



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA



RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

ELABORAZIONI	VALIDAZIONE
Dr. F. Rose Direzione Sanitaria	Resp. U.O. Qualità e Accreditamento Verifica metodologia Dott.ssa Monica Loizzo
Dr. F. Luciani U.O. Mal. Infettive	
Dr. D.Perugini U.O. Microbiologia e Virologia	Direttore U.O. di Gastroenterologia Dr Pietro Leo
Dr. S. Dodaro U.O. Microbiologia e Virologia	
Sig. C. Barberio ICI CIO	Direttore U.O. di Microbiologia e Virologia Dott.ssa Cristina Giraldi
Sig. S. Mazza ICI CIO	
Dr. M. Verta U.O. di Gastroenterologia	<p>Approvato Direttore U.O.C. P.U.</p> <p>Firma/timbro</p> <p>-----</p>
Dr. F. Urso U.O. di Farmacia	
IP E. Mauro U.O. di Gastroenterologia	
Dott.ssa M. Ruvio U.O. di Med. Valentini	
IP M. Marchese U.O. di Med. Valentini	
Coord. E. Borrelli U.O. di Geriatria	
Coord. IP E. Dr. C. Mazzone U.O. di Ematologia	
Coord. IP P. Greco U.O. di Ematologia	
Coord. IP E. De Cicco U.O. di Ematologia	
R.P.A. CIO Sig. M. Multari	
	Pagine n. <u>18</u>
	Allegati n. <u>05</u>

CATEGORIE PER L'IMPLEMENTAZIONE NELLA PRATICA CLINICA

IA) Misura Fortemente Raccomandata Per L'implementazione E Fortemente Supportata Da Studi Sperimentali, Clinici O Epidemiologici Ben Disegnati.

IB) Misura Fortemente Raccomandata Per L'implementazione E Fortemente Supportata Da Alcuni Studi Sperimentali, Clinici O Epidemiologici E Da Un Forte Razionale Teorico.

IC) Misure Richieste Da Regolamenti Statali O Federali (possono variare in diversi stati o regioni).

II) misure suggerite per l'implementazione e supportate da studi clinici o epidemiologici oppure da un razionale teorico.

Assenza di raccomandazioni: tema non risolto, include pratiche per le quali non esistono evidenze o sulla cui efficacia non è stato possibile raggiungere un consenso tra gli esperti.

LIVELLI DI EVIDENZA

1/a) prove ottenute da revisioni sistematiche di studi clinici controllati omogenei.

1/b) prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.

1/c) prove da studi che hanno come out come 'tutto' o 'nulla' (all-or-none)

2/a) prove ottenute da revisioni sistemiche di studi coorte omogenei.

2/b) prove ottenute da un singolo studio di coorte (inclusi studi clinici randomizzati controllati di bassa qualità, es. <80% follow-up).

2/c) prove da ricerca di risultato, studi ecologici.

3/a) prove da revisioni sistemiche di studi caso-controllo omogenei.

3/b) prove da un solo studio caso-controllo.

4) prove da serie di casi (e da studi di coorte e caso-controllo di non buona qualità.

5) prove da opinioni di esperti senza una revisione critica ed esplicita della letteratura o basate sulla fisiologia, ricerca di base o principi primi.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CD)

E' un bacillo Gram +, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, presente nel tratto intestinale degli animali e che colonizza molti bambini di età inferiore a un anno e una piccola percentuale di adulti sani (3-4%); in ambito clinico è responsabile di diverse tipologie d'infezioni di differente gravità, definite C. difficile associated diarrhoea (CDAD) o infezioni da C. difficile (CDI). Esistono diversi ceppi di C. difficile; alcuni non producono tossine e non sono patogeni.

Hanno interesse clinico i ceppi che producono enterotossina A e/o citotossina B. La tossina B ha attività citotossica più potente della tossina A.

L'infezione da C. Difficile è spesso di origine nosocomiale e si manifesta con discreta frequenza con carattere epidemico ed è opportuno dare le indicazioni sugli interventi ritenuti efficaci nella prevenzione e controllo dell'infezione.

DIAGNOSI (Vedasi protocollo aziendale).

MODALITÀ DI TRASMISSIONE

L'infezione si verifica a seguito di trasmissione fecale-orale, per ingestione di spore che sopravvivono all'ambiente acido dello stomaco e si trasformano nella forma vegetativa nel colon.

Il paziente colonizzato/infetto è la fonte primaria di C. difficile:

- ✚ Nelle feci di adulti asintomatici immunocompetenti C. difficile è riscontrabile nel 3-4% dei casi: in larga misura si tratta di ceppi non patogeni. I portatori asintomatici possono essere un reservoir che può contribuire alla disseminazione;
- ✚ Negli ospedalizzati il numero dei colonizzati raggiunge il 7- 25% con una percentuale di produttori di tossina del 2-8%
- ✚ I neonati sono molto spesso portatori asintomatici, anche di ceppi produttori di tossina. La colonizzazione pare favorita dall'immaturità della flora batterica e la mancata evoluzione della malattia è dovuta all'incapacità della tossina di legarsi ai recettori degli enterociti, anch'essi ancora immaturi;
- ✚ Nei pazienti anziani ospitati presso strutture per lungodegenti la prevalenza delle colonizzazioni asintomatiche è del 5-7%;

Per via diretta o indiretta il C. Difficile contamina l'ambiente, che diviene una fonte secondaria, assumendo un ruolo importante nella trasmissione in ambito assistenziale. Le modalità con le quali un paziente può essere esposto al C. difficile in ospedale sono tre:

- ✚ contatto con operatori sanitari portatori di colonizzazione secondaria delle mani;
- ✚ contatto con superfici ambientali contaminate;
- ✚ contatto diretto con un paziente con infezione;

SORVEGLIANZA

Nella nostra Azienda Ospedaliera viene effettuata di routine la sorveglianza delle infezioni da C. difficile.

Categoria IB livello evidenza 2b,3b,4,5

È importante garantire la tempestività della segnalazione, per consentire l'attivazione immediata delle misure di isolamento e l'eventuale indagine epidemiologica.

In accordo con la normativa, le strutture sanitarie sono tenute alla segnalazione delle CDI alle competenti autorità sanitarie in caso di focolai epidemici (notifica di classe quarta); per i casi

singoli è bene procedere secondo le modalità previste in modo specifico a livello locale (ASP) (Allegato 1)

Sarà determinato il tasso di incidenza di CDA, per singola unità operativa, in base ai risultati della ricerca delle tossine o delle colture per *C. difficile*. *Categoria IB livello evidenza 2c*

Alti tassi di incidenza o frequenza di CDAD devono far scattare l'implementazione di interventi di controllo supplementari. *Categoria IB livello evidenza 2b*

E' importante assicurare un' appropriata e pronta diagnostica per pazienti con diarrea acuta; *Categoria IB livello evidenza 3b, 4*

Porre attenzione alle variazioni di frequenza, complicanze (comprese le recidive), gravità di CDAD, che potrebbero essere indicatori della presenza di nuovi ceppi.

Chiunque entri nella camera/ambiente in cui è ospitato un paziente con CDAD, operatori sanitari e visitatori, deve essere informato in merito alle manifestazioni cliniche, alle modalità di trasmissione e all'epidemiologia delle infezioni da *C. difficile*. *Categoria IA livello evidenza 1a 2b 4,5* (Allegato 5)

PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO

I pazienti con CDAD rappresentano una potenziale fonte di diffusione del patogeno e pertanto, quando possibile, devono essere allocati in stanze singole. . *Categoria IB livello evidenza 1b 2b*

Per questo si ritiene opportuno raccomandare di assegnare, nei limiti del possibile, un servizio igienico al paziente deambulante con infezione da *C. difficile*. *Categoria IB livello evidenza 1b*

Sacchetti igienici e pannoloni devono essere smaltiti come rifiuti a rischio infettivo.

Se non è possibile effettuare l'isolamento in stanza singola, si deve adottare l'isolamento in coorte. Se vi è scarsa capacità di ricezione, considerare l'opportunità di isolare i pazienti in un reparto dedicato o utilizzare una unità di isolamento per la coorte. *Categoria IB livello evidenza 1b 4*

Porre sulla porta della stanza una segnaletica idonea a indicare l'isolamento da contatto e le precauzioni da adottare. (Allegato 2)

I pazienti posti in isolamento in coorte devono essere gestiti da personale dedicato, per minimizzare il rischio di trasferire l'infezione ad altri pazienti. *Categoria IB livello evidenza 1b 4*

Usare idonei dispositivi di protezione/mezzi di barriera (guanti e sovra camice con maniche lunghe). I DPI devono essere indossati per ogni contatto con il paziente e/o l'ambiente (in particolare superfici a facile contaminazione, superfici del servizio igienico);

usare preferibilmente material monouso, da eliminare subito dopo l'impiego in appositi contenitori per rifiuti a rischio infettivo posti all'interno della stanza;

non rilevare la temperatura per via rettale;

disporre di un corredo personalizzato di dispositivi medici e altro materiale destinato all'assistenza: sfigmomanometro (con copri braccio monouso), termometro, sedia a rotelle, padella, pappagallo, ecc.;

se alcuni dispositivi/materiali in uso devono essere condivisi con altri pazienti, sottoporli ad un **accurato** intervento di pulizia e disinfezione dopo l'utilizzo;

nel corso di pratiche assistenziali porre attenzione ad evitare la dispersione di microrganismi contaminanti nell'ambiente (ad esempio evitare il contatto delle mani guantate con le superfici).

È misura utile la predisposizione di una check list per l'allestimento della stanza di isolamento e del relativo servizio igienico. (Allegato 3)

E' bene concentrare le attività assistenziali, ove possibile, in momenti ben definiti della giornata e procedere immediatamente alla eliminazione dei rifiuti, all'allontanamento della biancheria sporca ed alla detersione e disinfezione delle superfici potenzialmente contaminate.

In caso di trasferimento ad altra struttura, anche dopo risoluzione della patologia segnalare per iscritto l'infezione da C. difficile, per una attenta sorveglianza clinica.

Le precauzioni di isolamento possono essere sospese 48 ore dopo la risoluzione della diarrea e la normalizzazione delle peristalsi intestinale. (Il razionale di questa indicazione è legato al fatto che il rischio di trasmissione è molto ridotto in assenza di diarrea e risulta generalmente governabile con l'applicazione delle misure standard di controllo delle infezioni, in particolare con l'igiene delle mani.) *Categoria II livello evidenza 4*

Laddove si ravvisassero situazioni di difficile governabilità, la scelta locale può essere quella di mantenere l'isolamento da contatto sino alla dimissione.

Limitare, per quanto possibile, il numero di visitatori nella stanza del paziente, che dovranno essere edotti sulle misure precauzionali da adottare, quali:

- ✚ utilizzo di guanti e sovra camice prima del contatto diretto col paziente,
- ✚ non sedersi sul letto,
- ✚ non appoggiare oggetti sul comodino,
- ✚ non toccare il cellulare del paziente,
- ✚ lavarsi le mani dopo aver tolto guanti e sovra camice,
- ✚ informare il medico curante in caso di diarrea tra i familiari.

IGIENE DELLE MANI

La contaminazione delle mani degli operatori sanitari e dei pazienti, con C.Difficile (forme vegetative e spore), è una importante via di trasmissione. Vi è una forte correlazione tra contaminazione delle mani e intensità della contaminazione ambientale.

Per questo l'igiene delle mani (appropriato lavaggio e uso di guanti) e l'igiene ambientale sono fondamentali per la prevenzione della trasmissione.

E' raccomandata una meticolosa igiene delle mani con acqua e sapone da parte di tutto lo staff, dopo ogni contatto con pazienti con diagnosi sospetta o confermata di CDAD, e dopo ogni contatto con fluidi corporei o con superfici ambientali potenzialmente contaminate.

L'azione fisica di frizionamento e risciacquo (lavaggio mani) è il solo modo che consente di rimuovere le spore. Gli antisettici agiscono solo sulle forme vegetative. Il lavaggio delle mani con acqua e sapone è anche raccomandato dopo la rimozione di guanti e sovra camici utilizzati in corso di assistenza ai singoli pazienti.

Il frizionamento con soluzioni alcoliche non deve essere usato come unica modalità di igiene delle mani quando si assistono pazienti con infezione da C. difficile sospetta o accertata.

Quando lavare le mani:

- ✚ prima e dopo ogni contatto con il paziente;
- ✚ passando da una procedura assistenziale all'altra sullo stesso paziente;
- ✚ dopo contatto con l'ambiente circostante del paziente e con tutte le superfici dei servizi igienici;
- ✚ dopo contatto con materiali potenzialmente contaminati;
- ✚ dopo la rimozione dei guanti;
- ✚ prima di lasciare la stanza.

Una corretta igiene delle mani, prevede l'utilizzo di guanti che riducono il rischio di trasmissione. E' quindi vivamente raccomandato il loro uso, e devono essere prontamente rimossi eliminandoli come materiale potenzialmente infetto. Subito dopo aver rimosso i guanti si dovrà procedere al lavaggio delle mani.

Gli operatori devono indossare guanti nei contatti con pazienti con CDAD, questo include anche i contatti con fluidi corporei e/o superfici ambientali potenzialmente contaminate (es. quelle nelle immediate vicinanze del paziente).

Nell'assistenza al paziente con diarrea si devono sempre usare sovra camici e grembiuli.

Lavare le mani prima di entrare nella stanza di degenza, indossare i guanti monouso, indossare il sovracamice.

Dopo aver effettuato le operazioni di assistenza e prima di lasciare la stanza, rimuovere sovra camice e guanti e deporli nell'apposito contenitore per rifiuti a rischio infettivo che dovrà essere collocato nella stanza medesima

.Lavare le mani.

IGIENE AMBIENTALE

E' largamente documentato che in presenza di malattia da C. difficile si ha contaminazione ambientale (forme vegetative e spore); il problema è particolarmente critico se il paziente ha abbondanti scariche di feci liquide o è incontinente. La contaminazione può riguardare oggetti posti vicino al paziente (campanello di chiamata, telefono...), l'area circostante (sponde del letto, comodino, sedia...), dispositivi medici/materiali in uso, l'ambiente (maniglie, pavimenti...) e, in particolare, i servizi igienici (superfici WC, bidet, superficie lavandino, padella, pappagallo,...). E' noto altresì che vi è una forte correlazione tra contaminazione ambientale e trasmissione di C. difficile in ambito sanitario.

Le forme vegetative di C. difficile sopravvivono nell'ambiente per breve tempo (circa 15') su superfici asciutte, ma possono rimanere vitali per alcune ore in presenza di umidità; le spore batteriche, invece sono altamente resistenti e, in assenza di un adeguato trattamento, possono sopravvivere per periodi di tempo anche molto lunghi (mesi): questa contaminazione ambientale è spesso all'origine della trasmissione di C. difficile, che si può verificare anche a distanza di tempo. L'attenzione alla decontaminazione ambientale ha quindi un ruolo cardine negli interventi di prevenzione.

Le forme vegetative sono sensibili ai comuni disinfettanti ambientali e vengono facilmente eliminate.. Molto più difficile è garantire l'attività sulle spore perché, in presenza di pazienti per problemi di ordine tossicologico ed organizzativo, non si possono utilizzare disinfettanti ad alta concentrazione e per lungo tempo. Per questo ha un importante ruolo una buona deterzione che garantisca la rimozione meccanica delle spore, alla quale farà seguito la disinfezione.

La normale disinfezione ambientale nelle stanze dei pazienti con CDAD, deve essere effettuata con derivati del cloro (con almeno 1000 ppm di cloro disponibile). Il sodiodicloroisocianurato (NaDCC) è il prodotto con

il miglior profilo di stabilità. Le concentrazioni d'uso consigliate sono uguali a quelle dell'ipoclorito (1000-5000 ppm).

Dovrà essere garantito un tempo di contatto di almeno 10 minuto con il NaDCC. Poiché le superfici, specie quelle a stretto contatto con il paziente, possono venire contaminate ripetutamente, è necessario ripetere gli interventi di igiene ambientale, più volte nell'arco della giornata.

Il personale addetto alle pulizie deve essere immediatamente avvisato di una contaminazione ambientale di origine fecale e si deve provvedere al più presto alla pulizia dell'area contaminata.

I bagni e gli articoli quali comode o padelle, devono pertanto essere sanificati scrupolosamente. Dopo la detersione e la disinfezione, comode e padelle devono essere conservate asciutte.

Dopo la dimissione di un paziente con CDAD, è necessario effettuare un intervento di sanificazione di tutte le superfici ed oggetti presenti. In questo caso, in assenza di paziente, è indicato l'uso di NaDCC a concentrazioni più elevate (almeno 5000ppm).

Si dovrà provvedere alla sostituzione del materasso e del cuscino.

La presenza di materiale organico condiziona fortemente in maniera negativa l'attività delle soluzioni dei composti del cloro. Le soluzioni dei composti del cloro sono generalmente incompatibili chimicamente con i detergenti cationici, perciò prima della disinfezione, occorre sempre un accurato risciacquo.

DETERSIONE E DISINFEZIONE DELL'AMBIENTE IN PRESENZA DI SOSPETTA/DIAGNOSTICATA PATOLOGIA DA CD

- ❖ Tutte le superfici orizzontali della stanza e gli oggetti posti in vicinanza del paziente devono essere detersi e disinfettati due volte al giorno, ponendo particolare attenzione alle superfici che possono essere più facilmente toccate (letto e sbarre, interruttori luce, pulsantiera di chiamata, maniglie, rubinetti, piano del comodino, telefono, ecc.).
- ❖ La stanza in cui è degente il caso deve essere risanata per ultima.
- ❖ La detersione deve essere approfondita e accompagnata dall'azione meccanica dello sfregamento e dal risciacquo; alla detersione segue la disinfezione con cloro derivati 1.000 ppm che deve essere lasciato in situ per 10'.
- ❖ Se si utilizza un detergente-disinfettante, il disinfettante deve sempre essere un cloro derivato e la concentrazione d'uso deve garantire 1.000 ppm di cloro attivo. In questo caso si fa un primo trattamento seguito da risciacquo e poi un secondo trattamento, lasciando in contatto per 10'.
- ❖ Le superfici verticali (pareti) della camera di degenza devono essere trattate in modo analogo con detersione, risciacquo e disinfezione solo se visibilmente sporche (presenza di macchie, impronte).
- ❖ Particolare attenzione deve essere riservata agli interventi sul servizio igienico dedicato, che dovrebbe essere trattato tre volte al giorno e tutte le volte che la situazione lo richieda. Tutte le superfici potenzialmente contaminate devono essere deterse/disinfettate, ponendo un'attenzione particolare a quelle a più facile contaminazione (tavoletta del WC, bidet, dispenser di sapone...) senza trascurare le superfici che possono essere più facilmente all'origine di trasmissione (rubinetto del lavandino, interruttore della luce...).

DETERSIONE E DISINFEZIONE DELL'AMBIENTE ALLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA/DIAGNOSTICATA PATOLOGIA DA CD

- ❖ Alla dimissione/trasferimento del paziente la detersione/disinfezione del locale deve essere effettuata al termine della pulizia delle altre stanze di degenza.
- ❖ Prima di iniziare le operazioni di pulizia/disinfezione rimuovere ed eliminare nel contenitore dei rifiuti a rischio infettivo tutti i materiali d'uso presenti (sapone liquido, asciugamani in carta, carta igienica, spazzolino WC,...) e gli eventuali dispositivi medici monouso.
- ❖ Pulire gli oggetti riutilizzabili e inviarli ai processi di disinfezione o sterilizzazione.
- ❖ Rimuovere i materassi e gli altri effetti lettereci (coprimaterasso, coperte, cuscini, materasso antidecubito...), collocarli negli appositi sacchi e inviarli al servizio di lavanderia per il trattamento di lavaggio e disinfezione.
- ❖ Detergere tutte le superfici iniziando dalle zone pulite (es. finestre) per terminare a quelle sporche (servizio). La detersione deve essere diretta in modo capillare su tutte le superfici strutturali (pareti, pavimenti) e di materiali/oggetti presenti nell'ambiente (letto, testaleto, campanello di chiamata, comodino, cassetti, armadio, sedia, maniglie, flussimetro, carrozzina, ...). Far seguire alla detersione una disinfezione con un cloro derivato alla concentrazione di 5000 ppm e lasciare in contatto per circa 10'. Risciacquare, soprattutto le superfici metalliche, e lasciare asciugare.
- ❖ Ripristinare la funzionalità dell'ambiente sostituendo tutti i materiali eliminati o inviati ad un trattamento di sanificazione.

DILUIZIONE DEI CLORO DERIVATI

Concentrazione iniziale		
quantità necessaria per ottenere 5 lt alla concentrazione di:		
	<u>1.000 ppm</u>	<u>5.000ppm</u>
Sodio ipoclorito 1,1%	450ml	2.275 ml
Sodio ipoclorito 2,7%	185ml	925 ml
Sodio ipoclorito 5% (candeggina)	10 ml	500 ml
Sodiodicloroisocianurato (NaCCD) cp 4,6 gr	2 cp	10 cp
Sodiodicloroisocianurato (NaCCD) cp 23 gr	non applicabile	2 cp

USO DI DISPOSITIVI MEDICI

Dispositivi medici quali lo sfigmomanometro devono essere dedicati al singolo paziente.

Subito dopo l'impiego su un paziente con CDAD tutti i dispositivi/materiali riutilizzabili devono essere accuratamente puliti e disinfettati con un disinfettante attivo sulle spore di *C. difficile*.

Il termometro deve essere d'uso personale. È da evitare l'impiego di termometri elettronici con guaine monouso.

L'utilizzo di materiali monouso deve essere preso in considerazione in tutti i casi in cui ciò sia possibile.

GESTIONE DELLE EPIDEMIE

Quando si individua un aumento del numero di casi di infezioni da *C. difficile* rispetto ai dati standard di una unità operativa, è comunque necessario intervenire rapidamente

Il personale addetto al controllo delle infezioni (CIO) deve sempre essere informato quanto si verifica un aumento del numero o della gravità del quadro clinico dei casi di CDA.

In caso di una epidemia di CDAD devono essere rinforzate tutte le misure igieniche.

Rivedere gli standard di sanificazione ambientale per accertare che le pratiche di decontaminazione adottate assicurino l'elevata qualità e l'adeguata frequenza degli interventi. Se possibile costituire uno staff di pulizie appositamente preparato e dedicato in modo particolare alle stanze dei pazienti con CDAD.

Conservare i campioni di feci di tutti i casi di CDAD, per poterli sottoporre a coltura, a livello locale o in un laboratorio di riferimento e tipizzare retrospettivamente se necessario.

Per spiegare l'epidemiologia di *C. difficile*, gli isolati dei pazienti infetti dovrebbero idealmente essere confrontati utilizzando metodiche di biologia molecolare.

Implementare politiche temporanee per il ricovero dei pazienti, la loro collocazione e la gestione del personale, come misure necessarie a prevenire la trasmissione di *C. difficile*.

Quando la trasmissione continua, nonostante l'utilizzo di personale dedicato e di tutte le misure precauzionali, prendere in considerazione la possibilità di chiudere l'U.O., o non ammettere nuovi ricoveri nella stessa.

Quando la trasmissione persiste nonostante l'implementazione di tutte le misure indicate (ad es. alla riapertura dell'U.O.), chiudere l'U.O. per effettuare un intenso intervento di sanificazione ambientale che sia in grado di eliminare tutti i potenziali serbatoi di *C. difficile*.

-TRASPORTO-

I servizi diagnostici di destinazione e il personale del servizio ambulanze devono essere preventivamente avvisati dal personale di reparto sulle condizioni di isolamento del paziente.

MATRICE DI RESPONSABILITA'

Compiti e responsabilità	Medico	Caposala	Infermiere	Oss	Ditta di Pulizia
Attivazione misure di isolamento	R	R	R	R	
Supervisione e controllo		R	C	C	
Segnalazione autorità sanitarie	R				
Esecuzione procedura	C	R	R	R	
Preparazione e riordino dell'ambiente/materiale occorrente		C	C	R	R
Sanificazione ambiente		C	C	C	R

La responsabilità di effettuare correttamente il lavaggio delle mani spetta a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali.

Il Direttore delle UU.OO. deve portare a conoscenza di tutto il personale medico alle proprie dipendenze la procedura adottata dall'Azienda relativamente al lavaggio delle mani.

Il Coordinatore deve portare a conoscenza di tutto il personale alle proprie dipendenze la procedura in questione, e deve assicurare il regolare rifornimento e l'idoneo immagazzinamento dei prodotti necessari.

Il Coordinatore fornisce agli infermieri nuovi assunti la procedura.

Il G.O. CIO, nel corso delle ispezioni e dei controlli microbiologici può eseguire valutazioni random del grado di contaminazione delle mani degli operatori sanitari.

Il G.O. CIO possono proporre modificazioni di tale procedura supportate e validate da evidenze scientifiche.

INDICATORI DI VERIFICA

Numero di sanificazioni per casi di C Difficili per posto letto /Casi segnalati

Il rapporto deve essere uguale a 1(100%)

INFORMAZIONE A PAZIENTE E FAMILIARI

Scheda informativa

MALATTIA DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Precauzioni e Igiene

Clostridium difficile è un batterio che può essere presente nell'intestino, ma che si può trovare come contaminante anche nell'ambiente nella sua forma più difficile da eliminare, la spora, che può sopravvivere per settimane. C. difficile si introduce per via orale, raggiunge l'intestino e produce tossine che causano una infiammazione a livello della mucosa intestinale.

Clinicamente la malattia si manifesta con un quadro di enterocolite (diarrea acquosa, perdita di appetito, nausea, dolori addominali). Le forme cliniche generalmente sono lievi, tanto che alcuni soggetti non accusano sintomi particolari. In altri casi, invece, il quadro clinico può diventare più importante. Alcune persone hanno un maggior rischio di infezione: sono, ad esempio, gli anziani, i soggetti con difese immunitarie ridotte, i pazienti che hanno effettuato una prolungata terapia antibiotica.

Le misure di controllo

La sistemica applicazione delle misure di seguito elencate è in grado di interrompere la catena di trasmissione e di prevenire la comparsa di nuovi casi di infezione da C. difficile. Ulteriori informazioni possono essere richieste al medico curante e all'infermiere che presta assistenza al paziente.

Segnalazione sulla porta della camera. Il cartello che si trova sulla porta ha lo scopo di richiamare tutti quelli che entrano ad adottare le misure di prevenzione indicate.

(Allegato 1)

INFORMAZIONE A PAZIENTE E FAMILIARI

Segnalazione delle precauzioni da contatto

prima di entrare nella stanza di degenza parenti e visitatori sono invitati a consultare il personale infermieristico dell'U.O. e a ritirare e leggere il foglio informativo predisposto, che da indicazioni sulle precauzioni da adottare in ospedale e al domicilio.

PRECAUZIONI DA CONTATTO

Prima di entrare nella stanza di degenza:

- ✚ Lavare le mani con acqua e sapone
- ✚ Se le mani sono visibilmente pulite, si può effettuare frizione alcolica
- ✚ Indossare i guanti protettivi monouso
- ✚ Indossare il camice monouso

Prima di lasciare la stanza di degenza:

- ✚ Rimuovere camice monouso e guanti e deporli nell'apposito contenitore per rifiuti a rischio infettivo
- ✚ Lavare le mani con acqua e sapone
(Allegato 2)

MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PROCEDURE

Check List

Criteri di valutazione:

	SI	NO	NOTE
* La stanza d'isolamento è pulita al termine delle pulizie delle altre stanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* La camera di degenza è pulita e disinfettata con la periodicità Raccomandata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Il bagno è pulito e disinfettato con la periodicità Raccomandata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Le operazioni di pulizia sono effettuate rispettando le sequenze Raccomandate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Durante le operazioni di pulizia sono trattate prima le superfici più pulite poi quelle più sporche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Per la pulizia è utilizzato materiale dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* La disinfezione è effettuata con cloro derivato 1.000ppm di cloroattivo rispettando il tempo di contatto di 10'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Il materiale pluriuso e le attrezzature utilizzati per le pulizie al termine dell'attività sono detersi, disinfettati e asciugati secondo raccomandazioni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Il personale utilizza correttamente i DPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Al termine degli interventi panni, guanti e camice sono smaltiti nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Al termine delle pulizie il personale effettua il lavaggio mani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Alla dimissione la biancheria piana e tutti gli effetti lettereschi sono rimossi e inviati alla lavanderia negli appositi sacchi per biancheria a rischio infettivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Alla dimissione il materiale monouso viene rimosso ed è sostituito con nuovo materiale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Il materiale monouso rimosso viene eliminato nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* Alla dimissione la camera è pulita ed è disinfettata accuratamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

“BUNDLE” PER MINIMIZZARE LA TRASMISSIONE CROCIATA DI CLOSTRIDIUM DIFFICILE

1. Nel sospetto di infezione da CD (diarrea non imputabile ad altre cause) invia le feci in laboratorio per il test.
2. Nei casi confermati o sospetti applica le precauzioni da contatto, se possibile isola il paziente in stanza singola.
3. Dopo aver assistito il paziente, esegui sempre l’igiene delle mani con acqua e sapone.
4. Verifica la terapia antibiotica e sospendi gli antibiotici non indispensabili.
5. Verifica che l’ambiente circostante, il paziente e il servizio dedicato siano regolarmente puliti e disinfettati con una soluzione disinfettante a base di cloro.
6. Informa il paziente, i parenti/visitatori e il personale di supporto sulle problematiche relative a Clostridium difficile.

(Allegato 4)

