

**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
dell'Università degli Studi di Palermo**



DIREZIONE GENERALE

Delibera n. 116 del 30.11.2009

Oggetto: Approvazione "Piano Aziendale Pandemico" dell'A.O.U.P.

DIREZIONE GENERALE

Unita' di Staff Affari Generali ed Istituzionali

II DIRIGENTE

Il Funzionario Incaricato

Giuseppe Sciascò

Delibera n. 116 del 30.11.2009

IL DIRETTORE GENERALE

- visto** Il D.Lgvo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n. 517 e 19.06.1999, n. 229;
- visto** Il D. Lgvo 21 dicembre 1999 n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1999, n. 419;
- vista** La L.R. 14 aprile 2009, n. 5 relativa alle "norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale"
- visto** Il Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 340/Serv. 1°/S.G. del 31 agosto 2009, con il quale e' stato nominato l'Ing. Mario La Rocca, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo, ai sensi dell'art. 33 della L.R. del 14/04/2009 n. 5;

visto il D.A. del 09.09.2009 della Sanità "Approvazione del Piano Regionale per la pandemia", che prevede per ogni Azienda Sanitaria l'istituzione di una unità di crisi aziendale per le pandemie, con l'indicazione delle figure professionali da nominare quali componenti della stessa e la predisposizione del Piano Pandemico;

VISTA La delibera n. 43 del 26.10.2009, con la quale e' stata istituita l'Unita' di Crisi Aziendale per la Pandemia;

VISTA La nota n. 2391 del 30.10.2009, con la quale questa Azienda ha trasmesso l'esatta composizione dell'Unita' di Crisi Aziendale per la Pandemia;

Dato atto che l'Unita' di Crisi Aziendale per la Pandemia ha predisposto il Piano Pandemico cosi' come da all. A) che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

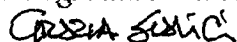
Per i motivi in premessa citati che qui si intendono ripetuti e trascritti:

DELIBERA

- adottare il Piano Pandemico Aziendale all. A) che ne costituisce parte integrante del presente atto elaborato dall'unita' di Crisi dell'A.O.U.P., sulla base delle indicazioni contenute dal D.DA. n. 01973/09 del 22.09.09 - Linee Guida per la redazione dei piani aziendali di risposta alla Pandemia Influenzale -

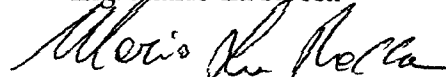
- trasmettere copia della presente deliberazione all'Assessorato Regionale per la Sanita' - Dipartimento Regionale per le Attivita' Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico - Serv. I Igiene Pubblica

Il Segretario Verbalizzante



Il Direttore Generale

Ing. Mario La Rocca



sulla presente deliberazione si acquisisce il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

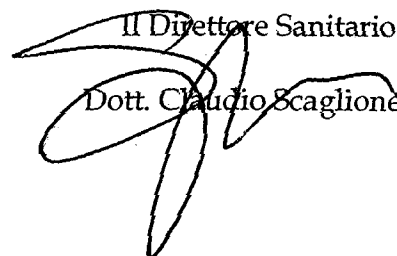
Il Direttore Amministrativo

Dott. Roberto Colletti



Il Direttore Sanitario

Dott. Claudio Scaglione



Pubblicazione

La presente deliberazione è pubblicata all'albo dell'Azienda e sul sito aziendale www.policlinico.pa.it in data 01.12.2009

Il Funzionario Incaricato

CRASIA JESUO

La presente deliberazione è annotata nell'apposito registro del collegio sindacale in data
01.12.2009

Il Funzionario Incaricato

CRASIA JESUO

Piano Sanitario Aziendale Pandemico Azienda Ospedaliera Universitaria "P.Giaccone " Palermo

PREMESSA

Con Decreto dell'Assessore per la Sanità del 10 agosto 2009 è stato approvato il "Piano Regionale per le Pandemie" (PRP), che recepisce le indicazioni del Piano Pandemico Nazionale (PNP). Nel PRP viene prevista l'istituzione per ogni Azienda sanitaria dell'Unità di crisi per la pandemia (UCAO), che in questa Azienda è così costituita:

Dr. Claudio Scaglione, Direttore Sanitario Aziendale

Dr. Luigi Aprea, Direttore Sanitario di Presidio

D.ssa Rosanna Latteri, Direttore della Farmacia

D.ssa Giuseppa Parrinello, Responsabile del Servizio Infermieristico

Prof. Lucina Titone, Direttore U.O.C. di Malattie Infettive (delegato Dr. Giovanni Mazzola)

Prof. Ambrogio Sansone, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione (delegato Prof Antonino Giarratano U.O.S. Terapia Intensiva)

Prof. Salvatore Paterna, Direttore U.O.C. Medicina d'Urgenza e P.S.

Prof. Giuseppe Licata, Direttore U.O.C. Medicina Interna e Cardioangiologia

Prof. Francesco Vitale, Direttore del Laboratorio Centralizzato di Analisi Cliniche

Prof. Maria Valeria Torregrossa; Responsabile Unità di Staff per le problematiche igienico-sanitarie

Prof. Antonio Perino, Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

Dr. Luigi Di Piazza, Responsabile Area Gestione Contrattuale e Negoziabile

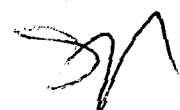
Dr. Giovanni Migliore, Responsabile S.I.L.

Tra i compiti previsti vi è la stesura del seguente Piano di gestione aziendale per la pandemia (PAP).

Il Piano di gestione aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" persegue il duplice obiettivo di:

-garantire l'assistenza ai casi di influenza pandemica, riducendo i rischi di trasmissione agli operatori

-garantire la continuità dei servizi essenziali anche in presenza di un maxiafflusso di pazienti affetti da influenza



Gli interventi da programmare saranno naturalmente graduati in relazione alla numerosità degli accessi all'area di emergenza e al numero dei soggetti ricoverati.

NORME DI PROFILASSI INTRAOSPEDALIERA PER LIMITARE LA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE

1. Collocazione del paziente e trasporto
2. Limitazione del personale sanitario che accede alla stanza in isolamento
3. Adozione di Precauzioni di isolamento standard e di tipo respiratorio
4. Gestione dei visitatori
5. Durata delle Precauzioni
6. Sorveglianza del personale sanitario
7. Gestione del personale sanitario ammalato
8. Pulizia ambientale
9. Effetti lettereschi

GESTIONE DEI CASI DI NUOVA INFLUENZA

0. Definizione di casi

1. Gestione dei Casi Sospetti
2. Gestione dei Casi Accertati
3. Gestione dei Casi Gravi
4. Organizzazione sanitaria aziendale e gestione risorse strutturali, attrezzature e personale area sanitaria medica e non medica.

ADDENDA

Allegato 01 "Precauzioni standard"

Allegato 02 "Precauzioni droplet"

Allegato 03 "Precauzioni contatto"

Allegato 04 Precauzioni da adottare nelle Malattie Respiratorie Acute-MRA

NORME DI PROFILASSI PER LIMITARE LA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE

- 1. Collocazione del paziente e trasporto**
- 2. Limitazione del personale sanitario che accede alla stanza in isolamento**
- 3. Adozione di Precauzioni di isolamento standard e di tipo respiratorio**
- 4. Gestione dei visitatori**
- 5. Durata delle Precauzioni di isolamento**
- 6. Sorveglianza del personale sanitario**
- 7. Gestione del personale sanitario ammalato**
- 8. Pulizia ambientale**
- 9. Effetti lettereschi**

Alla luce sia delle esperienze del passato (in particolare, piani di prevenzione delle epidemia di SARS e di Influenza aviaria) sia di quanto previsto nel Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia nazionale in ordine alla necessità di "applicare i protocollo di diagnosi e cura per i casi: introdurre le misure di precauzione universali", nonché delle notizie ancora incomplete riguardanti l'attuale fase di allerta pandemica influenzale, è necessario porre la massima attenzione nell'applicazione delle procedure di prevenzione individuali ed ambientali per il contenimento del rischio di trasmissione e contaminazione fin dall'arrivo del paziente in ambiente ospedaliero .

In particolare, si raccomanda il rispetto delle precauzioni igieniche standard e di quelle basate sulle vie di trasmissione (droplet; contatto) del nuovo virus influenzale.

Tali precauzioni devono essere adottate da parte di tutti gli operatori sanitari ed applicate nel loro insieme o in parte in funzione della loro pertinenza in una specifica situazione.

La stretta adesione a tali precauzioni deve essere intesa non solo come misura di controllo delle infezioni ma anche come misura di protezione dell'operatore sanitario.

Tutto il personale, incluso quello ausiliario, va istruito sulle misure per il controllo delle infezioni richieste per la cura di tali pazienti e va identificata una unità di personale con il compito di osservare l'attività del restante personale e di fornire ritorno di informazione sul controllo delle infezioni.

1. Collocazione del paziente e trasporto

- Camera singola (se possibile con ventilazione a pressione negativa) con servizio igienico dedicato (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia, se non vi sono controindicazioni); la porta deve essere chiusa. Se non disponibile stanza a pressione negativa far indossare al paziente una mascherina per diminuire il rischio di contaminazione ambientale.
- Se possibile, effettuazione delle procedure in grado di generare aerosol (broncoscopia, somministrazione di farmaci nebulizzati ecc) in stanze a pressione negativa con 6-12 ricambi d'aria e possibilità di ricircolo solo previa filtrazione ad alta efficienza dell'aria (filtri HEPA).
- Il personale dell'UO dove viene inviato il paziente deve essere preventivamente informato del rischio biologico, così come il personale addetto al trasporto.
- Ridurre al minimo il trasporto del paziente fuori dalla camera, qualora necessario il paziente deve indossare filtranti respiratori FFP3 o in alternativa mascherine chirurgiche.
- Adeguata informazione ai degenti su norme igieniche (lavaggio mani; igiene respiratoria).

2. Limitazione del personale sanitario che accede alla stanza in isolamento

Il personale deve essere limitato a coloro che effettuano direttamente l'assistenza al paziente.

3. Adozione di Precauzioni di isolamento standard e di tipo respiratorio

Le Precauzioni Standard sono l'insieme di misure di barriera e di comportamenti atti a prevenire e contenere la diffusione dei microrganismi, in particolare di quelli a diffusione ematogena.

In caso di isolamento le misure da considerare sono in particolare:

- Adozione di misure di barriera (mascherina, schermi facciali, occhiali protettivi, copricapo)
- Igiene delle mani
- Guanti
- Camice di protezione

4. Gestione dei visitatori

Limitare l'accesso dei visitatori alle persone necessarie al benessere emotivo e alle attività assistenziali di pazienti in isolamento per Flu da S-OIV.

I visitatori che sono stati in contatto con il paziente prima e durante l'ospedalizzazione sono una possibile sorgente di S-OIV. Di conseguenza, verificare che sia stato fatto un appropriato screening per disturbi respiratori prima di permetterne l'accesso. I visitatori devono ricevere istruzioni finalizzate a limitare i loro movimenti all'interno del PTV.



5. Durata delle Precauzioni di isolamento

I pazienti con Flu da S-OIV sono da considerare potenzialmente contagiosi per tutto il periodo in cui manifestano sintomi, generalmente per 7 giorni dall'inizio della sintomatologia, più il giorno che precede l'insorgenza dei sintomi. I bambini, specialmente quelli più piccoli, possono potenzialmente diffondere il virus per periodi più lunghi.

6. Sorveglianza del personale sanitario

Ove l'Operatore Sanitario presti la sua opera in aree in cui ci sono pazienti in isolamento o in valutazione per Flu da S-OIV e sviluppi egli stesso sintomi influenzali deve cessare l'attività assistenziale e informare il suo supervisore.

L'Operatore Sanitario asintomatico che ha avuto un'esposizione non protetta a S-OIV può continuare il lavoro previa profilassi con farmaci antivirali.

7. Gestione del personale sanitario ammalato

L'Operatore Sanitario un'infezione respiratoria acuta febbrile deve essere escluso dal lavoro per 7 giorni o fino a risoluzione dei sintomi.

8. Pulizia ambientale

La modalità di esecuzione della pulizia e la frequenza deve variare in base alle diverse aree ospedaliere e il tipo di materiale da trattare. La disinfezione delle superfici va effettuata solo in aree ad alto rischio o in presenza di contaminazioni con materiale organico con disinfettanti ad ampio spettro di provata efficacia antivirale (ad esempio ipoclorito di sodio 1-1,5% per almeno 15 minuti).

Nei locali di lavoro è proibito mangiare, bere e fumare come segnalato da apposita cartellonistica.

9. Effetti lettereci

Gli effetti lettereci e la biancheria devono essere preparati all'interno della stanza per l'invio alla lavanderia e posti in doppia busta di plastica impermeabile etichettata con la dicitura "effetti potenzialmente contaminati da agenti biologici".

Il personale incaricato di tale preparazione deve indossare adeguati DPI.

GESTIONE DEI CASI DI INFLUENZA

0. Definizione di caso

1. Gestione dei casi sospetti

2. Gestione dei casi confermati

3. Gestione dei casi gravi

DEFINIZIONI^B DI CASO E DI CONTATTO

Caso sospetto	Caso probabile	Caso confermato
Una persona che risponda ai criteri clinici ed epidemiologici.	Una persona che risponda ai criteri clinici ED epidemiologici E presenti risultati delle prove di laboratorio che evidenzino un'infezione positiva per l'influenza A di cui non sia identificabile il sottotipo	Una persona che risponda ai criteri clinici ed epidemiologici e con conferma di laboratorio per infezione da nuovo virus dell'influenza A (H1N1).

Criteri clinici	Criteri epidemiologici	Criteri di laboratorio
Qualsiasi persona che presenti 1 delle seguenti manifestazioni: <ul style="list-style-type: none">➤ Febbre > 38°C e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta➤ Polmonite (grave affezione respiratoria)➤ Decesso per affezione respiratoria acuta non altrimenti spiegabile	Almeno 1 delle 3 circostanze seguenti nei 7 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia: <ul style="list-style-type: none">• la persona è venuta a stretto contatto con un caso confermato di infezione causata dal nuovo virus influenzale A(H1N1) con patologia in atto• la persona si è recata in viaggio in una zona per la quale è documentata la trasmissione sostenuta da uomo a uomo del nuovo virus influenzale A(H1N1)• la persona lavora in un laboratorio in cui vengono esaminati campioni del nuovo virus influenzale A(H1N1)	Almeno 1 dei seguenti esami: <ul style="list-style-type: none">➤ RT-PCR specifica per nuovo virus A (H1N1)➤ Coltura virale (sono necessari laboratori con livello di biosicurezza 3)➤ Aumento di 4 volte degli Anticorpi neutralizzanti specifici per il virus dell'influenza di tipo A(H1N1) ciò implica la necessità di una coppia di campioni di siero, 1 della fase acuta e successivamente 1 della fase della convalescenza, almeno 10-14 giorni più tardi)

Alla luce di quanto sopra riportato e delle indicazioni di tipo internazionale, gli Operatori Sanitari devono porre in atto una serie di azioni come di seguito indicato.

1. Gestione dei casi sospetti (vedi allegate norme emanate da Assessorato Sanità Regione Sicilia e Ministero della Salute)

a. ottenere e registrare una dettagliata storia clinica e la storia recente di viaggi negli ultimi 10 giorni in zone in cui siano stati recentemente registrati casi di Flu da S-OIV e indirizzare le persone con sintomi di tipo simil-influenzale verso una area separata di valutazione, a porte mantenute chiuse, al fine di minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti in attesa;

b. le persone con sintomi sospetti devono indossare filtranti respiratori FFP3 o, in caso di intolleranza, le comuni mascherine chirurgiche fintanto che la Influenza non venga esclusa;

c. il personale sanitario deve indossare filtranti respiratori FFP3, sopravveste e guanti;

- d. esaminare immediatamente i casi sospetti;
- e. eseguire un tampone faringeo da inviare immediatamente al Servizio di Virologia molecolare con la richiesta "ricerca virus influenzale";
- f. il paziente va trattenuto in isolamento in attesa della risposta microbiologica;
- g. in caso di risposta negativa del test rapido per la ricerca virale, trattenere il paziente in isolamento in attesa del test di conferma;
- h. in caso di risposta negativa del test RT-PCR per la ricerca virale il paziente viene considerato non affetto da Flu da S-OIV;
- i. in caso di risposta positiva del test rapido o di quello di conferma trasferire il paziente nella UOC di Malattie Infettive;
- j. lavare le mani con acqua e sapone prima e dopo ogni contatto con qualsiasi paziente, dopo attività che possano esporre a contaminazione e dopo avere rimosso i guanti;
- k. dopo l'uscita del paziente si procederà alle operazioni di decontaminazione, pulizia ed allo smaltimento dei DPI utilizzati;
- l. in caso di ricovero di un caso accertato di Flu da S-OIV va immediatamente notificato alla Direzione Sanitaria per gli ulteriori adempimenti sia verso l'esterno (ASL) sia verso l'interno (Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere).
- m. in caso di rifiuto al ricovero, attivare l'isolamento domiciliare fiduciario e fornire le necessarie prescrizioni comportamentali

¹⁸ WHO 2008. "Infection control strategies for specific procedures in health-care facilities. Epidemic-prone and pandemic-prone acute respiratory diseases", WHO Quick Reference Guide, 2008.

Setting/ Procedure	Misure di profilassi degli OS nei confronti di pazienti con Malattie Respiratorie Acute Febrili							
	Lavaggio mani	Guanti	Copri- camici	Mascherine	Facciali filtranti	Protezione oculare	Igiene resp.	Stanza singola (≥12 RA)
Accettazione (no contatto paziente)								
Triage/esame obiettivo	X			X			X	
Cure a carattere generale	X			X			X	
Raccolta campioni biol (sangue)	X	X		X			X	
Nebulizzazione	X			X				
Raccolta campioni (induz escreato)	X	X	X		X	X		X
Procedure con aerosol	X	X	X		X	X		X

RA: ricambi d'aria per ora

Non previsti contatti stretti con paziente

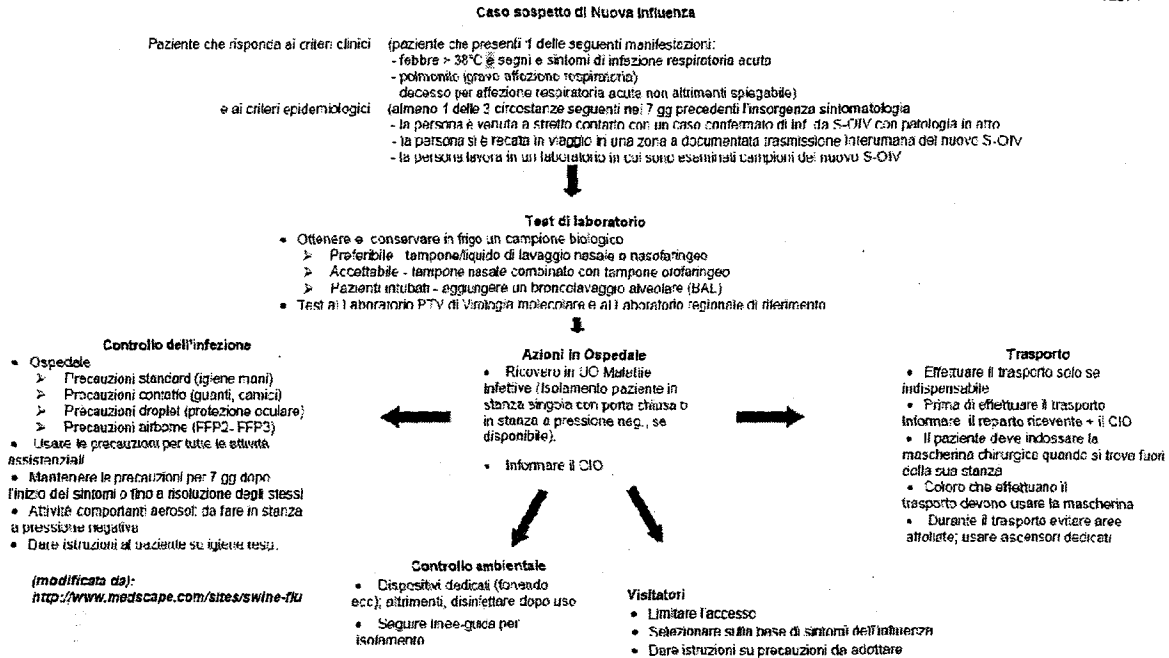
Previsti contatti stretti con paziente (<1 m)

2. Gestione dei casi confermati (vedi allegate norme emanate da Assessorato Sanità Regione Sicilia e Ministero della Salute)

1. Ricoverare in condizioni di isolamento, in stanza singola, oppure nelle stesse stanze in cui siano ricoverati altri casi di Influenza, E' tassativo che la porta della stanza rimanga chiusa e che sulla stessa ci sia un cartello che indichi in modo chiaro la necessità di mantenerla chiusa;
2. Iniziare immediatamente il trattamento specifico con farmaci antivirali (oseltamivir 75 mg per os x 2 volte al giorno per 5 giorni; o zanamivir 2 inalazioni 10 mg x 2 volte al giorno per 5 giorni);
3. Prestare particolare attenzione alle pratiche terapeutiche ed agli interventi che

possono causare aerosolizzazione (quali uso di nebulizzatori, broncoscopia, gastroscopia, intubazione, manovre correlate alla rianimazione cardio-polmonare, manovre chirurgiche o autoptiche con strumenti ad alta velocità) ed ogni intervento che possa avere ripercussioni sulla integrità delle mucose del tratto respiratorio.

Tab. 1



3. Gestione Ospedaliera Casi: valutazione in area di Pronto Soccorso e gestione dei casi in Regime di Ricovero e Casi Gravi in FASE 2 Pandemia (Vedi Diagramma Operativo)

I pazienti che perverranno con ambulanza per sindrome influenzale verranno accolti al pronto soccorso ed eseguiranno il percorso assistenziale ritenuto idoneo.

I pazienti con sindrome influenzale che perverranno con mezzi propri verranno indirizzati presso i locali individuati dalla direzione sanitaria (medicina del lavoro) dopo una prima valutazione infermieristica presso l'area dedicata di pronto Soccorso (punto di accoglienza e triage pandemico).

La responsabilità organizzativa compete al direttore della UOC Medicina d'Urgenza di comune accordo con la Direzione Sanitaria per un primo intervento mirato a :

- a) **accertare mediante : visita medica , esami bioumorali, ossimetria, ed eventuale ECG ed Rx torace**
- a. se il paziente può rientrare al domicilio istruendolo sulle norme di isolamento da seguire; prescrivere eventuale terapia e rinviare lo stesso al medico curante
 - b. se il paziente necessita di consulenze specialistiche per patologie associate o per gravidanza
 - c. se il paziente necessita di ricovero in malattie infettive o in medicina interna per polmonite senza insufficienza respiratoria
 - d. se il paziente necessita di ricovero presso unità specialistiche perché ritenuta prevalente in acuto la patologia organo-specifica associata (es. ginecologia, cardiologia, nefrologia , endocrinologia, chirurgia ecc)
 - e. se il paziente necessita di ricovero per insufficienza respiratoria (consulenza rianimatoria)
- b) **Il tampone nasale e faringeo verrà effettuato, solo se si procede a ricovero, presso i locali della medicina del lavoro dal personale addetto al primo intervento.**
- c) **Il paziente degente in regime ordinario (escluso insufficienza respiratoria acuta) verrà ricoverato in stanza singola fino ad accertamento di influenza A H1N1 . I pazienti con tampone positivo si potranno ricoverare nella stessa stanza secondo i criteri enunciati nel presente piano. In caso di aggravamento dell'insufficienza respiratoria o in caso di aggravamento o comparsa di patologie associate si procederà a consulenza specialistica con eventuale trasferimento presso altra unità operativa secondo percorsi privilegiati indicati nel diagramma operativo**
- d) **Il paziente degente in pneumologia con supporto ventilatorio (CPAP) verrà ricoverato in stanza singola fino ad accertamento di influenza e si procederà a valutazione rianimatoria periodica con possibilità di trasferimento (Rianimazione per ventilazione assistita o Ismett per ECMO) secondo un percorso privilegiato indicati nel diagramma operativo**
- e) **Il paziente degente in rianimazione andrà ricoverato in isolamento nel rispetto dei criteri enunciati da Ministero della Salute e riportati nel presente piano fino ad accertamento di influenza e si avvarrà di tutte le consulenze specialistiche . Sarà compito dei rianimatori valutare e concordare con l'Ismett l'eventuale trasferimento per l'ossigenazione extracorporea (ECMO) (vedi diagramma operativo).**

4. UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE COINVOLTE NEL PIANO PANDEMICO Vedi Diagramma Operativo

Al fine di ottimizzare le risorse esistenti, si ritiene di dedicare alcuni posti letto all'interno delle UU.OO., riservando la previsione di posti letto aggiuntivi nel caso di un afflusso ancora maggiore di ricoverati. Pertanto, in ordine, saranno previsti progressivamente i seguenti interventi;

-n. otto posti letto dedicati sui venti attivati (quattro in overbooking rispetto all'attuale dotazione di 16 p.l.) nell'U.O. di Malattie Infettive;

-la sospensione dei ricoveri ordinari in elezione presso le UU.OO. di Medicina Interna (cod. 26) e specialità mediche (Gastroenterologia, Endocrinologia, Reumatologia, Geriatria);

-n. 6 posti letto dedicati per ognuno dei tre Dipartimenti di area medica;

Sono quindi previsti **n. 26 p.l. dedicati** per i ricoverati di influenza pandemica.

Qualora tali p.l. dovessero saturarsi potrà essere presa in considerazione l'istituzione di p.l. aggiuntivi.

-n. 8 p.l. aggiuntivi derivanti dalla riconversione dell'U.O. di Dermatologia, i cui ricoveri in elezione saranno sospesi (i ricoveri in urgenza potranno essere allocati nella vicinore U.O. di Oculistica e/o di Chirurgia Generale);

-ulteriori 8 – 10 p.l., per un totale di **18 p.l. aggiuntivi** potranno essere reperiti presso lo stesso plesso di Dermatologia;

Qualora necessitassero, ancora, posti letto per i ricoveri, saranno sospesi quelli in elezione delle UU.OO. chirurgiche; i posti letto che si liberano saranno dedicati per la pandemia influenzale.

I diversi interventi dovranno essere preventivamente autorizzati dalla Direzione Sanitaria.

Qualora dovesse verificarsi una carenza del personale di assistenza, per tali sostituzioni si potrà attingere a graduatorie esistenti di dirigenti medici, di infermieri e di tecnici.

PAZIENTI IN GRAVIDANZA

Le donne gravide rappresentano una delle categorie a rischio per l'influenza A/H1N1v.

Saranno previste un'area di accoglienza e una sala visita dedicate; le modalità di accoglienza e triade saranno le stesse di quelle previste per il P.S. generale:

Saranno, altresì, previsti n. 6 p.l. dedicati (nell'area ginecologica), lontana, pertanto, dai locali presso i quali vengono ricoverate le pazienti di Ostetricia al fine di minimizzare le occasioni di contagio.



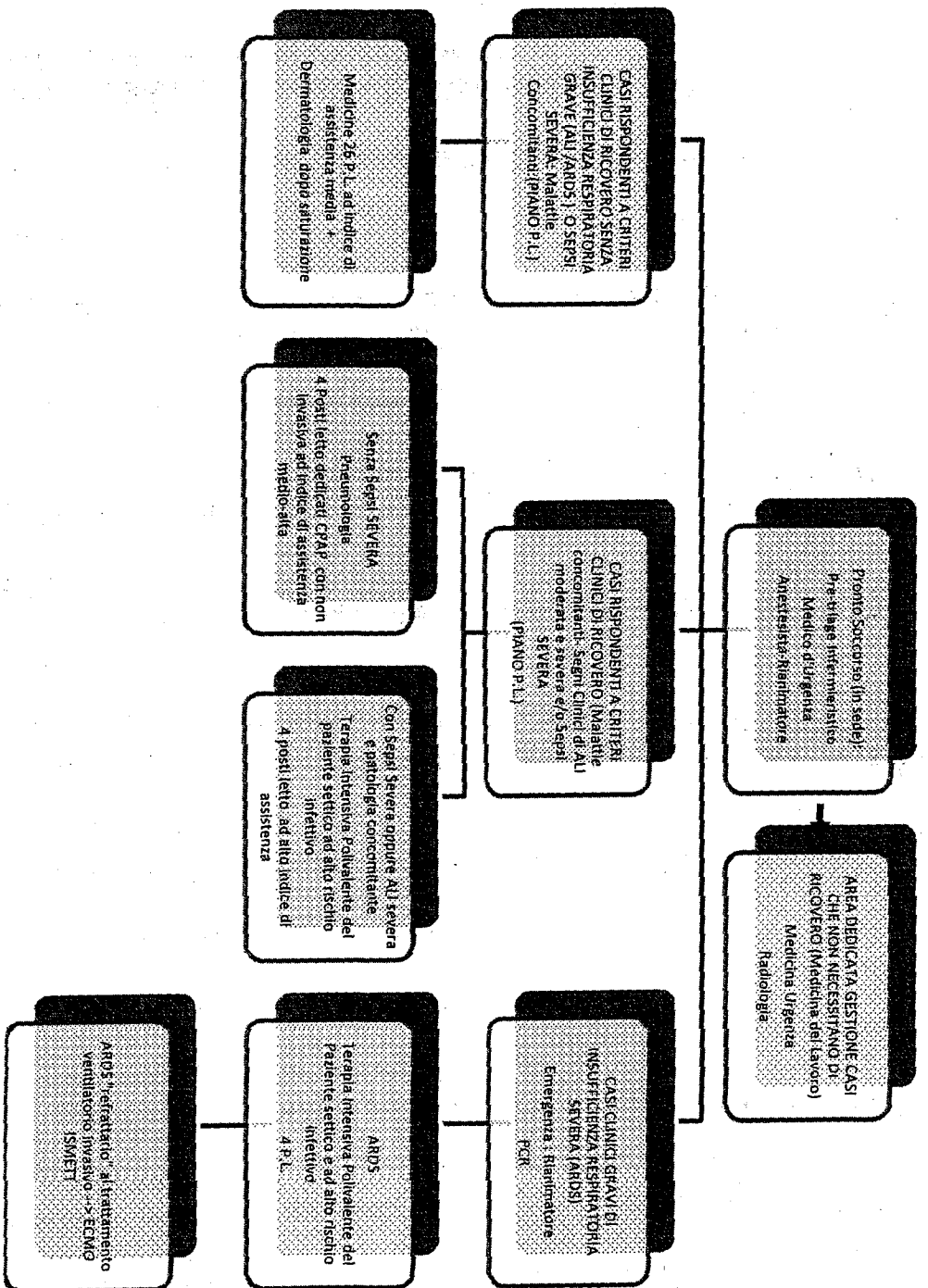


Diagramma operativo piano sanitario aziendale accoglienza casi in regime di non ricovero e in regime di ricovero
 Note (vedi diagramma)

1. **Malattie Concomitanti:** croniche respiratorie, cardiache renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, neoplasie, diabete mellito, alcolisti, malnutriti, cerebrovascolari, immunodepressi, splenectomizzati, obesità $ibm > 30$
2. **Criteri clinici di Sepsis**
3. **ALI (Acute Lung Injury) Severa:** infiltrati polmonari bilaterali; esclusione origine cardiaca (PCWP < 18 mmHg); indice ossigenazione $PaO_2/FiO_2 > 201 < 300$ classe 1 scala GOCA
4. **ALI (Acute Lung Injury) Moderata:** infiltrati polmonari bilaterali; esclusione origine cardiaca (PCWP < 18 mmHg); indice ossigenazione $PaO_2/FiO_2 > 301$ classe 0 scala GOCA
5. **ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome):** infiltrati polmonari bilaterali; esclusione origine cardiaca (PCWP < 18 mmHg); indice ossigenazione $PaO_2/FiO_2 < 200$ classe 2 e < 100 classe 3 scala GOCA
6. **SEPSI:** Infezione sospetta o documentata associata:
 - Febbre ($> 38.3^\circ C$) oppure ipotermia temperatura $< 35^\circ C$)
 - Frequenza cardiaca > 90 min; Tachypnea; Alterato stato mentale
 - Hyperglycaemia (plasma glucose > 140 mg/dL or 7.7 mmol/L) in assenza di diabete
 - Leukocytosis (WBC count $> 12,000$ oppure Leukopenia (WBC count < 4000) oppure Normal WBC con 10% forme immature
 - Plasma C-reactive protein > 2 sd above the normal valore
 - Plasma procalcitonin > 2 sd above the normal valore
 - Ipotensione arteriosa (SBP < 90 mm Hg; MAP ≈ 70 mm Hg; or an SBP decrease > 40 mm Hg in adults or > 2 sd below normal for age)
 - Organ dysfunction variables
 - Ipossitemia arteriosa ($PaO_2/FiO_2 < 300$)
 - Oliguria (urine output < 0.5 mL/Kg hr or 45 mmol/L for at least 2 hrs, despite adequate fluid resuscitation)
 - Creatinemia aumentata > 0.5 mg/dL or 44.2 μ mol/L
 - Coagulation abnormalities (INR > 1.5 or a PTT > 60 secs)
 - Thrombocytopenia (platelet count $< 100,000$ μ L⁻¹)
 - Hyperbilirubinemia (plasma total bilirubin > 4 mg/dL or 70 μ mol/L)
 - Hyperlactatemia (upper limit of lab normal)
7. **SEPSI SEVERA**
 Equivalente a quadro di sepsi che induce ipoperfusione tissutale e disfunzione d'organo
 Lattati ELEVATI (> 4 mMol); Urine output < 0.5 mL/kg hr for > 2 hrs, nonostante adeguata perfusione di liquidi; ALI with $PaO_2/FiO_2 < 250$ anche in assenza di polmonite;
 ALL with $PaO_2/FiO_2 < 200$ se in presenza di polmonite
 Creatinemia > 2.0 mg/dL (176.8 μ mol/L)
 Bilirubinemia > 2 mg/dL (34.2 μ mol/L)
 Platelet count $< 100,000$; Coagulopathy (INR > 1.5)
8. **ARDS "refrattario" (rapido peggioramento)**
 Indice di Ossigenazione > 25 per 6 ore in condizioni ottimali (ALVEOLI - Protective Lung Ventilation) con Pmediaveaere x $FiO_2 \times 100 / PaO_2$
 Ipercarnia refrattaria e $pH < 7.25$
 $ScVO_2 < 85$ per 1 ora
 $ScVO_2 < 65\%$ in assenza di alterazioni Ht e in presenza di adeguato supporto inotropo

pazienti. Non lavare i guanti per riusarli in quanto pratica associata alla trasmissione di patogeni.

f. Cambiare i guanti durante le procedure assistenziali se le mani devono passare da una parte del corpo contaminata (es. area perineale) ad una non contaminata (es. faccia).

3. Copricamici

a. Indossare un copricamice, appropriato per la procedura, per proteggere la cute e prevenire la contaminazione degli abiti durante le procedure assistenziali in cui è possibile il contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni.

- Indossare un copricamice nel caso di contatto diretto con secrezioni o escrezioni non protette.

- Rimuovere il copricamice e lavarsi le mani prima di lasciare la zona del paziente.

b. Non riutilizzare il copricamice, neppure per ripetuti contatti sullo stesso paziente.

c. Non è indicato indossare di routine il copricamice prima di entrare in aree critiche.

4. DPI per bocca, naso, occhi

a. Indossare i DPI per proteggere le mucose di bocca, naso ed occhi durante le procedure assistenziali che possano generare schizzi di materiale biologico (sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni). Indossare singolarmente o in associazione maschere, occhiali di protezione, schermo facciale in funzione della procedura da effettuare.

b. Durante le procedure che possono generare aerosol di secrezioni respiratorie (es. broncoscopia, aspirazione, intubazione etc) indossare, in aggiunta a guanti e copricamice, schermo facciale completo o maschera con visore trasparente o maschera e occhiali di protezione per proteggere completamente il viso a meno che si tratti di pazienti affetti (o sospetti) da agenti microbici per i quali sono raccomandate particolari precauzioni respiratorie (es. M. Tuberculosis, SARS, febbri emorragiche virali).

III. IGIENE RESPIRATORIA

1. Educare lo staff sull'importanza di adottare misure di controllo per contenere le secrezioni respiratorie e prevenire la trasmissione di patogeni respiratori, specialmente durante i periodi epidemici comunitari di infezioni virali del tratto respiratorio (es. influenza, RSV, adenovirus, parainfluenza).

2. Per controllare la trasmissione di infezioni respiratorie da parte di soggetti (pazienti e/o accompagnatori) adottare le seguenti misure all'ingresso delle strutture assistenziali (es triage, accettazione, sale di attesa):

a. Appendere cartelli con le seguenti istruzioni in caso di sintomi di infezioni respiratorie:

"Coprire bocca/naso con fazzoletti di carta quando si starnutisce o tossisce. Lavarsi le mani dopo il contatto con le secrezioni respiratorie".

b. Fornire fazzoletti di carta e predisporre contenitori (aperti o a pedale) per il loro smaltimento "no-touch".

c. Fornire mezzi e istruzioni per l'igiene delle mani nelle sale di attesa; dotare tali aree di erogatori con soluzioni antiseptiche a base alcolica e, dove sono disponibili lavabi, fornirli di prodotti per il lavaggio delle mani.

d. Durante i periodi epidemici fornire maschere ai pazienti e/o agli accompagnatori con sintomi respiratori e alle persone con infezioni (accertate o sospette) appena entrano nelle aree comuni di attesa ed invitarli a mantenere una separazione spaziale di almeno 1 metro dagli altri soggetti..

IV. RICOVERO DEL PAZIENTE

1. Ricoverare il paziente in stanza singola, se disponibile, se rappresenta un potenziale rischio di trasmissione di malattie per gli altri (es. secrezioni non protette, escrezioni o ferite secernenti o bambini con sospetta infezione virale respiratoria o gastrointestinale).

2. Valutare i seguenti fattori per decidere dove ricoverare il paziente:



ALLEGATO 1 .

Utilizzare le "Precauzioni Standard" per l'assistenza di tutti i pazienti assumendo che essi possano essere infetti o colonizzati con un microrganismo che può essere trasmesso nella struttura assistenziale.

I. IGIENE DELLE MANI

II. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

III. IGIENE RESPIRATORIA

IV. RICOVERO DEL PAZIENTE

V. ATTREZZATURE ASSISTENZIALI

VI. SANIFICAZIONE AMBIENTALE

VII. BIANCHERIA/TELERIA

VIII. PRATICHE DI SICUREZZA PER LE INIEZIONI

IX. SICUREZZA DEI LAVORATORI

I. IGIENE DELLE MANI

1. Nel corso dell'assistenza, evitare, se possibile, di toccare le superfici nelle immediate vicinanze del paziente.
2. Lavare le mani con acqua+sapone oppure con acqua+antisettico quando sono visibilmente sporche o contaminate con materiale organico, sangue o liquidi biologici.
3. Se le mani non sono visibilmente sporche, utilizzare un antisettico a base alcolica per la decontaminazione routinaria delle mani. In alternativa lavare le mani con acqua e antisettico. Il frequente uso di soluzioni a base alcolica può aumentare il rischio di dermatiti. Effettuare l'igiene delle mani:
 - a. Prima di qualsiasi contatto diretto con il paziente.
 - b. Dopo il contatto con sangue, fluidi biologici o escrezioni, mucose, cute non integra, o medicazioni di ferite.
 - c. Dopo il contatto con la cute integra del paziente (ad es. per prendere il polso o la pressione arteriosa, o sollevare il paziente).
 - d. Se le mani devono passare da una parte contaminata del corpo ad una pulita.
 - e. Dopo il contatto con oggetti (comprese attrezzature mediche) nelle immediate vicinanze del paziente.
 - f. Dopo aver rimosso i guanti.
4. Lavare le mani con acqua+sapone o con acqua+antisettico quando è probabile che sia avvenuto un contatto con spore (es. *C. difficile* o *Bacillus anthracis*). In tali circostanze è raccomandata l'azione fisica di lavaggio e risciacquo delle mani con acqua, in quanto prodotti a base di alcool, clorexidina, iodofori ed altri antisettici hanno scarsa attività contro le spore.
5. Non indossare unghie artificiali quando si ha contatto diretto con pazienti ad alto rischio di infezione (es. pazienti in Terapia Intensiva o Sala Operatoria).

II. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

1. Indicazioni di base

- a. Indossare i DPI quando si prevede il contatto con sangue o fluidi biologici.
- b. Prevenire la contaminazione di abiti e cute durante la rimozione dei DPI.
- c. Prima di uscire dalla stanza del paziente, rimuovere e smaltire i DPI utilizzati.

2. Guanti

- a. Indossare i guanti quando si prevede il contatto con sangue o altro materiale biologici potenzialmente infetto, mucose, cute non integra, o cute integra potenzialmente colonizzata (ad es. pazienti incontinenti a feci e urine).
- b. Indossare guanti appropriati per la procedura da effettuare.
- c. Indossare guanti monouso per l'assistenza diretta al paziente
- d. Indossare guanti monouso o riutilizzabili (tipo domestico) per la pulizia dell'ambiente o di presidi medici
- e. Rimuovere i guanti dopo il contatto con il paziente e/o con l'ambiente circostante (comprese le attrezzature mediche) usando appropriate tecniche per prevenire la contaminazione delle mani. Non usare lo stesso paio di guanti per l'assistenza a più

- a. Via di trasmissione dell'agente infettivo
- b. Fattori di rischio di trasmissione legati al paziente
- c. Rischio di eventi avversi risultanti dalla trasmissione di infezioni ad altri pazienti nelle aree di degenza
- d. Disponibilità di stanze singole
- e. Possibilità di effettuare il cohorting di pazienti con la stessa infezione

V. ATTREZZATURE ASSISTENZIALI

1. Stabilire strategie e procedure per il trasporto e la gestione di attrezzature assistenziali che possono essere contaminate con sangue o fluidi corporei.
2. Rimuovere materiale organico dai dispositivi critici o semicritici prima delle procedure di disinfezione ad alto livello e di sterilizzazione.
3. Indossare appropriati DPI nel manipolare dispositivi che sono stati a contatto o che sono visibilmente contaminati con sangue o fluidi corporei.

VI. SANIFICAZIONE AMBIENTALE

1. Stabilire strategie e procedure appropriate per la sanificazione delle superfici ambientali in funzione del livello di contatto con il paziente e del grado di contaminazione.
2. Sanificare le superfici che possono essere facilmente contaminate da patogeni
 - a. sia quelle nelle immediate vicinanze del paziente (es. barre del letto, comodini)
 - b. sia quelle frequentemente toccate durante l'assistenza al paziente (es. maniglie della porta; servizi igienici, etc.) rispetto a superfici a minor rischio (es. superfici orizzontali delle sale di attesa).
3. Usare efficaci disinfettanti ad attività microbica (secondo le indicazioni del fabbricante) verso i patogeni che più probabilmente contaminano l'ambiente circostante del paziente.
 - a. Nel caso in cui non si riesca ad interrompere la catena di trasmissione per sospetta resistenza ai disinfettanti in uso da parte di alcuni agenti patogeni (es. rotavirus, C. difficile, norovirus) cambiare il prodotto con uno più efficace.
4. Nei reparti che assistono pazienti pediatrici o nelle aree di attesa dotate di giochi (es. ostetricia/ginecologia), stabilire politiche e procedure per la pulizia e la disinfezione dei giocattoli da effettuarsi ad intervalli regolari
5. Seguire le seguenti indicazioni:
 - a. Scegliere giocattoli che possono essere facilmente puliti e disinfettati.
 - b. Non consentire l'uso di peluche.
 - c. Pulire e disinfettare giochi fissi (es. scivolo) almeno 1 volta alla settimana o quando visibilmente sporchi.
 - d. Se i giocattoli vengono facilmente a contatto con la bocca, risciacquare con acqua dopo la disinfezione; oppure lavare in lavastoviglie.
 - e. Quando è necessario sanificare un giocattolo, farlo immediatamente oppure separarlo dagli altri giocattoli che sono già puliti e pronti per l'uso.
6. Stabilire politiche per la sanificazione di apparecchiature elettroniche multi-uso, in particolare quelle usate dai pazienti, per l'assistenza al paziente e per le attrezzature mobili spostate frequentemente all'interno o all'esterno della stanza del paziente (es. giornalmente).

VII. BIANCHERIA/TELERIA

1. Manipolare la biancheria/teleria usata con molta attenzione per evitare la dispersione di microrganismi e la contaminazione di aria, superfici e persone.

VIII. PRATICHE DI SICUREZZA PER LE INIEZIONI

Le seguenti raccomandazioni devono essere applicate per l'uso di aghi, cannule e sistemi infusionali.

1. Usare tecniche asettiche per evitare la contaminazione dei presidi sterili per iniezione.
2. Non somministrare farmaci con una singola siringa a più pazienti, anche se l'ago o la cannula sulla siringa vengono sostituiti. Aghi, cannule e siringhe devono essere sterili e monouso; essi non devono essere riutilizzati per un altro paziente neppure per una medicazione o soluzione che potrebbe essere usata per un successivo paziente.

3. Usare liquidi e linee infusionali (es. sacche, tubi e connettori) solo per un singolo paziente e smaltire appropriatamente dopo l'uso. Qualsiasi siringa, ago o cannula utilizzata per entrare o connettersi nella sacca o nella linea infusionale del paziente deve considerarsi contaminata.

4. Non somministrare farmaci da fiale o ampolle a singola dose a più pazienti o riunire i residui per utilizzarli successivamente.

5. Se è necessario utilizzare fiale multidose, sia gli aghi o cannule e siringhe usate per il prelievo del farmaco devono essere sterili.

6. Non tenere le fiale multidose nelle immediate vicinanze del paziente e conservarle in accordo con le raccomandazione del fabbricante; smaltire se la sterilità è stata presumibilmente compromessa.

7. Non usare sacche o bottiglie di liquidi infusionali per più pazienti.

PROCEDURE PER LA PUNTURA LOMBARRE

Indossare una maschera chirurgica quando bisogna posizionare un catetere o iniettare materiale all'interno del canale spinale o dello spazio subdurale (es. durante mielografia, puntura lombare e spinale o anestesia epidurale).

IX. SICUREZZA DEI LAVORATORI

Rispettare le indicazioni della normativa per la protezione del personale dall'esposizione a patogeni trasmissibili per via ematica.

Osservare le seguenti indicazioni:

1. fare attenzione nella manipolazione di aghi, bisturi e altri strumenti o dispositivi taglienti, nello smaltimento di taglienti al termine delle procedure, durante le procedure di pulizia di strumenti usati, durante lo smaltimento di aghi usati;

2. non incappucciare gli aghi usati;

3. non manipolare gli aghi usati con entrambe le mani;

4. non rivolgere mai la punta dell'ago verso il corpo;

5. utilizzare tecniche "in un sol colpo" usando una sola mano, o usare strumenti meccanici progettati per mantenere la protezione dell'ago;

6. non disconnettere manualmente gli aghi dalle siringhe e non piegare, spezzare o manipolare in qualunque modo gli aghi usati servendosi delle mani;

7. smaltire aghi, siringhe, lame di bisturi e altri oggetti taglienti in appositi contenitori resistenti alle punture, che devono essere posti nella posizione più pratica e vicina possibile alla zona dell'utilizzo;

8. sistemare aghi e siringhe riutilizzabili in contenitori resistenti alle punture per il trasporto alla centrale di sterilizzazione;

9. utilizzare cannule, boccagli, palloni Ambu per la respirazione artificiale o altri strumenti per la ventilazione, come alternativa alla rianimazione bocca a bocca nelle aree dove è prevedibile ci sia la necessità di manovre di rianimazione.

ALLEGATO 2.

Utilizzare le "Precauzioni Droplet", in aggiunta a quelle Standard, per l'assistenza a tutti i pazienti con infezione (nota o sospetta) trasmissibile per droplet (particelle > 5 micron) che possono essere generate dal paziente durante tosse, starnuti, fonazione.

Interrompere le "Precauzioni Droplet" dopo la risoluzione di segni e sintomi o in conformità con le raccomandazioni per specifici microrganismi.

I. RICOVERO DEL PAZIENTE

II. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

III. TRASPORTO DEL PAZIENTE

I. RICOVERO DEL PAZIENTE

7. Strutture di degenza

- Ricoverare il paziente in stanza singola.
- In caso di scarsa disponibilità di stanze singole, valutare le seguenti alternative (in ordine di priorità):
- Dar precedenza ai pazienti che tossiscono ed espettorano frequentemente.
- Ricoverare nella stessa stanza pazienti infetti o colonizzati con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio.



- Se si ricovera un paziente che richiede le "Precauzioni Droplet" nella stanza di un altro paziente che non è infetto o colonizzato con lo stesso microrganismo:

- Evitare di ricoverare i pazienti in isolamento per droplet nella stessa stanza di soggetti ad alto rischio di eventi avversi infettivi o con fattori facilitanti la trasmissione (es. immunodepressi, o con probabile degenza prolungata).

- Assicurarsi che i pazienti siano separati l'uno dall'altro (almeno 1 metro).

Predisporre una barriera (tenda) tra i letti per minimizzare la possibilità di contatto stretto.

- Cambiare gli indumenti di protezione e lavarsi le mani tra un paziente e l'altro ricoverati nella stessa stanza, indipendentemente dal fatto che uno o entrambi i pazienti siano o no in isolamento droplet.

8. Strutture ambulatoriali

- Nelle strutture ambulatoriali, portare il paziente in un ambulatorio o in un box di isolamento nel più breve tempo possibile. Istruire i pazienti sulle raccomandazioni per Igiene Respiratoria.

II. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

3. Indossare una mascherina chirurgica prima di entrare nella stanza/box del paziente.

III. TRASPORTO DEL PAZIENTE

1. Il trasporto e i movimenti del paziente fuori della stanza di degenza devono essere limitati a fini strettamente assistenziali.

2. Se è necessario il trasporto ed il movimento del paziente in qualsiasi area assistenziale, istruire il paziente ad indossare una mascherina chirurgica e a seguire le raccomandazioni per Igiene Respiratoria.

3. Non è indicato l'uso della mascherina per il personale addetto al trasporto.

**Precauzioni da adottare nelle Malattie Respiratorie Acute (MRA)
Raccomandazioni agli Operatori Sanitari (OS)**

PRECAUZIONE	AGENTE PATOGENO						
	Nessun patogeno identificato Nessun fattore particolare di rischio per MRA ⁽³⁾	MRA di natura batterica ⁽²⁾	Parainfluenza RSV & adenovirus	Virus influenzale con rilevante trasmissione interumana ⁽²⁾	Nuovo virus influenzale senza rilevante trasmissione interumana ⁽¹⁾	SARS	Nuovi patogeni ⁽²⁾
Lavaggio mani ⁽⁶⁾	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Guanti	RA ⁽⁷⁾	RA ⁽⁷⁾	Si	RA ⁽⁷⁾	Si	Si	Si
Copricamici ⁽⁸⁾	RA ⁽⁷⁾	RA ⁽⁷⁾	Si	RA ⁽⁷⁾	Si	Si	Si
Protezione oculare	RA ⁽⁹⁾	RA ⁽⁹⁾	RA ⁽⁹⁾	RA ⁽⁹⁾	Si	Si	Si
Mascherine per OS	Si	RA ⁽⁹⁾	Si	Si	Si ⁽¹⁰⁾	Si ⁽¹¹⁾	No di routine ⁽²⁾
FF	Per ingresso stanza < 1 m dal paziente	No	No	No	No	No di routine ⁽¹⁰⁾	No di routine ⁽¹¹⁾
	Proc. generanti Aerosol ⁽¹²⁾	Si	No di routine ⁽¹⁴⁾	No di routine ⁽¹²⁾	Si	Si	Si
	Mascherine per paziente fuori stanza isolamento ⁽⁴⁾	Si	Si	Si ⁽¹⁵⁾	Si	Si	Si
Stanza singola	Si ⁽¹⁶⁾ (se disponibile)	No	Si ⁽¹⁶⁾ (se disponibile)	Si ⁽¹⁵⁾ (se disponibile)	Si	Si	No di routine ⁽²⁾
Stanza isolam. respiratorio ⁽¹⁷⁾	No	No	No	No	No di routine ⁽¹⁸⁾	No di routine ⁽¹⁸⁾	Si
Assistenza routinaria (no Proc. generanti Aerosol) SINTESI PRECAUZIONI	Standard + Droplet	Standard	Standard + Droplet + Contatto	Standard + Droplet	Standard + Droplet + Contatto	Standard + Droplet + Contatto	Standard + Airborne ⁽¹⁶⁾ + Contatto

RA: Risk Assessment RSV: Respiratory Syncytial Virus FF: Facciale Filtrante

ALLEGATO 3.

Utilizzare le "Precauzioni Contatto", in aggiunta a quelle Standard, per l'assistenza a tutti i pazienti con infezione (nota o sospetta) trasmissibile per contatto.

Interrompere le "Precauzioni Contatto" dopo la risoluzione di segni e sintomi o in conformità con le raccomandazioni per specifici microrganismi.

I. RICOVERO DEL PAZIENTE

II. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI (DPI)

III. TRASPORTO DEL PAZIENTE

IV. ATTREZZATURE ASSISTENZIALI

V. SANIFICAZIONE AMBIENTALE

I. RICOVERO DEL PAZIENTE

9. Strutture di degenza

- Ricoverare il paziente in stanza singola.
- In caso di scarsa disponibilità di stanze singole, valutare le seguenti alternative (in ordine di priorità):
 - Dar precedenza ai pazienti che presentano condizioni che possono facilitare la trasmissione dei microrganismi (es. drenaggi non protetti, incontinenza fecale).
 - Ricoverare nella stessa stanza pazienti infetti o colonizzati con lo stesso patogeno e con analoghi fattori di rischio.
 - Se si ricovera un paziente che richiede le "Precauzioni Contatto" nella stanza di un altro paziente che non è infetto o colonizzato con lo stesso microrganismo:
 - Evitare di ricoverare i pazienti in isolamento da contatto nella stessa stanza di soggetti ad alto rischio di eventi avversi infettivi o con fattori che possono facilitare la trasmissione (es. immunodepressi, soggetti con ferite aperte o con probabile degenza prolungata).

Assicurarsi che i pazienti siano separati l'uno dall'altro (almeno 1 metro).
Predisporre una barriera (tenda) tra i letti per minimizzare la possibilità di contatto diretto.

- Cambiare gli indumenti di protezione e lavarsi le mani tra un paziente e l'altro indipendentemente dal fatto che uno o entrambi i pazienti sia o no in isolamento da contatto.

10. Strutture ambulatoriali

- Nelle strutture ambulatoriali, portare il paziente in un ambulatorio o in un box di isolamento nel più breve tempo possibile.

