



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

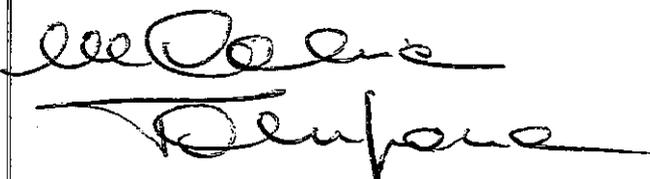


DIREZIONE GENERALE

Deliberazione n. 940

del 14.10.2014

Oggetto: GESTIONE DEL PAZIENTE COLONIZZATO/INFETTO DA
MICROORGANISMI MULTIFARMACO-RESISTENTI (MDRO)

<p>Direzione Sanitaria di Presidio</p> <p>PROPOSTA n° 27 DEL 08.10.2014</p> <p>La presente deliberazione è composta da n. Pagine 22</p> <p>Responsabile U.O. di Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere Prof.ssa M.V. Torregrossa</p> <p></p>	<p>Area Gestione Economico - Finanziaria</p> <p>Autorizzazione spesa n.</p> <p>Del</p> <p>Conto di costo _____ NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p>Il Responsabile dell'Area Gestione Economico - Finanziaria</p>
---	--

Ai sensi della Legge 15/68 e della Legge 241/90, recepita in Sicilia con la L.R. 10/91, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.

Il Direttore Generale

Dott. Renato Li Donni

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 211/Serv. 1° S.G.
del 24 giugno 2014

Con l'intervento, per il parere prescritto dall'art.3 del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dal
D.l.vo n.517/93 e dal D.L.vo 229/99

Del Direttore Amministrativo Dott. Roberto Colletti

E del Direttore Sanitario Dott. Luigi Aprea
Svolge le funzioni di Segretario verbalizzante

Gabriella Donzell

Per copia conforme all'originale

Il Dirigente Amministrativo

Gabriella Donzell



DIREZIONE GENERALE

Delibera n. 940

del 24.10.2014

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO Il D.Lgvo 30 dicembre 1992 n.502 e successive modifiche e integrazioni operate dai Decreti Legislativi 07.12.1993, n.517 e 19.06.1999, n.229;

VISTO Il D.L.gvo 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;

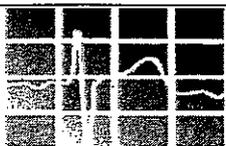
VISTA La L.R. 14 aprile 2009, n.5 relativa alle "norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATA La grande emergenza della presenza di MICRORGANISMI MULTIFARMACO-RESISTENTI (MDRO) si è ritenuto necessario promuovere una procedura per unificare i comportamenti di tutto il personale sanitario aziendale per la gestione e il contenimento della diffusione degli stessi.

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

DELIBERA

E' approvato il protocollo " GESTIONE DEL PAZIENTE COLONIZZATO/ INFETTO DA MICRORGANISMI MULTIFARMACO-RESISTENTI (MDRO); per la diffusione a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante.



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



DIREZIONE GENERALE

Il Direttore Amministrativo
Dott. Roberto Colletti

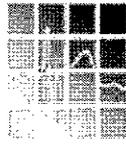
Il Direttore Sanitario
Dott. Luigi Aprea

Il Direttore Generale
Dott. Renato Ai Dorini

Segretario Verbalizzante
Gabriella Douzelli

ESTREMI ESECUTIVITA'	PUBBLICAZIONE
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 6. Ufficio Atti Deliberativi Il Responsabile	Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 30/93 art.53 comma 2, a decorrere dal <i>14.10.2014</i> e fino al <i>12.11.2014</i> Ufficio Atti Deliberativi <i>Gabriella Douzelli</i>
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.8 della L.412 del 1991 è divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA decorso il termine di cui alla L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	La presente Delibera è stata registrata nell'apposito registro del Collegio Sindacale Ufficio Atti Deliberativi <i>Gabriella Douzelli</i>
<input type="checkbox"/> Delibera non soggetta al controllo ai sensi dell'art.28 comma 6 legge regionale 26 marzo 2002 n.2 è dichiarata IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA ai sensi della L.R. n. 30/93 art.53 comma 7.	La presente deliberazione è composta da n. _____ pagine

NOTE:



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO PAOLO GIACCONE
DI PALERMO



GESTIONE DEL PAZIENTE COLONIZZATO / INFETTO DA MICRORGANISMI MULTIFARMACO-RESISTENTI (MDRO)

ACCETTAZIONE, ISOLAMENTO E TRASPORTO del paziente
SANIFICAZIONE, DISINFEZIONE PERIODICA E TERMINALE dell'ambiente

PROCEDURA AZIENDALE - Luglio 2014 - Revisione n.

INDICE

1. Oggetto della Procedura	pag.	2
2. Scopo della Procedura	pag.	2
3. Campo di applicazione e destinatari della Procedura	pag.	2
4. Responsabilità generali sulla Procedura	pag.	2
5. Definizioni e sigle	pag.	4
6. Razionale della Procedura	pag.	5
7. Procedura: Accettazione del paziente colonizzato / infetto da MDRO	pag.	9
8. Procedura: Isolamento del paziente colonizzato / infetto da MDRO	pag.	11
9. Procedura: Trasporto del paziente colonizzato / infetto da MDRO	pag.	13
10. Informazione dei pazienti e visitatori	pag.	14
11. Procedura: Sanificazione e disinfezione dei locali di isolamento	pag.	15
12. Bibliografia	pag.	18
Allegato 1 – Precauzioni standard	pag.	20

1. OGGETTO DELLA PROCEDURA

Nella Procedura vengono definite le modalità di:

- accettazione dei pazienti colonizzati/infetti da MDRO;
- isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da MDRO;
- trasferimento di pazienti colonizzati/infetti da MDRO;
- modalità di disinfezione periodica e terminale dei locali di isolamento di pazienti colonizzati/infetti da MDRO.

2. SCOPO DELLA PROCEDURA

Lo scopo della Procedura è definire:

- quali sono le attività da intraprendere per prevenire la diffusione e le infezioni dei MDRO;
- quali sono le risorse da utilizzare.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI DELLA PROCEDURA

La Procedura si applica a:

- tutte le UU.OO. nelle quali afferiscano pazienti colonizzati o infetti da MDRO.

Tutti gli operatori sanitari di tutte le UU.OO. sono destinatari del presente documento.

4. RESPONSABILITA' GENERALI SULLA PROCEDURA

Il Responsabile e l'Infermiere Coordinatore dell'U.O. devono portare a conoscenza tutto il personale sanitario (strutturato e non) della procedura adottata dall'Azienda relativamente all'isolamento dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti.

Il nucleo operativo dell'U.O. Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere verificherà, durante la sorveglianza epidemiologica la corretta esecuzione della procedura.

Tabella 1 Matrice delle responsabilità

	DS	U.O. Prev. e Sorv. IO	Direttore UU.OO.	RSI	CC.SS.; Infermieri Coordinatori	Personale Sanitario Medico e Infermieristico	Personale tecnico	Pazienti e visitatori
Procedura	A	R						
Divulgazione procedura			R	R	R			
Revisione procedura	A	R						
Controllo sulla corretta esecuzione procedura		R	R			C	C	
Esecuzione delle procedure						R	R	R
Lavaggio corretto delle mani						R	R	R

Legenda:

A = Approvazione;

R = Responsabile;

C = Coinvolto.

DS = Direzione Sanitaria;

RSI = Responsabile del Servizio Infermieristico;

CC. SS. = Capo Sala.

Nota: Tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali è rigorosamente tenuto al corretto lavaggio delle mani.

Nota: Gli operatori sanitari devono comunicare all'U.O. di Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere il sospetto o il caso accertato.

5. DEFINIZIONI E SIGLE

Colonizzazione: si intende la presenza del germe senza risposta associata dell'ospite. La colonizzazione non prevede trattamento antibiotico.

Colonizzazione sospetta: condizione di pazienti che

- hanno una storia di ripetuti recenti ricoveri o
- provengono da una lungodegenza o
- provengono da una Unità di Cure Intensive.

(Tutte condizioni che frequentemente si associano a colonizzazione da MDRO).

CRE: Carbapenem-resistant enterobacteriaceae.

DPI: Dispositivo di protezione individuale.

Droplets: goccioline di saliva o secreto dell'albero respiratorio della dimensione > 5 micron.

ESBL: Extended-spectrum beta lactamase.

FFP: Acronimo di Filtrante Facciale di protezione. Dispositivo di protezione individuale pluriuso classificato in base al potere filtrante dell'aria inspirata: P1=78%; P2=92%; P3=98%.

Infezione: Condizione di invasione e moltiplicazione del microrganismo nell'ospite con associata risposta dello stesso ed eventuale sintomatologia. L'infezione richiede trattamento antibiotico e solitamente è preceduta dalla colonizzazione.

Lavaggio sociale delle mani: lavaggio delle mani eseguito con acqua e detergente, rivolto alla eliminazione dello sporco visibile, all'abbattimento della flora batterica transitoria e alla riduzione della flora batterica residente.

Lavaggio delle mani con soluzione idroalcolica (frizione delle mani con soluzione alcolica): applicazione per frizione di soluzione/gel idroalcolica concentrata al 70% con azione antisettica, per ridurre o inibire la proliferazione di microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamano o altro. E' il metodo più veloce e meglio tollerato.

MDRO: Multi-Drug-Resistant Organisms (Microrganismi multifarmaco-resistenti).

MRSA: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus.

Precauzioni Standard: insieme di raccomandazioni di riconosciuta efficacia da adottare nei riguardi di tutti i pazienti ricoverati, indipendentemente dalla patologia che li ha condotti in ospedale. Le precauzioni standard hanno l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione di patogeni nei luoghi di cura.

Sorgente: organismo, oggetto o matrice da cui si diffonde il microrganismo. Può essere

- animata (pazienti, personale, visitatori, persone con malattie in incubazione o in fase acuta, persone colonizzate, portatori cronici);
- inanimata (presidi e attrezzature contaminate, ambiente).

Spp: abbreviazione di "specie". Si riferisce a quei microorganismi di cui si conoscono molte specie (es. *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*).

VISA: Vancomycin-intermediate *S. aureus*.

VRE: Vancomycin-resistant enterococchi.

Unità degente: Si intende per Unità degente l'insieme del letto del paziente ricoverato e di tutti gli arredi, le apparecchiature, i dispositivi e le superfici a frequente contatto che lo circondano.

6. RAZIONALE DELLA PROCEDURA

I germi multiresistenti sono microorganismi resistenti all'azione di molteplici antibiotici, in grado di causare le medesime infezioni sostenute dai germi antibiotico-sensibili, con cui condividono la stessa virulenza e le stesse modalità di trasmissione.

E' importante inoltre specificare che tali microorganismi multiresistenti non devono essere confusi con i microorganismi in grado di causare malattie infettive diffuse, infatti:

- i microorganismi che causano malattie infettive diffuse sono microorganismi che, partendo da un soggetto fonte, possono contagiare e infettare soggetti venuti a contatto (anche sano, ivi inclusi gli operatori sanitari). Per tali malattie è obbligatoria la notifica di malattia infettiva e l'adozione di specifiche precauzioni atte ad interrompere la catena di trasmissione. Il personale sanitario è pertanto soggetto a rischio di malattia come un qualsiasi altro soggetto venuto a contatto con tali microorganismi senza le dovute precauzioni;
- i microorganismi multiresistenti non causano malattie infettive contagiose trasmissibili da soggetto infetto a soggetto sano e operatori sanitari. Gli operatori sanitari però sono la principale fonte di contagio per i pazienti suscettibili a tali germi ove non si adottino le precauzioni necessarie ad evitarne la trasmissione, prima fra tutte il corretto lavaggio delle mani.

La necessità di adottare comportamenti assistenziali atti a ridurre quanto più possibile la trasmissione è conseguenza dei notevoli rischi correlati alla presenza di germi multiresistenti:

- aumento della probabilità di fallimento terapeutico;
- aumento del rischio di morbosità e mortalità;
- aumento della durata della degenza ospedaliera.

PRINCIPALI MDRO

La Procedura si applica ai pazienti, di qualunque U.O., con una colonizzazione / infezione che riconosce come agente causale uno dei seguenti microrganismi multiresistenti:

- Staphylococcus aureus con ridotta sensibilità ai glicopeptidi (VISA);
- Staphylococcus aureus meticillino resistente (MRSA);
- Enterococcus vancomicina/teicoplanina resistente (VRE);
- Bacilli Gram negativi non fermentanti (Pseudomonas spp., Acinetobacter spp. etc.);
- Enterobatteri / produttori di ESBL (beta-lattamasi a spettro esteso);
- Acinetobacter baumannii resistente a tutti gli antibiotici testati, compresi i carbapenemici;
- Klebsiella pneumoniae KCP o CRE.

PAZIENTI INTERESSATI

I MDRO possono colonizzare qualunque individuo, saranno poi le condizioni dell'ospite a determinare o meno l'insorgenza delle infezioni; per questo la diffusione di tali microrganismi è prevalente nelle unità di ricovero che accolgono pazienti:

- immunodepressi;
- affetti da patologie multiple;
- frequentemente sottoposti a tecnologie invasive che aumentano il rischio di diffusione di microrganismi;
- che necessitano di ricoveri prolungati (maggiore esposizione al rischio di colonizzazione/infezione).

COLONIZZAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

La mancata osservanza di corretti comportamenti assistenziali può determinare la colonizzazione degli operatori sanitari, i quali diventano essi stessi serbatoi di infezione e quindi vettori. I soggetti colonizzati da alcuni tipi di MDRO possono rimanere anche per anni portatori assolutamente asintomatici, fungendo pertanto da serbatoio inconsapevole di infezione.

I siti dei pazienti più frequentemente colonizzati da MDRO sono:

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

PRECAUZIONI

Le precauzioni da adottare al fine di evitare la colonizzazione/infezione tra pazienti e da parte del personale di assistenza, dipendono dalle modalità di trasmissione, a loro volta legate al sito di colonizzazione/infezione.

Si ribadisce che dette precauzioni devono essere messe in atto all'isolamento del microrganismo multiresistente, anche se trattasi di colonizzazione e non di infezione.

Si riporta nella sottostante tabella la tipologia di precauzioni da adottare in base al sito in cui viene isolato il microrganismo:

Tabella 2 Tipi di precauzioni da adottare in base al sito di isolamento del MDRO

MICROORGANISMO	ISOLATO DA	TIPO DI PRECAUZIONE DA ADOTTARE (oltre alle precauzioni standard)
<ul style="list-style-type: none"> - MRSA - ENTEROBATTERIACEE ESBL - ACINETOBACTER BAUMANNI MULTIRESISTENTE 	Cute, drenaggi, ferita chirurgica	DA CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
<ul style="list-style-type: none"> - PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE A TUTTI GLI ANTIBIOTICI TESTATI - STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA 	Vie respiratorie	DA CONTATTO + DA DROPLET
VRE (vancomycin-resistant enterococci) CRE (carbapenem-resistant enterobacteriaceae)	Cute, drenaggi, ferita chirurgica	DA CONTATTO
	Sangue	
	Urine	
	Feci	DA CONTATTO + DA DROPLET
	Vie respiratorie	

1. Precauzioni standard:

Vanno applicate nell'assistenza di tutti i pazienti, indipendentemente dalla presenza certa di colonizzazione / infezione, e in aggiunta alle eventuali precauzioni da contatto o da droplets. Le precauzioni standard sono descritte in Allegato 1.

2. Precauzioni da contatto:

- Chiunque si avvicina all' area paziente deve indossare i guanti (puliti, non sterili).
 - I guanti impiegati nell'assistenza al paziente colonizzato / infetto devono essere sostituiti subito dopo il contatto, sia con il paziente, sia con materiale che può contenere microrganismi (es. materiale fecale, drenaggi ferite, saliva, sangue, etc), sia con arredi/apparecchiature/dispositivi (letto, effetti lettereschi, sondini, cateteri, apparecchiature, etc) posti vicino al paziente o dallo stesso utilizzati.
 - I guanti devono essere rimossi prima di lasciare l'area paziente ed immediatamente va effettuato il lavaggio delle mani con detergente antisettico. Non si devono toccare superfici o oggetti ubicati fuori dell'area paziente con guanti utilizzati all'interno di tale area.
 - Dopo la rimozione dei guanti e il lavaggio delle mani, non si devono toccare superfici ambientali o oggetti usati per l'assistenza, potenzialmente contaminati, per evitare di trasferire i microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.
- Indossare un camice (è sufficiente un camice pulito non sterile) quando si entra nella stanza di isolamento o nell'area paziente se si prevede un importante contatto con il paziente, con superfici o strumenti contaminati, oppure quando il degente è incontinente o presenta diarrea, ileostomia, colonstomia o drenaggi.
 - Rimuovere sempre il camice prima di lasciare la stanza o l'area paziente, toccando solo la superficie interna e arrotolandolo su se stesso al fine di evitare di contaminare la divisa. Se contaminata, la divisa deve essere subito cambiata.
- **Utilizzare dispositivi monouso e/o dedicati per la cura del pazienti (es. sfigmomanometri etc.).** Per le caratteristiche di sopravvivenza dei microrganismi multiresistenti particolare attenzione deve essere rivolta alla gestione delle piccole attrezzature usate sul paziente ed al trattamento delle attrezzature mobili che vengono trasportate all'interno della stanza di isolamento (es: elettrocardiografi, portatili di radiologia ed ecografi).

3. Precauzioni da droplets:

- Tutte le persone che vengono in contatto con il paziente (anche visitatori) devono indossare una mascherina chirurgica.
- Ove il microrganismo multiresistente sia stato isolato dalle vie respiratorie è obbligo del personale che si avvicina entro un metro dal paziente di indossare oltre alla mascherina chirurgica anche gli occhiali protettivi per evitare contaminazioni da droplet emessi soprattutto nelle manovre di broncoaspirazione (se paziente intubato) o in caso di tosse se paziente non intubato.

7. PROCEDURA: ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE COLONIZZATO / INFETTO DA MDRO

OBIETTIVO DELLA PROCEDURA DI ACCETTAZIONE:

ridurre la carica microbica, evitare la diffusione

A. ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE POTENZIALMENTE COLONIZZATO / INFETTO DA MDRO

PROTOCOLLO S. I. D. I. T. E.

Al momento dell'accoglienza in U.O. di un paziente potenzialmente colonizzato da MDRO (paziente proveniente da U.O. di Lungodegenza o da ricovero in Rianimazione e/o Terapia Intensiva, paziente con storia di ripetuti ricoveri, paziente immunodepresso) è utile applicare il seguente protocollo mnemonico:

Tabella 3 **Protocollo S. I. D. I. T. E.**

S	Sospettare la colonizzazione del paziente in base alla storia ed alla provenienza
I	Isolamento cautelativo con applicazione di precauzioni standard e aggiuntive per contatto. L'isolamento va effettuato quando il sospetto è molto elevato
D	Dispositivi di Protezione Individuale / mezzi barriera: utilizzare guanti monouso e sovracamici con maniche lunghe per tutti i contatti con il paziente
I	Igiene delle mani: <ul style="list-style-type: none"> - Prima di ogni contatto procedere a detersione delle mani con gel idroalcolico, poi indossare i guanti - Dopo ogni contatto con il paziente e l'ambiente che lo circonda (con particolare attenzione alle superfici più manipolate compresi: pompe di infusione, elettromedicali e ausili dedicati, letto, comodino, etc): rimuovere i guanti ed effettuare un accurato lavaggio con acqua e sapone antisettico (o gel idroalcolico per la disinfezione delle mani)
T	Test. Eseguire nel più breve tempo possibile le indagini microbiologiche necessarie alla definizione della diagnosi
E	Esterni (visitatori, altri soggetti, ect.). Educare il paziente e i visitatori circa la necessità di utilizzare precauzioni finalizzate a prevenire la diffusione di microrganismi ad altre persone ed all'ambiente (numero limitato di visitatori, non toccare l'unità degente e, se necessario, immediatamente lavarsi le mani con prodotto idroalcolico)

Tabella 4 **Fasi e procedure dell'accettazione**

<p>A. Accogliere il paziente in locale filtro</p>	<p>Identificare un locale o un'area destinata alla funzione filtro, nella quale procedere alla rimozione degli effetti personali, all'igiene della persona con sapone antisettico, ponendo particolare cura all'igiene delle mani e del letto ungueale.</p> <p>Il paziente deve indossare capi puliti (eventualmente in assenza, deve indossare camice preoperatorio)</p> <p>Se presenti, provvedere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sostituire le medicazioni delle ferite chirurgiche; • eseguire nuova medicazione alle lesioni da pressione; • rimuovere e sostituire il catetere vescicale; • sostituire le vie infusionali e procedere a nuova medicazione del punto di inserzione del catetere venoso centrale e/o periferico • procedere infine alla detersione e disinfezione degli ausili (barella o sedia a rotelle) e dei dispositivi utilizzati con disinfettante a base di cloro al 5% (contatto 5 minuti, risciacquo) e al termine, all'allontanamento della relativa biancheria. <p>N.B.: in caso di paziente in condizioni critiche, se non è possibile procedere immediatamente all'igiene completa del paziente con detergente antisettico, lavare sempre le mani del paziente, rimuovere e sostituire comunque gli abiti, le medicazioni, il catetere venoso e/o vescicale procedendo anche solo parzialmente all'antisepsi della cute con clorexidina digluconato al 2% in alcool etilico al 70%.</p>
<p>B. Gestire gli effetti personali del paziente</p>	<p>Consegnare ai familiari gli effetti personali del paziente chiedendo di procedere con additivi disinfettanti in lavatrice (eventualmente chiuderli in un sacco di plastica sino alla consegna).</p> <p>Chiedere la sostituzione degli effetti personali non lavabili (pantofole, beauty case, etc).</p> <p>Nel caso di pazienti che non hanno parenti o persone di riferimento procedere alla disinfezione delle pantofole e degli effetti personali non lavabili con prodotto a base di alcol isopropilico</p>
<p>C. Isolamento cautelativo</p>	<p>In caso di forte sospetto di colonizzazione / infezione, in attesa della diagnosi certa, procedere con isolamento cautelativo come se fosse accertata la colonizzazione/infezione.</p>

B. ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE CON ACCERTATA COLONIZZAZIONE / INFEZIONE DA MDRO

In caso di accoglienza di paziente con accertata colonizzazione/infezione da MDRO, procedere come indicato in caso di paziente potenzialmente colonizzato da MDRO, attivando inoltre

l'isolamento (stanza singola, cohorting o isolamento spaziale) e le relative precauzioni specifiche (da contatto, da droplets).

Note speciali per l'accoglienza e la gestione in ambulatorio dei pazienti con colonizzazione / infezione respiratoria:

Per contenere il rischio infettivo da secrezioni respiratorie di pazienti con segni e sintomi di infezione respiratorie, fin dal primo momento di accesso nella struttura (ad esempio triage, sale di attesa della accettazione e del pronto soccorso, ambulatori e studi medici), mettere in atto le seguenti misure:

- informare sulla necessità dell'igiene delle mani;
- incoraggiare i pazienti a mantenere una distanza di sicurezza (almeno 1 metro) da altre persone presenti in ambienti comuni.

Negli ambulatori:

- adottare sistemi (triage) per identificare i pazienti con infezione accertata o sospetta che richieda precauzioni per via aerea;
- sistemare quanto prima il paziente in una stanza per l'isolamento respiratorio; se non è disponibile, far indossare al paziente una mascherina chirurgica e ospitarlo in una sala visite. Quando il paziente ha lasciato la stanza, lasciarla vuota per il tempo sufficiente a consentire un completo ricambio dell'aria (almeno 1 ora).

8. PROCEDURA: ISOLAMENTO DEL PAZIENTE COLONIZZATO / INFETTO DA MDRO

OBIETTIVO DELL'ISOLAMENTO: evitare la diffusione dei batteri MDRO

Tabella 5 Fasi dell'isolamento

A. Prescrizione medica	Si procede all'isolamento del paziente su prescrizione medica quando la colonizzazione / infezione è accertata o fortemente sospetta. Il termine del periodo di isolamento viene prescritto dal medico sulla base di criteri clinici.
B. Procedure di isolamento	L'isolamento deve essere attivato secondo le raccomandazioni presenti nella tabella successiva, sulla base delle vie di trasmissione dello specifico microrganismo.
C. Informativa alla Direzione Sanitaria (U.O. di Prevenzione e Sorveglianza)	Il medico avrà cura di comunicare l'attivazione della procedura di isolamento (procedura di

delle Infezioni Ospedaliere)	comunicazione di malattie infettive)
D. Precauzioni	A seconda del tipo di MDRO e della sua localizzazione, procedere all'applicazione delle precauzioni specifiche (da contatto, da droplet/aerea) in aggiunta alle precauzioni standard.

Tabella 6 Protocollo dell'isolamento

Quando si attiva il protocollo	Quando l'esame microbiologico ^(*) risulta positivo per uno dei MDRO sovrामenzionati. (* Il referto dell'es. microbiologico viene anticipato telefonicamente e trasmesso formalmente dalla U.O. di Microbiologia. Nel referto, oltre alla descrizione di "Alert Organism" già in essere, sarà presente la dizione "attenzione protocollo isolamento germi multiresistenti"	
Chi attua il protocollo	Il Responsabile e il Coordinatore dell'U.O. in cui è ricoverato il paziente, attivano l'isolamento e le precauzioni da adottare e predispongono il personale e il materiale per l'attuazione dell'isolamento.	
Modalità di attuazione di isolamento	Ubicazione	STANZA SINGOLA. Collocazione del paziente infetto in stanza singola.
		AREA DI ISOLAMENTO SPAZIALE. Ove la stanza singola non sia disponibile, creare una zona di isolamento all'interno dell'U.O. (area di isolamento spaziale paziente): - posizionando il paziente in posto letto estremo; - mantenendo una distanza di almeno 1 metro e mezzo dal paziente più vicino - bloccando (se necessario) il posto letto vicino. Il ricoverato nel posto letto "più vicino" al paziente colonizzato/infetto deve essere un paziente non infetto e a "basso rischio" di I.O.
		AREA DI ISOLAMENTO PER COHORTING. Se presenti due o più pazienti con colonizzazione/infezione data dallo stesso germe: - creare un'area di isolamento dove effettuare l'isolamento per coorting: a) pazienti vicini tra loro in una stanza con posizione estrema nell'U.O.; b) pazienti a distanza di almeno un metro e mezzo dagli altri (se necessario bloccando il posto letto immediatamente vicino). Anche in quest'ultimo caso ricoverare nel posto letto "più vicino" all'"area paziente" un paziente non infetto e a "basso rischio" di I.O.
	Personale	Paziente in stanza singola: Il personale di assistenza deve accedere alla stanza dopo essersi lavato le mani e indossato i DPI previsti dalle precauzioni standard e da contatto; deve togliere i DPI prima di lasciare la stanza.
Paziente in area di isolamento spaziale: Il personale deve accedere all'area dopo essersi lavato le mani e indossato i dpi previsti dalle precauzioni standard e da contatto. Se il personale abbandona l'area di isolamento spaziale deve togliersi i dpi indossati in detta area lavandosi le mani o con prodotto idroalcolico.		
Percorsi di accesso al paziente	Percorsi di accesso al malato colonizzato/infetto quanto più possibile differenziati da quelli per gli altri malati ricoverati nell'U.O..	

Raccomandazioni per l'isolamento:

1. è necessario garantire frequenti ricambi d'aria nella stanza di isolamento;
2. è necessario lasciare SEMPRE all'esterno della stanza di isolamento la documentazione clinica del paziente;

3. è necessario garantire controlli frequenti al paziente in isolamento, per non trasformare l'isolamento in "abbandono";
4. non è necessario limitare l'accesso dei visitatori. È sufficiente fornire istruzioni sulle modalità di comportamento e sui dispositivi di barriere specifici;
5. il successo dell'isolamento è determinato dai comportamenti di tutto il personale (sanitario e non) che deve sentirsi personalmente responsabile del rispetto delle procedure di pulizia e disinfezione di tutte le superfici e delle attrezzature;
6. Si consiglia di lasciare nell'area adiacente al letto i dispositivi medici necessari in quantitativi congrui all'attività assistenziale giornaliera, evitando scorte eccessive che dovranno essere eliminate alla dimissione del paziente.

Note speciali per l'isolamento dei pazienti con colonizzazione / infezione respiratoria:

Nei reparti:

- sistemare i pazienti per i quali sono necessarie le precauzioni per via aerea in una stanza per l'isolamento respiratorio;
- garantire il più possibile un elevato numero di ricambi d'aria per un ora;
- il paziente deve rimanere confinato nella propria stanza e disporre, se possibile, di bagno dedicato;
- le porte devono essere tenute chiuse. Dopo la dimissione le porte devono essere tenute chiuse per il tempo sufficiente alla rimozione di microrganismi a trasmissione aerea (almeno 1 ora);
- educare i pazienti ad indossare la mascherina e ad osservare le norme che riducono la trasmissione respiratoria fuori dalla stanza di isolamento respiratorio.

9. PROCEDURA: TRASPORTO DEL PAZIENTE COLONIZZATO / INFETTO DA MDRO

Raccomandazioni per il trasporto:

- limitare gli spostamenti e il trasporto del paziente ai soli casi assolutamente necessari garantendo comunque l'effettuazione dell'iter diagnostico-terapeutico necessario al paziente;
- se lo spostamento e il trasporto del malato sono indispensabili, è necessario informare il personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito in merito alla situazione microbiologica del paziente;
- concordare con l'U.O. (ove possibile) l'esame / l'intervento chirurgico in modo che sia l'ultimo della giornata per permettere la disinfezione ambientale;

- il personale dell'U.O. dove viene inviato il paziente, deve adottare le precauzioni stabilite (contatto o droplets);
- devono essere indicati al personale deputato allo spostamento del paziente colonizzato/infetto i dispositivi di protezione individuale che deve utilizzare durante lo spostamento del paziente;
- informare il personale dell'U.O. in cui viene eseguita la procedura della necessità di effettuare idonea pulizia e sanificazione delle attrezzature utilizzate e dell'ambiente;
- assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione di microrganismi ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature;
- in caso di colonizzazioni / infezioni delle vie respiratorie con possibili emissioni di droplets (paziente non intubato) il paziente deve indossare una mascherina chirurgica.

10. INFORMAZIONE DEI PAZIENTI E VISITATORI

INFORMAZIONE DEI PAZIENTI

I pazienti lucidi e collaboranti devono essere informati della propria condizione di colonizzazione / infezione da parte di MDRO, perché possano cooperare con gli operatori sanitari al fine di ridurre la diffusione dei microrganismi.

Particolare attenzione bisogna riporre nell'educare i pazienti con sospetta o accertata colonizzazione/infezione dell'apparato respiratorio da MDRO.

Anche lo stato di infezione o colonizzazione da CRE necessita una scrupolosa informazione ed educazione dei pazienti sulle misure di prevenzione che dovranno adottare, con particolare attenzione all'igiene delle mani.

L'informazione deve essere fornita da medici e infermieri, durante l'assistenza del paziente, anche con l'ausilio di moduli pre-stampati (l'informazione deve considerare almeno i seguenti aspetti: che cos'è un CRE, che cosa significa essere portatore di CRE, come si trasmette/diffonde un CRE, come si previene la trasmissione di CRE, come si tratta un'infezione da CRE, quali sono i rischi per la salute del paziente con infezione da CRE).

INFORMAZIONE DEI VISITATORI

Sulla porta di degenza del paziente deve essere apposto un cartello che informa/avvisi chiunque acceda di applicare le precauzioni da contatto.

11. PROCEDURA: SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE DEI LOCALI DI ISOLAMENTO

E' di fondamentale importanza mantenere sempre elevati livelli di pulizia nei locali di isolamento per ridurre la carica microbica ambientale. La definizione di politiche e procedure scritte per gli interventi di pulizia, disinfezione è essenziale per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi patogeni veicolati da attrezzature e device contaminati o a partenza da serbatoi ambientali.

Raccomandazioni:

- fornire agli addetti alle pulizie adeguate istruzioni sulle modalità di comportamento da adottare e sui dispositivi di barriera da utilizzare;
- utilizzare metodi appropriati per la rimozione dello sporco/polvere delle aree destinate ai pazienti immunocompromessi: spolveratura a umido utilizzando, per minimizzare l'esposizione alla polvere per via aerea, un panno monouso sui pavimenti. Rimuovere giornalmente la polvere delle superfici orizzontali inumidendo un panno monouso con delle piccole quantità di detergente disinfettante appropriato;
- la pulizia dei pavimenti deve essere effettuata rimuovendo ogni volta gli ostacoli presenti e tutti gli arredi che possono essere spostati agevolmente;
- porre molta attenzione della pulizia e disinfezione delle superfici a frequente contatto con i pazienti (testata del letto, pediera e sponda del letto, carrelli, comodini, sedia, ante degli arredi, maniglie delle porte, manopole dei rubinetti). Queste superfici devono essere pulite e disinfettate con una frequenza intensiva; per ogni unità degente devono essere utilizzati panno carta e/o panni elettrostatici monouso e da smaltire immediatamente nella zona filtro;
- un altro elemento da presidiare è costituito dalle tende divisorie tra i letti presenti in alcune terapie intensive ed in alcune salette del Pronto Soccorso. La loro contaminazione può essere fonte di trasmissione perché sono comunemente toccate da pazienti e operatori sanitari, sono pulite o cambiate raramente, è più probabile che il personale sanitario esegua l'igiene delle mani dopo il contatto con il paziente che dopo il contatto con le superfici che lo circondano;
- assicurare che lo staff addetto alle pulizie aderisca effettivamente alle procedure di pulizia e disinfezione.

PROCEDURA DI IGIENE AMBIENTALE PERIODICA.

L'igiene quotidiana dei locali utilizzati per l'isolamento del paziente deve essere effettuata con disinfettante a base di cloro al 5%, sia per la detersione/disinfezione dei pavimenti che delle superfici e degli arredi (tempo di contatto 5 min. e poi risciacquo).

Per la scopatura e spolveratura devono essere utilizzati panno carta e panni elettrostatici puliti, da smaltire immediatamente dopo l'uso nel locale di isolamento.

Il lavaggio dei pavimenti deve essere effettuato sempre con disinfettante a base di cloro al 5% utilizzando il panno dedicato.

PROCEDURA DI IGIENE AMBIENTALE TERMINALE.

Al momento della dimissione/trasferimento del paziente colonizzato/infetto da MDRO, arieggiare il locale (almeno 1 ora) e poi procedere a:

- rimozione di tutto il materiale di assistenza presente nella zona di isolamento. Smaltire i dispositivi in busta chiusa anche se non utilizzati (sondini di aspirazione, lubrificanti monouso per aspirazione, garze, cerotti, guanti ecc.), potrebbero essere contaminati sulla superficie esterna;
- invio di tutti gli effetti lettereci (guscio coprimaterasso, guanciali, coperta, sopracoperta, oltre ovviamente alle lenzuola) al lavaggio negli appositi sacchi;
- detersione e disinfezione di tutte le superfici (arredi, pavimenti, infissi) con disinfettante a base di cloro al 5%. Particolare attenzione deve essere posta alle procedure di detersione e disinfezioni delle superfici a frequente contatto con il paziente: letto, comodino, sedia e di tutti gli arredi utilizzati;
- Spolveratura e disinfezione di apparecchiature elettromedicali e monitor con prodotto alcolico;
- disinfezione di sfigmomanometro, del fonendoscopio, del termometro e di altri ausili necessari all'assistenza (padelle, bacinelle, etc.) con disinfettante a base di cloro.

CAMPIONAMENTO MICROBIOLOGICO AMBIENTALE

- Non effettuare il campionamento di routine di aria, acqua e superfici ambientali della struttura sanitaria e socio-sanitaria.
- Effettuare il campionamento microbiologico nel corso di indagini epidemiologiche di eventi epidemici o durante la valutazione del rischio legato a particolari condizioni ambientali, per definire l'entità del rischio o verificare il suo abbattimento.
- Limitare il campionamento microbiologico ambientale, a scopo di valutazione della qualità, alle seguenti situazioni:
 - colture mensili di acqua e liquido di analisi nelle unità di emodialisi;
 - valutazione a breve periodo dell'impatto di specifiche misure di controllo o di cambiamenti dei protocolli di controllo delle infezioni.

E' ampiamente dimostrato che l'insorgenza delle infezioni ospedaliere non è correlata al livello di contaminazione microbica dell'aria e delle superfici ambientali. E' molto più probabile che il paziente contamina l'ambiente, piuttosto che sia contaminato da esso.

12. BIBLIOGRAFIA

- 1.Sengstock DM, Thyagarajan R, Apalara J, et al. Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: an emerging pathogen among older adults in Community Hospitals and Nursing Homes. *Clin Infect Dis* 2010; 50(12): 1611-6.
- 2.Stephens C, Francis SJ, Abell V, et al. Emergence of resistant *Acinetobacter baumannii* in critically ill patients within an acute care teaching hospital and a long term acute care hospital. *Am J Infect Control* 2007; 35: 212-5.
- 3.Montefour K, Frieden J, Hurst S, et al. *Acinetobacter baumannii*: an emerging multidrug-resistant pathogen in Critical Care. *Crit Care Nurse* 2008; 28: 15-25.
- 4.Jung JY, Park MS, Kim SE, et al. Risk factors for multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii* bacteremia in patients with colonization in the intensive care unit. *BMC Infectious Diseases* 2010; 10: 228.
- 5.Choi WS, Kim SH, Jeon EG, et al. Nosocomial outbreak of Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in Intensive Care Units and successful outbreak control program. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 999-1004.
- 6.Karageorgopoulos DE, Falagas ME. Current control and treatment of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* infections. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 751-62.
- 7.Pitt T. Management of antimicrobial-resistant *Acinetobacter* in hospitals. *Nursing Standard* 2007; 21(35): 51-6.
- 8.Klakus J, Vaughan NL, Boswell TC. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* contamination of hospital curtains. *J Hosp Infect* 2008; 68: 189-90.
- 9.Das I, Lambert P, Hill D, et al. Carbapenem-resistant *Acinetobacter* and role of curtains in an outbreak in intensive care units. *J Hosp Infect* 2002; 50: 110-4.
- 10.Lin MY, Hayden MK. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococcus*: recognition and prevention in intensive care units. *Crit Care Med* 2010; 38(8): S335-44.
- 11.Borer A, Gilad J, Porat R, et al. Impact of 4% chlorhexidine whole-body washing on multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* skin colonisation among patients in a medical intensive care unit. *J Hosp Infect* 2007; 67(2): 149-55.
- 12.Evans HL, Dellit TH, Chan J, et al. Effect of chlorhexidine whole-body bathing on hospital-acquired infections among trauma patients. *Arch Surg* 2010; 145(3): 240-6.
- 13.Popovich KJ, Hota B, Hayes R, et al. Effectiveness of routine patients cleansing with chlorhexidine gluconate for infection prevention in the Medical Intensive Care Unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 959-63.

14. Carling PC, Briggs J, Hylander D, et al. An evaluation of patient area cleaning in 3 hospitals using a novel targeting methodology. *Am J Infect Control* 2006; 34: 513-9.
15. Perez F, Endimiani A, Ray AJ, et al. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Klebsiella pneumoniae* across a hospital system: impact of post-acute care facilities on dissemination. *J Antimicrob Chemother* 2010; 65: 1807-18.
16. Weber DJ, Rutala WA, Miller MB, et al. Role of hospital surfaces in the transmission of emerging health care-associated pathogens : Norovirus, *Clostridium difficile*, and *Acinetobacter* species. *Am J Infect Control* 2010; 38: S25- 33.
17. CDC. Guidance for control of infections with carbapenem-resistant or carbapenemase-producing enterobacteriaceae in acute care facilities. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 58: 256-60.
18. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *Am J Infect Control* 2007; 35: S165-93.

ALLEGATO 1 - PRECAUZIONI STANDARD

IGIENE DELLE MANI

- Le mani devono essere lavate immediatamente e con accuratezza se si verifica un accidentale contatto con il sangue, fluidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminanti, anche se l'operatore indossa i guanti
- E' obbligatorio lavare le mani prima di assistere il malato
- Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza tra una procedura assistenziale e l'altra, anche se eseguita allo stesso paziente
- Le mani devono essere lavate prontamente e con accuratezza al termine dell'assistenza prestata ai pazienti, anche se si sono usati i guanti
- E' necessario prevenire e curare screpolature, abrasioni e piccole ferite della cute facendo regolarmente uso di creme emollienti e idratanti alla fine dell'attività lavorativa
- Le unghie devono essere mantenute corte, pulite e prive di smalto
- E' vietato indossare anelli, bracciali, orologi e altri monili quando si presta assistenza al paziente
- E' obbligatorio il lavaggio antisettico delle mani prima di eseguire procedure invasive sul paziente, dopo aver toccato una qualsiasi fonte che può essere contaminata con patogeni e in specifiche circostanze (es. controllo di epidemie, infezioni permanentemente endemiche)
- Le mani devono essere sempre lavate dopo la rimozione dei guanti
- Utilizzare prodotti idroalcolici e seguire le modalità operative indicate nelle linee guida aziendali.

GUANTI

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

MASCHERINE CON O SENZA VISIERA - OCCHIALI PROTETTIVI

- La mascherina, la mascherina con visiera e/o gli occhiali protettivi devono essere utilizzati per

proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici, ad esempio, prelievi, procedure aspirazione di liquidi biologici, broncoscopie, ecc.

- La mascherina con o senza visiera deve essere monouso
- Deve essere indossata sulla bocca e sul naso
- Deve essere legata correttamente dietro la testa
- Deve essere ben adesa al volto
- Non deve essere mai abbassata
- Deve essere usata una sola volta e poi gettata nel contenitore dei rifiuti potenzialmente infetti
- Dopo la rimozione, lavare accuratamente le mani
- La visiera e gli occhiali protettivi devono essere indossati correttamente.

CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI

- Devono essere indossati per proteggere la cute e prevenire l'imbrattamento degli abiti durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici
- Se si prevedono grosse contaminazioni, devono essere indossati camici idrorepellenti
- Devono essere rimossi prima di lasciare la stanza oppure ogniqualvolta è necessario interrompere lo specifico atto assistenziale
- Devono essere smaltiti nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti
- Dopo aver tolto il camice e/o gli indumenti protettivi si devono lavare le mani.

MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI/OGGETTI TAGLIENTI

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

ATTREZZATURA PER L'IGIENE DEL PAZIENTE

- Materiali taglienti o abrasivi necessari per l'igiene del paziente, quali forbici, tagliaunghie, rasoi, spazzolini per unghie, ecc., devono essere personali

- Se il paziente risulta sfornito di tali oggetti utilizzare materiale monouso o materiale riutilizzabile sterile
- Il materiale tagliente riutilizzabile prima di essere sterilizzato deve essere decontaminato e sanificato.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

- Tutte le attrezzature impiegate per l'assistenza al paziente che risultano essere contaminate con sangue, liquidi corporei, secreti ed escreti devono essere manipolati con attenzione in modo da prevenire l'esposizione di cute, mucose e indumenti
- Le attrezzature riutilizzabili non devono essere usate su altri pazienti prima di essere stati ricondizionati
- Gli strumenti dopo l'uso devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati o sterilizzati seguendo le indicazioni impartite dalle linee guida aziendali
- I materiali sanitari sporchi devono essere decontaminati negli appositi contenitori e devono essere sanificati in un lavello adibito a tale scopo. Se non è possibile utilizzare un lavello solo per la sanificazione dei materiali è necessario procedere alla decontaminazione, sanificazione e disinfezione del lavello
- Deve essere sempre fatta una corretta diluizione dei detergenti e dei disinfettanti e devono essere sempre rispettati i tempi d'azione dei disinfettanti
- I presidi sanitari monouso non devono essere riprocessati, ma devono essere smaltiti immediatamente dopo l'uso negli appositi contenitori per rifiuti ospedalieri.

SMALTIMENTO RIFIUTI

- La raccolta differenziata dei rifiuti sanitari deve essere effettuata seguendo le indicazioni impartite dalle linee guida aziendali
- Lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti deve avvenire attraverso l'utilizzo degli appositi contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
- I contenitori devono essere sistemati in posizione comoda, sicura e vicina al posto dove devono essere utilizzati
- E' vietato, nel modo più assoluto, di prelevare materiale dai contenitori per rifiuti
- Evitare di trascinare i contenitori dei rifiuti, di appoggiarli al corpo e di effettuare qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza.

BIANCHERIA

- La biancheria, qualora risulti imbrattata di sangue o liquidi organici, secreti ed escreti, deve essere riposta negli appositi sacchi per la biancheria sporca ed inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione
- I cuscini e i materassi contaminati da sangue e/o liquidi organici, devono essere immediatamente raccolti in sacchi impermeabili ed inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione
- La sostituzione degli effetti letterecci dell'unità di degenza deve essere effettuata ad ogni cambio paziente.

CAMPIONI BIOLOGICI

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

- prelevati in provette e contenitori a chiusura ermetica e non devono essere imbrattati di liquido biologico;
- manipolati utilizzando i dispositivi di protezione (visiere, guanti, camici, ecc.);
- trasportati negli appositi contenitori a chiusura ermetica. I contenitori dopo l'uso devono essere decontaminati, sanificati, disinfettati e/o sterilizzati.