



E.O. Ospedali Galliera

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione

- Comitato per la lotta contro le infezioni ospedaliere -

MANUALE SULLE MISURE DI ISOLAMENTO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE



Alla realizzazione di questo manuale hanno collaborato in qualità di:

Autori

S. Bardelli, C. Bissolotti, A. Bottiglieri, M.G. Capra, N. Cenderello, G. Congiu, M. Costa, M.P. Crisalli, S. Della Viola, D. Drago, P. Fabbri, M. Fullone, G. Gianello, R. Guasta, M.T. Landi, L. Leidi, M. Casini Lemmi, P. Lerma, B. Magalotti, R. Maggiolo, C. Manganello, C. Michelis, C. Molina, M.G. Molino, S. Monagheddu, M. Nelli, M. Neri, S. Palozzi, A.M. Piaggio, S. Puppo, R. Rivera, S. Salvador, M.C. Santarsiero, G. Sciaccaluga, C. Spallarossa, F. Traverso, D. Usiglio, P. Viviano.

Disegni

M. Adorni

Un ringraziamento particolare va alle persone che hanno promosso il progetto infermieristico e collaborato alla realizzazione del manuale:

Dott. GB. Andreoli, Sig.ra F. Benotti, Sig.D. Carratta, IID.T. Chiossone, Dott.ssa T. Corsetti, AFD. A. Porta, Dott.ssa L. Gasparini, AFD.M. Iannucci, Sig.ra E. Scuderi

INTRODUZIONE

L'isolamento rappresenta una misura idonea a prevenire la trasmissione di microrganismi da pazienti infetti o portatori ad altri pazienti, ai visitatori ed agli operatori sanitari, che possono fare da tramite per altri pazienti o contrarre essi stessi l'infezione.

Il manuale sulle misure di isolamento del paziente in ospedale rappresenta un documento di estrema importanza per tutti gli operatori sanitari (OO.SS).

La struttura dell'E.O. Ospedali Galliera, vanta dal 1884 una particolare cura alla progettazione ed al dimensionamento degli spazi interni, nell'intento di offrire il massimo comfort ai pazienti ricoverati e di applicare, altresì, le norme igieniche ritenute più efficaci nella prevenzione delle infezioni dovute, secondo le fonti scientifiche più accreditate ed autorevoli del momento, ai "miasmi" che si liberavano in ambienti troppo angusti e/o affollati.

Oggi, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche relative all'epidemiologia delle infezioni, la struttura ospedaliera rende difficoltosa l'applicazione di misure idonee di isolamento per malattie infettive trasmissibili. Questo manuale, studiato in chiave riveduta ed adattata alla realtà strutturale dell'Ente, rispettando le linee guida internazionali dei Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (Georgia) USA, vuole rappresentare un chiaro e concreto strumento preventivo di rapida consultazione destinato agli OO.SS.

"Il Galliera", ospedale di una città di mare, posto nelle immediate vicinanze del centro storico più grande d'Europa, accoglie utenti di diverse nazionalità con culture, religioni e tradizioni diverse, che possono presentare patologie tipiche endemiche del Paese d'origine. Per soddisfare questi attuali bisogni tutti gli OO.SS. devono possedere conoscenze e strumenti operativi idonei.

Gli autori, con il contenuto di questo manuale, hanno voluto rispettare i principi etici della professione infermieristica che riconoscono che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione tenendo conto dei valori religiosi, ideologici, etici, culturali, di etnia e sesso dell'individuo.

Il progetto che ha portato all'elaborazione di questo manuale è stato ambizioso (racchiude l'essenza dell'assistenza infermieristica di base) e impegnativo per tutti gli OO.SS. coinvolti.

L'obiettivo più difficile da raggiungere è stato quello di riuscire a ravvicinare la teoria con la prassi quotidiana "di reparto". L'elaborazione e la realizzazione grafica è stata possibile solo grazie alla professionalità e impegno del gruppo infermieristico coinvolto, ma la vera realizzazione di questo progetto sarà possibile solo se l'applicazione sarà sostenuta da tutti.

Le Capo Sala Addette al Controllo delle Infezioni ospedaliere

Nadia Cenderello e Paola Fabbri

LINEE GUIDA SULLE MISURE DI ISOLAMENTO

Con le ultime linee guida sulle misure di isolamento del paziente in ospedale i CDC hanno operato una sostanziale revisione delle tecniche di isolamento, basandosi sulle più recenti informazioni epidemiologiche relative alla trasmissione delle infezioni nelle strutture ospedaliere.

L'obiettivo delle linee guida sulle misure di isolamento è quello di divulgare le raccomandazioni per prevenire la trasmissione di patogeni in ambito sanitario e adottare precauzioni per le infezioni trasmesse per via aerea (droplet nuclei), tramite goccioline (droplet goccioline) e da contatto.

Le **precauzioni standard** rappresentano la prima strategia per il controllo delle infezioni, sono destinate all'assistenza di **tutti i pazienti** indipendentemente dalla diagnosi o dallo stato di presunta infezione; il loro obiettivo è di ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi attraverso:

1. Igiene delle mani ed utilizzo di dispositivi di protezione individuale (**SCHEDA 1S**).
2. Smaltimento dei rifiuti, trattamento dei dispositivi e delle attrezzature riutilizzabili, manovre rianimatorie e trasporto dei campioni biologici (**SCHEDA 2S**).
3. Gestione della biancheria ed effetti personali, sanificazione e sanitizzazione ambientale, collocazione del paziente, informazione sanitaria al paziente ed ai visitatori. (**SCHEDA 3S**).

In aggiunta alle Precauzioni Standard, per i pazienti riconosciuti o sospetti di essere infetti con patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti, sono richieste ulteriori precauzioni per interromperne la trasmissione in Ospedale. Le precauzioni aggiuntive alle standard presenti in questo manuale sono:

- Precauzioni aggiuntive per malattie trasmissibili per via aerea **SCHEDA 1A**
- Precauzioni aggiuntive specifiche per paziente con Tb polmonare attiva sospetta o accertata **SCHEDA 2A**
- Precauzioni aggiuntive per malattie trasmissibili attraverso droplet/goccioline (es.: Meningite Meningococcica) **SCHEDA 1D**
- Precauzioni aggiuntive per malattie trasmissibili per contatto **SCHEDA 1C**
- Precauzioni aggiuntive specifiche per paziente con isolamento tossina A Clostridium Difficile **SCHEDA 2C**
- Precauzioni aggiuntive specifiche per paziente con isolamento di Stafilococco Aureo Meticillino Resistente **SCHEDA 3C**
- Precauzioni aggiuntive specifiche per paziente affetto da Scabbia **SCHEDA 4C**
- Precauzioni aggiuntive specifiche per paziente affetto da Pediculosi **SCHEDA 5C**

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD

Igiene delle mani

Utilizzo dei dispositivi di protezione individuale

SCHEDA 1 S

LAVAGGIO DELLE MANI

E' ritenuta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni (allegato n°1).

Per la corretta tecnica vedi il Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al capitolo Procedure Operative.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

1. Chiudere il rubinetto a manopola con la stessa carta con cui sono state asciugate le mani.
2. In servizio non si devono indossare monili (anelli, bracciali, ecc.).
3. Mantenere le unghie corte e prive di smalto.
4. Nelle occasioni indicate dal Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti, dopo avere effettuato il lavaggio semplice delle mani, utilizzare la soluzione antisettica (alcoli in associazione per l'antisepsi delle mani).
5. Dopo la rimozione dei guanti procedere al lavaggio delle mani, per evitare il trasferimento di microrganismi ad altri utenti, alle attrezzature, alle superfici e all'operatore stesso.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Con il termine "dispositivi di protezione individuale (DPI)" si intende qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata da un lavoratore allo scopo di proteggerlo dai pericoli destinati alla propria attività lavorativa (D. lg.vo. n°626 - 1994).

I DPI sono normati dal D. Lgs. n° 475/92 che impone i criteri di costruzione e di certificazione e ne regola la produzione e la messa in commercio.

L'uso dei DPI è obbligatorio quando é prevedibile un rischio correlato all'attività che si sta per svolgere.

Tra i DPI per la prevenzione del rischio biologico, di seguito vengono trattati quelli normalmente utilizzati dagli operatori sanitari durante le procedure assistenziali.

GUANTI

I guanti non sterili in lattice: devono essere utilizzati in tutte le occasioni dove può esistere il rischio di contaminazione con liquidi biologici (sangue, escreti, secreti, ecc.) o con oggetti contaminati.

I guanti sterili: devono essere utilizzati per contatti con aree del corpo normalmente sterili, o per procedure "no touch" in caso non venga usato strumentario chirurgico sterile (es.: medicazione chirurgica, medicazione c.v.c.).

NOTE

E' bene ricordare che l'uso dei guanti in lattice monouso è obbligatorio (vedi D.M. Ministero Sanità 28.09.1990 Art.n°1) per i prelievi ematici di difficile esecuzione, per le condizioni del paziente o per la particolarità del sito di prelievo e durante l'istruzione del personale all'esecuzione dei prelievi stessi. Per gli operatori sanitari che presentano allergia al lattice (previo accertamento dermatologico) possono fare richiesta di guanti anallergici presso l'U.O. di Farmacia.

N.B. In caso di manipolazione di farmaci antiblastici fare uso di guanti in lattice sterili e senza polvere.

I guanti in vinile non sterili: non offrono le stesse garanzie di protezione dai liquidi biologici come i guanti in lattice, vengono generalmente consigliati agli operatori sanitari che presentano sensibilizzazione cutanea.

I guanti in gomma per uso domestico: devono essere utilizzati per le pulizie ambientali e per la decontaminazione e lavaggio manuale dello strumentario. Dopo l'uso devono essere adeguatamente trattati (vedi Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti), ed eliminati quando si presentano deteriorati. Per la pulizia dei wc esistono guanti in gomma bicolore (giallo - verde).

I guanti per alimenti: sono ad esclusivo uso durante la preparazione e distribuzione del vitto.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

1. Indossare i guanti non sostituisce la necessità di lavare le mani.
2. I guanti devono essere sostituiti nelle diverse procedure effettuate sullo stesso paziente.
3. E' indispensabile indossare e rimuovere i guanti al letto del paziente al fine di non contaminarli prima dell'uso e non contaminare oggetti o superfici ambientali dopo l'uso.
4. Sostituire i guanti ad ogni utente.

SCHERMI FACCIALI, OCCHIALI PROTETTIVI

Questi DPI proteggono le mucose di occhi, naso e bocca e devono essere indossati in quelle occasioni in cui si presenta il rischio di generare schizzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti.

MASCHERINE CHIRURGICHE

Le mascherine chirurgiche nate per proteggere il paziente, oggi, per le caratteristiche che presentano, costituiscono un efficace sistema di barriera anche per l'operatore sanitario (resistenza ai fluidi ed elevato potere filtrante 95-99%).

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE RESPIRATORIA

Questi dispositivi garantiscono un'efficace protezione delle vie respiratorie degli operatori sanitari da polveri, fumi e microrganismi di dimensioni comprese tra 0,002 e 2 μ .

Devono essere conformi alla norma europea EN 149 e in base alla loro efficacia filtrante vengono suddivisi in tre differenti classi e distinte destinazioni d'uso:

CLASSE FFP1 (potere filtrante >80%): devono essere utilizzati per la protezione da inalazione di vapori (es.: aldeidi).

CLASSE FFP2S (potere filtrante >94%): devono essere utilizzati per l'assistenza diretta a pazienti affetti da TB polmonare attiva e per la manipolazione di farmaci antitumorali.

CLASSE FFP3LS (potere filtrante >98%): devono essere utilizzati durante procedure che determinano una più elevata concentrazione di micobatteri (es.: broncoscopia ed induzione della tosse).

Le sigle identificano l'effetto barriera: S = solidi, L = Liquidi, V = valvola, C = carbone
Per le norme sul corretto utilizzo vedi allegato n°2.

CAMICE

Si utilizza per prevenire l'imbrattamento degli indumenti o della divisa dell'operatore sanitario durante quelle procedure sull'utente che possono produrre schizzi di sangue, liquidi corporei secreti ed escreti.

- I camici sterili in tessuto o in tessuto non tessuto (TNT) devono essere utilizzati durante interventi chirurgici e altre procedure dove è richiesta l'asepsi.
- I camici non sterili in tessuto o in TNT monouso: vengono impiegati in diverse occasioni nell'ambito ospedaliero
 - dall'operatore sanitario per prevenire l'imbrattamento della divisa
 - nella preparazione o trattamento di particolari farmaci
 - dall'utente affetto da patologie contagiose o che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico
 - dai visitatori occasionali

NOTA: per alcune procedure saranno necessari camici dotati di rinforzi impermeabili.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI

1. Il camice sporco deve essere rimosso il più presto possibile.
2. Il camice in tessuto di colore verde va smaltito nell'apposito sacco per biancheria (vedi scheda gestione biancheria).
3. Il camice deve essere rimosso rovesciandolo con attenzione per evitare di contaminarsi.
4. Nel caso in cui si sono indossati oltre al camice i guanti, questi ultimi devono essere rimossi dopo il camice.
5. Dopo la rimozione del camice è indispensabile il lavaggio delle mani.

I dispositivi medici (dispositivi utilizzati per la prevenzione, cura e riabilitazione ad esclusione di farmaci e diagnostici in vitro es.: mascherina chirurgica, guanti e camici chirurgici sterili) devono essere conformi al D.lgs.46/97 (Direttiva CEE 93/42), che classifica i dispositivi medici a seconda della destinazione d'uso e stabilisce il non riutilizzo di dispositivi monouso.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD

Smaltimento dei rifiuti

Trattamento dei dispositivi e delle attrezzature riutilizzabili

Manovre rianimatorie

Trasporto dei campioni biologici

SCHEDA 2 S

SMALTIMENTO RIFIUTI: lo smaltimento dei rifiuti è regolamentato dalla seguente normativa vigente:

DECRETO INTERMINISTERIALE 26.06.00, n.219, che applica il Decreto Ronchi (D. lgs. 22/97); i rifiuti vengono classificati, secondo l'origine in: rifiuti urbani e rifiuti speciali e a seconda delle caratteristiche di pericolosità in: rifiuti pericolosi e rifiuti non pericolosi.

Di seguito si elencano alcuni esempi di rifiuti, considerati rifiuti pericolosi a rischio infettivo, più comunemente prodotti durante l'assistenza diretta: residui derivanti da medicazioni, rifiuti di natura biologica e loro contenitori, tutti i rifiuti prodotti da utenti affetti da malattie infettive trasmissibili, dispositivi medici monouso a rischio infettivo.

Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo deve avvenire utilizzando appositi contenitori a doppio involucro di cui quello interno impermeabile e quello esterno resistente, rigido, non riapribile, con le apposite diciture previste per legge (es.: halipac).

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

Al fine di garantire la sicurezza degli operatori è necessario osservare le seguenti norme comportamentali:

1. sistemare i contenitori in posizione comoda all'utilizzo
2. evitare assolutamente di prelevare materiale dai contenitori per i rifiuti
3. utilizzare dispositivi di protezione della cute durante le fasi di raccolta, chiusura e trasporto
4. chiudere accuratamente i contenitori al fine di evitare accidentali fuoriuscite di materiale
5. evitare di trascinare i contenitori o appoggiarli al corpo e qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza
6. consultare le norme per il corretto uso del contenitore per rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo (allegato n°3).

RIFIUTI CONTENENTI MERCURIO

Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti contenenti mercurio questi devono essere riposti in contenitori di plastica già in dotazione, sui quali sarà apposta una "R" (simbolo internazionale di rifiuto pericoloso). I contenitori opportunamente richiusi dovranno essere conservati in un armadio non facilmente accessibile a chiunque. Per il ritiro contattare il Sig. Traversone.

MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI / OGGETTI ACCUMINATI E TAGLIENTI

La manipolazione di strumenti / oggetti acuminati e taglienti viene regolamentata dal D. M. Ministero della Sanità del 28/09/90.

Si riporta fedelmente il testo dell'art. N° 2 che specifica: " l'eliminazione di aghi e degli altri oggetti taglienti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture o tagli accidentali. In particolare gli aghi, le lame di

bisturi e gli altri strumenti acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati o reincappucciati, ma riposti, per l'eliminazione, in appositi contenitori resistenti alla puntura".

A seconda delle esigenze possono essere utilizzati dei contenitori rigidi per eliminare acuminati e taglienti di diversa capacità (4 e 11 litri) con chiusura terminale ermetica.

L'utilizzo del contenitore da 4 litri è indicato nello svolgimento della terapia i.m./e.v.

L'utilizzo del contenitore da 11 litri è indicato nelle procedure per le quali è richiesto l'impiego di dispositivi medici di maggior volume.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI

1. non reincappucciare gli aghi e non perforare con aghi la camera di gocciolamento del deflussore per fleboclisi
2. non indirizzare la punta degli aghi o altri oggetti taglienti verso parti del corpo
3. non raccogliere strumenti taglienti o appuntiti se stanno cadendo, non portare gli stessi in tasca
4. i contenitori devono essere sistemati vicino e in posizione comoda rispetto al posto dove devono essere utilizzati
5. assemblare prima dell'uso i contenitori rigidi per acuminati e taglienti, evitando l'uso improprio
6. dopo il prelievo per emogasanalisi: non introdurre l'ago della siringa nel cubetto di gomma rigida, ma rimuoverlo lo stesso utilizzando il dispositivo di disconnessione presente nel contenitore rigido per acuminati e taglienti (da 4 litri) e per il trasporto inserire il tappino presente nella confezione della siringa.

TRATTAMENTO DISPOSITIVI E ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

I dispositivi medici secondo Spaulding si suddividono in 3 categorie:

1. **articoli critici**: (es: strumentario chirurgico) gruppo di dispositivi medici che vengono introdotti in tessuti e cavità sterili, per questi è richiesta la sterilizzazione.
2. **articoli semicritici** : (es: endoscopi, gorgogliatori per O² terapia) gruppo di dispositivi medici che vengono a contatto con mucose intatte non sterili non interrompendone la continuità. In tali casi la sterilizzazione non è richiesta, ma auspicabile. Per tali articoli è comunque necessaria la disinfezione ad alto livello.
3. **articoli non critici**: (es: termometri ascellari, elettrodi da ECG, catini) gruppo di dispositivi medici ed oggetti che vengono a contatto con cute integra e non con mucose. Per tali articoli è sufficiente un'accurata detersione e dove richiesta una disinfezione a livello intermedio.

Per il corretto trattamento degli articoli utilizzati durante l'assistenza consultare il Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al capitolo attrezzature e strumentario.

MANOVRE RIANIMATORIE

Durante le manovre rianimatorie, utilizzare l'ambu, inserendo al momento dell'uso un filtro antibatterico sterile tra valvola e maschera; se si utilizzano maschere non monouso, queste ultime devono essere sottoposte a decontaminazione, detersione asciugatura e sterilizzazione (consultare il Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al capitolo attrezzature e strumentario).

Per il corretto uso della maschera, filtro ed ambu consultare i protocolli operativi " Apparato Respiratorio" presenti nelle UU.OO.

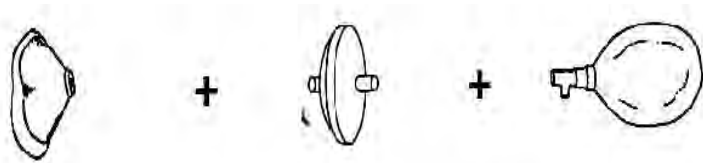


Fig. 1 posizione del filtro antibatterico nell'ambu.

TRASPORTO DEI CAMPIONI BIOLOGICI

Poiché tutti i materiali biologici sono da considerarsi infetti, è necessario adottare durante la loro manipolazione, idonei dispositivi di protezione individuando specifiche norme precauzionali.

Per lo stesso motivo non si devono contrassegnare i campioni biologici provenienti da pazienti affetti da malattie infettive diagnosticate, poiché questo potrebbe dare un falso senso di sicurezza.

I campioni biologici devono essere trasportati in appositi contenitori idonei, atti ad impedire perdite (contenitori e provette a chiusura ermetica).

Il contenitore utilizzato per il trasporto in caso di contaminazione con liquido biologico deve essere decontaminato con un panno monouso imbevuto di cloroderivato puro (ad es: Antisapril), deterso e disinfettato con soluzione di cloroderivato al 10% (Antisapril 100 ml in un litro di acqua fredda).

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD

Gestione della biancheria e degli effetti personali

Sanificazione e Sanitizzazione ambientale

Collocazione del paziente

Informazione sanitaria ai pazienti e ai visitatori

SCHEDA 3S

GESTIONE BIANCHERIA

La biancheria sporca può essere contaminata con microrganismi patogeni, ma se questa viene maneggiata, trasportata, lavata in maniera da evitare la trasmissione d'infezioni il rischio è molto ridotto.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

1. Durante lo smaltimento della biancheria sporca indossare guanti monouso e rispettare il codice colore
2. Nel rimuovere la biancheria sporca porre attenzione a non contaminare altre superfici (pavimento e/o tavolette, ecc.) o la divisa degli OO.SS.
3. Avere l'avvertenza di rimuoverla delicatamente per evitare la dispersione di microrganismi.
4. Chiudere i sacchi con l'apposito sistema di chiusura a gemelli.
5. Non utilizzare sacchi in plastica per la raccolta della biancheria bianca. Qualora si fosse sprovvisti di sacchi in tela farne richiesta al Servizio.Guardaroba (richiesta modello 803)
6. I sacchi della biancheria sporca devono essere raccolti in una zona, su carrello/contenitore dedicato.

Biancheria infetta

La biancheria infetta è quella contaminata da sangue o altri liquidi biologici secreti ed escreti utilizzata per utenti con diagnosi accertata o sospetta di malattia infettiva trasmissibile. Per la manipolazione di tale biancheria rifarsi alle raccomandazioni particolari della biancheria sporca e rispettare le seguenti raccomandazioni aggiuntive.

RACCOMANDAZIONI AGGIUNTIVE PER BIANCHERIA INFETTA:

1. la biancheria non colorata deve essere immediatamente riposta negli appositi sacchi, contenuti in altri sacchi impermeabili
2. chiudere i sacchi ed etichettarli con la dicitura "BIANCHERIA INFETTA" o con il simbolo del rischio biologico
3. avvisare i disinfettatori che provvederanno al ritiro e trattamento della stessa.

Biancheria colorata

La biancheria azzurra (Sala Parto) deve essere riposta negli appositi sacchi impermeabili azzurri, la biancheria verde (Sala Operatoria) deve essere riposta negli appositi sacchi idrorepellenti verdi.

N.B.: qualora non fossero a disposizione sacchi colorati utilizzare il sacco in cotone inserito nel sacco impermeabile nero quindi riportare il nome dell'U.O., comunque nel caso di una insufficiente dotazione di sacchi per la biancheria sporca farne richiesta al Servizio Guardaroba (Mod.803).

RACCOMANDAZIONE PARTICOLARE

Porre attenzione affinché nei sacchi raccogli biancheria non vengano introdotti accidentalmente materiale, strumenti o dispositivi medici utilizzati nell'assistenza all'utente.

Materassi e cuscini

Il ritiro e la consegna di questi effetti lettereci avviene il martedì ed il venerdì dalle ore 13.30 alle ore 16.00. Il quantitativo consegnato corrisponde a quello precedentemente ritirato.

Per l'invio al Servizio di Lavanderia è necessario:

- Riporre cuscini e materassi sugli appositi carrelli destinati per il ritiro da parte del Servizio di Lavanderia.
- I materassi e cuscini provenienti da utenti con diagnosi di sospetta o accertata malattia infettiva trasmissibile devono essere inseriti in sacchi impermeabili neri etichettati con dicitura "BIANCHERIA INFETTA". Contattare immediatamente i disinfettatori (vedi biancheria infetta).
- Al fine di proteggere il materasso è raccomandato l'utilizzo di coprimaterasso fornito dal Servizio di guardaroba, chi ne fosse sprovvisto ne può fare richiesta sul modulo 803.

Coperte

Le coperte da inviare al Servizio di Lavanderia vanno riposte negli appositi sacchi rosa. In mancanza di questi si possono utilizzare sacchi a rete etichettati con il numero di U.O. d'appartenenza.

Coperte infette (Vedi biancheria infetta). Applicando sul sacco la dicitura "coperte infette".

Cerate ed intime Le cerate e le intime da inviare al Servizio di Lavanderia per il trattamento devono essere riposte negli appositi sacchi a rete etichettati.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI:

1. Porre attenzione affinché il numero riportato sul sacco a rete che identifica l'Unità Operativa sia ben visibile, integro e adeso.
2. Per utenti a rischio di lesioni da pressione sostituire la tela cerata con traverse monouso impermeabili (salvaletto). Per richiedere tale dispositivo utilizzare la richiesta mod. 803 e consegnarla direttamente al personale che ritira e consegna la biancheria o inviarla al Servizio Lavanderia.

EFFETTI PERSONALI

Nel caso in cui venga utilizzata biancheria personale (pigiami, biancheria intima) in dotazione nel reparto, questa deve essere riposta in sacchi a rete etichettati con il numero che identifica l'Unità Operativa ed inviati al Servizio di Lavanderia.

PULIZIA E DISINFEZIONE AMBIENTALE

Per la sanificazione ambientale vedi il Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al Capitolo Procedure Operative.

RACCOMANDAZIONI PARTICOLARI: porre attenzione alla sanificazione di quelle zone soggette a frequenti contatti umani es.: maniglie delle porte, interruttori e pulsante scarico W.C.

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Ogni utente deve essere collocato in un'area idonea alle sue necessità ed alla sua patologia.

Nel caso di utente con sospetta infezione o diagnosi di malattia infettiva trasmissibile, collocarlo in camera singola o fargli condividere la camera con utente che presenta la stessa patologia. Se questo è impossibile da realizzare trovare una valida e creativa alternativa che circoscriva il più possibile il pericolo di contagio.

INFORMAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI

L'utente deve essere informato sul corretto utilizzo di servizi igienici ed educato ad un'adeguata igiene personale, inoltre deve essere informato sull'accesso a luoghi e spazi di vita comune, sul rispetto di aree specifiche dove è interdetto l'accesso e sulla gestione dell'unità che caratterizza la sua degenza (letto, comodino, armadietto). L'informazione all'utente con malattia infettiva deve essere specifica e mirata.

Avvalersi del supporto dell'Assistente Sanitaria: per interventi di counselling, per garantire l'assistenza post-dimissione, in caso di utente straniero per l'ausilio di interpreti e mediatori culturali, per la consulenza psicologica che l'Ente mette a disposizione reperibile presso l'U.O. di Psichiatria.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

Le principali raccomandazioni rivolte ai visitatori devono essere mirate: al corretto lavaggio delle mani, al corretto trattamento della biancheria a domicilio dell'utente, alle adeguate norme comportamentali durante le visite in stanza dell'utente (es.: non affollare l'ambiente, ecc.), alla tutela dei visitatori che possono essere suscettibili di infezioni. all'utilizzo corretto di eventuali dispositivi di protezione individuali a seconda della modalità di trasmissione della patologia infettiva.

LA TRASMISSIONE PER VIA AEREA

La trasmissione di infezioni può essere veicolata nell'aria dalle cosiddette goccioline di Flugge, particelle batteriche di secrezione salivare e delle vie respiratorie prodotte da soggetti malati o portatori, durante colpi di tosse, starnuti, nel parlare o durante procedure invasive come la broncoscopia.

Queste goccioline aeree, più grandi di 5 μm , rivestono un'importanza relativa come veicolo d'infezione perché, pur essendo cariche di germi patogeni non durano molto a lungo nell'aria e spesso percorrono piccole distanze, sedimentando in massima parte al suolo nell'arco di un tempo piuttosto breve (alcune ore).

Nella maggior parte dei casi, perché avvenga la trasmissione dei patogeni è necessario un contatto ravvicinato (spesso meno di un metro). Di dimensioni inferiori sono le goccioline di Wells che, con diametro $> 1/10$ mm, possono rimanere sospese nell'aria per lunghi periodi e attraversare lunghe distanze. Queste particelle batteriche di saliva, prodotte da ogni soggetto nel mezzo aereo circostante, possono infettare soggetti che si trovano anche a distanza di vari metri dal luogo di emissione, rappresentando una delle modalità più comuni di propagazione di malattie infettive. Essiccandosi per evaporazione durante la sospensione aerea, le goccioline si trasformano in nuclei di condensazione o droplet nuclei, che risultano estremamente pericolosi, sia per la notevole piccolezza della loro massa che ne consente un lungo periodo di galleggiamento nell'aria ed un'elevata capacità di penetrazione profonda nelle vie respiratorie, sia per la notevole concentrazione della carica microbica sulla loro ridottissima superficie, che consente un'agevole invasione dell'albero respiratorio sino a livello alveolare ed un massiccio attacco batterico alle sue strutture anatomiche.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle PRECAUZIONI STANDARD

per malattie trasmesse attraverso la via aerea (es: morbillo, varicella, t.b. polmonare*.)

* per la quale oltre alle precauzioni per via aerea vanno applicate quelle aggiuntive.

SCHEDA 1A

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Il degente deve essere collocato come prima scelta in stanza singola, altrimenti insieme ad altri degenti ricoverati per la medesima patologia. Il degente deve rimanere isolato dentro la stanza e la porta deve restare chiusa.; nella stanza devono essere predisposti l'occorrente per il lavaggio delle mani ed il contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac). La stanza deve essere preferibilmente munita di servizi igienici o comunque adiacenti. Se non si ha questa possibilità, si provvederà a personalizzare un bagno del reparto. La finestra deve essere munita di vasistas da mantenere aperto per poter effettuare un ricambio d'aria continuo. La stanza deve essere munita dell'occorrente per il lavaggio antisettico delle mani e del contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Il personale sanitario non immune che assiste il paziente deve indossare la mascherina chirurgica e i guanti monouso. Al termine delle prestazioni deve lavarsi accuratamente le mani con soluzione antisettica, dopo aver smaltito i d.p.i. nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

TRATTAMENTO DISPOSITIVI E ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Personalizzare i dispositivi medici utilizzati per l'assistenza al paziente. Per il trattamento dei dispositivi riutilizzabili e delle attrezzature vedi Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti. . Nel caso di paziente non autosufficiente personalizzare padella e pappagallo.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Ridurre al minimo gli spostamenti al di fuori della stanza , se assolutamente necessario dotare il degente di mascherina chirurgica e informare il personale della struttura presso la quale il degente viene trasferito per applicare le misure di isolamento idonee. Informare altresì l'addetto al trasporto che provvederà ad utilizzare i dpi necessari esclusivamente nei momenti di maggior contatto con il paziente, senza violare il diritto alla privacy.

TERMINE ISOLAMENTO

Morbillo: per tutta la durata della patologia

Varicella: continuare l'isolamento fino alla trasformazione delle lesioni cutanee in escare

INFORMAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI

L'intervento di educazione sanitaria al paziente dovrà far rispettare i seguenti principi igienici comportamentali:

1. utilizzare i fazzoletti di carta monouso durante gli accessi di tosse ed eliminarli immediatamente nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac)
2. lavarsi frequentemente le mani e in modo particolare dopo gli accessi di tosse, le crisi di prurito, dopo l'utilizzo dei servizi igienici non utilizzare tovagliati sulle superfici piane (comodino, tavolo) in modo tale che il personale ausiliario possa provvedere alla sanitizzazione delle stesse.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

L' intervento di educazione sanitaria ai visitatori dovrà far rispettare i seguenti principi igienici comportamentali:

1. il lavaggio delle mani dovrà essere eseguito prima e dopo la visita al paziente e ogni qualvolta si rende necessario
2. i visitatori non immuni dovranno indossare la mascherina chirurgica
3. la biancheria personale potrà essere trattata a domicilio con un ciclo di lavaggio automatico a 90°C. o a 60°C. con aggiunta di ipoclorito di sodio (es.: candeggina) o perborato.

LA TUBERCOLOSI

E' una malattia causata dal Mycobacterium Tuberculosis (M.T.) o Bacillo di Koch.

EPIDEMIOLOGIA

L'incidenza della tubercolosi è progressivamente aumentata dal 1985, soprattutto nei centri urbani coinvolgendo le minoranze etniche - razziali, immigrati, i bambini e i giovani adulti. Alla fine degli anni settanta la malattia sembrava ormai debellata, invece tra il 1982 e il 1985 si riscontrava addirittura un netto rialzo che interessava sia i Paesi in via di sviluppo sia quelli industrializzati. I dati epidemiologici raccolti dall'OMS nel 1997 in 212 Nazioni, basati sui casi di malattia notificati, riportavano 3,81 milioni di nuovi casi, che secondo una stima realistica andrebbero aumentati a 8 milioni.

La prevalenza globale dell'infezione è quindi pari al 32% della popolazione mondiale, con circa 80% dei casi presenti nei paesi del Terzo Mondo (Africa e Sud Est asiatico) e nei Paesi dell'Europa dell'Est.

FATTORI CHE HANNO INCREMENTATO L'INCIDENZA

Epidemia da H.I.V. (diminuzione difese immunitarie).

Immigrazione da paesi in cui la tubercolosi è endemica e non controllata.

Contagio fra ammalati e soggetti sani a rischio in particolari condizioni ambientali (detenzione, ospedali e comunità).

Degrado socio - economico

Resistenza ai farmaci

SERBATOIO

Uomo

TRASMISSIONE

La via di infezione più comune è quella aerogena:

aerosol di piccole particelle (droplet nuclei) attraverso la tosse, lo starnuto e l'espettorato.

SORGENTE D'INFEZIONE

Espettorato di ammalati di Tubercolosi polmonare aperta.

COME SI DIFFONDE LA TUBERCOLOSI

La Tubercolosi si diffonde attraverso l'aria da una persona ad un'altra. La difesa iniziale contro il M. T. nel polmone è rappresentata dai Macrofagi Alveolari.

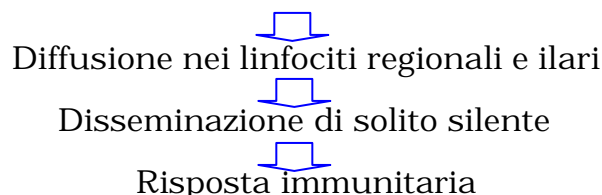
Le conseguenze di una inalazione di M.T. dipendono:

- * dal numero di microrganismi che raggiunge gli alveoli
- * dalla virulenza
- * dalla capacità dei macrofagi di eliminare o contenere il materiale inoculato.

INFEZIONE TUBERCOLARE

Nei soggetti immunocompetenti l'infezione iniziale consegue ad una esposizione significativa di microrganismi, trasportati per via aerea e prodotti da soggetti con T.B. attiva.

Il M.T. si moltiplica nei macrofagi alveolari (14/21 gg.)



Nel 5% circa dei casi l'ospite non riesce a contenere l'infezione iniziale e la malattia si sviluppa clinicamente nell'arco di un anno.

Nel 95% dei casi l'infezione è controllata dall'organismo ospite e rimane sub-clinica. La replicazione viene inibita (**il batterio non viene però ucciso**) per cui può **RIATTIVARSI** dalle lesioni calcifiche.

SOGGETTI CON INFEZIONE TUBERCOLARE

I pazienti non presentano sintomi, non sono malati, non diffondono la T.B. ad altri, usualmente hanno una positività per test cutaneo, possono sviluppare la malattia più tardi.

I soggetti più suscettibili a contrarre l'infezione tubercolare sono:

- bambini
- soggetti H.I.V. positivi
- tossicodipendenti
- diabetici
- soggetti con malattie polmonari croniche
- neoplastici
- denutriti, alcolisti
- soggetti sottoposti a terapia steroidea
- trapiantati

CLINICA ED EVOLUZIONE DELLA MALATTIA TUBERCOLARE

In base alle risposte immunitarie dell'ospite colpito dal bacillo tubercolare si distinguono:

TB primaria conseguente al primo contatto tra bacillo di Koch ed organismo ospite . Oltre il 90% dei casi di tubercolosi polmonare primaria decorre paucisintomatica (febbricola, sudorazione, deperimento organico, tosse secca e fastidiosa). All'esame radiografico del torace si evidenzia il focolo + linfangite + adenopatie ilo mediastiniche omolaterali.

TB post-primaria si verifica nei soggetti precedentemente sensibilizzati nei confronti del bacillo tubercolare, origina dalla riattivazione endogena dei bacilli sopravvissuti all'interno delle lesioni calcifiche della TB primaria. Affinché la malattia si verifichi è necessario un indebolimento del sistema immunitario. Questo tipo di infezione si verifica per via ematica e può colpire altri distretti (meningi, pleura, pericardio, rene, osso, linfonodi) oppure lo stesso polmone e dare origine a TB apicale, infiltrato tisiogeno sottoclaveare con formazione di caverne con conseguente emottisi.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER

Paziente con Tuberculosis polmonare sospetta o accertata

SCHEDA 2A

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Paziente con TB polmonare accertata porlo in stanza singola o “coorte di pazienti” (due soggetti affetti da stessa infezione in un unica stanza). Paziente con TB polmonare sospetta qualora non sia possibile porlo immediatamente in una stanza singola, individuare una collocazione il più idonea possibile a contenere il rischio di trasmissione, contattando le Capo Sala addette al controllo I.O.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELLA STANZA

Possibilmente deve essere attrezzata di bagno personale, altrimenti riservare un bagno per il paziente autosufficiente o personalizzare presidi come comode, padelle, pappagalli per i pazienti non autosufficienti.

La stanza dovrebbe essere dotata di una zona filtro dove sono predisposti l'occorrente per il lavaggio delle mani ed il contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

E' fondamentale garantire adeguati ricambi d'aria e ventilazione. La stanza ideale deve essere dotata di pressione negativa (gli eventuali flussi d'aria devono essere unidirezionali dal corridoio alla stanza e non viceversa). Per le stanze che non presentano impianti di condizionamento: tenere la finestra aperta e la porta della stanza chiusa

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

adottare i dpi individuati dalle precauzioni aggiuntive per via aerea (scheda 1A) integrati da idoneo dispositivo di protezione respiratoria individuale

- ◆ per l'accesso nella stanza del paziente fare uso di filtranti di classe FFP2S
- ◆ per l'assistenza al paziente durante procedure che inducono tosse e generano aerosol, fare uso di filtranti di classe FFP3LS

Consultare le specifiche norme sul corretto utilizzo del dispositivo di protezione respiratoria (allegato n°2)

Nel 1990 le linee guida dei CDC per la prevenzione della trasmissione della TB polmonare stabilirono che le mascherine chirurgiche non erano efficaci per prevenire le inalazioni di droplet nuclei (Bacillo di Koch).

NORME COMPORTAMENTALI PER GLI OPERATORI

eseguire sempre il corretto lavaggio delle mani,, il corretto trattamento dei dispositivi medici e dell'attrezzatura diagnostica impiegata (vedi Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti e Protocolli Operativi Apparato Respiratorio).

PROCEDURE CHE INDUCONO TOSSE O GENERANO AEROSOL

Le manovre che inducono tosse sono: aerosolterapia, induzione all'espettorato (es: esami colturali a tal proposito consultare le Norme per la raccolta, il trasporto e la conservazione dei materiali batteriologici), aspirazione tracheale, sondaggio gastrico, broncoscopia, intubazione.

Effettuare tali manovre sempre in locali idonei, indossare i dispositivi di protezione necessari e il filtrante facciale FFP3LS e aerare adeguatamente i locali prima di riutilizzarli.

NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE

Consegnare all'utente la specifica norma comportamentale (allegato n°4) con la possibilità di effettuare interventi di counselling con il supporto dell'Assistente Sanitaria.

NORME COMPORTAMENTALI PER I VISITATORI

Sono particolarmente mirate al:

- corretto lavaggio delle mani
- corretto trattamento della biancheria a domicilio dell'utente (vedi allegato n°4)
- utilizzo dei dispositivi di protezione: filtrante facciale di tipo FFP2S ed eventuali altri dpi

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Da effettuarsi solo se necessario. Importante che il paziente indossi sempre una mascherina chirurgica .

Avvisare il personale del Servizio in cui il paziente viene inviato perché adotti le misure di isolamento necessarie, senza violare il diritto alla privacy. Evitare, se possibile la contemporanea presenza di altri degenti nella stessa sala di attesa.

LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO DROPLET/GOCCIOLINE

La trasmissione per via aerea si verifica per disseminazione di nuclei di goccioline (droplet nuclei) o per particelle di polveri contenenti l'agente infettivo.

Al contrario, le malattie trasmesse attraverso droplet goccioline differiscono da quelle a trasmissione aerea per la dimensione delle goccioline (> 5 micron) espulse dal soggetto - fonte attraverso starnuti, tosse e durante l'esecuzione di alcune procedure quali: broncoscopia, gastroscopia, sondaggio gastrico, aspirazioni delle secrezioni tracheo-bronchiali.

La trasmissione avviene quando le goccioline contenenti microrganismi vengono espulse a breve distanza (circa un metro) e depositate su congiuntive, mucose nasali o bocca dell'ospite.

Le patologie che si trasmettono attraverso questa via sono:

- meningite meningococcica da *Neisseria meningitidis*
- meningite pneumococcica da *Streptococcus pneumoniae*
- meningite da *Haemophilus influenzae* di tipo B
- polmonite da *Mycoplasma*
- pertosse
- faringite, polmonite streptococcica o scarlattina
- parotite epidemica, ecc...

LE MENINGITI BATTERICHE

Le meningiti batteriche sono delle patologie infiammatorie del sistema nervoso centrale dovute alla penetrazione di germi negli spazi leptomeningei.

Alcuni batteri sono responsabili di meningiti a liquor limpido, ma la maggior parte dei batteri determinano delle meningiti a liquor purulento. Il meningococco, il pneumococco e l'*haemophylus influenzae* sono attualmente ritenuti responsabili di oltre il 70% delle meningiti batteriche a liquor purulento.

In alcune circostanze e solo per la meningite meningococcica e per la meningite da *haemophylus influenzae* è opportuna una chemioprophilassi con antibiotici, a causa della possibile trasmissione di ceppi invasivi dal malato alle persone che sono venute a contatto.

Meningite Meningococcica

La meningite meningococcica è causata dal meningococco (*Neisseria meningitidis*) e rappresenta la più frequente meningite batterica a liquor purulento. Si manifesta in forma sporadica o in forma epidemica, più frequentemente verso la fine dell'inverno e l'inizio della primavera. Pur essendo una malattia che colpisce la prima infanzia, si manifesta spesso in bambini e giovani adulti. La trasmissione avviene per inalazione di gocce di secrezioni naso faringee infette. L'infezione meningococcica del rinofaringe è prevalentemente asintomatica; da qui il microrganismo può raggiungere il circolo ematico e quindi le meningi durante la fase batteriemia.

Il meningococco è provvisto di un gruppo di antigeni polisaccaridici in base al quale è possibile una classificazione sierologica. Sono attualmente noti quattro sierogruppi principali (A, B, C, D). I diversi ceppi presentano una certa variabilità per quanto riguarda la virulenza e la capacità invasiva, ma il fattore determinante per lo sviluppo della malattia è lo stato immunitario preesistente dell'ospite, cioè la sua recettività nei confronti del ceppo in causa.

La fonte di infezione è rappresentata più dai portatori sani che dai malati. I portatori possono essere transitori, intermittenti o cronici, questi ultimi possono restare tali anche per uno o due anni.

Il malato affetto da meningite meningococcica deve essere isolato almeno fino a 48 ore dopo l'inizio di un adeguato trattamento antibiotico. Per la disinfezione dei locali è sufficiente una buona aerazione seguita da una adeguata sanitizzazione. E' necessario iniziare la chemioprophilassi prima possibile, preferibilmente entro 24 ore dalla diagnosi del caso indice.

La chemioprophilassi è indicata nei seguenti casi:

- contatti stretti con il soggetto malato, cioè coloro che risiedono nella stessa abitazione, o i non residenti che hanno trascorso 4 o più ore con il paziente per 5 dei 7 giorni che hanno preceduto il suo ricovero ospedaliero;
- persone venute a stretto contatto a scuola o nell'asilo infantile;
- contatti stretti in una comunità chiusa (caserme, collegi, ambiente di lavoro);
- persone venute a stretto contatto quotidiano con il paziente, per esempio il partner, o il compagno di stanza;
- personale sanitario che è venuto in stretto contatto con il paziente, per esempio rianimazione bocca a bocca.

La chemioprophilassi non è indicata nei seguenti casi:

- personale sanitario in contatto abituale con il paziente ospedalizzato;
- contatto scolastico occasionale
- contatto occasionale in casa o sul lavoro.

Meningite pneumococcica

Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) è secondo per frequenza, dopo il meningococco, quale causa di meningite purulenta negli adulti.

La meningite pneumococcica può manifestarsi come malattia primaria, ma spesso origina per diffusione da focolai di otite, mastoidite o sinusite, oppure consegue a traumi cranici (fratture dell'etmoide e del temporale), anche anni dopo il trauma.

Il rischio di malattia pneumococcica nei contatti di pazienti infetti non è stato definito, sebbene siano stati descritti degli episodi epidemici in alcuni gruppi di persone come reclute militari, minatori, carcerati.

Meningite da *Haemophilus influenzae*

L'agente eziologico è rappresentato da *Haemophilus influenzae* sierotipo b (Hib). Altri sierotipi raramente causano meningite. Tale patologia è ubiquitaria; colpisce soprattutto i bambini nei gruppi di età da due mesi a tre anni; rara oltre i cinque anni. La trasmissione avviene attraverso le goccioline e le secrezioni di naso e faringe durante il periodo infettante.

La porta di ingresso è per lo più costituita dal naso faringe.

Il serbatoio è rappresentato dal malato affetto da meningite da Hib, ma è possibile uno stato di portatore rinofaringeo tra i familiari e le persone venute a stretto contatto con pazienti affetti da malattia invasiva da Hib.

La chemioprophilassi viene consigliata a tutti i contatti familiari (ogni soggetto convivente con il paziente, oppure un non convivente venuto a contatto con esso per 4 o più ore per almeno 5 dei 7 giorni precedenti il ricovero) solo se nell'ambiente domestico vi è un bambino di età inferiore a 4 anni. In tali casi la profilassi va estesa sia ad adulti che bambini.

Si consiglia di sottoporre alla chemioprophilassi tutti i bambini che hanno frequentato l'asilo nido e che sono stati a contatto con il soggetto malato per più di 25 ore a settimana.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD

per malattie trasmesse attraverso droplet/goccioline

(es: Meningite meningococcica)

SCHEDA 1D

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Il degente deve essere collocato in stanza singola quando è possibile o nella stessa stanza con pazienti aventi la stessa patologia infettiva. Se ciò non è possibile, collocarlo insieme ad altri pazienti mantenendo sempre una distanza superiore al metro tra un paziente e l'altro (poiché la trasmissione attraverso droplet avviene solo a breve distanza). Non è necessario chiudere la porta.

Nella stanza predisporre l'occorrente per il lavaggio delle mani, il contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo. Personalizzare tutti i dispositivi o articoli sanitari utilizzati per l'assistenza

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE RESPIRATORIA

Il personale sanitario deve indossare correttamente la mascherina chirurgica quando lavora a breve distanza (inferiore a un metro) dal paziente.

RACCOMANDAZIONI

- Usare sempre schermo facciale + mascherina chirurgica oppure occhiali protettivi + mascherina chirurgica ogni qualvolta
- L'operatore metta in atto manovre che inducano tosse o starnuti nel paziente; così come per procedure particolari quali la broncoscopia, gastroscopia, sondaggio gastrico, aspirazione delle secrezioni tracheo-bronchiali e quando si lavora a meno di un metro di distanza dal degente.
- E' raccomandato il lavaggio accurato delle mani ogni qualvolta si rende necessario.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Limitare il più possibile il trasporto del paziente presso altre unità operative o servizi, durante il trasporto il paziente deve indossare la mascherina chirurgica. Informare gli operatori addetti al trasporto e coloro che avranno contatti col paziente sulle precauzioni che dovranno adottare nei momenti di maggior contatto senza violare il diritto alla privacy.

INFORMAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE

Informare esaurientemente il paziente sulle modalità di trasmissione della malattia, affinché adotti norme igieniche adeguate:

- 1) mascherina chirurgica
- 2) lavaggio frequente delle mani
- 3) utilizzo di salviette monouso per la pulizia dei secreti nasali e faringei da eliminare immediatamente dopo l'uso nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

E' necessario che i visitatori e familiari vengano informati sulle norme igieniche comportamentali da adottare:

- 1) regolamentazione delle visite,
- 2) lavaggio delle mani prima e dopo la visita al congiunto, evitando il contatto ravvicinato senza la protezione della mascherina chirurgica.
- 3) la biancheria personale del paziente può essere trattata a domicilio utilizzando un ciclo di lavaggio separato ad alte temperature (90°C.) o a 60°C. con aggiunta di ipoclorito di sodio (candeggina) o perborato.

TERMINE ISOLAMENTO

Meningite meningococcica : il paziente deve essere tenuto in isolamento per 24 ore dall'inizio della terapia mirata e comunque fino a quando i meningococchi non sono più presenti nelle secrezioni naso faringee.

LA TRASMISSIONE PER CONTATTO

La trasmissione per contatto è il più importante e frequente modo di trasmissione delle infezioni ospedaliere. Questo tipo di trasmissione è divisa in 2 sottogruppi.

1. **Trasmissione per contatto diretto:** comporta un contatto da superficie corporea a superficie corporea e un trasferimento fisico di microrganismi fra una persona infetta o colonizzata ed un ospite suscettibile, come avviene in occasione di alcune attività d'assistenziali. Questa modalità di trasmissione può avvenire tra 2 pazienti, uno dei quali fonte di microrganismi infettivi e l'altro ospite suscettibile.
2. **Trasmissione per contatto indiretto :** comporta il contatto di un ospite suscettibile con un oggetto contaminato che fa da intermediario, quali strumenti contaminati, aghi contaminati, indumenti, mani contaminate che non sono state lavate e guanti che non sono stati cambiati tra un paziente e l'altro.

PATOGENI EMERGENTI

IL CLOSTRIDIUM DIFFICILE (Cl. difficile)

E' il principale patogeno delle epidemie di diarrea in ospedale ed agisce attraverso due tossine (*tossina A = enterotossica ; tossina B = citotossica*). La tossina B è responsabile dei casi più gravi e agisce dopo l'azione della tossina A. E' largamente conosciuto come responsabile di differenti condizioni che vanno dallo stato di portatore asintomatico, alla diarrea associata agli antibiotici, alla colite, alla colite pseudomembranosa e alla colite fulminante.

- **Fattori di rischio** sono rappresentati da :
 - età avanzata
 - sesso femminile
 - tipo e durata del trattamento antibiotico
 - interventi chirurgici (in particolare addominali)
 - degenza in terapia intensiva
 - durata della degenza ospedaliera
 - l'uso di H2 antagonisti.

- **Patogenesi**

Il paziente entra in ospedale colonizzato dall'organismo e sviluppa quindi successivamente la malattia dopo l'esposizione ad un secondo fattore di rischio (vedi sopra).

- **Veicolo d'infezione**

Essendo il Cl. difficile sporigeno è quindi resistente ai comuni disinfettanti; va posta particolare attenzione agli strumenti e/o dispositivi medici e a qualsiasi superficie ambientale.

Nel favorire l'insorgenza della patologia rivestono quindi un ruolo importante le mani degli operatori che, in presenza di cariche batteriche elevate e fattori di rischio, possono trasmettere l'agente.

- **Diagnosi**

Viene eseguita attraverso la ricerca della tossina A (e/o B) nelle feci (per le norme di raccolta fare riferimento al manuale degli esami colturali , consultabile sulla pagina WEB dell'Ospedale Galliera sotto la voce batteriologia). La coltura delle feci per la ricerca del Cl. difficile è indicata nel caso di epidemie.

- **Terapia**

Il protocollo terapeutico divulgato dal CIO integra le norme comportamentali da seguire per circoscrivere l'infezione.

Questo prevede l'utilizzo di METRONIDAZOLO al dosaggio di 500 mgx4/die per os e in caso di intolleranza VANCOMICINA al dosaggio 125mgx4/die per os.

STAFILOCOCCO AUREO METICILLINO RESISTENTE (MRSA)

E' un battere particolarmente resistente, in quanto oltre alla meticillina è resistente anche ad altre molecole antibiotiche. Colonizza gli animali e l'uomo, che costituisce un serbatoio (portatore sano nelle narici e sulla cute lesa delle mani). L'MRSA è diventato uno dei più importanti e pericolosi patogeni nosocomiali.

Fattori di rischio per la colonizzazione e infezione da MRSA

- malattie di base (infezioni respiratorie, diabete mellito, dialisi, terapie
- allergologiche)
- condizioni che danneggiano l'integrità della cute (eczemi, ustioni)
- ospedalizzazioni prolungate
- uso di farmaci ev.
- precedente terapia antimicrobica
- esposizione ad altri individui infetti o colonizzati

Via di trasmissione

E' per contatto diretto. Gli operatori sanitari possono divenire portatori transitori sulle mani e nelle narici e trasmettere così l'agente da un paziente ad un altro. L'applicazione di precauzioni quali l'isolamento del paziente, il lavaggio delle mani con detergenti antisettici, l'uso di guanti e di mascherina chirurgica può interrompere la catena di trasmissione e controllarne la diffusione.

Diagnosi

Isolamento dall'esame colturale del materiale proveniente dalla sede d'infezione (vedi norme

per la raccolta dei materiali batteriologici consultabile sulla pagina WEB dell'Ospedale Galliera

sotto la voce batteriologia). La diagnosi di laboratorio per l'MRSA si avvale del test di sensibilità agli antibiotici + agar screen.

Terapia

Il trattamento delle infezioni sistemiche da MRSA è circoscritto all'uso di antibiotici glicopeptidici come la VANCOMICINA e la TEICOPLANINA.

La scoperta nel 1997 in Giappone del *S. aureus* vancomicino - resistente, ha aperto uno scenario temibile nel moderno controllo delle infezioni, e solo l'aumento e il rafforzamento delle precauzioni possono prevenire la diffusione di ceppi multiresistenti.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD
per malattie trasmissibili per contatto
SCHEDA 1C

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Isolare il paziente in stanza singola con servizi, se ciò non è possibile collocare i pazienti con la stessa patologia in un'unica stanza. Se nessuna di queste soluzioni è attuabile individuare una collocazione più idonea possibile a contenere il rischio di trasmissione, contattando le Capo Sala addette al controllo I.O.

Ridurre al minimo il numero di operatori che si occupano del paziente e le procedure d'assistenza infermieristica devono essere svolte dopo l'assistenza dei restanti pazienti.

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

Tenere sempre a disposizione una confezione di guanti monouso, se possibile fuori dalla stanza, farne uso ogni qualvolta si prevede il contatto con il paziente, oggetti personali e superfici contaminate e rimuoverli immediatamente prima di uscire dalla stanza, smaltendoli nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

Predisporre nella stanza l'occorrente per il lavaggio antisettico delle mani.

RACCOMANDAZIONI

Dopo l'uso dei guanti e ogni qualvolta si renda necessario eseguire un accurato lavaggio delle mani con la relativa corretta tecnica (vedi Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al capitolo: Procedure operative).

In servizio non portare monili, mantenere le unghie corte, prive di smalto e procedere sempre, dopo la rimozione dei guanti, al lavaggio delle mani.

CAMICE

Utilizzarlo ogni volta che si prevede il contatto con il paziente e/o i suoi liquidi biologici.

I camici comunemente usati sono quelli non sterili in tessuto o in TNT monouso. Questi ultimi vanno smaltiti nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

RACCOMANDAZIONI: il camice deve essere rimosso prima dei guanti e prima di uscire dalla stanza.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Ridurre al minimo necessario le occasioni di trasporto del paziente, avvisare sempre il personale accompagnatore ed il Servizio ricevente sulla trasmissibilità della malattia e sulle principali norme precauzionali da seguire: lavaggio delle mani, sanitizzazione delle superfici contaminate, trattamento delle attrezzature, dei dispositivi medici e uso dei DPI necessari.

Nel caso di trasferimento presso altre strutture o per trasporto in ambulanza valgono le considerazioni sopradescritte.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Utilizzare preferibilmente materiale monouso; allestire nella stanza un piano di lavoro con tutto l'occorrente per l'assistenza al paziente. Personalizzare i dispositivi medici (es: termometro, fonendoscopio, ecc.) e altri articoli (es: asta flebo, sbarre di protezione, ecc.). Per il trattamento quotidiano e terminale (alla dimissione) consultare il Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti al capitolo attrezzature e strumentario.

Per i dispositivi medici non monouso utilizzati per l'assistenza che possono presentare problematiche per il trattamento di disinfezione contattare le Capo Sala addette al controllo I.O.

AMBIENTE

Per la sanitizzazione giornaliera e terminale della stanza e dell'unità paziente fare riferimento al Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti, ponendo particolare attenzione alla concentrazione delle soluzioni che possono variare in presenza di patogeni emergenti (Clostridium difficile).

RACCOMANDAZIONI:

porre particolare attenzione alla sanificazione di quelle zone soggette a frequenti contatti umani (es: maniglie delle porte, interruttori e pulsante scarico wc).

Per i pazienti affetti da malattie trasmissibili per contatto le procedure alberghiere devono essere svolte dopo quelle eseguite sui restanti pazienti.

GESTIONE BIANCHERIA

Per la gestione della biancheria consultare la scheda operativa delle Precauzioni Standard alla voce biancheria infetta, così come per il trattamento di coperte, cuscini, materassi ecc. Predisporre nella stanza il sacco per la raccolta della biancheria infetta. In alternativa si può utilizzare biancheria monouso (lenzuola, federe) facendone richiesta al Servizio Lavanderia e Guardaroba. Tale biancheria deve essere smaltita nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

INFORMAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI

Il degente deve essere educato sulla necessità di utilizzare precauzioni che prevengano la diffusione dei microrganismi ad altre persone o all'ambiente, fornendogli nozioni semplici e comprensibili sull'infezione contratta, come si trasmette, e le norme comportamentali sottolineando in particolar modo quelle da mettere in atto:

1. lavaggio accurato delle mani dopo ogni contatto con materiale biologico potenzialmente infetto
 2. uso corretto dei servizi igienici
- accurata igiene personale e corretta gestione degli effetti personali.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

I visitatori devono essere educati sulle norme igieniche da osservare quali:

1. la regolamentazione delle visite
2. il lavaggio delle mani
3. uso corretto dei dpi necessari (es: guanti e camici)
4. la biancheria personale potrà essere trattata a domicilio con un ciclo di lavaggio automatico a 90°C o a 60° C: con aggiunta di ipoclorito di sodio (es: candeggina) o perborato.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD

per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente con isolamento di tossina A del
Clostridium difficile

SCHEDA 2C

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Nel caso di pazienti autosufficienti personalizzare un servizio igienico e qualora non sia possibile utilizzare il copriwater.

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

CAMICE

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Qualora vengano contaminate superfici e attrezzature provvedere alla detersione e alla successiva disinfezione con soluzione di cloroderivato (Antisapril al 30%) e per ulteriori chiarimenti contattare le Capo Sala addette al controllo delle I.O.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Per il trattamento delle attrezzature, articoli e superfici contaminate da liquidi biologici del paziente con isolamento della tossina del Cl. difficile è necessaria la detersione seguita da una disinfezione ad alto livello (per l'eliminazione delle spore) con sol. di Antisapril al 30% (300 ml. + acqua fredda fino ad 1 litro).La padella deve essere personalizzata (anche se nel reparto è presente il lavapadelle) e disinfettata dopo l'uso immergendola per 30 minuti in soluzione di Antisapril 30%.Per i dispositivi medici non monouso utilizzati per l'assistenza che possono presentare problematiche per il trattamento di disinfezione ad alto livello contattare le Capo Sala addette al controllo I.O.

GESTIONE BIANCHERIA

Vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Porre particolare attenzione a rimuovere delicatamente la biancheria per evitare il propagarsi delle spore nell'ambiente e sulle superfici e inserirla immediatamente nel sacco per biancheria infetta.

AMBIENTE

Sanificazione giornaliera della stanza e del bagno: per le procedure di sanificazione ambientale vedi Prontuario degli Antisettici e Disinfettanti; per la successiva disinfezione (che deve essere per il Cl. difficile ad alto livello) utilizzare una soluzione di cloroderivato Antisapril al 30% (300 ml. + acqua fredda fino ad 1 litro).

sanificazione della stanza dopo dimissione paziente : usare gli stessi criteri di sanitizzazione sopraindicati estendendoli a tutte le superfici dell'ambiente dove il paziente ha soggiornato.

RACCOMANDAZIONI

Le procedure alberghiere per i pazienti con isolamento da Cl. difficile devono essere effettuate per ultime

TERMINE ISOLAMENTO

Dopo la negativizzazione degli esami colturali e la scomparsa dei sintomi e per qualsiasi chiarimento fare riferimento al laboratorio di batteriologia.

INFORMAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Il degente autosufficiente, dopo l'uso del servizio igienico, deve avvisare il personale ausiliario che provvederà al relativo trattamento di sanitizzazione. Sensibilizzare al massimo il paziente al lavaggio delle mani in modo particolare dopo l'uso del servizio igienico.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

I visitatori devono essere educati sulle norme igieniche da osservare quali:

1. la regolamentazione delle visite;
2. il lavaggio delle mani;
3. l'uso corretto dei dpi necessari (es: guanti e camici);

La biancheria personale potrà essere trattata a domicilio con un ciclo di lavaggio separato in lavatrice a 90 ° e successiva disinfezione con immersione in soluzione di candeggina al 15% (150cc. + acqua fredda fino ad un litro).

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD

per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente con isolamento di Stafilococco Aureo Meticillino Resistente (M.R.S.A.)

SCHEDA 3C

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Nell'impossibilità di riservare al paziente la stanza singola, la collocazione dello stesso deve prevedere una "distanza di sicurezza" da altri pazienti occupanti la stessa stanza (es. lasciare inoccupato il letto vicino). In ambito chirurgico nell'impossibilità dell'isolamento in stanza singola far occupare il letto vicino, da un paziente che non sarà sottoposto ad intervento.

Se il paziente è autosufficiente istruirlo al corretto utilizzo di un servizio igienico a lui riservato.

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C

Per il lavaggio antisettico delle mani utilizzare una soluzione saponosa a base di Clorexidina o Iodopovidone.

CAMICE

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C

MASCHERINA CHIRURGICA

La mascherina chirurgica va indossata dagli operatori sanitari durante il rifacimento delle medicazioni, per evitare la colonizzazione delle narici.

TRASPORTO E TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C

Se il paziente presenta ferite applicare una medicazione impermeabile.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Predisporre nella stanza tutto il materiale necessario alle eventuali medicazioni chirurgiche e non (set monopaziente, sol. antisettica, ecc).

Nei pazienti che presentano un maggior rischio di colonizzazione da MRSA, eseguire il bagno a letto con Clorexidina o Iodopovidone in soluzione saponosa.

AMBIENTE

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

GESTIONE BIANCHERIA

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

il rifacimento del letto e l'esecuzione di eventuali medicazioni devono essere effettuate per ultime.

TERMINE DELL'ISOLAMENTO

A negativizzazione dei controlli colturali e per qualsiasi chiarimento far riferimento al laboratorio di batteriologia.

INFORMAZIONE SANITARIA AI PAZIENTI

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C.

Ulteriori informazioni comportamentali per il paziente saranno mirate a limitare il contatto in generale con gli oggetti di altri pazienti ed alla raccomandazione di non toccarsi le medicazioni.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

Vedi scheda operativa per malattie trasmissibili per contatto scheda 1C..

Ulteriori informazioni comportamentali per i visitatori saranno mirate all'invito di non visitare o assistere altri pazienti contemporaneamente.

LE PARASSITOSI

LA SCABBIA

E' una malattia parassitaria della cute causata da un acaro (*Sarcoptes scabiei*), la cui penetrazione è indicata dalla presenza di papule, vescicole o di piccoli cunicoli lineari contenenti gli acari e le loro uova. Le lesioni in particolare si localizzano **nell'uomo**: nei: spazi interdigitali, superfici anteriori dei polsi e dei gomiti, pieghe anteriori delle ascelle, intorno alla circonferenza addominale, sulle cosce e sui genitali esterni; **nelle donne** sono frequentemente colpiti i capezzoli, l'addome e le regioni inferiori delle natiche. **Nei neonati** possono essere interessati la testa, collo, palmo delle mani e piante dei piedi; queste aree sono generalmente risparmiate in individui più anziani. Il prurito è intenso, soprattutto di notte, ma le complicazioni si limitano alle lesioni prodotte da grattamento che successivamente si infettano. Nei soggetti con immunodepressione l'infestazione spesso appare come una dermatite generalizzata con estesa desquamazione, e a volte con vescicole e croste ("scabbia norvegese"); il prurito intenso può presentarsi in maniera ridotta o essere assente del tutto.

- **Diagnosi:** riscontro dell'acaro nei funicoli e sulla identificazione al microscopio.
- **Serbatoio:** l'uomo.
- **Via di trasmissione:** il trasferimento dei parassiti avviene per contatto diretto cute-cute; o durante il contatto sessuale.
- **Periodo di incubazione:** da 2 a 6 settimane prima dell'esordio del prurito in persone senza una precedente esposizione: Rimane contagiosa fino a che gli acari e le loro uova non sono distrutti dal trattamento, generalmente dopo 1 o 2 cicli intervallati da una settimana.

PEDICULOSI

E' una infestazione del capo, delle parti pelose del corpo e dell'abbigliamento (specialmente lungo le cuciture delle superfici interne), da pidocchi adulti, larve e uova (lendini). Il *Pediculus capitis*, è il pidocchio del cuoio capelluto, il *P. Humanus* è il pidocchio del corpo e *Phthirus pubis* è la piattola. Queste infestazioni comportano prurito intenso e lesioni da grattamento del cuoio capelluto o del corpo. Può anche presentarsi un'infezione secondaria con conseguente linfadenite regionale (specialmente cervicale). Le piattole generalmente infestano la regione pubica, possono inoltre infestare peli del viso (incluse le sopracciglia), peli ascellari e superfici corporee. Qualsiasi persona può essere infestata in condizioni adatte di esposizione. Ripetute infestazioni spesso determinano ipersensibilità cutanea.

- **Serbatoio:** l'uomo
- **Via di trasmissione:** Per i pidocchi del capo e corpo la via di trasmissione è il contatto diretto con la persona infestata; per i pidocchi del corpo e in misura minore del capo, per contatto diretto con i loro effetti personali (soprattutto vestiti e copricapi). La pediculosi pubica viene di solito trasmessa attraverso il contatto sessuale, anche se sono possibili altre vie di contatto. Febbre e sovraffollamento aumentano il passaggio da persona a persona .
- **Periodo di incubazione:** Le uova dei pidocchi generalmente si schiudono in una settimana e gli insetti raggiungono la maturità sessuale approssimativamente 8-10 giorni dopo la schiusa. Il periodo di contagiosità è tale fino a che i pidocchi rimangono vivi sulla persona infestata o nei vestiti.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD

per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente affetto da Scabbia

SCHEDA 4C

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Collocare il paziente in stanza singola o in stanza con pazienti affetti da scabbia per la durata del trattamento topico. Nella stanza predisporre l'occorrente per il lavaggio delle mani ed il contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

Gli operatori che durante l'assistenza hanno stretti contatti con il paziente devono indossare i guanti monouso e dopo averli rimossi procedere ad un accurato e corretto lavaggio delle mani (vedi Prontuario Antisettici e Disinfettanti)

CAMICE

Gli operatori sanitari devono indossare un camice di protezione in tessuto o in TNT monouso durante quelle procedure che comportano stretto contatto con il paziente (il rifacimento del letto, trattamento topico, ecc.). Questo dpi deve essere rimosso prima dei guanti monouso.

COPRICAPO

L'utilizzo di un copricapo monouso è previsto durante i trattamenti topici ed è sempre previsto nell'assistenza a pazienti affetti da Scabbia Norvegese che risulta essere molto più contagiosa per l'elvata dispersione di acari.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

Informare il personale dei servizi e/o unità operative presso i quali il degente viene trasferito per applicare le misure d'isolamento idonee rispettando la privacy.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

Vedi scheda operativa per precauzioni per malattie a trasmissione per contatto scheda 1C.

AMBIENTE

Per il periodo dell'isolamento del paziente affetto da scabbia, inserire il sacco a rete contenente il materiale riutilizzabile per la sanitizzazione (panni spugna, panni colorati) in un sacco impermeabile. Questa stanza deve essere sanitizzata come ultimo ambiente. Al termine dell'isolamento (a fine trattamento), prima di procedere alle operazioni di pulizia ambientale disinfestare con un efficace insetticida (derivato del piretro) tutta l'unità paziente (letto, comodino, stipetto, ecc.), dopodichè procedere, previa adeguata ventilazione ambientale, alle pulizie ambientali (vedi Prontuario Antisettici e Disinfettanti al capitolo Procedure operative).

RACCOMANDAZIONE: Durante l'uso dell'insetticida fare uso di un facciale filtrante di classe FFP1. Durante l'uso di insetticida, avere l'avvertenza di allontanare eventuali alimenti.

GESTIONE BIANCHERIA

Per il trattamento della biancheria consultare la scheda operativa delle Precauzioni Standard alla voce biancheria infetta scheda 3S.

RACCOMANDAZIONI:

Gli operatori che svolgono assistenza diretta al paziente devono porre particolare attenzione durante la procedura del rifacimento del letto del mattino, poiché sulla superficie cutanea del paziente vi è un'alta carica di acari (gli acari della scabbia si riproducono durante il riposo notturno).

Durante tale procedura:

1. Indossare un camice protettivo ed i guanti monouso
2. Rimuovere delicatamente le lenzuola, non appoggiarle sul pavimento, ma inserirle immediatamente nel sacco per biancheria infetta.
3. Procedere immediatamente dopo la rimozione dei dpi ad un accurato e corretto lavaggio delle mani (Vedi Prontuario Antisettici e Disinfettanti).
4. Per il periodo del trattamento si può utilizzare lenzuola e federe monouso facendone richiesta al Servizio Lavanderia-Guardaroba su richiesta Mod.803.

COPERTE

Le coperte utilizzate per il paziente affetto da scabbia devono essere inserite in un sacco impermeabile, disinfestate con un efficace insetticida spray (derivato del piretro) lasciando il sacco chiuso per 24 ore. Trascorso questo tempo inviarle in lavanderia come coperte infette.

MATERASSO E CUSCINI

Al termine dell'isolamento sostituire il cuscino ed il materasso, quest'ultimo solo se sprovvisto di coprimaterasso.

INFORMAZIONE SANITARIA ALL'UTENTE

Vedi scheda operativa per precauzioni per malattie a trasmissione per contatto scheda 1C.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

Le principali raccomandazioni rivolte ai visitatori devono essere mirate a:

1. invitare al controllo medico i conviventi del paziente e coloro che hanno avuto uno stretto contatto per l'eventuale trattamento se contagiati
2. Raccomandare il lavaggio delle mani ed evitare stretti contatti con il paziente
3. Raccomandare l'adeguato trattamento a domicilio degli indumenti personali e biancheria intima con un ciclo di lavaggio automatico a temperatura di 90 °C. oppure a 60°C. con aggiunta di ipoclorito di sodio (es.: candeggina) o perborato.
4. Per gli indumenti che non reggono i 60°C. introdurli in un sacco impermeabile, procedere ad una disinfestazione con un efficace insetticida spray (derivato del piretro) lasciando il sacco chiuso per 24 ore. Dopo tale trattamento sottoporre gli indumenti a lavaggio.

SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE alle P. STANDARD
per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente affetto da Pediculosi
SCHEDA 5C

COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE

Individuare una collocazione più idonea possibile a contenere il rischio di trasmissione, per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento con un insetticida efficace che verrà prescritto dal dermatologo. Se il paziente è autosufficiente per il periodo d'isolamento (24h) riservargli un servizio igienico.

GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

gli operatori sanitari che durante l'assistenza diretta hanno stretti contatti con il paziente e durante il trattamento della pediculosi dovranno indossare i guanti monouso ed eseguire il lavaggio delle mani dopo la rimozione degli stessi.

CAMICE

gli operatori sanitari che durante l'assistenza diretta hanno stretti contatti con il paziente e durante il trattamento della pediculosi dovranno indossare il camice di protezione in tessuto o TNT monouso, quest'ultimo andrà eliminato nei contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Il camice deve essere rimosso prima della rimozione dei guanti monouso.

COPRICAPO

gli operatori sanitari che durante l'assistenza diretta hanno stretti contatti con il paziente e durante il trattamento topico della pediculosi dovranno indossare un copricapo monouso.

TRASPORTO DEL PAZIENTE

informare il personale dei servizi e/o unità operative presso i quali il degente viene trasferito per applicare le misure d'isolamento idonee rispettando la privacy.

ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie a trasmissione per contatto scheda 1C.

GESTIONE BIANCHERIA

Al termine del trattamento topico, sostituire il cuscino e la coperta anche se non contaminati. Sostituire il materasso solo se sprovvisto di coprimaterasso. Per il periodo del trattamento si può utilizzare lenzuola e federe monouso facendone richiesta al Servizio Lavanderia-Guardaroba.

AMBIENTE

Al termine dell'isolamento (a fine trattamento), prima di procedere alle operazioni di pulizia ambientale disinfestare con un efficace insetticida (derivato del piretro) tutta l'unità paziente (letto, comodino, stipetto, ecc.), dopodichè procedere, previa adeguata ventilazione ambientale, alle pulizie ambientali (vedi Prontuario Antisettici e Disinfettanti al capitolo Procedure operative).

RACCOMANDAZIONE:

Durante l'uso dell'insetticida fare uso di un facciale filtrante di classe FFP1. Durante l'uso di insetticida, avere l'avvertenza di allontanare eventuali alimenti.

INFORMAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE

vedi scheda operativa per precauzioni per malattie a trasmissione per contatto scheda 1 C.

INFORMAZIONE SANITARIA AI VISITATORI

Le principali raccomandazioni rivolte ai visitatori devono essere mirate a:
invitare al controllo medico i conviventi del paziente e coloro che hanno avuto uno stretto contatto per l'eventuale trattamento se contagiati.

Raccomandare il lavaggio delle mani ed evitare stretti contatti con il paziente

Raccomandare l'adeguato trattamento a domicilio degli indumenti personali e biancheria intima con un ciclo di lavaggio automatico a temperatura di 60 °C. Per gli indumenti che non reggono i 60°C. introdurli in un sacco impermeabile, procedere ad una disinfestazione con un efficace insetticida spray (derivati del piretro) lasciando il sacco chiuso per 24 ore. Dopo tale trattamento sottoporre gli indumenti a lavaggio.

BIBLIOGRAFIA

FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO

1. Centers for Prevention. Linee guida per le Misure di Isolamento in Ospedale. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere 1997; 4,3.
2. Andreoli GB, Cagliani I, Cenderello N., Fabbri P., Fraguglia C., Gatti B. Prontuario degli antisettici e disinfettanti. E.O. Ospedali Galliera, 2^aed. 1999.
3. ANIPIO Regione Emilia Romagna "Misure di Isolamento in Ospedale: Aspetti infermieristici" Rimini, 5-6 dicembre 1997.
4. F. De Philips Le infezioni in Ospedale Sorveglianza- Prevenzione - Controllo Prevenzione & Aggiornamento .Mediserve. Milano, 2000.
5. A.S. Benenson Controllo delle Malattie Trasmissibili dell'Uomo. DEA 15 ^aed.Roma, 1992.
6. A. Pan, D. Tomasoni, A. Calza, C. Barosi, P. Catenazzi, G. Carnevale, L. Crema et. al. Linee-Guida per il controllo della diffusione intra-ospedaliera dello Staphilococcus aureus meticillino-resistente. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere 1999; 6,1.
7. F. Castelnuovo, C. Gagliotti Infezione nosocomiale da Clostridium Difficile: fattori di rischio e misure di prevenzione. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere 1997; 4,4.
8. R. Suzzi Caratteristiche dei DPI e loro applicazione in atti seminario infermieristico ANIPIO "Infezioni Ospedaliere Problemi urgenti". Treviso, 1998.
9. C. Govoni, M.Tangenti Linee Guida per le misure di isolamento in ospedale in Bollettino Epidemiologico Azienda USL Città di Bologna n°0 Bologna, 1998.
- 10.L. Ravagnani Lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri in Bollettino Epidemiologico Azienda USL Città di Bologna n°4 Bologna, 1999.
- 11.G.Fasulo Profilassi delle meningiti batteriche in Bollettino Epidemiologico Azienda USL Città di Bologna n°12 Bologna, 1996.
- 12.S.D. Schaffer, L.S. Garzon , D.L. Heroux et. al. Prevenzione delle infezioni e sicurezza nelle procedure. Edizione italiana a cura di G. Ippolito, N. Petrosillo. Il Pensiero Scientifico Editore.

FONTI NORMATIVE

1. Ministero della Sanità Decreto 28.09.1990 "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private".
2. Ministero della Sanità. Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS. Linee guida per la prevenzione del contagio tubercolare nell'assistenza a pazienti con infezione da HIV. Roma, 28 giugno 1994.
3. Regione Liguria "Linee guida per i blocchi operatori" Deliberazione Giunta Regionale N°761 Genova, 09.07.'99.
4. Comitato Europeo di Normazione - EN 149. Apparecchi di protezione delle vie respiratorie. Facciali filtranti antipolvere. Requisiti, prove, marcatura. CEN, Bruxelles 1991.
5. Decreto Legislativo 19.03.'96 n.242 - Modifiche ed integrazioni al Decreto Legislativo 19 settembre 1994 , n. 626, recante l'attuazione di direttive comunitarie riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.
6. Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n.46. Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.
7. Decreto Legislativo 4 dicembre 1992, n. 475- Attuazione della direttiva 89/686/CEE del Consiglio del 21 dicembre 1989, in materia di ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi di protezione individuali.
8. Ministero dell'Ambiente di concerto con il Ministero della Sanità Decreto 26.06.2000 n.219 Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n.22.



NORME SUL CORRETTO UTILIZZO DEL DISPOSITIVO DI PROTEZIONE RESPIRATORIA



1. Tenere il respiratore in mano con lo stringinaso verso le dita lasciando gli elastici liberi sotto la mano.



2. Posizionare il respiratore sul volto con la conchiglia sotto il mento e lo stringinaso verso l'alto.



3. Posizionare l'elastico superiore sulla nuca e l'elastico inferiore attorno al collo e al di sotto delle orecchie.



4. Posizionare le dita di entrambe le mani sulla parte superiore dello stringinaso: premerlo e modellarlo muovendosi verso le sue estremità; evitare di modellare lo stringinaso con una sola mano per non causare una diminuzione della protezione respiratoria.



5. La tenuta del respiratore sul viso deve essere verificata prima di entrare nell'area di lavoro: coprire quindi con le due mani il respiratore evitando di muoverlo dalla propria posizione e poi espirare rapidamente; una pressione positiva all'interno del respiratore dovrebbe essere percepita. Se viene avvertita una perdita aggiustare la posizione del respiratore e/o tensione degli elastici e ripetere la prova.

Non utilizzare in presenza di barba o basette lunghe che non permettono il contatto diretto con la cute del volto.

I dispositivi di protezione respiratoria possono essere usati per tutto un turno lavorativo, a meno che non siano contaminati da materiale biologico o visibilmente danneggiati.

NORME PER IL CORRETTO USO DEI CONTENITORI RIGIDI A DOPPIO INVOLUCRO PER RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (halipac)

Allegato n° 3

1. Predisporre correttamente il contenitore rigido e il sacco in plastica (secondo le istruzioni riportate sullo stesso).
2. Non eliminare in questi contenitori rifiuti assimilabili agli urbani (carta, cartone) e se la produzione di questo tipo di rifiuti è di quantità ridotte, fare uso del contenitore da litri 20.
3. Riempire il sacco in modo tale da consentirne la chiusura in sicurezza.
4. Evitare di comprimere il materiale contenuto nel sacco.
5. Indossare guanti di protezione per la disinfezione mediante l'apposita pastiglia di ipoclorito di Calcio e quindi chiudere il contenitore.
6. Chiudere il sacco, sigillandolo con l'apposito dispositivo, così da impedirne l'eventuale riapertura.
7. Chiudere ermeticamente il contenitore rigido ad incastro, seguendo la numerazione in successione e facendo attenzione che non si rompano le alette.
8. Apporre sul contenitore la sigla dell'U.O. appartenente e la data di chiusura.

N.B. I contenitori rigidi per lo smaltimento degli acuminati e taglienti da 4 e da 11 litri devono essere inseriti nel contenitore rigido a doppio involucro.

NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA

Allegato n° 4 -Italiano -







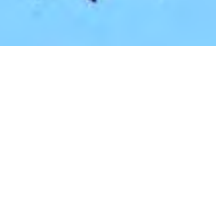



NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA Tbc POLMONARE ATTIVA



Cos'è la Tubercolosi?

E' una malattia infettiva provocata da un germe, il bacillo di Koch; si trasmette per via aerea attraverso il respiro, la tosse, lo sputo. Per tale ragione onde evitare il diffondersi della malattia ad altre persone è necessario che la persona ammalata rispetti le seguenti norme.


Come comportarsi?

	NON USCIRE DALLA CAMERA.		TENERE LA PORTA DELLA STANZA SEMPRE CHIUSA
	LAVARE FREQUENTEMENTE LE MANI CON SAPONE		LASCIARE LA FINESTRA O IL VASISTAS APERTO PER FAVORIRE IL RICAMBIO D'ARIA
	RIDURRE AL MINIMO GLI OGGETTI PERSONALI SUL COMODINO E ALL'INTERNO DELLA STANZA, POICHE' IL BACILLO E' RESISTENTE PER QUALCHE TEMPO NELL'ARIA E NELL'AMBIENTE. SI CONSIGLIA DI UTILIZZARE MATERIALE MONOUSO (POSATE, BICCHIERE, PIATTI, FAZZOLLETTI) FACILMENTE ELIMINABILE NEGLI APOSITI CONTENITORI PRESENTI NELLA STANZA		INDOSSARE SEMPRE LA MASCHERINA QUANDO SI RICEVONO LE VISITE DEI PARENTI IL PERSONALE SANITARIO E I PARENTI ENTRERANNO NELLA STANZA CON LA PROPRIA MASCHERINA DI PROTEZIONE PER LA TBC
	RIDURRE AL MINIMO IL RISCHIO DI CONTAGIO PER ALTRE PERSONE, QUINDI NON USCIRE DALLA STANZA, E SE E' NECESSARIO, FARLO AVVISANDO SEMPRE IL PERSONALE ED INDOSSARE L'APPOSITA MASCHERINA CHE VERRA' FORNITA		EVITARE DI TENERE IL VISO RIVOLTO VERSO ALTRE PERSONE E PORTARE ALLA BOCCA UN FAZZOLETTO DI CARTA DURANTE GLI ACCESSI DI TOSSE.
			NON FUMARE
			LAVARE LA BIANCHERIA PERSONALE UTILIZZANDO ALTE TEMPERATURE (90°C.) CON AGGIUNTA DI IPOCLORITO DI SODIO (Candeggina) o PERBORATO

NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA

Allegato n° 4 -Inglese-


BEHAVIOUR RULES FOR THE PATIENT AFFECTED BY ACTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS (TBC)




WHAT IS TBC?

It is an infectious disease with an aerial transmission caused by a germ, Koch's bacillus, through breath, cough and sputum. Therefore, in order to avoid the spreading of the disease to other people, it is necessary that the sick person observes the following rules.


HOW TO BEHAVE ?




DON'T GET OUT OF THE ROOM




WASH FREQUENTLY YOUR HANDS WITH SOAP




REDUCT AT THE MINIMUM POSSIBLY YOUR PERSONAL EFFECTS ON THE NIGHT TABLE AND INSIDE THE ROOM; AS THE BACILLUS PERSISTS FOR SOME TIME IN THE AIR AND IN THE PLACE, DISPOSABLE EQUIPMENT IS ADVISABLE (GLASS, CUTLERY, DISH, PAPER HANDKERCHIEF) THAT CAN BE EASILY THROWN AWAY IN THE PROPER CONTAINERS PLACED IN THE ROOM.




REDUCT AT THE MINIMUM THE RISK OF CONTAGION TO OTHER PEOPLE. SO DON'T GO OUT OF THE ROOM AND IF YOU NEED TO DO THAT, ALWAYS INFORM THE STAFF AND WEAR THE PROPER MASK YOU WILL BE SUPPLIED WITH.




KEEP THE DOOR OF THE ROOM ALWAYS CLOSED




KEEP WINDOW OR VASISTAS OPEN TO ALLOW AN AIR EXCHANGE




ALWAYS KEEP THE SURGICAL FACE MASK ON WHEN RECEIVING VISITS FROM YOUR RELATIVES; SANITARY STAFF AND VISITING PEOPLE WILL GET INTO YOUR ROOM WEARING A PROTECTION MASK AGAINST TBC.



AVOID TOO KEEP YOUR FACE TURNED TOWARDS OTHER PEOPLE AND TAKE A PAPER HANDKERCHIEF TOO YOUR MOUTH DURING COUGH FITS



DON'T SMOKE.



WASH YOUR PERSONAL CLOTHES USING HIGH TEMPERATURES (90°C) ADDING DISINFECTANT SOLUTIONS AS HYPOCHLORATE OF SODIUM OR PERBORATE

NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA

Allegato n° 4 –Francese-

RÈGLES DE COMPORTEMENT POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE ACTIVE (TB)



QU'EST-CE QU'EST LA TB?

La TB est une maladie infectieuse transmissible par l'air provoquée par un germe, le bacille de Koch, donc à travers le souffle, la toux, le crachat. Pour cette raison pour éviter la diffusion de la maladie aux autres personnes il est nécessaire que le malade respecte les règles suivantes

COMMENT SE COMPORTEUR



NE PAS SORTIR DE LA CHAMBRE.

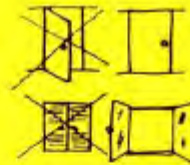


LAVER FRÉQUEMMENT LES MAINS AVEC LE SAVON.



RÉDUIRE AU STRICT MINIMUM LES OBJETS PERSONNELS SUR LA TABLE DE NUIT ET A L'INTÉRIEUR DE LA CHAMBRE, CAR LE BACILLE EST RÉSISTANT POUR UN CERTAIN TEMPS DANS L'AIR ET LE MILIEU. ON CONSEILLE D'UTILISER DE MATÉRIEL UNISERVICE (VERRE, COUVERTS, ASSIETTES, MOUCHOIRS) FAÇILE A ÉLIMINER GRÂCE AUX SPÉCIAUX RÉCIPIENTS DANS LA CHAMBRE.

RÉDUIRE AU MINIMUM LE RISQUE DE CONTAGION D'AUTRES PERSONNES, DONC NE PAS SORTIR DE LA CHAMBRE, S'IL EST NÉCESSAIRE DE LE FAIRE, AVERTIR LE PERSONNEL ET PORTER LE SPÉCIAL PETIT MASQUE QU'ON VIENDRA FOURNI.



TENIR LA PORTE DE LA CHAMBRE TOUJOURS FERMÉE. LAISSER LA FENÊTRE OU LE VASISTAS OUVERTS POUR FAVORISER LE RECHANGE D'AIR.



PORTER TOUJOURS LE PETIT MASQUE QUAND ON REÇOIT LES VISITES DES PARENTS, LE PERSONNEL SANITAIRE ET LES PARENTS ENTRERONT DANS LA CHAMBRE AVEC SES PROPRES PETITS MASQUES DE PROTECTION DE LA TB.



ÉVITER DE TENIR LE VISAGE Tourné vers autres personnes et porter vers la bouche un mouchoir de papier pendant les coups de toux.



NE PAS FUMER.



LAVER LE LINGE PERSONNEL UTILISANT TEMPÉRATURES HAUTES (90°C), EN AJOUTANT SOLUTIONS DÉSINFECTANTES COMME HYPOCHLORITE DE SODIUM (ex : eau de Javel) OU PERBORATE.

NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA

Allegato n° 4 -Spagnolo-

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

AFLIGIDO DE TUBERCULOSIS PULMONAR



¿QUE ES LA TUBERCULOSIS?

Es una enfermedad infecciosa causada de un germen, el Bacillus de Koch; se trasmite a través de el aliento, la tos y el esputo. Por este motivo para evitar el exentenderse de la enfermedad es necesario que la persona enferma respecte las siguientes instruccione.



NO SALIR DE LA PIEZA



LAVAR CON FRECUENCIA LAS MANOS CON JABON



TENER POCAS COSAS EN LA MESITA DE NOCHE Y EN LA PIEZA PORQUE EL BACILLUS ES RESISTENTE POR ALGUN TIEMPO EN EL AIRE Y EN EL AMBIENTE. SE ACONSEJA DE UTILIZAR MATERIAL MONOUSO (CUBIERTOS, VASOS, PLATOS, PAÑUELOS) REMOVIBLE SIN DIFICULTAD EN EL CESTON DE LA PIEZA.



REDUCIR EL PELIGRO DE CONTAGIO PARA LAS OTRAS PERSONAS. NO SALIR DE LA PIEZA Y SI ES NECESARIO ACERIO AVISANDO SIEMPRE EL PERSONAL Y PONERSE LA MASCARITA.



TENER LA PUERTA DE LA PIEZA SIEMPRE CERRADA.

DEJAR LA VENTANA ABIERTA PARA FAVORECER LA VENTILACION.



PONER SIEMPRE LA MASCARITA CUANDO SE RECIBEN VISITAS, EL PERSONAL SANTARIO Y LOS PARIENTES ENTERRAN EN LA PIEZA CON SU PROPIA MASCARITA DE PROTECCION PARA LA TUBERCULOSIS.



EVITAR DE TENER LA CARA VUELTA HACIA LAS OTRAS PERSONAS Y LLEVAR A LA BOCA UN PAÑUELO DE PAPEL CUANDO HAY UN ATAQUE DE TOS.



NO FUMAR.



LAVAR LAS ROPAS PERSONAL UTILIZANDO ALTAS TEMPERATURAS (90°C) CON HIPOCLORITO DE SODIO O PERBORATO.

PROCEDURA DI TRATTAMENTO PER IL PAZIENTE AFFETTO DA SCABBIA

Allegato n° 5

1. Dedicare un servizio igienico con vasca da bagno o doccia dove far lavare accuratamente il paziente e dove successivamente verrà eseguito il trattamento.
2. Se il paziente non è autosufficiente gli operatori sanitari procederanno all'igiene personale dopo aver indossato i necessari dpi (guanti, camice e copricapo).
3. Dopo il punto 1 o 2 gli operatori sanitari, procederanno alla scarificazione della cute del paziente utilizzando uno spazzolino rigido da eliminare dopo l'uso nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo (halipac).
4. Spalmare accuratamente il prodotto topico prescritto su tutta la superficie corporea, ad esclusione della testa.
5. Per garantire che la scarificazione sia efficace e che il prodotto sia spalmato adeguatamente su tutta la superficie corporea è necessario che queste procedure vengano eseguite dagli operatori sanitari.
6. Ricoprire il corpo del paziente con tubolari di cotone (da richiedere in Magazzino Economato) o indumenti di cotone molto aderenti, per favorire il maggior contatto del prodotto con la superficie cutanea.
7. La biancheria intima del paziente e la biancheria del letto devono essere completamente cambiati dopo ogni trattamento topico.
8. Il trattamento deve essere eseguito 2 volte al giorno per almeno tre giorni consecutivi (e comunque secondo prescrizione medica), durante questi tre giorni il paziente deve limitarsi ad eseguire solo l'igiene intima e la pulizia del viso.
9. Al termine dei 3 giorni di trattamento il paziente deve eseguire un bagno o doccia, prima della visita specialistica di controllo.
10. Per la biancheria, indumenti personali, coperte, materassi e cuscini, vedi scheda operativa specifica per paziente affetto da scabbia (scheda 4 C).
Gli indumenti personali non trattati a domicilio, possono essere ritirati dai disinfettatori.

ELENCO DELLE MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI SOGGETTE A NOTIFICA
(Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990)
Allegato n° 6

PATOLOGIE DI CLASSE I

Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette a regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse:

1. Colera
2. Febbre Gialla
3. Febbre Ricorrente
4. Febbre Emorragiche Virali (Febbre Di Lassa, Marburg, Ebola)
5. Peste
6. Poliomielite
7. Tifo Esantematico
8. Botulismo
9. Difterite
10. Influenza con isolamento virale
11. Rabbia
12. Tetano
13. Trichinosi

PATOLOGIE DI CLASSE II

Malattie rilevanti perché a elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo:

1. Blenorragia
2. Brucellosi
3. Diarree infettive non da Salmonelle
4. Epatite Virale A
5. Epatite Virale B
6. Epatite Virale NANB
7. Epatite Virale non Specificata
8. Febbre Tifoide
9. Legionellosi
10. Leishmaniosi cutanea
11. Leishmaniosi viscerale
12. Leptosirosi
13. Listeriosi
14. Meningite ed Encefalite acuta virale
15. Meningite Meningococcica
16. Morbillo
17. Parotite
18. Pertosse
19. Rickettsiosi diversa da Tifo esantematico
20. Rosolia
21. Salmonellosi non Tifoidea
22. Scarlattina
23. Sifilide
24. Tularemia
25. Varicella

PATOLOGIE DI CLASSE III

Per le quali sono richieste particolari documentazioni

1. AIDS
2. Lebbra
3. Malaria
4. Micobatteriosi non Tubercolare
5. Tubercolosi

PATOLOGIE DI CLASSE IV

Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'Azienda Sanitaria Locale solo quando si verificano focolai epidemici.

1. Dermatofitosi (Tigna)
2. Infezioni, tossinfezioni e infestazioni di origine alimentare
3. Pediculosi
4. Scabbia

PATOLOGIE DI CLASSE V

Malattie infettive e diffuse notificate all'Azienda Sanitaria Locale e non comprese nelle classi precedenti, che possono costituire un potenziale pericolo per la salute pubblica, o sono epidemiologicamente indicative di una determinata realtà.

MODULISTICA PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI

Allegato n° 7

In allegato si presenta copia del frontespizio della modulistica da compilare per pazienti sospetti o affetti da malattie infettive trasmissibili. Per avere i diversi modelli originali e completi farne richiesta all'Ufficio Assistenti Sanitarie (ASV).

Moduli in allegato:

- Modulo della Regione Liguria per la notifica di malattia infettiva trasmissibile (vedi elenco malattie infettive sottoposte a notifica allegato n.6) da compilare al momento della diagnosi ed inviare subito all'Ufficio ASV.
- Mod. Tbc 22 dell'INPS per pazienti affetti da Tubercolosi da compilare al momento della diagnosi ed inviare all'Ufficio ASV.
- Mod. Tbc 36 dell'INPS per pazienti affetti da Tubercolosi da compilare al momento della dimissione del paziente ed inviare all'Ufficio ASV.
- Mod. Tbc 37 dell'INPS per pazienti affetti da Tubercolosi da compilare al controllo ambulatoriale del paziente ed inviare all'Ufficio ASV.

Per qualsiasi chiarimento e per moduli diversi relativi a particolari patologie infettive (es.: malaria, MOT, ecc.) fare sempre riferimento all'Ufficio ASV.

MANUALE SULLE MISURE DI ISOLAMENTO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	1
INTRODUZIONE	3
LINEE GUIDA SULLE MISURE DI ISOLAMENTO	4
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD	5
Igiene delle mani	5
Utilizzo dei dispositivi di protezione individuale	5
<i>SCHEDA 1 S</i>	5
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD	8
Smaltimento dei rifiuti	8
Trattamento dei dispositivi e delle attrezzature riutilizzabili	8
Manovre rianimatorie	8
Trasporto dei campioni biologici	8
<i>SCHEDA 2 S</i>	8
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI STANDARD	11
Gestione della biancheria e degli effetti personali	11
Sanificazione e Sanitizzazione ambientale	11
Collocazione del paziente	11
Informazione sanitaria ai pazienti e ai visitatori	11
<i>SCHEDA 3S</i>	11
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE PRECAUZIONI STANDARD	14
per malattie trasmesse attraverso la via aerea (es: morbillo, varicella, t.b. polmonare*.)	14
<i>SCHEDA 1A</i>	14
LA TUBERCOLOSI	16
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE PER Paziente con Tubercolosi polmonare sospetta o accertata	18
<i>SCHEDA 2A</i>	18
LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO DROPLET/GOCCIOLINE LE MENINGITI BATTERICHE	20
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD per malattie trasmesse attraverso droplet/goccioline (es: Meningite meningococcica)	22
<i>SCHEDA 1D</i>	22
LA TRASMISSIONE PER CONTATTO PATOGENI EMERGENTI	24
IL CLOSTRIDIUM DIFFICILE (Cl. difficile)	24
STAFILOCOCCO AUREO METICILLINO RESISTENTE (MRSA)	25
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD PER MALATTIE TRASMISSIBILI PER CONTATTO	26
<i>SCHEDA 1C</i>	26
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente con isolamento di tossina A del Clostridium difficile	28
<i>SCHEDA 2C</i>	28
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente con isolamento di Stafilococco Aureo Meticillino Resistente (M.R.S.A.)	30
<i>SCHEDA 3C</i>	30
LE PARASSITOSI	32
LA SCABBIA	32
PEDICULOSI	32
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente affetto da Scabbia	33
<i>SCHEDA 4C</i>	33
SCHEDA OPERATIVA PER PRECAUZIONI AGGIUNTIVE ALLE P. STANDARD per malattie trasmissibili per contatto specifica per paziente affetto da Pediculosi	35
<i>SCHEDA 5C</i>	35
BIBLIOGRAFIA	37
FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO	37
FONTI NORMATIVE	37
<i>Allegato n° 1</i>	38
<i>Allegato n° 2</i>	39
NORME PER IL CORRETTO USO DEI CONTENITORI RIGIDI A DOPPIO INVOLUCRO PER RIFIUTI SPECIALI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (HALIPAC)	40
<i>Allegato n° 3</i>	40
NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA	41
<i>Allegato n° 4 -Italiano -</i>	41
NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA	42
<i>Allegato n° 4 -Inglese-</i>	42
NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA	43
<i>Allegato n° 4 -Francese-</i>	43
NORME COMPORTAMENTALI PER IL PAZIENTE AFFETTO DA TBC POLMONARE ATTIVA	44
<i>Allegato n° 4 -Spagnolo-</i>	44
PROCEDURA DI TRATTAMENTO PER IL PAZIENTE AFFETTO DA SCABBIA	45
<i>Allegato n° 5</i>	45
ELENCO DELLE MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI SOGGETTE A NOTIFICA (DECRETO MINISTERIALE 15 DICEMBRE 1990)	46
<i>Allegato n° 6</i>	46
PATOLOGIE DI CLASSE I	46
PATOLOGIE DI CLASSE II	46
PATOLOGIE DI CLASSE III	47
PATOLOGIE DI CLASSE IV	47
PATOLOGIE DI CLASSE V	47
MODULISTICA PER PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI	48
<i>Allegato n° 7</i>	48