



● Università
● degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

Laurea in

INFERMIERISTICA

Corso di Infermieristica Preventiva e di Comunità

IL RISCHIO INFETTIVO



- Il rischio infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre una **infezione correlata all'assistenza (ICA)** nel corso di un episodio assistenziale o in ambito lavorativo



IL RISCHIO INFETTIVO

<u>Frequenza elevata</u> <ul style="list-style-type: none">• Ospedale• Strutture residenziali• Assistenza domiciliare	<ul style="list-style-type: none">• 5-8/100 pazienti ricoverati• 8-12/100 studiati in un giorno• 1/100 pazienti assistiti
<u>Trend epidemiologico in aumento</u> <ul style="list-style-type: none">• Rischio di contrarre un'infezione per giornata di degenza in ospedale in aumento• Aumento della frequenza di infezione gravi• Aumento delle infezioni antibiotico-resistenti• Aumento degli spostamenti dei pazienti nella rete dei servizi	<ul style="list-style-type: none">• Da 7,2/1000 giornate di degenza nel 1975 a 9,8 nel 1995 negli Stati Uniti• Sepsì: 5% di tutte le infezioni nel 1975; 14% nel 1990-96 negli Stati Uniti• In uno studio europeo, il 53% dei medici intervistati dichiarato di aver trattato nell'ultimo mese almeno un paziente con una infezione resistente agli antibiotici• In aumento frequenza di infezioni antibiotico-resistenti nelle strutture residenziali e la probabilità che un residente trasferito in ospedale ne sia colonizzato o
Frazione prevenibile elevata	Oltre 1/3 delle infezioni prevenibili (più nei contesti dove rispettati gli standard assistenziali)

IL RISCHIO INFETTIVO – EPIDEMIOLOGIA ICA

- ICA
- cause aumento:
 - aumento pazienti immunocompromessi o fragili
 - aumento complessità assistenziale
 - aumento infezioni da microrganismi antibiotico-resistenti
- non tutte prevenibili: flora endogena + condizioni dell'ospite
- necessità *zero tolerance*

IL RISCHIO INFETTIVO - DETERMINANTI ICA

Determinanti modificabili ICA:

- pratiche assistenziali non rispettose precauzioni standard (igiene mani, misure di barriera, pulizia e disinfezione ambiente, disinfezione e sterilizzazione attrezzature e presidi riutilizzabili)
- pratiche assistenziali non rispettose precauzioni specifiche per infezioni (pazienti con presidi invasivi, uso antibiotici);
- carenze risorse umane (basso rapporto pazienti/personale)
- carenze risorse tecnologiche (dispositivi o presidi per ridurre la trasmissione)
- carenze strutturali o impiantistiche (infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, da *Legionella* spp. o *Aspergillus* spp.)

Nb vanno escluse tra le determinanti le condizioni del paziente

GESTIONE DEL RISCHIO

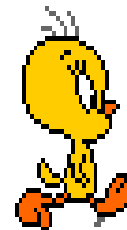
- Approccio ampio e concertato
- Responsabilità di tutti operatori a tutti livelli
- Collaborazione pazienti, familiari, caregiver
- Adozione tutte misure dimostrate efficaci + abbandono tutte pratiche non sicure
- Programma controllo rischio infettivo:

Programma controllo rischio infettivo:

- cultura dell'organizzazione e sicurezza del paziente
- rispetto standard (autorizzazione e accreditamento)
- procedure chiare, condivise, evidence-based
- sistemi di sorveglianza e di monitoraggio alto livello di attenzione,
- definizione del problema
- Indirizzo degli interventi
- monitoraggio con indicatori specifici,
- eventi sentinella
- impegno operatori sanitari
- supporto operativo e strategico al programma di intervento
- formazione specifica
- integrazione

FATTORI FAVORENTI

- Normativa italiana specifica (datata) che disciplina:
 - controllo delle infezioni negli ospedali (*Cir Min 52/1985*)
 - criteri diagnosi e sorveglianza (*Cir Min 8/1988*)
 - Comitato controllo infezioni ospedaliere (*DM 13 sett 1988*)
 - indicatori SSN numero casi/1.000 ricoveri (*DM 24 lug 1995*)
- Normativa europea:
 - raccomandazione CE (*9 giu 2009*)
- Esperienza italiana (Emilia Romagna):
 - criteri autorizzazione e accreditamento
 - Progetto finanziato CCM-Ministero Salute
- Reti collaborative Italia ed Europa
- Proposta figure professionali controllo infezioni



FATTORI OSTACOLANTI

- scarsa percezione problema da parte di dirigenti e operatori;
- scarso coinvolgimento della dirigenza sanitaria;
- carenze risorse disponibili (62% ospedalieri pubblici ha figura infermieristica, 53% medico);
- scarsa diffusione programmi formativi (35% Aziende sanitarie);
- scarsa integrazione tra gestione del rischio infettivo e clinico in generale;
- pochi strumenti informativi e indicatori per monitorare l'efficacia dei programmi;
- insufficiente o mancata presa in carico del problema del rischio infettivo nelle strutture territoriali e nell'assistenza domiciliare (13% delle Aziende sanitarie lo controlla nelle strutture residenziali di lungodegenza)

AZIONI, SORVEGLIANZA

- Sorveglianza per la lotta alle infezioni correlate all'assistenza:
 - sistemi informativi innovativi
 - sistema di segnalazione rapida di eventi (eventi sentinella, epidemie in ospedale o in residenze
 - imparare dall'errore".
 - sorveglianza dell'antibioticoresistenza
- Programma OMS Antimicrobial resistance: no action today, no cure tomorrow: sistemi informativi e di sorveglianza
- Europa
 - sistemi di sorveglianza attivi e continuativi nelle aree più a rischio (reparti chirurgici e UTI)
 - European Center for Disease Control (ECDC), ogni anno pubblica i risultati della sorveglianza

AZIONI, INTERVENTI SPECIFICI, BUNDLE (1)

Bundle” (pacchetto assistenziale)

Concetto elaborato dall'Institute for Healthcare Improvement (IHI):

- un gruppo limitato di interventi (3-5 al massimo) di dimostrata base scientifica (prove di livello I ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati)
- efficacia maggiore con utilizzo congiunto che singolo
- unità coesa, organizzata in protocolli semplici,
- facile misurazione e verifica dell'esecuzione
- legge del “**tutto o nulla**”
- costituzione di un team dedicato multidisciplinare
- scheda per la raccolta dei dati
- protocollo semplice ed affidabile di arruolamento e trattamento

EFFICACIA BUNDLE

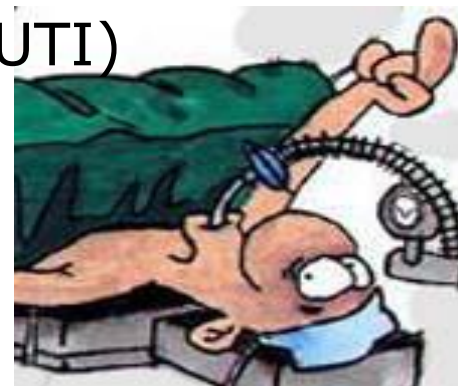
- riduzione tassi di mortalità, infezione e tempi degenza.
- punti di forza:
 - buona organizzazione di un nucleo coeso, il team bundle
 - ristretto numero di elementi e base scientifica
- **va valutato nel suo complesso, non permette verifica contributo di ciascun elemento**
- sicura applicabilità nel campo della gestione del rischio clinico

AZIONI, INTERVENTI SPECIFICI, BUNDLE

Bundle nella prevenzione delle ICPA

Nel 2004 “100.000 Lives Campaign”:

- Ventilator Bundle polmonite associata al ventilazione assistita forzata (VAP)
- Central Line Bundle prevenzione batteriemia da CVC
- Surgical Site Infection Bundle prevenzione infezione ferita chirurgica (SSI).
- Successivamente:
- Infezione urinaria da catetere vescicale (CAUTI)
- Infezioni da *Clostridium difficile*
- Trattamento della sepsi.



POLMONITE ASSOCIATA A VAP

Ventilator bundle

- sollevamento testata del letto almeno 30°;
- valutazione giornaliera sospensione/riduzione sedazione farmacologica (effetto paradosso: sedazione eccessiva favorisce la VAP aumentando attività simpatico);
- valutazione giornaliera estubazione del paziente;
- **profilassi anti ulcera peptica;**
- profilassi anti trombosi venosa profonda

VAP 25% di tutte le infezioni in UTI

- alto tasso mortalità

Efficacia

- riduzione tasso VAP del 67% in 1 anno
- riduzione della ventilazione meccanica assistita
- riduzione della durata del ricovero

Mehr Cartoons unter:
www.rippenspreizer.com





BATTERIEMIA DA CVC

Central line bundle

- igiene delle mani
- massimo utilizzo delle precauzioni barriera nell'inserimento del catetere (cappuccio, maschera, camice e guanti sterili; paziente ricoperto con telo sterile);
- disinfezione (antisepsi) con clorexidina 2%;
- selezione del sito ottimale per l'inserimento (**succlavia**, se non controindicata);
- valutazione giornaliera della necessità di mantenimento e pronta rimozione quando viene a cessare

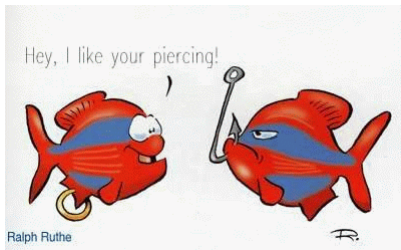
48% pazienti in UTI

- mortalità 18%
- causa 90% batteriemie

Efficacia

- riduzione tasso batteriemia da CVC
- importanza pianificazione, sorveglianza e verifica

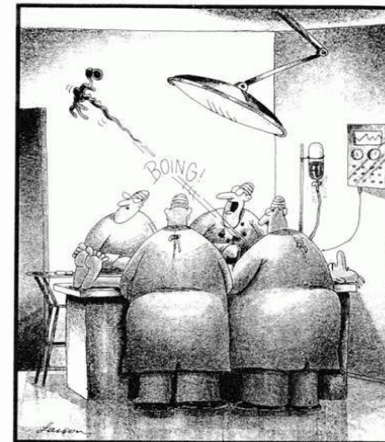




- INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Surgical Site Infection Bundle

- uso appropriato di antibiotici prima e dopo l'intervento;
- **evitare rasoio per la tricotomia preoperatoria** (in ee guida CDC uso rasoio tasso infezione 5,6% vs crema depilatoria/non tricotomia 0,6%; tagli microscopici cutanei foci moltiplicazione batterica. Indicato anche rasoio elettrico con lama monouso o rimovibile e sterilizzabile);
- contenere calo della temperatura corporea durante intervento chirurgico;
- monitoraggio glicemia post intervento
- SSI sono il 15-20% delle ICPA
- tessuti molli (2/3 casi) organi (1/3 casi)
- incidenza 3-8% nei reparti chirurgia
- prolunga degenza 7 giorni



"Whoa! Watch where that thing lands -
We'll probably need it."

INFEZIONE URINARIE DA CATETERE

Bundle CAUTI

- valutazione giornaliera possibilità rimozione catetere urinario;
- mantenimento borsa drenaggio urine al disotto della vescica;
- sostenere utilizzo sistema sterile a drenaggio chiuso;
- utilizzo dispositivo di fissaggio per impedire spostamento catetere

Inoltre, aggiornamento e formazione personale infermieristico

80% infezioni vie urinarie

- rischio dipende durata cateterizzazione, tipo catetere, suscettibilità ospite
- 100% probabilità dopo 4 giorni cateterizzazione

Efficacia

- nessun dato disponibile



Aspetti organizzativi INDICAZIONI OPERATIVE

- Esperienze Emilia Romagna:
- requisiti controllo ICA programmi di autorizzazione/accreditamento;
- controllo ICA obiettivi Direttori Generali;
- sistema aziendale controllo ICA (Comitato di controllo e figure mediche e infermieristiche addette;
- monitoraggio e valutazione periodica delle attività aziendali;
- programma di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella;
- programmi di sorveglianza antibioticoresistenza;
- sorveglianza infezioni del sito chirurgico e in terapia intensiva;
- istituzione ed implementazione di reti di professionisti per azioni di miglioramento ;
- linee guida, protocolli e buone pratiche
- programmi di audit
- formazione

PREVENZIONE ICA

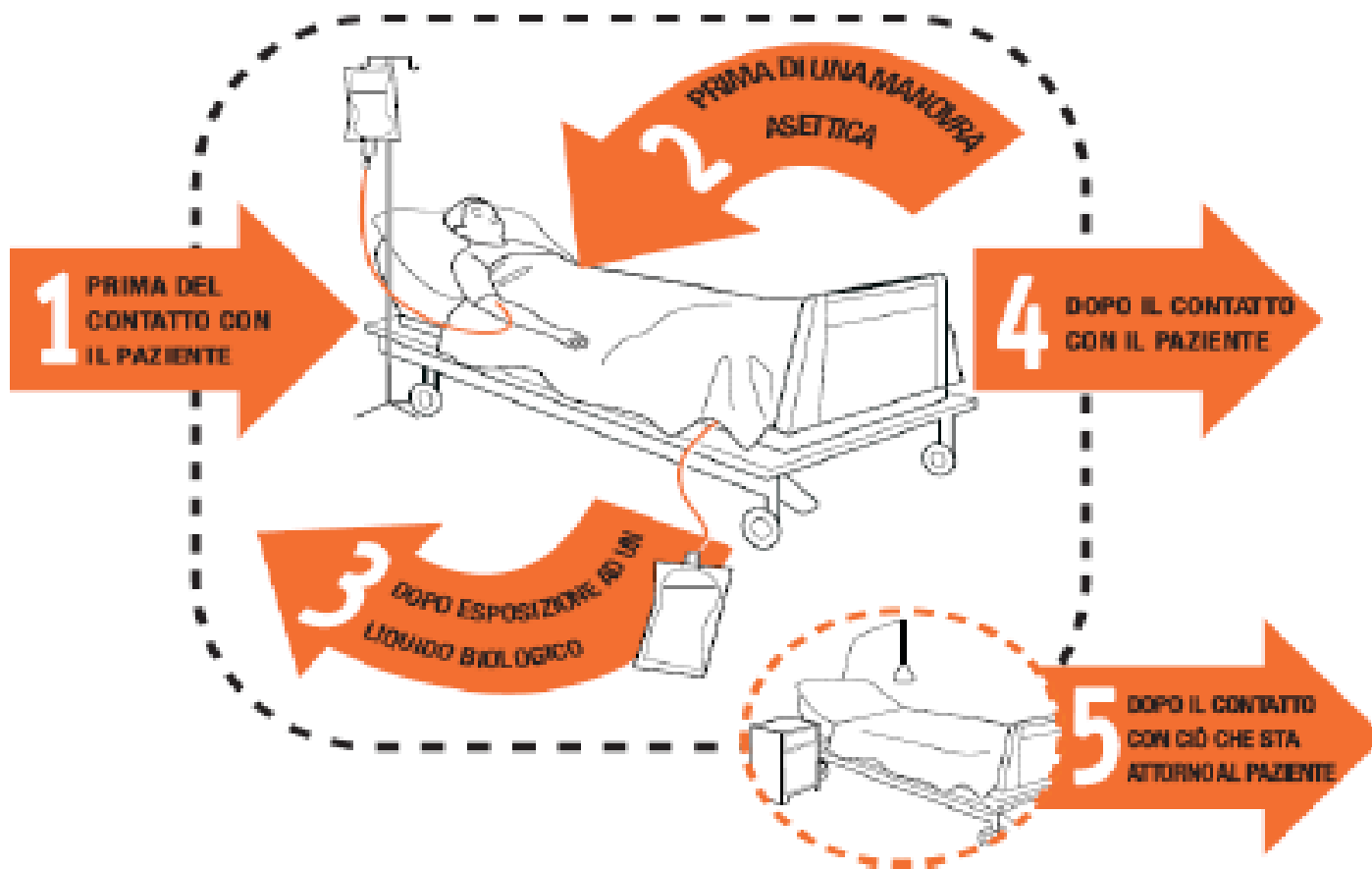
Precauzioni standard misure da adottare per l'assistenza di tutti i pazienti indipendentemente da diagnosi o presunto stato infettivo:

- igiene delle mani
- uso dei guanti
- uso dei DPI (dispositivi di protezione individuale)
- prevenzione esposizione operatori a patogeni trasmissibili per via ematica
- collocazione del paziente
- procedure di sanificazione ambientale
- gestione dei dispositivi medici
- gestione della biancheria e delle stoviglie
- trattamento dei rifiuti
- *respiratory hygiene*

IGIENE DELLE MANI (1)

- OMS ha assunto il tema della sicurezza del paziente come uno degli obiettivi principali di attività nell'ambito della Global Patient Safety Challenge (GPSC)
- “Cure pulite sono cure più sicure” (Clean Care is Safer Care), che focalizza l'attenzione sull'igiene delle mani, come misura più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni.
- Igiene delle mani si riferisce a diverse azioni di pulizia delle mani: lavaggio semplice con acqua e sapone, lavaggio con detergenti contenenti agenti antisettici, frizionamento con un prodotto alcolico e il lavaggio chirurgico con antisettici
- Linee guida CDC identificano come metodo preferenziale il **frizionamento alcolico, in assenza di sporco visibile o materiale organico**

IGIENE DELLE MANI (2)



IGIENE DELLE MANI (3)



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



frizionare le mani palmo contro palmo



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



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



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



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



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



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

USO DEI GUANTI (1)

Requisiti:

- misura e tipo adeguati;
- sostituiti durante procedure in sedi corporee diverse dello stesso paziente;
- rimossi prontamente dopo l'uso (rischio contaminazione);
- sostituiti prima di assistere un altro paziente;
- sostituiti in caso di rottura, lacerazione, puntura;
- eliminati dopo l'uso; NON riutilizzati o lavati (rischio trasmissione patogeni);
- indossati sopra il polsino del camice

Indicazioni:

- **Guanti sterili:** qualsiasi procedura chirurgica, parto vaginale, radiologia invasiva, posizionamento accessi vascolari e cateteri centrali, preparazione nutrizione parenterale totale o chemioterapici, aspirazione endotracheale con sistemi aperti (guanto confezionato singolarmente).
- **Guanti puliti:**
 - Esposizione diretta: contatto con sangue, mucose e cute non integra, potenziale presenza patogeni, epidemie o emergenze, posizionamento/rimozione di dispositivo intravascolare, prelievo di sangue, visita ginecologica.
 - Esposizione indiretta: svuotamento pappagallo/padella, manipolazione/pulizia strumentazione, manipolazione rifiuti, pulizia schizzi di liquidi corporei

USO DEI GUANTI (2)

NON indicazioni (se non per precauzioni da contatto):

- Assenza di rischio potenziale di esposizione a sangue o liquidi corporei o ad un ambiente contaminato
 - Esposizione diretta: misurazione pressione, frequenza, iniezione sottocutanea o intramuscolo, vestizione e trasporto, pulizia occhi e orecchie (in assenza di secrezioni), qualsiasi manipolazione sulle linee infusive in assenza di fuoriuscita di sangue
 - Esposizione indiretta: usare il telefono, scrivere in cartella, somministrare la terapia orale, cambiare le lenzuola, posizionare un sistema di ventilazione non invasiva e la cannula dell'ossigeno

Uso complementare e non alternativo lavaggio mani:

- possibili difetti non visibili
- possibili lacerazioni
- possibile contaminazione mani durante o dopo rimozione dei guanti

Durante uso guanti:

- non toccarsi occhi, naso, bocca, capelli, epidermide
- non toccare oggetti, telefono, porte, strutture o attrezzature "pulite"
- non allontanarsi dal luogo di lavoro indossando i guanti

DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) (1)

Indossare:

- mascherina e occhiali protettivi o visiera, per proteggere mucose di occhi, naso, bocca
- se necessario, cuffia e copricapelli, nelle procedure che possano generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi biologici
- filtrante respiratorio nel caso di patologia a trasmissione aerea
- camice protettivo con maniche lunghe per proteggere la cute e prevenire la contaminazione della divisa, nelle procedure che possano generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi biologici (in tutti i casi di assistenza al paziente specie in caso di patologia trasmissibile per contatto)



DPI (2)

I DPI devono essere indossati nel seguente ordine:

1. Camice
2. Maschera o facciale filtrante
3. Occhiali protettivi o schermo
4. **Igiene mani**
5. Guanti.

I DPI devono essere rimossi nel seguente ordine:

1. Guanti
2. Camice
3. **Igiene mani**
3. Occhiali protettivi o schermo
4. Maschera o facciale filtrante
5. **Igiene mani**

DPI (3)

Per indossare il camice:

- scegliere la taglia e la tipologia appropriata
- l'apertura va posizionata sul dorso
- allacciare al collo e poi ai fianchi
- se il camice è troppo piccolo, vanno indossati 2 camici (il primo allacciato davanti; il secondo allacciato dietro)

Per rimuovere il camice:

- slacciare il camice
- afferrare il camice da dietro e sfilarlo tirandolo in avanti, in modo che la parte più esterna si trovi internamente
- smaltire nel contenitore per rifiuti potenzialmente infetti



DPI (4)

Per indossare la mascherina:

- coprire con la mascherina naso, bocca e mento;
- regolare la barretta sul naso per aumentare l'adesione al volto;
- assicurare la maschera con il laccio o gli elastici
- Per indossare il facciale:
 - posizionare il facciale sul naso, sulla bocca e sul mento;
 - regolare la barretta sul naso;
 - assicurare il facciale con gli elastici;
 - effettuare il test di tenuta.
- Per rimuovere mascherina e facciale:
 - manipolare solo i lacci (prima inferiore poi superiore) o gli elastici
 - evitare di toccare la parte anteriore
 - eliminare dopo l'uso nei contenitori dei rifiuti potenzialmente infetti

DPI (5)

Per indossare gli occhiali:

- non toccare lo schermo o le lenti;
- indossare sopra gli occhiali da vista

Per rimuovere gli occhiali e le visiere:

- eliminare le visiere monouso nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti
- detergere e/o disinfettare (quando necessario) i DPI riutilizzabili

PROTEZIONE DA MATERIALE BIOLOGICO (1)

- maneggiare la biancheria contaminata (sangue e altri liquidi biologici) con protezioni in modo di evitare spargimenti, smaltirla negli idonei contenitori
- NON usare il materiale riutilizzabile per altro paziente prima che sia sanificato e trattato
- maneggiare con attenzione lo strumentario chirurgico usato e immergerlo in un disinfettante prima del lavaggio e della sterilizzazione

PROTEZIONE DA MATERIALE BIOLOGICO (2)

Prevenzione infortuni da aghi, bisturi e oggetti taglienti:

- non reincappucciare gli aghi, non piegarli o romperli volontariamente, non rimuoverli dalle siringhe o manipolarli o abbandonarli. Se necessario reincappucciare (domicilio del paziente) utilizzare una tecnica a una sola mano
- riporre gli aghi, le lame di bisturi ed altri oggetti taglienti negli appositi contenitori per l'eliminazione
- non tentare di afferrare strumenti taglienti od a punta che stiano cadendo a terra
- non portare strumenti taglienti od appuntiti in tasca, non lasciarli sui letti o sui comodini dei pazienti o su qualsiasi altro ripiano non appositamente previsto
- evitare il passaggio di mano in mano dei presidi taglienti

IGIENE RESPIRATORIA

- Il paziente ricoverato con infezione respiratoria va **educato** al contenimento delle secrezioni (copertura naso e bocca con fazzoletti di carta dopo tosse/starnuti; igiene delle mani)
- Il paziente in comunità va invitato a indossare mascherina e mantenere distanza sicurezza (1 m) durante epidemie stagionali
- Il personale che assiste paziente con vie infezione vie respiratorie deve osservare precauzioni per droplet (mascherina chirurgica e igiene delle mani)
- Il personale con infezione vie respiratorie deve evitare assistenza pazienti specie se ad alto rischio

PROCEDURE INIETTIVE

Raccomandazioni (aghi, cateteri, sistemi infusione):

- tecniche in asepsi (evitare contaminazione materiale sterile per iniezioni)
- NON somministrare farmaci da una singola siringa a più pazienti
- usare set per infusione e somministrazione endovenosa per un solo paziente ed eliminare in modo appropriato dopo l'uso
- utilizzare qualora possibile fiale monodose per i farmaci parenterali
- NON somministrare farmaci da fiale o flaconi monodose a più pazienti; non riunire il contenuto residuo di più fiale per un uso successivo.
- Se devono essere utilizzate fiale multi dose, sia l'ago o la cannula che la siringa impiegate per accedere alle fiale devono essere sterili.
- Non tenere le fiale multi dose nelle immediate vicinanze del paziente e conservare in accordo con le istruzioni del produttore; eliminare se la sterilità è compromessa o dubbia.
- Non utilizzare sacche o bottiglie di soluzione endovenosa come scorta comune per più di un paziente

Principali inosservanze:

- reinserimento di aghi usati in flaconi multidose o in un contenitore comune di soluzione fisiologica
- uso di uno stesso ago/siringa per somministrazione endovenosa a più pazienti
- (possibile contributo dal fatto che zona di preparazione dei farmaci sia la stessa in cui venivano manipolati presidi usati dotati di ago)

ISOLAMENTO

Isolamento:

- misure aggiuntive rispetto alle standard
- da applicare a tutti i pazienti noti o sospetti di infezione o colonizzazione da agenti infettivi o epidemiologicamente importanti che possono essere trasmessi per via aerea, con droplet o per contatto.



PRECAUZIONE DA CONTATTO

La più comune via di trasmissione delle infezioni e da contatto

- **contatto diretto**: trasferimento da un paziente a un altro senza tramite oggetto/persona contaminata
- **contatto indiretto**: trasferimento tramite oggetto/persona contaminata

Cosa fare:

- ricovero in stanza individuale con servizio igienico dedicato o con pazienti affetti da stessa patologia
- indossare guanti
- Indossare camici se è probabile che gli abiti vengano a contatto diretto

Quando:

- tutte le situazioni di aumentato rischio trasmissione infezioni

Cosa aumenta rischio:

- **ferite secernenti, incontinenza fecale , presenza secrezioni corporee**
- *Clostridium difficile*, pediculosi, scabbia, foruncolosi stafilococcica neonati e bambini, Herpes Zoster (disseminato o in immunocompromesso)

DROPLET

Droplet: **particelle grandi ($>5\text{ }\mu\text{m}$) emesse dal paziente durante tosse, starnuti, conversazione o durante procedure (broncoscopia o broncoaspirazione)**

Trasmissione :

- diretta attraverso tratto respiratorio di una persona infetta alla mucosa del ricevente, a breve distanza

Cosa fare:

- ricovero in stanza singola o con pazienti affetti da stessa patologia
- indossare maschera prima di entrare nella camera del paziente

Quali microrganismi coinvolti:

- malattia invasiva da *Neisseria meningitidis*, Mycoplasma, pertosse, influenza, SARS

VIA AEREA

Via aerea: disseminazione particelle piccole che restano infettive nel tempo e a grande distanza

Cosa fare:

- ricoverare il paziente in camera/e con almeno 6 o 12 cambi d'aria/ora;
- tenere la porta della camera chiusa;
- far indossare al paziente la mascherina chirurgica e fargli osservare le regole per l'igiene respiratoria;
- quando il paziente lascia la camera, aerare (almeno 1 ora);
- entrando nella camera, indossare i facciali filtranti FFP2 o FFP3

Quali microrganismi coinvolti:

- morbillo, varicella, tubercolosi

AMBITI ASSISTENZIALI

Linee guida CDC 2007

- Il termine “infezione ospedaliera” va sostituito con “infezione associata all’assistenza ospedaliera” in quanto il concetto di assistenza ospedaliera va esteso all’assistenza nelle lungodegenze e nelle residenze sanitarie
- Sono comparse nuove patologie (SARS, influenza aviaria)
- Bioterrorismo
- Organismi multiresistenti

AMBULATORI

Ambulatori:

- attesa per periodi prolungati, ambulatori sono occupati velocemente, procedure di pulizia ridotte o assenti, non riconoscimento casi infetti
- in caso di sospetta patologie infettiva, attesa in aree separate (anche gli accompagnatori sintomatici)
- procedure di identificazione dei pazienti con patologie che si trasmettono per via aerea; se possibile procedere immediatamente al trattamento, far indossare la mascherina chirurgica al paziente e istruire il paziente sulle misure di igiene respiratoria
- dopo l'isolamento, aerare adeguatamente la stessa

Nb si esclude la problematica di un elevata frequenza di soggetto infetti

LUNGODEGENZA

Lungodegenza :

- il lungo tempo trascorso con condivisione spazi e partecipano ad attività comuni ha risvolto psicosociali che le misure di igiene possono compromettere
- passaggio da lungodegenze e ospedali possibile (rivoveri e dimissioni)
- valutare di volta in volta la collocazione dei pazienti infetti o colonizzati, considerando fattori di rischio e impatto psicologico
- per le patologie a trasmissione per via aerea, seguire le precauzioni previste per i pazienti ospedalizzati

ASSISTENZA DOMICILIARE (1)

Assistenza domiciliare:

- tipologia assistenza variabile (da attività quotidiane a terapie invasive)
- pazienti con patologie cronico-degenerative con impiego prolungato/costante dispositivi per accesso vascolare centrale o periferico, assistenza respiratoria, cateteri vescicali
- precauzioni standard + procedure per gestione dispositivi
- fattori di rischio: durata prolungata del ricovero prima dell'inserzione del catetere, durata prolungata cateterismo, colonizzazione del sito di inserzione e del raccordo, nutrizione parenterale totale, pratiche di gestione del catetere non aderenti agli standard
- regole buona pratica

ASSISTENZA DOMICILIARE (2)

Assistenza domiciliare:

- polmoniti i costi più elevati e i maggiori decessi per infezione
- fattori di rischio VAP: **intubazione prolungata**, alimentazione enterale, aspirazione, comorbidità, età
- fattori di rischio di infezione da cateteri vescicali: **durata del cateterismo**
- linee guida e buone pratiche:
 - www.cdc.gov
 - www.who.int
 - www.nice.org.uk
 - www.ccm-network.it
- incidenza non nota; rischio legato a operatori sanitari o contaminazione strumenti
- facilitano antibioticoresistenza

ODONTOIATRIA (1)

Ambito odontoiatrico:

- Linee guida CDC 2003
- diffusione ad opera operatori: procedure standard + controllo dell'ambiente (superfici domestiche e di tipo clinico)
- superfici cliniche: possibilità di contatto diretto con il paziente, il grado e la frequenza del contatto con le mani degli operatori, rischio di contaminazione con il materiale organico; disinfettante di livello intermedio dopo ogni paziente.
- superfici difficilmente pulibili o soggette a contatti multipli (interruttori, manopole, impugnature): dispositivi monouso impermeabili
- ...
- non indicazioni sul collutorio antisettico
- dispositivi utilizzati nella bocca del paziente monouso o sterilizzati
- uso costante guanti monouso
- uso maschere e occhiali monouso (rischio da aerosol <3micron)
- maggioranza dei condotti idrici contiene biofilm: **flussaggio degli strumenti connessi per almeno 30 secondi tra un paziente e l'altro** (riduzione carica batterica)
- pulizia manipoli (turbine, micromotori, ultrasuoni etc.) e strumenti che entra in contatto con il cavo orale del paziente (es. sonde, specchietti etc.) oppure strumenti monouso.

PATOGENI ANTIBIOTICO-RESISTENTI (1)

secondo CDC, i **microrganismi multiresistenti (MDRO)**, sono quelli, prevalentemente batteri, resistenti a una o più classi di antibiotici

- resistenza intrinseca/naturale o acquisita/selezionata da uso inappropriato
- fattori di aumento delle resistenze: frequente utilizzo, inadeguata aderenza alle misure di prevenzione della trasmissione infezioni
- approccio omnicomprensivo, evidence-based, con 4 strategie:
 - **prevenzione delle infezioni**
 - **diagnosi tempestiva ed accurata**
 - **uso prudente degli antibiotici**
 - **prevenzione della trasmissione**

PATOGENI ANTIBIOTICO-RESISTENTI (2)

- Negli ospedali e nelle lungodegenze dovrebbe essere stabilite delle linee guida per un uso appropriato degli antibiotici.
- I laboratori di microbiologia che isolano MDRO dovrebbero segnalare immediatamente l'evento al CIO o alla Direzione.
- Le precauzioni da contatto dovrebbero essere applicate a tutti i pazienti con MDRO, ricoverati in ospedale. Nelle lungodegenze dovrebbe essere valutato di volta in volta considerando sia la situazione clinica del paziente sia l'incidenza nella struttura.
- Sarebbe preferibile assegnare una camera singola ai pazienti con MDRO, dando la priorità a pazienti, le cui condizioni facilitano la trasmissione (es. pazienti incontinenti).
- Tra le misure ambientali, è necessario pulire e disinfettare le superfici e le attrezzature che potrebbero essere contaminati, incluso quelle vicine al paziente (es. spondine).
- È opportuno dedicare strumenti non critici al paziente.
- Non ci sono indicazioni per l'interruzione delle precauzioni da contatto.