnostico-terapeutiche e avvisare il personale del servizio presso il quale è trasportato o trasferito.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da contatto

**Gestione presidi assistenziali:**

Utilizzare possibilmente materiale monouso, da eliminare subito dopo l'impiego nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Personalizzare l'utilizzo di dispositivi medici e altro materiale destinato all'assistenza come: sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro...

Assicurarsi che le attrezzature sanitarie utilizzate (pompe, aspiratori, monitor..) siano sottoposte a una pulizia e disinfezione quotidiana e terminale (alla dimissione/trasferimento del paziente) .

I dispositivi medici o materiale per l'assistenza devono essere attentamente puliti e disinfettati con cloro donatori 1000 ppm prima di essere utilizzati per altri pazienti.

Biancheria

La biancheria del letto deve essere smaltita utilizzando il doppio sacco (idrosolubile e giallo o rosso) secondo indicazioni del capitolato.

Igiene ambientale:

Quotidianamente assicurare una buona igiene ambientale, con successiva disinfezione ambientale con cloro donatori (1000 ppm) di tutte le superfici toccate più frequentemente (unità paziente, tavolini, maniglie, spondine...)

Alla dimissione/trasferimento è necessario effettuare un intervento di sanificazione di tutte le superfici e degli oggetti presenti nella stanza.

Informazione-educazione:

Informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori, sulle precauzioni da contatto da adottare.

Il paziente deve essere informato del suo stato d'infezione/colonizzazione e sulle misure di prevenzione che dovrà adottare con particolare attenzione all'igiene delle mani.

Nel caso d'infezione/colonizzazione da enterobatteri produttori di carbapenemasi è possibile fare riferimento a degli strumenti informativi come:

- "informazione per gli operatori" sito intranet
<http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi/informazioni%20per%20gli%20operatori/view>
- "informazioni per il paziente portatore di Enterobatteri produttori di carbapenemasi" sito intranet
<http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi/Informazioni%20per%20pazienti/view>

Indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica deve essere attivata, per identificare i possibili contatti del paziente con infezione/colonizzazione e sottoporli a sorveglianza sanitaria. Nel caso d'infezione/colonizzazione da enterobatteri produttori di carbapenemasi i pazienti-contatti del caso vanno sottoposti a sorveglianza attiva con le modalità definite all'interno della Procedura aziendale "Procedura per il controllo della diffusione delle Enterobacteriacee resistenti ai Carbapenemi" sito intranet .
<http://intranet.apss.tn.it/gdl/CIPASS/Enterobacteriaceae%20resistenti%20ai%20carbapenemi/Procedura%20CRE%20-%20CPE/view>



ALL. 16: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER PEDICULOSI

Pidocchi del capo

Agente eziologico:

la pediculosi del capo è una infestazione causata da *Pediculus humanus capitis*, un ectoparassita obbligato permanente e strettamente specie-specifico: Attua infatti l'intero ciclo vitale sul cuoio capelluto dell'uomo (uova – ninfa – adulto). Il parassita è un ematofago che per sopravvivere succhia il sangue varie volte al giorno (ogni 2-3 ore).

Modalità di trasmissione:

la trasmissione è nella grande maggioranza dei casi diretta; colpisce frequentemente i soggetti che vivono nella stessa famiglia o che frequentano le stesse comunità (asili, scuole, collegi..), meno comunemente può essere mediata da oggetti (pettini, spazzole, asciugamani, cuscini, cuffie, ..) che sono stati recentemente a contatto con persone infestate. Il parassita fuori dall'ospite va incontro ad un rapido processo di disidratazione.

Quando:

in caso di diagnosi di pediculosi, che si effettua tramite ispezione accurata dei capelli e del cuoio capelluto (in particolare dietro le orecchie e la nuca) e riscontro della presenza di pidocchi adulti e/o ninfe e/o uova vitali. La presenza di sole lendini non significa necessariamente infestazione attiva, è probabile se la loro distanza dal cuoio capelluto è inferiore a 6,5 mm.

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da contatto

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Durata precauzioni aggiuntive:

le precauzione aggiuntive da contatto devono essere mantenute fino a 24 ore dall'effettuazione del trattamento topico.

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, - alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

Trattamento:

quando l'infestazione è accertata è necessario avviare il trattamento terapeutico con gli insetticidi topici seguendo le indicazioni specifiche dei prodotti (da richiedere alla Farmacia).

Seguire al trattamento l'uso del pettine a denti fitti per rimuovere le lendini.

Indicativamente il trattamento terapeutico va ripetuto dopo 6-7 giorni.

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente al paziente una stanza singola. Se non è possibile:

- adottare l'isolamento per gruppi di pazienti con la stessa situazione (coorte)
- adottare l'isolamento spaziale (mantenendo la separazione con la distanza di 1 metro tra un paziente e l'altro); se è necessario collocare nella stessa stanza pazienti che richiedono le precauzioni aggiuntive da contatto e pazienti che non le richiedono.



Allestimento stanza degenza

- ⇒ Predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza, un ripiano su cui posizionare: guanti monouso, sovracamici monouso a manica lunga e cuffie.
- ⇒ Posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria,
- ⇒ Inserire un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (rosso) e sacchi per biancheria.

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

- Utilizzare i guanti durante i contatti con i pazienti.
- Utilizzare sempre i sovracamici e cuffia nell'assistenza diretta al paziente.
- Togliere i dispositivi di protezione prima di lasciare la stanza o di allontanarsi dal punto di assistenza.

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani da parte di tutto lo staff, all'ingresso e all'uscita dalla camera.

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostico-terapeutiche, avvisare il personale del servizio presso il quale è trasportato o trasferito

Gestione presidi assistenziali:

Non sono necessarie procedure specifiche di trattamento dei dispositivi in quanto le corrette procedure di decontaminazione, pulizia e sterilizzazione degli strumenti critici, semicritici e non critici sono sufficienti. Una particolare attenzione deve essere posta a pettini e spazzole personali vanno immersi per circa 1 ora in soluzione con shampoo antiparassitario o lavati ad alta temperatura (60°C per 5-10 minuti).

Igiene ambientale:

Assicurare una buona igiene ambientale ponendo particolare attenzione:

- al trattamento della biancheria del letto, che deve essere riposta nel sacco idrosolubile, allontanata al deposito confezionata nel sacco giallo e agli effetti lettereschi (cuscino, materasso...) che devono essere riposti nel sacco rosso
- alla biancheria personale del paziente.

Informazione-educazione:

Informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori sulle precauzioni da contatto da adottare.

E' importante informare i contatti stretti sulla necessità di effettuare un accurato controllo e un tempestivo trattamento.

Inoltre devono essere date indicazioni rispetto alla modalità di gestione della biancheria personale a domicilio (lavaggio a temperature superiori a 60°C).

Vedi foglio informativo reperibile all'interno della procedura specifica all'indirizzo intranet

<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/epf/derm/pido/pido/view>

Indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica deve essere attivata, per identificare i possibili contatti del paziente con infezione e sottoporli a sorveglianza sanitaria ed eventuale trattamento.



ALL. 17: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER SCABBIA

Scabbia

Agente eziologico:

Sarcoptes scabiei varietà *hominis*, un acaro parassita umano obbligato.

Caso confermato: è definito dal riscontro al microscopico dell'acaro, dalle uova o delle feci nei cunicoli oppure da un quadro clinico tipico.

Caso probabile: è definito dalla presenza di sintomi clinici compatibili, accompagnati o meno da esposizione documentata a contagio.

Modalità di trasmissione:

Avviene solitamente per contatto diretto cute-cute, soprattutto durante contatti sessuali, in persone che condividono indumenti o biancheria del letto e, meno frequentemente, attraverso oggetti.

Data la labilità dell'acaro al di fuori dell'ospite (muore dopo 1-2 giorni), il contagio indiretto ad esempio attraverso biancheria e lenzuola, si verifica solo se questi effetti sono stati contaminati da poco tempo da una persona infestata.

Contatto ad alto rischio: conviventi, partner sessuali e coloro che hanno frequenti contatti cutanei con il caso indice.

Contatto a basso rischio: coloro che hanno contatti indiretti, es attraverso lenzuola o asciugamani.

Quando:

vanno adottate in caso di sospetto e/o di infestazione

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da contatto

Durata:

Le precauzioni da contatto devono essere mantenute fino a 24 ore dall'effettuazione del trattamento terapeutico efficace o fino a quando lo specialista dermatologo non abbia escluso la scabbia dalle opzioni diagnostiche.

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, - alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

Trattamento:

Assicurare un tempestivo ed efficace trattamento seguendo le prescrizioni del dermatologo e le indicazioni specifiche dei farmaci prescritti.

Nell'uso topico di farmaci scabbicidi, indicativamente procedere a:

- eseguire l'igiene mani, indossare camice monouso e guanti
- stendere un lenzuolo pulito sul letto e far stendere il paziente svestito
- applicare il medicamento a tutta la superficie del corpo, ad eccezione della testa, per il tempo di contatto previsto (indicativamente 12 ore)
- far indossare biancheria pulita, sostituire la biancheria del letto (smaltire la biancheria personale e del letto come sotto indicato)
- rimuovere i dispositivi di protezione smaltendoli nei rifiuti pericolosi a rischio infettivo, eseguire l'igiene mani

Dopo 12-24 ore far eseguire una doccia con sapone, sostituire tutta la biancheria personale e del letto compresi materasso, coperte e cuscini attendendosi alle indicazioni sotto riportate.

**Collocazione del paziente e allestimento della stanza:**

Assegnare preferibilmente al paziente una stanza singola. Se non è possibile:

- adottare l'isolamento per gruppi di pazienti con la stessa situazione (coorte)
- adottare l'isolamento spaziale mantenendo la separazione con la distanza di 1 metro tra un paziente e l'altro; se è necessario collocare nella stessa stanza pazienti che richiedono le precauzioni aggiuntive da contatto e pazienti che non le richiedono.

Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: guanti monouso, sovracamici monouso a manica lunga e cuffie.
- posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, DPI, sacchetti in polietilene per allontanare dispositivi utilizzati che necessitano di riprocessazione),
- inserire un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (rosso) e sacchi per biancheria (idrosolubile e giallo).

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Utilizzare i guanti durante i contatti con i pazienti, con i loro fluidi corporei e con le superfici inanimate o potenzialmente contaminate. Utilizzare sempre i sovracamici e cuffia nell'assistenza diretta al paziente. Togliere i dispositivi di protezione prima di lasciare la stanza o di allontanarsi dal punto di assistenza

Igiene mani:

Eseguire una meticolosa igiene delle mani all'ingresso e all'uscita dalla stanza

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostico-terapeutiche, avvisare il personale del servizio presso il quale è trasportato o trasferito

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da contatto

Gestione presidi assistenziali:

Assegnare dispositivi non critici individuali (sfigmomanometro, termometro) assicurando un idoneo trattamento dopo l'uso (detersione/disinfezione).

Igiene ambientale:

Assicurare una buona igiene ambientale ponendo particolare attenzione a:

- al trattamento della biancheria del letto, che deve essere riposta nel sacco idrosolubile e allontanata al deposito confezionata nel sacco giallo e agli effetti lettereci (cuscino, materasso...) che devono essere sostituiti dopo le prime 24 h di trattamento e alla dimissione e riposti nel sacco rosso.
- alla gestione della biancheria personale del paziente che va sostituita giornalmente, allontanata in modo da evitare dispersione ambientale e trattata con lavaggio a 60°C, in alternativa a secco. In alternativa al lavaggio termico i materiali possono essere collocati in sacchi di plastica per 3 giorni o sempre in sacchi di nylon, cosparsi di polvere acaricida (Mom o Baygon polvere) per 12-24 ore

La disinfezione ambientale va attuata in caso di scabbia norvegese.



Informazione-educazione:

Informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori sulle precauzioni da contatto da adottare. Fornire informazioni sulla corretta gestione della biancheria personale e raccomandare di non sedersi o appoggiare indumenti sul letto. E' importante informare i contatti stretti sulla necessità di effettuare un trattamento tempestivo.

Vedi foglio informativo reperibile all'interno della procedura specifica all'indirizzo intranet

<http://intranet.apss.tn.it/sop/sorv/epf/derm/scab/Scab/view>

Indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica deve essere attivata per identificare i possibili contatti del paziente con infezione e sottoporli a sorveglianza sanitaria.



ALL. 18: SINTESI “PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO”

Precauzioni Aggiuntive Enteriche da Contatto

Operare in ambito assistenziale presuppone sempre la conoscenza delle procedure di lavoro per la sicurezza propria e del paziente (procedure assistenziali e organizzative, DVR, ecc....)

Alcuni esempi in cui si applicano:

- Diarrea acuta da eziologia sconosciuta
- Infezione da Clostridium difficile
- Norovirus, Rotavirus

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente:

Stanza singola, se non è possibile:

- Coorte, in stanza con altri pazienti infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo,

Segnalare con il cartello sulla porta della stanza la necessità di adottare le precauzioni enteriche da contatto. Rimuovere il cartello **dopo** la pulizia finale della stanza.

Lavaggio delle mani:

eseguire il lavaggio delle mani con estrema attenzione Igiene mani

Dispositivi di protezione:

Indossarli prima di entrare in stanza, in questo ordine:

1. **Lavaggio delle mani**
2. Sovracamice
3. Mascherina chirurgica (*)
4. Occhiali o visiera (*)
5. Guanti

Rimuoverli prima di uscire dalla stanza, in questo ordine:

1. Guanti
2. Occhiali o visiera (*)
3. Sovracamice
4. Mascherina chirurgica (*)
5. **Lavaggio delle mani**

(*) Indossare Mascherina e occhiali o visiera durante le procedure assistenziali che possono determinare la produzione di spruzzi/schizzi di materiale biologico (vedi precauzioni standard)

Presidi assistenziali:

- Utilizzare presidi assistenziali dedicati o monouso
- Pulire e disinfettare i presidi riutilizzabili prima dell'utilizzo per un altro paziente.
- Portare in stanza solo presidi assistenziali necessari
- Smaltire la biancheria all'interno del doppio sacco

Igiene ambientale:

Pulizia e disinfezione quotidiana delle superfici con clorodonoratori (1000 ppm).

Informazione ed educazione del paziente e dei visitatori:

Igiene delle mani, utilizzo dei dispositivi di protezione, gestione della biancheria (vedi allegato)

Trasporto del paziente:

Prima del trasporto	Durante il trasporto	UO/Servizio accogliente
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurarsi che il paziente: si lavi le mani, indossi biancheria pulita e abbia medicazioni pulite. - Segnalare all'UO/Servizio accogliente la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive - Pulire e disinfettare i dispositivi che accompagnano il paziente 	<ul style="list-style-type: none"> - Rispettare le precauzioni standard - Ridurre il possibile contatto del paziente con l'ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Indossare guanti e camice prima del contatto con il paziente, - Pulire e disinfettare i presidi assistenziali utilizzati - Pulire e disinfettare le superfici ambientali contaminate - Eseguire il lavaggio delle mani dopo aver rimosso i guanti e il camice

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive enteriche da contatto



ALL. 19: CARTELLO ARANCIONE SCURO "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA - PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO"

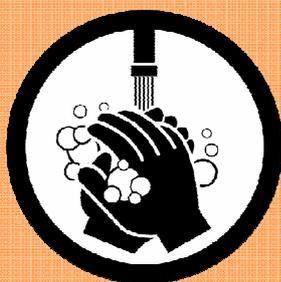


PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO



(In aggiunta alle Precauzioni Standard)

Indicazioni per tutte le persone che entrano nella stanza



**Lavaggio delle mani
all'ingresso e all'uscita dalla
stanza**



**Indossare sovracamice e
guanti all'ingresso nella
stanza e rimuoverli
prima di uscire**



**Utilizzare dispositivi medici dedicati o
monouso.
Pulizia e disinfezione dei dispositivi
pluriuso**

**Per altre informazioni,
rivolgetevi al personale infermieristico**



ALL. 20: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO”

Informazioni per i familiari e i visitatori

Precauzioni Aggiuntive Enteriche da Contatto

Queste precauzioni prevengono la diffusione dell'infezione ad altri pazienti in ospedale.

Questo tipo d'infezione si diffonde attraverso il contatto diretto toccando il paziente o qualsiasi oggetto che sia stato toccato o sia vicino al paziente.

Il cartello arancione **PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ENTERICHE DA CONTATTO** appeso alla porta della stanza indica alcuni aspetti fondamentali che chi entra nella stanza del paziente può fare per aiutare gli operatori sanitari nel prevenire la diffusione dell'infezione.

In particolare come familiare o visitatore ci può aiutare nel:

	Limitare i visitatori	
	Lavarsi le mani e indossare guanti e sovracamice prima di entrare nella stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	
	Non utilizzare oggetti del paziente per altri pazienti	
	La biancheria personale del paziente va raccolta in un sacchetto e lavata a domicilio a temperature uguali o superiori a 60°	
	Rimuovere guanti e sovracamice e lavarsi le mani prima di uscire dalla stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	

**Per altre informazioni,
si rivolga al personale infermieristico**

La ringraziamo per la collaborazione



ALL. 21 : PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Infezione da Clostridium difficile

Agente eziologico:

Clostridium difficile – bacillo sporigeno anaerobio, che produce due esotossine – tossina A e B

Modalità di trasmissione:

L'infezione si verifica a seguito della trasmissione fecale-orale per ingestione di spore che sopravvivono all'ambiente acido dello stomaco, attraverso:

- le mani del personale che ha avuto contatto con persone infette, colonizzate, strumentazione o superfici ambientali contaminate
- strumentazione assistenziale contaminata (termometri, comode..)
- la contaminazione delle superfici

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive enteriche per trasmissione da contatto

Quando:

vanno adottate in caso di diagnosi sospetta o confermata di infezione da Clostridium Difficile (CD)

Durata precauzioni aggiuntive:

Le precauzioni aggiuntive da contatto (sotto elencate) possono essere revocate dopo 48 ore di assenza di sintomi e dopo la normalizzazione della peristalsi intestinale

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente al paziente una stanza singola con bagno; se la stanza non è dotata di bagno personale è consigliato predisporre una comoda individuale. Se questo non è possibile, più pazienti con infezione da CD possono essere collocati nella stessa stanza (**coorte di pazienti**).

Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: guanti monouso e sovracamici monouso a manica lunga
- posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, DPI, sacchetti in polietilene per allontanare dispositivi utilizzati che necessitano la riprocessazione, sacchi gialli e idrosolubili per biancheria)
- inserire un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo e un contenitore rigido per lo smaltimento di aghi e taglienti
- attrezzare il lavandino con un flacone di Neoxidina mani

Non introdurre carrelli e documentazione nella stanza.

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Utilizzare i guanti durante i contatti con i pazienti, con i loro fluidi corporei e con le superfici inanimate o potenzialmente contaminate, in particolare le superfici nelle immediate vicinanze del paziente e le superfici del servizio igienico.

Utilizzare sempre i sovracamici nell'assistenza diretta al paziente.

Guanti e sovracamice devono essere indossati prima di accedere alla stanza del paziente, rimossi ed eliminati nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo prima di uscire dalla stanza.

**Igiene delle mani:**

Eseguire una meticolosa igiene delle mani con acqua e sapone antisettico, da parte di tutto lo staff e di tutte persone che entrano e escono dalla stanza del paziente, dopo il contatto con fluidi corporei o dopo ogni potenziale contaminazione delle mani avvenuta durante la cura dei pazienti o il contatto con superfici potenzialmente contaminate.

Il lavaggio delle mani è indicato dopo la rimozione di guanti e sovracamici utilizzati per la cura dei pazienti.

L'azione fisica di frizionamento e risciacquo nel lavaggio delle mani è l'unico modo per rimuovere le spore delle mani pertanto eseguire l'igiene mani con acqua e sapone antisettico.

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostico-terapeutiche, avvisare il personale del servizio presso il quale è trasportato o trasferito.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive enteriche da contatto

Gestione dei presidi assistenziali:

Utilizzare possibilmente materiale monouso, da eliminare subito dopo l'impiego nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Personalizzare l'utilizzo di dispositivi medici non monouso e altro materiale destinato all'assistenza come: sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro Thermoval® immergibile in soluzione disinfettante o similari, comoda...

Assicurarsi che le attrezzature sanitarie utilizzate (pompe, aspiratori, monitor..) siano sottoposte ad una pulizia e disinfezione quotidiana e terminale (alla dimissione/trasferimento del paziente).

Tutti i dispositivi medici o materiale per l'assistenza devono essere attentamente puliti e disinfettati con cloro donatori 1000 ppm prima di essere utilizzati per altri pazienti.

Biancheria

La biancheria del letto del paziente deve essere smaltita utilizzando doppio sacco (idrosolubile e giallo o rosso)

Igiene ambientale:

Nel corso delle pratiche assistenziali porre attenzione ad evitare la dispersione di microrganismi contaminanti nell'ambiente (ad esempio riporre già in stanza la biancheria nel sacco idrosolubile e allontanarla al deposito confezionata nel sacco giallo).

Assicurare quotidianamente una buona igiene ambientale con successiva disinfezione con clorodonoratori (1000 ppm) di tutte le superfici toccate più frequentemente (unità paziente, maniglie, spondine, servizio igienico se personalizzato, ecc.)

In caso di contaminazione ambientale con feci provvedere tempestivamente alla pulizia/disinfezione dell'area.

Alla dimissione/trasferimento è necessario effettuare un intervento di sanificazione di tutte le superfici, degli oggetti/dispositivi presenti nella stanza e nel servizio igienico con cloro donatore.

Informazione-educazione

Informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, compresi operatori sanitari e non, operatori di ditte esterne e visitatori sulle precauzioni aggiuntive da contatto che devono essere adottate.

Deve essere posta enfasi all'igiene mani. Vedi foglio informativo reperibile all'interno della procedura specifica all'indirizzo intranet <http://intranet.apss.tn.it/sop/dip/dmi/medrov/clostridium-difficile/Procedura%20Clostridium.pdf/view>



ALL. 22: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER GASTROENTERITE DA ROTAVIRUS

Gastroenterite da Rotavirus

Agente eziologico:

Virus ad RNA con particolare forma “a ruota” di cui si conoscono 6 specie diverse. Rappresenta la causa più frequente di gastroenteriti di origine virale in modo particolare nei bambini con età inferiore ai 5 anni, negli anziani e nei soggetti immunodepressi.

Modalità di trasmissione:

L'infezione si verifica a seguito della trasmissione oro-fecale, attraverso:

- le mani del personale che ha avuto contatto con persone infette, colonizzate, strumentazione o superfici ambientali contaminate
- strumentazione assistenziale contaminata (termometri, comode..)
- la contaminazione delle superfici

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive enteriche per trasmissione da contatto

Quando:

vanno adottate in caso di diagnosi sospetta o confermata di diarrea da Rotavirus

Durata precauzioni aggiuntive:

Le precauzioni aggiuntive enteriche da contatto (sotto elencate) possono essere revocate dopo 48 ore di assenza di sintomi.

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente al paziente una stanza singola con bagno; se la stanza non è dotata di bagno personale è consigliato predisporre una comoda individuale. Se questo non è possibile, più pazienti con infezione da rotavirus possono essere collocati nella stessa stanza (**coorte di pazienti**).

Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: guanti monouso e sovracamici monouso a manica lunga,
- posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, DPI, sacchetti in polietilene per allontanare dispositivi utilizzati che necessitano la riprocessazione, sacchi gialli e idrosolubili per biancheria),
- inserire un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo e un contenitore rigido per lo smaltimento di aghi e taglienti
- attrezzare il lavandino con un flacone di Neoxidina mani

Non introdurre carrelli e documentazione nella stanza.

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Utilizzare i guanti durante i contatti con i pazienti, con i loro fluidi corporei e con le superfici inanimate o potenzialmente contaminate in particolare le superfici nell'immediate vicinanze del paziente e le superfici del servizio igienico.

Utilizzare sempre i sovracamici nell'assistenza diretta al paziente.

Guanti e sovracamice devono essere indossati prima di accedere alla stanza del paziente, rimossi ed eliminati nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo prima di uscire dalla stanza.

**Igiene delle mani:**

Eseguire una meticolosa igiene delle mani con acqua e sapone antisettico da parte di tutto lo staff e di tutte le persone che entrano e escono dalla stanza del paziente, dopo il contatto con fluidi corporei o dopo ogni potenziale contaminazione delle mani avvenuta durante la cura dei pazienti o il contatto con superfici potenzialmente contaminate.

Il lavaggio delle mani è indicato dopo la rimozione di guanti e sovracamici utilizzati per la cura dei pazienti.

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostico-terapeutiche, avvisare il personale dell'UO/Servizio presso il quale è trasportato o trasferito della tipologia di precauzioni da adottare.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive enteriche da contatto

Gestione dei presidi assistenziali:

Utilizzare possibilmente materiale monouso, da eliminare subito dopo l'impiego nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Personalizzare l'utilizzo di dispositivi medici non monouso e altro materiale destinato all'assistenza come: sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro Thermoval® immergibile in soluzione disinfettante o similari, comoda.

Assicurarsi che le attrezzature sanitarie utilizzate (pompe, aspiratori, monitor..) siano sottoposte ad una pulizia e disinfezione quotidiana e terminale (alla dimissione/trasferimento del paziente).

Tutti i dispositivi medici o materiale per l'assistenza devono essere attentamente puliti e disinfettati con cloro donatori 1000 ppm prima di essere utilizzati per altri pazienti.

Biancheria

La biancheria del letto del paziente deve essere smaltita utilizzando doppio sacco (idrosolubile e giallo o rosso)

Igiene ambientale:

Nel corso delle pratiche assistenziali porre attenzione ad evitare la dispersione di microrganismi contaminanti nell'ambiente (ad esempio riporre già in stanza la biancheria nel sacco idrosolubile e allontanarla al deposito confezionata nel sacco giallo).

Assicurare quotidianamente una buona igiene ambientale con successiva disinfezione con clorodonoratori (1000 ppm) di tutte le superfici toccate più frequentemente (unità paziente, maniglie, spondine, servizio igienico se personalizzato, ecc.)

In caso di contaminazione ambientale con feci provvedere tempestivamente alla pulizia/disinfezione dell'area.

Alla dimissione/trasferimento è necessario effettuare un intervento di sanificazione di tutte le superfici, degli oggetti/dispositivi presenti nella stanza e nel servizio igienico con cloro donatore.

Informazione-educazione

Informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, compresi operatori sanitari e non, operatori di ditte esterne e visitatori sulle precauzioni aggiuntive da contatto che devono essere adottate.

Deve essere posta enfasi all'igiene mani e all'utilizzo corretto dei dispositivi barriera.



ALL 23: MODULO RICHIESTA PULIZIA/DISINFEZIONE AMBIENTALE



RICHIESTA PULIZIA/DISINFEZIONE
STANZA DI DEGENZA

Data richiesta _____ ora _____

Unità Operativa _____

Intervento richiesto	<input type="checkbox"/> Detersione <input type="checkbox"/> Disinfezione
Area da pulire/disinfettare	<input type="checkbox"/> Intera stanza n° _____ (n° letti presenti nella stanza ____) <input type="checkbox"/> Unità paziente letto n° _____ stanza n° _____ <input type="checkbox"/> Servizio igienico _____ <input type="checkbox"/> Superfici toccate frequentemente (maniglie, interruttori, rubinetti....) <input type="checkbox"/> Altro _____
Frequenza	<input type="checkbox"/> Quotidiana <input type="checkbox"/> Finale: giorno _____ orario _____ in cui deve essere eseguito l'intervento)

Firma del Coordinatore/Infermiere

Inviare via fax:

- Capo servizio appaltatrice n° 3008
- Referente aziendale (Medicina Preventiva) n° 3080



ALL. 24: SINTESI “PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET”

Precauzioni Aggiuntive da Droplet

Operare in ambito assistenziale presuppone sempre la conoscenza delle procedure di lavoro per la sicurezza propria e del paziente (procedure assistenziali e organizzative, DVR, ecc....)

Alcuni esempi in cui si applicano:

- Differite faringea,
- Influenza,
- Malattia invasiva grave da streptococco di gruppo A,
- Malattia meningococcica; sepsi, polmonite, meningite,
- Pertosse, Parotite, Rosolia

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente:

Stanza singola, se non è possibile:

- Coorte, in stanza con altri pazienti infetti o colonizzati dallo stesso microrganismo,
- Isolamento spaziale (distanza di 1 metro dagli altri pazienti).

Segnalare con il cartello sulla porta della stanza la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da droplet

Igiene delle mani:

Eeguire l'igiene delle mani come riportato all'interno delle Precauzioni Standard

Dispositivi di protezione:

- Indossare la mascherina chirurgica se ci si avvicina a meno di 1 metro dal paziente o FFP2 per manovre che producono aerosol
- Indossare occhiali protettivi o visiera se il paziente tossisce o starnutisce e durante l'esecuzione di procedure che possono indurre tosse o starnuti

Presidi assistenziali:

- Utilizzare presidi dedicati o monouso
- Portare in stanza solo presidi assistenziali necessari
- Trattare i presidi secondo le indicazioni riportate nelle precauzioni standard.

Igiene ambientale:

E' sufficiente la pulizia routinaria delle superfici.

Informazione ed educazione del paziente e dei visitatori:

igiene delle mani, utilizzo dei dispositivi di protezione, gestione della biancheria (vedi allegato)

Trasporto del paziente: limitare i trasporti a quelli necessari

Prima del trasporto	Durante il trasporto	UO/Servizio accogliente
<ul style="list-style-type: none"> - Assicurarsi che il paziente: indossi la mascherina e rispetti le indicazioni dell'igiene respiratoria. - Segnalare all'UO/Servizio accogliente la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da droplet 	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente deve indossare la mascherina chirurgica e rispettare le indicazioni dell'igiene respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitare che il paziente stazioni in sala d'attesa - Indossare la mascherina chirurgica, - Eeguire l'igiene delle mani dopo aver rimosso la mascherina chirurgica.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da droplet



ALL. 25: CARTELLO VERDE "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET"



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET



(In aggiunta alle Precauzioni Standard)

Indicazioni per tutte le persone che entrano nella stanza



**Igiene delle mani
(lavaggio o frizione alcolica)
all'ingresso e all'uscita dalla
stanza**



**Indossare la
mascherina chirurgica**

**Per altre informazioni,
rivolgetevi al personale infermieristico**



ALL. 26: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET”

Informazioni per i familiari e i visitatori

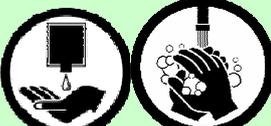
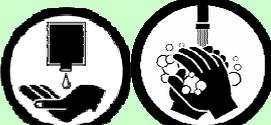
Precauzioni Aggiuntive da Droplet

Queste precauzioni prevengono la diffusione dell'infezione ad altri pazienti in ospedale.

Questo tipo d'infezione si diffonde attraverso delle goccioline prodotte con il respiro, la tosse e gli starnuti e presenti nell'aria fino ad un metro di distanza dal paziente.

Il cartello verde **PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET** appeso alla porta della stanza indica alcuni aspetti fondamentali che chi entra nella stanza del paziente può fare per aiutare gli operatori sanitari nel prevenire la diffusione dell'infezione.

In particolare come familiare o visitatore ci può aiutare nel:

	Limitare i visitatori.
	Eeguire l'igiene delle mani prima di entrare nella stanza
	Indossare la mascherina chirurgica prima di accedere alla stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)
	Eeguire l'igiene delle mani prima di uscire dalla stanza e dopo aver rimosso la mascherina chirurgica.

**Per altre informazioni,
si rivolga al personale infermieristico**

La ringraziamo per la collaborazione



ALL. 27: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER INFLUENZA

INFLUENZA AHINI

Agente eziologico:

sono stati identificati tre tipi di virus dell'influenza: A,B,C. Il tipo A include diversi sottotipi di cui tre (H1N1, H2N2, H3N2) sono stati associati con estese epidemie e pandemie.

I virus influenzali A e B, responsabili di malattia nell'uomo, vanno incontro a frequenti e permanenti cambiamenti del loro assetto genetico, determinando la comparsa di stipti nuovi dal punto di vista antigenico.

L'influenza è contraddistinta da un repentino manifestarsi di sintomi generali e respiratori: febbre elevata (della durata di circa 3 giorni), che si manifesta bruscamente, accompagnata da brividi, dolori ossei e muscolari, mal di testa, grave malessere generale, mal di gola, raffreddore e tosse non catarrale.

Modalità di trasmissione:

E' trasmessa attraverso le goccioline – droplet di origine respiratoria.

Il virus influenzale, generalmente acquisito attraverso il contatto con altre persone infette, si trova sia nella saliva, sia nel muco delle vie respiratorie e può penetrare nell'organismo attraverso le mucose (bocca, occhi e naso). Il virus può essere trasmesso per via aerea dal momento del contagio fino ai 3-4 giorni successivi ai primi sintomi che si manifestano a distanza di 1- 4 giorni dall'infezione. Questo significa che il virus può essere trasmesso anche da persone apparentemente sane. Si diffonde molto facilmente negli ambienti affollati.

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da droplet.

Quando:

Vanno adottate le precauzioni aggiuntive da droplet nei confronti di pazienti con sindrome influenzale principalmente nei periodi di stagionalità influenzale o di eventi influenzali pandemici. E' importante che le misure di controllo previste per l'influenza vengano adottate in tutto il contesto assistenziale, in modo particolare nelle aree di accettazione-triage, negli ambulatori e servizi.

Durata:

Le precauzioni aggiuntive per droplet vanno adottate nei confronti dei pazienti con influenza AH1N1 per 7 giorni dalla comparsa dei sintomi, eccetto le persone immunocompromesse nelle quali le precauzioni devono essere adottate per tutta la durata della malattia.

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

Per quanto riguarda l'influenza A/H1N1 è prevista una sorveglianza speciale che prevede la compilazione di una scheda specifica

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente la stanza singola o collocare nella stessa stanza (cohorting) i pazienti che hanno la stessa sintomatologia.



Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: guanti monouso, sovracamici monouso a manica lunga, mascherine chirurgiche, FFP2, visiere o occhiali protettivi
- posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro...) e materiale necessario per l'assistenza,
- posizionare in stanza un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (rosso) e un contenitore rigido per lo smaltimento di aghi e taglienti

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Indossare la mascherina chirurgica se ci si avvicina a meno di un metro, occhiali protettivi o visiera. Quando si effettuano procedure che possono generare aerosol (intubazione endotracheale, broncoscopie, aspirazioni, induzione dell'espettorato) indossare FFP2 in sostituzione della mascherina chirurgica.

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani da parte di tutte le persone che entrano nella stanza del paziente come riportato all'interno delle precauzioni standard

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostiche o terapeutiche, far indossare la mascherina chirurgica e educare il paziente al rispetto delle indicazioni dell'igiene respiratoria. Informare gli operatori dell'UO/Servizio presso il quale è trasportato o trasferito della tipologia di precauzioni da adottare.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da droplet

Gestione dei presidi assistenziali:

Assegnare dispositivi non critici personalizzati assicurando un idoneo trattamento dopo l'uso.

Igiene ambientale:

Assicurare una regolare sanificazione ambientale ponendo particolare attenzione alle superfici maggiormente toccate (maniglie, interruttori...) e favorire una periodica areazione dei locali.

Informazione-educazione

Istruire il paziente all'igiene della tosse, che consiste nel:

- coprire il naso e la bocca quando si starnutisce o tossisce,
- utilizzare fazzoletti di carta e gettarli in un contenitore per rifiuti dopo l'utilizzo,
- igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.

Limitare l'accesso dei visitatori e informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, (compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori) sulle norme igieniche da osservare durante la visita al paziente (utilizzo dispositivi di protezione, igiene delle mani e nella gestione dei suoi effetti personali).



ALL. 28: PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER MENINGITE

MENINGITE

Agente eziologico e modalità di trasmissione:

La meningite è un'inflammazione delle membrane (le meningi) che avvolgono il cervello e il midollo spinale. La malattia è generalmente di origine infettiva e può essere virale, batterica o causata da miceti.

I batteri che sono più frequente causa di meningite sono tre:

- **Neisseria meningitidis (meningococco)** è un ospite frequente delle prime vie respiratorie. Dal 2 al 30% della popolazione sana alberga meningococchi nel naso e nella gola senza presentare alcun sintomo e questa presenza non è correlata ad un aumento del rischio di meningite o di altre malattie gravi. La trasmissione del germe avviene attraverso le goccioline droplet di origine respiratoria. Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma solo 5 (denominati A, B, C, W 135 e Y) causano meningite e altre malattie gravi. In Italia e in Europa i sierogruppi B e C sono i più frequenti.
- **Streptococcus pneumoniae (pneumococco)** è, dopo il meningococco, uno degli agenti più comuni della meningite. Questa forma deriva dall'interessamento meningeo secondario a propagazione di processi infettivi a partenza dalle vie aeree o dall'orecchio e come tale non è trasmissibile da persona a persona.
- **Haemophilus influenzae tipo B** era fino alla fine degli anni Novanta la causa più comune di meningite nei bambini fino a 5 anni. Con l'introduzione della vaccinazione i casi di meningite causati da questo batterio si sono ridotti. La trasmissione del germe avviene attraverso le goccioline droplet di origine respiratoria.

Tipologia di precauzioni:

Nei casi, anche solo sospetti di meningite, le misure di prevenzione e controllo della diffusione dell'agente microbico prevedono interventi nei confronti del soggetto malato (isolamento e uso di dispositivi di protezione individuale) e nei confronti dei contatti (identificazione e gestione dei contatti) e hanno la finalità di interrompere la trasmissione della malattia.

La tipologia di precauzioni da adottare è legata alla tipo di microrganismo isolato, in particolare in caso di **Neisseria meningitidis (meningococco)** e **Haemophilus influenzae tipo B** sono da adottare le precauzioni aggiuntive da droplet.

Mentre nel caso di **Streptococcus pneumoniae (pneumococco)** si adottano le precauzioni standard.

Durata:

Le precauzioni aggiuntive per droplet vanno adottate per 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica specifica.

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, - alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

Inoltre nei casi di meningite batterica e di malattia invasiva da meningococco, pneumococco e emofilo è prevista una sorveglianza speciale che prevede la compilazione di una scheda specifica.

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare preferibilmente la stanza singola o collocare nella stessa stanza (cohorting) i pazienti che hanno la stessa sintomatologia.



Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: mascherine chirurgiche, FFP2, visiere o occhiali protettivi
- posizionare nella stanza un carrello con l'attrezzatura sanitaria personalizzata strettamente necessaria (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro...) e materiale necessario per l'assistenza,
- posizionare in stanza un contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (rosso) e un contenitore rigido per lo smaltimento di aghi e taglienti

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Utilizzare la mascherina chirurgica se ci si avvicina a meno di un metro o FFP2 se si effettuano manovre che possono determinare la produzione di aerosol. Indossare occhiali protettivi o visiera se il paziente presenta tosse e quando si effettuano procedure che possono generare aerosol (intubazione endotracheale, broncoscopia, aspirazioni, induzione dell'espettorato).

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani da parte di tutte le persone che entrano nella stanza del paziente come riportato all'interno delle precauzioni standard

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostiche o terapeutiche, far indossare la mascherina chirurgica ed educare il paziente al rispetto delle indicazioni dell'igiene respiratoria. Informare gli operatori dell'UO/Servizio accogliente della tipologia di precauzioni da adottare.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da droplet.

Gestione dei presidi assistenziali:

Assegnare dispositivi non critici personalizzati assicurando un idoneo trattamento dopo l'uso.

Igiene ambientale:

Assicurare una regolare sanificazione ambientale e favorire una periodica areazione dei locali.

Informazione-educazione

Istruire il paziente all'igiene respiratoria, che consiste nel:

- coprire il naso e la bocca quando si starnutisce o tossisce,
- utilizzare fazzoletti di carta e gettarli in un contenitore per rifiuti dopo l'utilizzo,
- igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.

Limitare l'accesso dei visitatori e informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, (compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori) sulle norme igieniche da osservare durante la visita al paziente (utilizzo dispositivi di protezione, igiene delle mani e nella gestione dei suoi effetti personali).

Identificazione e gestione dei contatti

Nei casi di forme da *Neisseria meningitidis* e da *Haemophilus influenzae*, è importante individuare i possibili contatti ad alto rischio tra i familiari, i pazienti ricoverati nella stessa stanza e il personale sanitario e non. Sono considerati contatti ad alto rischio i contatti stretti e prolungati in famiglia o in collettività (nidi, scuole materne, scuole dell'obbligo) e gli operatori che hanno assistito direttamente, in maniera ripetuta e ravvicinata il paziente, in particolare se sono state eseguite manovre a rischio (es. broncoaspirazione, intubazione, manipolazione del tubo endotracheale, posizionamento di sondino nasogastrico, autopsia) e in assenza di protezione respiratoria.

In caso di meningite da meningococco devono essere sottoposti a chemiopprofilassi tutti coloro che abbiano avuto contatti ad alto rischio con il paziente indice nei dieci giorni precedenti la comparsa dei sintomi. La chemiopprofilassi va iniziata il più presto possibile (possibilmente entro 24 ore), poiché l'incidenza dei casi secondari è più alta nei primi giorni dopo l'inizio della sintomatologia nel paziente indice.



ALL. 29: SINTESI “PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA”

Precauzioni aggiuntive da via aerea

Operare in ambito assistenziale presuppone sempre la conoscenza delle procedure di lavoro per la sicurezza propria e del paziente (procedure assistenziali e organizzative, DVR, ecc....)

Alcuni esempi in cui si applicano:

- Tubercolosi polmonare o laringea
- Morbillo
- Varicella
- Zoster disseminato

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente:

Stanza singola con requisiti specifici, se non è possibile:

- stanza singola con servizi igienici, arieggiare frequentemente e mantenere la porta chiusa.

Segnalare con il cartello sulla porta della stanza la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da via aerea

Igiene delle mani:

Eeguire l'igiene delle mani come indicato all'interno delle Precauzioni Standard

Dispositivi di protezione:

- Indossare il filtrante facciale FFP2 o FFP3 prima di accedere alla stanza del paziente
- Le persone immuni (morbillo e varicella) non devono indossare i dispositivi di protezione respiratoria prima di accedere alla stanza.
- Per gli altri dispositivi di protezione individuale vedi “Precauzioni Standard” e “Procedure di lavoro”

Presidi assistenziali:

- Utilizzare presidi dedicati o monouso
- Portare in stanza solo presidi assistenziali necessari
- Trattare i presidi secondo le indicazioni riportate nelle precauzioni standard.

Igiene ambientale:

E' sufficiente la pulizia routinaria delle superfici.

Informazione ed educazione del paziente e dei visitatori:

igiene delle mani, utilizzo dei dispositivi di protezione, gestione della biancheria (vedi allegato)

Trasporto del paziente: limitare i trasporti a quelli necessari

Prima del trasporto	Durante il trasporto	UO/Servizio accogliente
<ul style="list-style-type: none">- Assicurarsi che il paziente: indossi la mascherina e rispetti le indicazioni dell'igiene respiratoria.- Segnalare all'UO/Servizio accogliente la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da via aerea	<ul style="list-style-type: none">- Il paziente deve indossare la mascherina chirurgica e rispettare le indicazioni dell'igiene respiratoria	<ul style="list-style-type: none">- Evitare che il paziente stazioni in sala d'attesa- Indossare il filtrante facciale FFP2- Eeguire l'igiene delle mani dopo aver rimosso il filtrante facciale- Arieggiare il locale almeno per un'ora prima di far entrare altri pazienti.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da via aerea.



ALL.30: CARTELLO AZZURRO "INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALLA STANZA – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA"



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE VIA AEREA



(In aggiunta alle Precauzioni Standard)

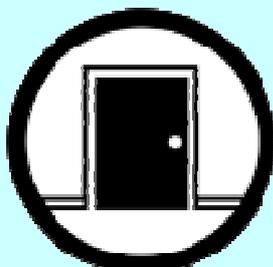
Indicazioni per tutte le persone che entrano nella stanza



**Igiene delle mani
(lavaggio o frizione alcolica)
all'ingresso e all'uscita dalla
stanza**



Indossare filtrante facciale FFP2



**La porta della stanza deve
rimanere chiusa**

**Per altre informazioni,
rivolgetevi al personale infermieristico**



ALL. 31: INFORMAZIONI PER FAMIGLIARI E VISITATORI – PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA”

Informazioni per i familiari e i visitatori

Precauzioni Aggiuntive da Via Aerea

Queste precauzioni prevengono la diffusione dell'infezione ad altri pazienti in ospedale.

Questo tipo d'infezione si diffonde attraverso delle microgoccioline prodotte con il respiro, la tosse e gli starnuti e presenti nell'aria.

Il cartello azzurro **PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA** appeso alla porta della stanza indica alcuni aspetti fondamentali che chi entra nella stanza del paziente può fare per aiutare gli operatori sanitari nel prevenire la diffusione dell'infezione.

In particolare come familiare o visitatore ci può aiutare nel:

	Limitare i visitatori	
	Eeguire l'igiene delle mani e indossare il filtrante facciale prima di entrare nella stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	
	Rimuovere il filtrante facciale ed eseguire l'igiene delle mani dopo essere usciti dalla stanza (seguire le indicazioni dell'infermiere)	

**Per altre informazioni,
si rivolga al personale infermieristico**

La ringraziamo per la collaborazione



ALL. 32 COME INDOSSARE IL FILTRANTE FACCIALE

	<p>Aprire il filtrante facciale e appoggiarlo nel palmo della mano con gli elastici liberi verso il basso.</p>
	<p>Appoggiare il lembo inferiore sotto il mento Posizionare l'elastico inferiore sotto le orecchie e quello superiore sulla nuca</p>
	<p>Modellare lo stringinaso con le dita di entrambe le mani, muovendosi verso le estremità. Evitare di modellare lo stringinaso con una mano sola poiché potrebbe causare una diminuzione della protezione respiratoria.</p>
	<p>La tenuta del filtrante facciale deve essere effettuata prima di accedere al locale dove verrà realizzata la prestazione, seguendo le modalità sotto riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ponendo le mani a coppa sul filtrante facciale, senza premere, - inspirando dolcemente, in questo modo il filtrante facciale si dovrebbe collassare; <p>in caso contrario l'aria entra da qualche punto fra il filtrante facciale e la cute del volto, ripetere la prova di tenuta.</p>
<p>La presenza di barba, baffi o basette lunghe, limita l'efficacia della protezione del filtrante facciale, essendone ridotta l'aderenza alla cute del viso.</p>	



ALL. 33 DIAGRAMMA DI FLUSSO: SCELTA DISPOSITIVI DI PROTEZIONE OCCHI-VISO-PROTEZIONE RESPIRATORIA

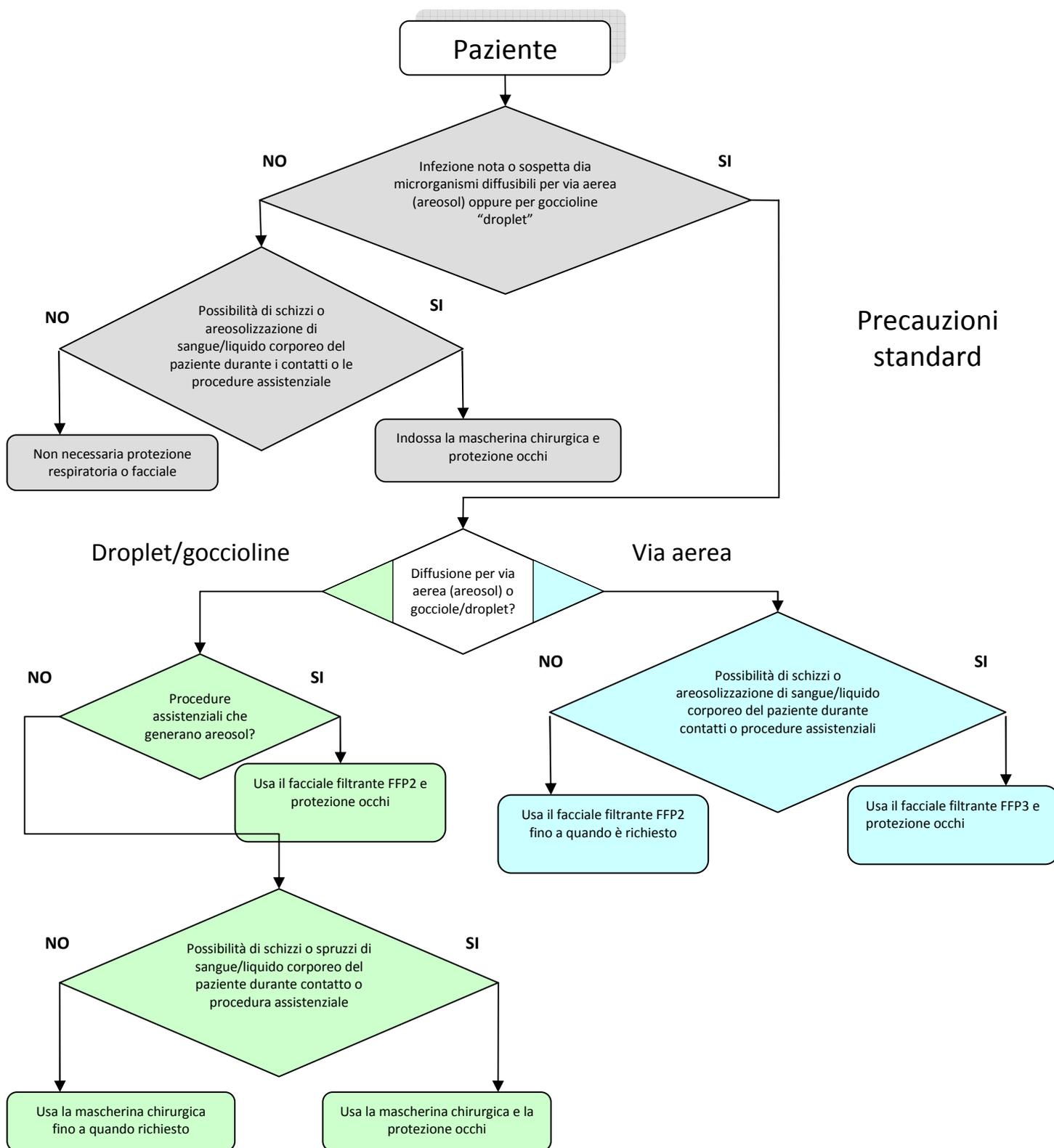


Diagramma di flusso Scelta dispositivi di protezione occhi – viso – protezione respiratoria



ALL. 34 PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER TUBERCOLOSI LARINGEA O POLMONARE

Tubercolosi**Agente eziologico:**

Mycobacterium tuberculosis complex, include M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum.

Modalità di trasmissione:

per via aerea, attraverso i droplet nuclei prodotti dalle persone con tubercolosi polmonare o laringea nell'atto di tossire, starnutire, parlare e cantare. Le particelle hanno dimensioni di 1-5 micron, hanno capacità di rimanere sospese nell'aria per periodi prolungati ed essere inalate fino agli alveoli polmonari determinando l'infezione in ospiti suscettibili.

La trasmissione di M. tuberculosis rappresenta un rischio negli ambiti assistenziali, che varia con il tipo di ambiente, la prevalenza dell'infezione nella comunità, l'efficacia delle misure di controllo delle infezioni. Gli operatori sanitari sono maggiormente esposti durante procedure assistenziali che favoriscono la formazione di aerosol infetti, quali broncoscopia, intubazioni.

La tubercolosi laringea è altamente contagiosa; la tubercolosi extrapolmonare è generalmente non trasmissibile eccetto per quelle rare situazioni in cui c'è un seno drenante.

Quando:

le precauzioni per via aerea sono da adottare in caso di sospetto o accertata tubercolosi polmonare o laringea in fase attiva.

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da via aerea

Durata:

Le precauzioni per via aerea devono essere adottate fino all'esclusione di malattia tubercolare e per i casi accertati fino a:

- negativizzazione dell'espettorato all'esame microscopico per BARR, raccolti a distanza di 8-24 ore l'uno dall'altro)
- due settimane dopo l'inizio di terapia appropriata
- miglioramento clinico (risoluzione della febbre e della tosse)

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, - alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

E' inoltre prevista una sorveglianza speciale che prevede la compilazione di una scheda specifica.

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente allestimento della stanza:

Assegnare il paziente ad una stanza singola con specifici requisiti dell'impianto di ventilazione (ventilazione a pressione negativa, con almeno 6-12 ricambi d'aria all'ora, aria eliminata verso l'estero e lontana da ingresso d'aria o filtrata, pressione della stanza monitorata).

In attesa del trasferimento in malattie infettive, il paziente deve rimanere in una stanza singola, la porta deve rimanere chiusa e la stanza deve essere arieggiata frequentemente.

Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: filtranti facciali FFP2 e FFP3, guanti e sovracamici

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:



Per l'assistenza a pazienti in isolamento è raccomandato l'utilizzo di facciali filtranti FFP2 (anche con valvola espiratoria). L'utilizzo di facciali filtranti di livello di protezione superiore FFP3 è indicato durante manovre che indicano la tosse in pazienti con TB contagiosa sospetta o accertata.

Chiunque entri nella stanza di isolamento del paziente deve utilizzare i medesimi dispositivi di protezione individuale previsti per gli operatori sanitari.

Ogni volta che si indossa un facciale filtrante deve essere verificata la sua aderenza al viso ed effettuata la prova di tenuta..

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani da parte di tutte le persone che entrano nella stanza del paziente come riportato all'interno delle precauzioni standard

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostiche o terapeutiche, nel caso far indossare la mascherina al paziente. Concordare e informare il personale dei servizi della necessità dell'isolamento respiratorio. Evitare la sosta del paziente nelle sale d'attesa, anche programmando l'accesso, se possibile, come ultima prestazione per consentire una successiva areazione del locale.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da via aerea.

Gestione dei presidi assistenziali:

Non sono necessarie procedure specifiche di trattamento dei dispositivi in quanto le corrette procedure di decontaminazione, pulizia e sterilizzazione degli strumenti critici, semicritici e non critici utilizzate ordinariamente sono sufficienti anche a prevenire il rischio di trasmissione del micobatterio tubercolare.

Igiene ambientale:

Non sono necessarie procedure specifiche o straordinarie per la sanificazione delle stanze di isolamento per pazienti con tubercolosi.

Arieggiare il locale dove ha stazionato il paziente (almeno 1 ora) prima di effettuare la sanificazione finale della stanza (dimissione, trasferimento).

Informazione:

Istruire il paziente su come indossare la mascherina chirurgica, se necessario, e all'igiene della tosse, che consiste nel:

- coprire il naso e la bocca quando si starnutisce o tossisce,
- utilizzare fazzoletti di carta e gettarli in un contenitore per rifiuti dopo l'utilizzo,
- igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.

Limitare l'accesso dei visitatori e informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, (compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori) sulle norme igieniche da osservare durante la visita al paziente (utilizzo dispositivi di protezione FFP2 e FFP3, igiene delle mani e nella gestione dei suoi effetti personali).

Indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica deve essere attivata per i soggetti che hanno avuto contatti a rischio con il paziente e sottoporli a sorveglianza come indicato all'interno del documento aziendale "Protocollo per la sorveglianza ed il controllo della TBC nel personale dell'APSS".

http://intranet.apss.tn.it/ts/spa/rischi/rischi_sanita/riskbio/tbc2014/view

**ALL. 35 PRECAUZIONI ISOLAMENTO PER MORBILLO*****Morbillo***

Agente eziologico: Morbillivirus appartenente alla famiglia Paramyxoviridae, Malattia ubiquitaria con esarcebazioni epidemiche inverno-primaverili. Può dar luogo a complicazioni dovute principalmente a sovra infezioni batteriche: otiti, polmoniti, encefaliti, diarrea. Una volta contratto il morbillo conferisce un'immunità permanente.

Modalità di trasmissione:

per via aerea, attraverso i droplet nuclei prodotti dalle persone con la tosse e lo starnuto e per contatto diretto con le secrezioni respiratorie.

Quando:

le precauzioni per via aerea sono da adottare in caso di sospetto o accertato morbillo.

Tipologia di precauzioni:

precauzioni standard e precauzioni aggiuntive da via aerea.

Durata delle precauzioni:

Le precauzioni aggiuntive per via aerea vanno adottate nei confronti dei pazienti con morbillo fino a 4 giorni dopo l'inizio dei sintomi.

Notifica:

Segnalare, come previsto dall'iter per la notifica di sospetta e/o malattia infettiva, - alla Direzione Medica dell'Ospedale e all'Ufficio Igiene del Distretto al fine di consentire l'indagine epidemiologica e l'attenta gestione dei possibili contatti.

Registrazione all'interno della documentazione clinica del paziente l'applicazione e sospensione delle precauzioni aggiuntive da contatto

Collocazione del paziente e allestimento della stanza:

Assegnare il paziente ad una stanza singola con specifici requisiti dell'impianto di ventilazione (ventilazione a pressione negativa, con almeno 6-12 ricambi d'aria all'ora, aria eliminata verso l'estero e lontana da ingresso d'aria o filtrata, pressione della stanza monitorata).

In attesa del trasferimento in malattie infettive, il paziente deve rimanere in una stanza singola, la porta deve rimanere chiusa e la stanza deve essere arieggiata frequentemente.

Allestimento stanza degenza

- predisporre in prossimità dell'ingresso della stanza un ripiano su cui posizionare: filtranti facciali FFP2 e FFP3, guanti e sovracamici

Utilizzo dispositivi di protezione individuale:

Per l'assistenza a pazienti in isolamento è raccomandato l'utilizzo di facciali filtranti FFP2 (anche con valvola espiratoria). L'utilizzo di facciali filtranti di livello di protezione superiore FFP3 è indicato durante manovre che indicano la tosse in pazienti con TB contagiosa sospetta o accertata.

Chiunque entri nella stanza di isolamento del paziente deve utilizzare i medesimi dispositivi di protezione individuale previsti per gli operatori sanitari.

Ogni volta che si indossa un facciale filtrante deve essere verificata la sua aderenza al viso ed effettuata la prova di tenuta..



I soggetti con immunità certa al morbillo non hanno la necessità di indossare i dispositivi di protezione respiratoria.

Igiene mani:

Eseguire l'igiene delle mani da parte di tutte le persone che entrano nella stanza del paziente come riportato all'interno delle precauzioni standard

Trasporto del paziente:

Limitare gli spostamenti del paziente a quelli resi necessari da esigenze diagnostiche o terapeutiche, nel caso far indossare la mascherina al paziente. Concordare e informare il personale dei servizi della necessità dell'isolamento respiratorio. Evitare la sosta del paziente nelle sale d'attesa, anche programmando l'accesso se possibile come ultima prestazione per consentire una successiva areazione del locale.

Dimissione/trasferimento del paziente:

Riportare all'interno della lettera di dimissione/trasferimento la condizione infettiva e la necessità di adottare le precauzioni aggiuntive da contatto

Gestione dei presidi assistenziali:

Non sono necessarie procedure specifiche di trattamento dei dispositivi in quanto le corrette procedure di decontaminazione, pulizia e sterilizzazione degli strumenti critici, semicritici e non critici utilizzate ordinariamente sono sufficienti anche a prevenire il rischio di trasmissione.

Igiene ambientale:

Non sono necessarie procedure specifiche o straordinarie per la sanificazione delle stanze di isolamento per pazienti con morbillo.

Arieggiare il locale dove ha stazionato il paziente (almeno 1 ora) prima di effettuare la sanificazione finale della stanza (dimissione, trasferimento).

Informazione:

Istruire il paziente su come indossare la mascherina chirurgica, se necessario, e all'igiene della tosse, che consiste nel:

- coprire il naso e la bocca quando si starnutisce o tossisce,
- utilizzare fazzoletti di carta e gettarli in un contenitore per rifiuti dopo l'utilizzo,
- igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica.

Limitare l'accesso dei visitatori e informare chiunque entri nella stanza/ambiente del paziente, (compresi gli operatori sanitari e non, gli operatori di ditte esterne ed i visitatori) sulle norme igieniche da osservare durante la visita al paziente (utilizzo dispositivi di protezione FFP2 e FFP3, igiene delle mani e nella gestione dei suoi effetti personali).

Indagine epidemiologica

L'indagine epidemiologica deve essere attivata per i soggetti che hanno avuto contatti a rischio con il paziente e sottoporli a sorveglianza.



ALL. 36: CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA CONTATTO


 Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento
 Ospedale "S.Maria del Carmine" Rovereto
 U.O. _____

Signor/Signora _____ Stanza n° _____ letto n° _____ N° cartella _____
 Data ricovero _____ diagnosi ricovero _____
 Data Isolamento batteriologico _____ materiale _____ microorganismo _____

Precauzioni Aggiuntive da Contatto (in aggiunta alle Precauzioni Standard)
 Indicazioni adozione dal _____ indicazioni sospensione dal _____
 Adottate dal _____ Sospese il _____

Registrazione adozione/sospensione	Diario medico o diario infermieristico	si	no
Collocazione del paziente	Stanza singola	si	no
	Coorte di pazienti	si	no
	Distanza di 1 metro dagli altri pazienti nella stessa stanza	si	no
Preparazione stanza degenza per isolamento da contatto	Cartello all'ingresso della stanza	si	no
	Guanti e sovracamici monouso all'ingresso della stanza	si	no
	Materiale per l'assistenza personalizzato nella stanza (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, laccio emostatico, padella, pappagallo, detergente,...)	si	no
	Contenitore rifiuti PRI e contenitore per taglienti nella stanza	si	no
Utilizzo DPI	Sacchi per la biancheria sporca (idrosolubile e giallo) e di polietilene nella stanza	si	no
	Guanti monouso e sovra camici prima di accedere alla stanza	si	no
Igiene delle mani	Rimozione guanti monouso e sovra camici prima di uscire dalla stanza	si	no
	Lavaggio o frizione delle mani prima di entrare nella stanza	si	no
Gestione dispositivi medici e attrezzature	Lavaggio o frizione delle mani dopo aver rimosso i DPI	si	no
	Utilizzo dispositivi medici e materiale personalizzato o monouso	si	no
Biancheria	Trattamento dei dispositivi medici e materiale personalizzato prima dell'utilizzo su un altro paziente (detersione e disinfezione con cloro donatori 1000ppm)	si	no
Igiene ambientale	Smaltimento della biancheria con doppio sacco	si	no
	Richiesta disinfezione quotidiana	il _____	
Trasporto del paziente	Informazione agli operatori della ditta con appalto sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene mani): data da _____	il _____	
	Limitazione il più possibile dei trasporti	si	no
Informazione	Informazione del personale addetto al trasporto e della sede di destinazione	si	no
	Al paziente: data da _____	il _____	
Note	Ai visitatori sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene mani, gestione effetti personali): data da _____	il _____	

ICI _____ Coordinatore UO _____



ALL. 37 CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA DROPLET


Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento
Ospedale "S. Maria del Carmine" Rovereto
U.O. _____

Signor/Signora _____ Stanza n° _____ letto n° _____ N° cartella _____
Data ricovero _____ diagnosi ricovero _____
Data Isolamento batteriologico _____ materiale _____ microorganismo _____

Precauzioni Aggiuntive da Droplet (in aggiunta alle Precauzioni Standard) Indicazioni adozione dal _____ indicazioni sospensione dal _____ Adottate dal _____ Sospese il _____		
Registrazione adozione/sospensione	Diario medico o diario infermieristico	si no
Collocazione del paziente	Stanza singola	si no
	Coorte di pazienti	si no
	Distanza di 1 metro dagli altri pazienti nella stessa stanza	si no
Preparazione stanza degenza per isolamento da droplet	Cartello all'ingresso della stanza	si no
	Mascherina chirurgica all'ingresso della stanza	si no
	Materiale per l'assistenza nella stanza	si no
	Contenitore rifiuti PRI e contenitore per taglienti nella stanza	si no
Utilizzo DPI	mascherina chirurgica o FFP2 prima di accedere alla stanza	si no
	Rimozione della mascherina chirurgica o FFP2 prima di uscire dalla stanza	si no
Igiene delle mani	Lavaggio o frizione delle mani prima di entrare nella stanza	si no
	Lavaggio o frizione delle mani prima di uscire dalla stanza	si no
Igiene ambientale	Informazione agli operatori della ditta con appalto sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene delle mani): data da _____	il _____
Trasporto del paziente	Limitazione il più possibile dei trasporti	si no
	Far indossare la mascherina chirurgica al paziente e educarlo al rispetto dei principi dell'igiene respiratoria	si no
	Informazione a personale addetto al trasporto e della sede di destinazione	si no
Informazione	Al paziente data: da _____	il _____
	Ai visitatori data sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene delle mani,...): da _____	il _____
Note		

ICI _____ Coordinatore UO _____



ALL. 38 CHECK-LIST VERIFICA ADOZIONE PRECAUZIONI AGGIUNTIVE DA VIA AEREA


 Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento
 Ospedale "S. Maria del Carmine" Rovereto

U.O. _____

Signor/Signora _____ Stanza n° _____ letto n° _____ N° cartella _____

Data ricovero _____ diagnosi ricovero _____

Data Isolamento batteriologico _____ materiale _____ microrganismo _____

Precauzioni Aggiuntive da Via Aerea (in aggiunta alle Precauzioni Standard) Indicazioni adozione dal _____ indicazioni sospensione dal _____ Adottate dal _____ Sospese il _____		
Registrazione adozione/sospensione	Diario medico o diario infermieristico	si no
Collocazione del paziente	Stanza per isolamento respiratorio	si no
	Stanza singola con porta chiusa	si no
Preparazione stanza degenza per isolamento da via aerea	Cartello all'ingresso della stanza	si no
	FFP2 e FFP3 all'ingresso della stanza	si no
	Materiale per l'assistenza nella stanza	si no
	Contenitore rifiuti PRI e contenitore per taglienti nella stanza	si no
Utilizzo DPI	FFP2 o FFP3 prima di accedere alla stanza	si no
	Rimozione FFP2 o FFP3 dopo essere usciti dalla stanza	si no
Igiene delle mani	Lavaggio o frizione delle mani prima di entrare nella stanza	si no
	Lavaggio o frizione delle mani dopo la rimozione dei DPI	si no
Igiene ambientale	Informazione agli operatori della ditta con appalto sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene delle mani): data da _____	il _____
Trasporto del paziente	Limitazione il più possibile dei trasporti	si no
	Far indossare la mascherina chirurgica al paziente e educarlo al rispetto dei principi dell'igiene respiratoria	si no
	Informazione del personale addetto al trasporto e della sede di destinazione	si no
Informazione	Al paziente: data da _____	il _____
	Ai visitatori sulle precauzioni da adottare (utilizzo DPI, igiene delle mani,....): data da _____	il _____
Note		

ICI _____ Coordinatore UO _____

**ALL. 39 TABELLA MONITORAGGI AMBIENTALI**

Elaborata da: Ing. Dott. Alessio Zeni – Responsabile Nucleo Impianti - APSS

Item	Ambito	Tipo di controllo	Competenza	Descrizione	periodicità	Tipologia locale
Igiene ambientale	Dialisi – acqua osmotizzata					
Igiene ambientale	Acqua calda sanitaria	Contaminazione da legionella pneumophila	SIST – Nucleo Impianti	Monitoraggio: - temperature di erogazione – Concentrazioni di sanitizzante –Analisi batteriologiche di ricerca del batterio della legionella	bimestrale	Negli ospedali su punti di controllo stabiliti da protocollo aziendale
Igiene ambientale	Acqua calda sanitaria	Contaminazione da legionella pneumophila	SIST – Nucleo Impianti	Monitoraggio: - della concentrazione di sanitizzante - della portata di reintegro di acqua fredda nel circuito	in continuo	al punto di reintegro delo sanitizzante
Igiene ambientale	Aria ambiente	misura di temperature e portate d'aria alle singole bocchette	SIST – Nucleo Impianti	controllo sistematico di portate, temperature ed umidità per i locali ad atmosfera controllata	annuale	reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/immunodepressi,ecc
Igiene ambientale	Aria ambiente	misura di temperature e portate d'aria alle singole bocchette	SIST – Nucleo Impianti	controllo previo verifica complessiva e taratura impianti al fine di verificare il mantenimento da parte degli impianti della corretta taratura ed ulteriori misure e ritarature in caso di scostamenti dei parametri dai valori ottimali	a campione su richiesta in caso di scostamenti rilevati (a seguito lavori, ecc.)	sui locali dotati di ricambio d'aria meccanico (ad esempio degenze)
Igiene ambientale	Aria ambiente	misura di temperature e portate d'aria alle singole bocchette	SIST – Nucleo Impianti	controlli e misure	su richiesta specifica del committente (generalmente in	sui locali dotati di ricambio d'aria meccanico (ad esempio degenze)



					occasione di audit di certificazione, attivazione nuovi impianti o segnalazione di scostamento dalle condizioni ottimali da parte di operatori/utenti)	
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione	SIST – Nucleo Impianti	sostituzione dei prefiltri a celle piane lavaggio dei prefiltri a celle piane	Mensile (es. a inizio mese sostituzione filtro, a metà mese lavaggio)	sui locali dotati di ricambio d'aria meccanico (ad esempio degenze)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione	SIST – Nucleo Impianti	controllo visivo e verifica pressostati differenziali dei filtri a tasche	Mensile	sui locali dotati di ricambio d'aria meccanico (ad esempio degenze)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione	SIST – Nucleo Impianti	sostituzione dei filtri a tasche	semestrale	sui locali dotati di ricambio d'aria meccanico (ad esempio degenze)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione		sostituzione dei prefiltri a celle piane lavaggio dei prefiltri a celle piane	Mensile (es. a inizio mese sostituzione filtro, a metà mese lavaggio)	Ambienti a ventilazione controllata (reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/ immunodepressi, ecc.)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione		controllo visivo e verifica pressostati differenziali dei filtri a tasche	mensile	Ambienti a ventilazione controllata (reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/ immunodepressi, ecc.)
Igiene	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il		sostituzione dei filtri a	semestrale	Ambienti a ventilazione



PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO
ALLEGATI

MISURE DI ISOLAMENTO
OSPEDALE DI ROVERETO

ambientale		mantenimento del corretto grado di filtrazione		tasche		controllata (reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/ immunodepressi, ecc.)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione		controllo visivo e verifica pressostati differenziali dei filtri assoluti -	mensile	Ambienti a ventilazione controllata (reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/ immunodepressi, ecc.)
Igiene ambientale	Aria ambiente	Controlli ed interventi per il mantenimento del corretto grado di filtrazione		sostituzione dei filtri assoluti sostituzione dei filtri assoluti su plafoni diffusori	semestrale	Ambienti a ventilazione controllata (reparti operatori, rianimazioni, pronto soccorso, sterilizzazioni, sale autoptiche, ambulatori di alta specializzazione, locali per infettivi/ immunodepressi, ecc.)