



**PROTOCOLLO SORVEGLIANZA E PREVENZIONE
DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA,
IVI COMPRESA L'ADOZIONE DI ADEGUATE STRATEGIE VACCINALI,
OVE CLINICAMENTE OPPORTUNE, E CON RIFERIMENTO PARTICOLARE
ALLE INFEZIONI DA COVID 19**

PREMESSA

Indipendentemente dal luogo di lavoro, la prevenzione della trasmissione delle infezioni è la maggior finalità dell'assistenza sanitaria. Il metodo più importante per il raggiungimento di questo obiettivo è l'asepsi, ovvero l'insieme delle pratiche intese a instaurare condizioni di assenza di microrganismi patogeni.

In particolare le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluso le strutture residenziali territoriali e l'assistenza domiciliare.

Le ICA includono infezioni trasmesse dall'esterno (**esogene**), da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente, e infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo (**endogene**).

Le cause sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunosoppressione) o gravi patologie concomitanti
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Queste infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso. Nei paesi industrializzati la prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza va infatti dal 3,5% al 12%. In Europa ogni anno sono 4,1 milioni le persone colpite da infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con 16 milioni (6%) di giornate di degenza aggiuntive e circa 37.000 decessi. In Italia nello specifico, ogni anno sono tra le 450 e le 700 mila le infezioni correlate all'assistenza, tra cui al primo posto troviamo le infezioni delle vie urinarie, seguite dalle infezioni della ferita chirurgica, le polmoniti e le sepsi.

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di intervenire non solo sulla gestione clinica del singolo caso (con corretti procedimenti clinico-diagnostici e principi di antibiotico-terapia, con l'applicazione delle procedure di precauzione standard o d'isolamento), ma, in una visione più ampia del rischio infettivo nell'intera struttura, di adottare adeguati programmi di sorveglianza e di prevenzione delle infezioni nell'area della residenzialità sociosanitaria e territoriale.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Residenza Sanitaria Assistenziale, Centro Diurno Integrato e Servizi Domiciliari (C-DOM, UCP-Dom, Rsa Aperta).
I destinatari sono Medici, Infermieri, Operatori Assistenziali, Fisioterapisti, Animatori/Educatori.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		DS	RSPP RA	DS	
7	14/06/2023	TIZIANA TORPILLIESI	CHIARA DONELLI – ANDREA SCOTTI	TIZIANA TORPILLIESI	Aggiornamento



A. INFEZIONI

I microrganismi coinvolti variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. col* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Stafilococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni gram-negativi, come gli enterobatteri produttori carbapenemasi (CPE) e *Acinetobacter spp.*, responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero. Possono essere coinvolti anche virus e parassiti.

Il ciclo vitale degli organismi patogeni è descritto come una catena ininterrotta di eventi. I germi che diffondono le malattie devono crescere, riprodursi e passare da una sorgente all'altra. Questo processo è chiamato catena dell'infezione. Gli anelli di questa catena sono costituiti dall'agente infettivo, dalla fonte (o serbatoio), dalla modalità di trasmissione, e dall'ospite suscettibile.

• **L'agente infettivo:** Esso può essere un batterio, un virus, un parassita o un fungo. Le caratteristiche che influiscono sulla capacità dell'agente infettivo includono:

2. Patogenicità, la capacità dell'organismo di danneggiare le cellule e provocare l'infezione
3. Virulenza, l'efficacia con cui l'organismo può crescere e moltiplicarsi
4. Invasività, l'abilità dell'organismo di penetrare nei tessuti
5. Specificità, l'attrazione dell'organismo per un ospite specifico

• **Fonti di infezioni:** le sorgenti di infezione in ambito assistenziale sono sostanzialmente rappresentate da:

- l'uomo: utenti, operatori e occasionalmente visitatori, ospiti con malattia acuta in atto, persone colonizzate o portatrici croniche di agenti infettivi;
- l'ambiente: in particolare attrezzature e dispositivi medici.

• **Trasmissione:** per trasmissione si intende il passaggio di un microrganismo da un individuo a un altro. Le principali vie di trasmissione sono tre: contatto (diretto ed indiretto), droplet, via aerea.

Anche se, generalmente, ogni microrganismo ha una sua via di trasmissione "preferenziale", può accadere che lo stesso germe possa essere trasmesso tramite più vie.

- Trasmissione per contatto

È la modalità di trasmissione più frequente delle infezioni ospedaliere (IO). Si suddivide in due sottogruppi:

a) **contatto diretto:** presuppone il contatto di cute con cute, fra un ospite suscettibile/recettivo e una persona infetta/colonizzata, ad esempio durante gli interventi assistenziali che comportano il contatto fisico tra operatore e utente.

b) **contatto indiretto:** comporta il contatto tra un ospite suscettibile/recettivo e oggetti o strumenti contaminati, ad esempio durante la manipolazione di biancheria, ferri chirurgici contaminati ecc.

Esempi di infezioni che si trasmettono per contatto: scabbia, gastroenteriti da *Clostridium difficile*, infezioni da microrganismi multiresistenti (enterococchi resistenti ai glicopeptidi, stafilococchi meticillino resistenti).

- Trasmissione per droplet

Si chiamano **droplet** le goccioline di diametro superiore ai micron, espulse con la tosse, gli starnuti, parlando e durante l'esecuzione di alcune procedure come l'aspirazione delle secrezioni e la broncoscopia. Esse possono contenere microrganismi che colonizzano le vie aeree di un soggetto. I droplet non rimangono sospesi nell'aria, ma si depositano attorno alla sorgente fino a un diametro di circa 50-100 cm.

La trasmissione avviene quando i droplet contenenti batteri o virus si depositano sulle congiuntive, sulle mucose orali o sulla bocca di un soggetto suscettibile (trasmissione diretta), ma anche su oggetti che poi vengono a contatto con l'individuo (trasmissione indiretta).

La trasmissione per droplets non deve essere confusa con la trasmissione per via aerea ma deve essere considerata tra le modalità di trasmissione per contatto.

Esempi di infezioni che si trasmettono per droplet: influenza, meningite e polmonite da Meningococco e da *Haemophilus influenzae*, parotite, pertosse, Covid.

- Trasmissione per via aerea

Si verifica attraverso la disseminazione di nuclei di goccioline (piccole particelle residue di diametro inferiore ai micron) oppure di particelle di polveri contenenti l'agente infettivo che rimangono sospese nell'aria per un lungo periodo.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 3 di 10

I microrganismi trasportati in questo modo possono essere largamente dispersi da correnti d'aria ed essere inalati dall'ospite suscettibile entro la stessa stanza oppure a più lunga distanza dalla sorgente, a seconda dei fattori ambientali.

Esempi di infezioni che si trasmettono per via aerea: tubercolosi polmonare aperta, varicella, morbillo.

• **Ospite suscettibile:** Un ospite è una persona i cui meccanismi biologici di difesa sono in uno stato di compromissione tale da non impedire l'invasione dei microrganismi patogeni al momento dell'esposizione. Quando nell'uomo si verifica la comparsa di infezioni significa che l'agente infettivo ha superato la capacità del corpo di resistere all'infezione.

B. PREVENZIONE

La prevenzione e il controllo delle ICA in tutti i setting assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

Tra le misure chiave ricordiamo il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, la sterilizzazione dei presidi, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate (quando possibile con adeguato anticipo per consentire una buona risposta immunitaria), la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivi delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

In particolare:

- **Il lavaggio delle mani :** vedi protocollo lavaggio delle mani.
- **Utilizzo barriere protettive:** vedi protocollo uso D.P.I
- **Igiene ambientale:** vedi protocollo pulizia ambientale azienda appaltante
- **Gestione della biancheria:** vedi protocollo Clostridium, e considerazioni sotto riportate

Perché

La biancheria, inclusi materassi e cuscini, asciugamani e vestiti degli utenti, può essere potenzialmente contaminata con microrganismi patogeni. Tuttavia il rischio di trasmissione di infezioni attraverso queste fonti è trascurabile se biancheria e materasseria sono raccolte, trasportate e trattate in modo sicuro.

Come

I principi chiave per una corretta gestione della biancheria sono i seguenti:

- movimentare la biancheria senza creare aerosol di polveri che possono contenere microrganismi (non agitarla o sbatterla);
- evitare il contatto tra la biancheria sporca e la divisa del personale durante le manovre di raccolta;
- inserire immediatamente la biancheria sporca negli appositi sacchi.

I coprimaterassi e i materassi in schiuma di lattice/poliuretano contaminati da materiale biologico devono essere raccolti in sacchi impermeabili (riutilizzare quelli in cui sono confezionati i materassi puliti) e inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione. In fase d'ingresso viene chiesto agli ospiti l'utilizzo di indumenti personali in cotone lavabile ad alte temperature.

Quando

La frequenza di sostituzione della biancheria del letto dipende dalla tipologia dell'Ospite. Il principio a cui ispirarsi è garantire sempre all'utente condizioni di comfort e igiene. La sostituzione dei cuscini deve essere fatta quando necessario. La sostituzione del telo sovrामaterasso in poliuretano traspirante, del letto in memorex, deve avvenire ad ogni cambio di ospite o quando molto sporco di materiale biologico. Quotidianamente va passato con acqua e sapone o amukina. In generale il materasso va sempre sostituito quando presenta segni di usura o è stato contaminato da materiale biologico.

Collocazione dell'Ospite

Molte strutture residenziali socio-sanitarie presentano soprattutto stanze con più letti e nel determinare la collocazione più opportuna per ogni Ospite entrano in gioco diverse priorità (caratteristiche del soggetto quali età, genere, condizioni

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 4 di 10

psicosociali, carico di assistenza necessario ecc.). In assenza di chiari segni indicativi di una patologia che richieda l'isolamento respiratorio, il rischio di trasmissione di agenti infettivi non viene sempre incluso tra i criteri principali di scelta. Sugeriamo di tenere conto delle seguenti possibilità:

- quando si dispone di un numero limitato di stanze singole, è bene occuparle dando la priorità a:
 - soggetti che presentano condizioni tali da facilitare la trasmissione di materiale infettivo agli altri ospiti (ad es. ferite suppuranti, sindromi diarroiche);
 - soggetti più fragili, che sono a maggior rischio di acquisizione di patologie infettive e di svilupparne le complicanze (ad es. immunodepressi, persone con ferite aperte o totalmente dipendenti dal personale di assistenza);
- le stanze singole sono:
 - indicate per i soggetti con patologie trasmissibili per via aerea;
 - preferibili (determinabile caso per caso) per quelli con patologie che richiedono l'adozione delle precauzioni da contatto e droplet;
- il cohorting è la pratica che prevede il raggruppare, assieme soggetti colonizzati o infettati dallo stesso microrganismo, in modo da delimitare l'area dove vengono assistiti e prevenire il contatto con gli altri Ospiti. Si adottano nel caso di ospiti la cui sintomatologia fa supporre la presenza di una specifica patologia infettiva trasmissibile per contatto e ovviamente nei casi in cui vi sia la diagnosi certa.

L'isolamento del paziente se strutturalmente possibile è indicato anche al domicilio (uso di stanza singola e bagno dedicato).

Vi sono anche prassi preventive d'infezione associate a specifiche manovre assistenziali, attuabili sia all'interno della struttura sia in ambito domiciliare, ma ne ricordiamo un paio essenziali: quali:

- Infezioni urinarie catetere-correlate: vedi protocollo gestione catetere vescicale
- Gestione dei cateteri venosi centrali e periferici: vedi protocollo gestione cvc e cvp

C. EDUCAZIONE SANITARIA

È importante coinvolgere gli utenti e i loro familiari/caregiver fornendo loro le adeguate informazioni relative alla corretta applicazione delle misure igienico-sanitarie nell'ambiente assistenziale, con particolare riferimento all'igiene delle mani. È importante educare i visitatori all'utilizzo della mascherina in caso siano portatori di raffreddore o tosse per prevenire la trasmissione dei microrganismi agli ospiti della struttura.

D. FORMAZIONE

Tutti gli operatori sanitari che hanno una responsabilità clinica devono includere le misure di prevenzione delle infezioni nella loro pratica quotidiana. È particolarmente importante l'aggiornamento delle conoscenze e lo sviluppo delle abilità orientate anche a questo rilevante aspetto della pratica clinica

A.1 INFEZIONI DA GERMI MULTIRESISTENTI

Definizione

Dal punto di vista epidemiologico, i germi multi-resistenti sono definiti come microrganismi resistenti a una o più classi di antibiotici.

In particolare, alcuni germi acquisiscono maggiore rilevanza in quanto resistenti alla maggior parte degli antibiotici disponibili: **Stafilococco aureo meticillino-resistente** (MRSA), **Enterococco vancomicina-resistente** (VRE) ed **enterobatteri produttori di ESBL** (beta-lattamasi a spettro esteso, ad es. *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*).

Epidemiologia

La trasmissione degli MDRO (organismi multi-farmaco resistenti) è stata documentata più frequentemente a livello ospedaliero, tuttavia anche le strutture sanitarie e residenziali sono coinvolte. In generale, nelle strutture residenziali per anziani la prevalenza di MDRO appare particolarmente elevata. In tali ambienti la durata di colonizzazione degli Ospiti da parte di ceppi multiresistenti sembra essere maggiore.

Questo fatto, associato a un lungo soggiorno, potrebbe spiegare l'alta prevalenza in queste istituzioni. Anche la gravità e la numerosità delle patologie dovute ai MDRO non è uniforme nelle varie strutture residenziali, per cui l'approccio alla prevenzione e al controllo dei germi multiresistenti deve essere adattato alle specifiche caratteristiche dell'istituto considerato e della popolazione presente.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 5 di 10

Aspetti clinici

A fronte di un'elevata prevalenza di MDRO, la frequenza delle infezioni causate da questi patogeni rimane bassa nelle strutture residenziali per anziani. Se in ambiente ospedaliero, un'infezione si sviluppa nel 30% dei soggetti colonizzati, ciò si verifica solo nel 5-15% degli anziani istituzionalizzati.

Ricordiamo a tal proposito le seguenti definizioni:

- **colonizzazione:** presenza di un microrganismo senza sviluppo di malattia;
- **infezione:** presenza di un microrganismo con sviluppo di malattia locale o sistemica.

Nella maggior parte dei casi, le infezioni da MDRO hanno manifestazioni cliniche uguali a quelle causate dai patogeni sensibili. Tuttavia, le scarse opzioni terapeutiche aumentano la mortalità, spesso in relazione a un ritardo nell'inizio di una terapia appropriata.

Trasmissione

I MDRO possono penetrare e disseminarsi in una struttura residenziale sia tramite Ospiti colonizzati nel corso di un recente ricovero ospedaliero sia per la pressione selettiva esercitata facilmente contaminate tramite il contatto con il soggetto colonizzato/ infetto o con le superfici che gli sono immediatamente vicine (questa seconda eventualità è importante quando il soggetto presenta diarrea infettiva, ad es. da *Clostridium difficile*, dove il reservoir del germe è il tratto gastrointestinale).

La persistenza del ceppo e la sua disseminazione tra la popolazione residente sono poi favorite dalla presenza di individui altamente vulnerabili quali quelli con gravi comorbidità, immunodepressi, diabetici, portatori di dispositivi medicali come cateteri vescicali o PEG.

La potenzialità di trasmissione è determinata dalla consistenza più o meno ampia del numero di soggetti colonizzati o infetti e, naturalmente, anche dall'accuratezza nell'applicazione delle misure di prevenzione. Ci sono ampie evidenze che dimostrano che gli MDRO vengono trasportati da persona a persona tramite le mani degli operatori sanitari.

Prevenzione e controllo

Gli studi riportati in letteratura variano molto fra loro, e ciò rende difficile definire con certezza il singolo tipo o la combinazione di interventi più efficaci. La scelta dell'approccio a tale problematica andrebbe quindi adattata a seconda della prevalenza dei MDRO presenti in una determinata struttura, delle caratteristiche degli Ospiti, della disponibilità a mettere in pratica alcune misure preventive.

D'altro canto, i medici dovranno adottare un corretto utilizzo della terapia antibiotica: gli antibiotici sono tra i farmaci maggiormente prescritti nelle strutture residenziali per anziani (tasso di utilizzo da 1,6 a 12,1 cicli di trattamento per 1.000 giornate di residenza). Purtroppo, nell'anziano i criteri classici per la diagnosi di infezione sono meno applicabili, e il ricorso limitato a indagini laboratoristiche e radiologiche contribuisce ad aumentare le prescrizioni su base empirica, spesso inappropriate.

Data l'importanza di questo ambito, sono state elaborate anche delle linee guida che contribuiscono a identificare i criteri minimi per la prescrizione della terapia antibiotica nella pratica clinica, per cercare di limitarne l'uso e di seguito ne riportiamo alcuni principi base :

- trattamento delle infezioni e non delle contaminazioni o colonizzazioni. Tale principio motiva anche l'inappropriatezza di alcune indagini microbiologiche richieste di routine, senza supporto di un sospetto clinico di infezione (ad es. urocoltura in paziente cateterizzato;
- durata corretta della terapia (non cicli troppo brevi ma neanche eccessivi);
- somministrazione, quando possibile, di terapia antibiotica mirata, limitando l'uso degli antibiotici ad ampio spettro;
- sorveglianza;
- applicazione delle misure di precauzione standard/per malattie trasmissibili per contatto. Le linee guida raccomandano essenzialmente l'applicazione delle precauzioni standard per la gestione dei soggetti colonizzati; l'aggiunta di precauzioni da contatto viene indicata quando all'interno di una struttura il microrganismo rilevato ha caratteristiche clinico-epidemiologiche che lo rendono particolarmente rilevante.

E. STRATEGIE VACCINALI

La prevenzione delle malattie infettive costituisce uno dei principali obiettivi della Sanità Pubblica. Le vaccinazioni rappresentano una eccezionale scoperta che ha cambiato il volto della storia della medicina. Grazie all'utilizzo dei vaccini nella pratica medica è stato debellato il vaiolo, sono quasi scomparsi il tetano, la poliomielite, la difterite e sono state notevolmente ridotte malattie virali come l'epatite B, il morbillo, la rosolia, la parotite e le malattie batteriche come la meningite. Paradossalmente però le vaccinazioni sono "vittime del loro successo": non essendo più visibili le patologie

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 6 di 10

che sono state debellate o sensibilmente ridotte è diminuita la percezione dell'importanza delle vaccinazioni, mentre vengono amplificati dal web messaggi allarmanti e preoccupanti sull'utilizzo dei vaccini e vengono diffuse notizie prive di fondamenti scientifici.

Il Ministero della Sanità ha coinvolto riconosciuti esperti della materia per informare la popolazione dell'importanza della vaccinazione. L'obiettivo è di poter offrire, alla popolazione e agli operatori sanitari, gli elementi utili, validi e soprattutto corredati da riscontri scientifici, per poter scegliere (in scienza e coscienza) di tutelare la salute propria e dei propri figli con le vaccinazioni.

Il valore sociale delle vaccinazioni si riflette sia sul singolo individuo sia sulla collettività. Per la maggior parte delle malattie, ottenere elevate coperture vaccinali permette infatti di contenere la circolazione del microrganismo responsabile e, conseguentemente, garantisce una protezione alla comunità, cioè anche ai non vaccinati. L'impatto sulla salute della popolazione risulta dunque notevole in termini di contenimento dei danni della malattia o delle sue complicanze (morbosità, mortalità, ricorso a cure mediche, ospedalizzazioni) e di riduzione dei costi sia diretti che indiretti.

Le malattie infettive non riconoscono confini geografici e/o politici e tutte, ma in particolare quelle prevenibili da vaccino, richiedono un approccio globale e non localistico per la loro prevenzione ed il loro controllo: le grandi battaglie dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per l'eliminazione o la rimozione di una malattia infettiva vengono spesso realizzate sulla base di strategie vaccinali globali. Anche l'Unione Europea si propone di incentivare lo sviluppo di una comune politica europea di Sanità Pubblica, dal momento che il fenomeno della globalizzazione tende ad allargarsi ed i confini tra Paesi dell'Unione Europea diverranno sempre meno rilevanti.

In Italia il Piano Nazionale Vaccini (PNV) rappresenta il documento di riferimento in ambito vaccinale; al suo interno, tra l'altro, vengono individuati gli obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni e le relative strategie di scelta.

La vaccinazione ha un duplice obiettivo, quello primario di prevenire la comparsa delle forme gravi e complicate di influenza e di ridurre la mortalità prematura nei gruppi ad aumentato rischio di malattia grave; l'altro obiettivo riguarda la riduzione dei costi sociali connessi alla diffusione della malattia nella popolazione generale.

Le campagne vaccinali di interesse per una struttura come la nostra ed a cui aderiamo e sollecitiamo l'adesione al personale assistenziale, utenti, familiari, sono:

- **antiinfluenzale;** L'influenza è una malattia respiratoria contagiosa causata da virus influenzali (si tratta di virus che appartengono alla famiglia degli *Orthomyxovirus* e comprendono i virus dell'influenza A, B, C ed i *Thogotovirus*). Una delle particolarità del virus influenzale è la sua capacità di modificare le proprie caratteristiche dando luogo ogni anno a nuove epidemie. Per tale motivo, e perché possono cambiare i ceppi in circolazione, è necessario sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale all'inizio di ogni nuova stagione.

L'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale colpendo ogni anno il 10-20 per cento della popolazione mondiale. In Italia si ammalano annualmente da 6 a 9 milioni di persone rappresentando la terza causa di morte per patologia infettiva dopo Aids e tubercolosi.

In molti casi l'infezione è asintomatica, in altri i sintomi tipici hanno un inizio brusco e possono includere febbre, tosse, mal di gola, congestione nasale, dolori muscolo-scheletrici, mal di testa e spossatezza. I soggetti sani sviluppano nella maggioranza dei casi la forma non complicata di malattia e in genere guariscono in pochi giorni. Solo raramente essi sviluppano casi severi che possono essere causati direttamente dai virus influenzali o dalle sovra infezioni batteriche o virali che si verificano a seguito del danneggiamento a livello delle basse vie respiratorie, come nel caso della polmonite. Alcuni gruppi di persone, come gli anziani in generale e i soggetti di qualunque età affetti da determinate patologie (es. diabete, malattie cardiovascolari o respiratorie croniche, disordini immunitari etc.) sono a elevato rischio di sviluppare le complicanze che possono mettere in pericolo la loro vita. In questi soggetti l'infezione influenzale non solo può manifestarsi più frequentemente con forme severe di malattia, ma può peggiorare i quadri clinici legati alle malattie croniche.

- **anti pneumococcica** il vaccino è fortemente raccomandato in bambini e adulti che presentano particolari condizioni di rischio (cardiopatie croniche, malattie polmonari croniche, diabete, insufficienza renale, asplenia, malattie del sangue, difetti delle difese immunitarie, neoplasie, trapianto, HIV, sordità con impianti cocleari, ecc.) che aumentano la probabilità di gravi complicanze. Anche in questi casi è sufficiente una dose.

Anticovid 19: negli ultimi anni l'azienda ha svolto una campagna di sensibilizzazione nei confronti non solo degli ospiti, ma anche degli operatori. La campagna vaccinale anticovid è partita in Italia in corso di pandemia a dicembre 2020. raggiungere un'elevata copertura vaccinale con il completamento dei cicli attualmente autorizzati e con i richiami per ridurre

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 7 di 10

la circolazione del virus e lo sviluppo di varianti e, in particolare, per prevenire efficacemente l'insorgenza di patologia grave e di decessi.

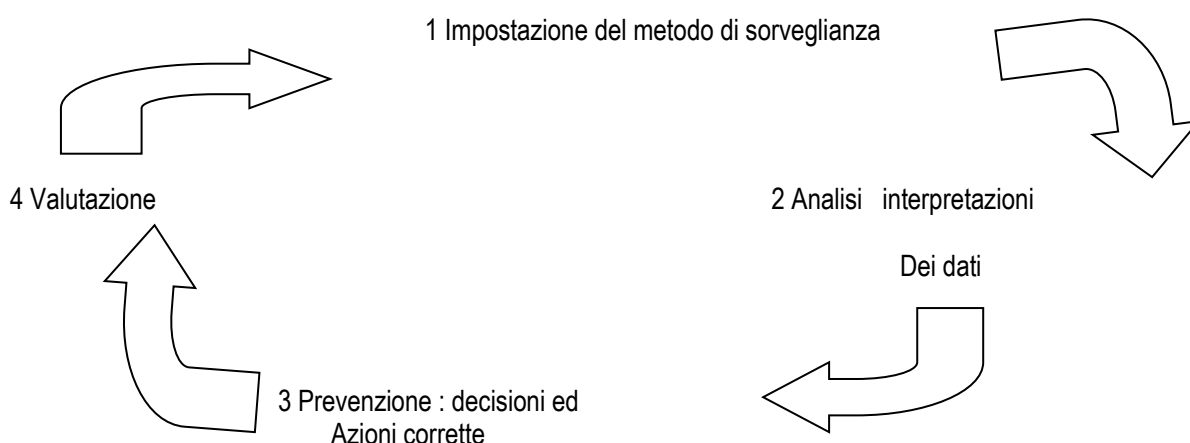
Per il personale assistenziale ed operante in Azienda si seguono inoltre le indicazioni del **Piano Sorveglianza Sanitaria Aziendale** e delle raccomandazioni date dal Medico Competente.

Per sorvegliare e controllare le infezioni è indispensabile il supporto amministrativo, inserendo tale attività tra gli obiettivi della struttura e in un programma di gestione sicura delle pratiche assistenziali. Il ruolo dirigenziale nel guidare, supportare e monitorare l'aderenza alle pratiche corrette facilita il raggiungimento degli obiettivi. Protocolli e procedure che spieghino come e quando applicare le precauzioni standard e quelle basate sulle vie di trasmissione (inclusi i sistemi per identificare i soggetti con patologie infettive trasmissibili) sono essenziali per assicurare il successo delle misure stesse.

F. COS'E' LA SORVEGLIANZA SANIATRIA E COME SI ATTUA

La sorveglianza è un insieme di misure poste in atto per raccogliere ed elaborare informazioni utili a inquadrare il rischio infettivo presente in una determinata struttura, e poter quindi applicare misure di controllo e miglioramenti nello standard assistenziale finalizzati a una riduzione di tale rischio.

Per essere efficace, la sorveglianza deve essere un processo continuo.



Per raggiungere questo scopo occorre infatti:

1. impostare un metodo di sorveglianza:

- criteri di definizione di "caso";
- obiettivi da raggiungere;
- individuare le fonti informative (popolazione interessata, informazioni necessarie, dati microbiologici ecc.) e stabilire modalità di rilevazione standardizzate

2. definire le modalità di analisi e di interpretazione dei dati; assicurare un ritorno agli operatori, promuovere la discussione

3. attuare dei meccanismi di prevenzione (azioni e decisioni correttive);

4. valutare l'impatto delle misure adottate e diffondere i dati, valutare gli indicatori .

Per sorvegliare e controllare le infezioni è indispensabile il supporto amministrativo, inserendo tale attività tra gli obiettivi della struttura e in un programma di gestione sicura delle pratiche assistenziali. Il ruolo dirigenziale nel guidare, supportare e monitorare l'aderenza alle pratiche corrette facilita il raggiungimento degli obiettivi. Protocolli e procedure che spieghino come e quando applicare le precauzioni standard e quelle basate sulle vie di trasmissione (inclusi i sistemi per identificare i soggetti con patologie infettive trasmissibili) sono essenziali per assicurare il successo delle misure stesse.

G. INFEZIONI DA COVID 19 IN AMBITO RESIDENZIALE

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 8 di 10

GESTIONE CLINICA OSPITI

RSA

- **OSPITE CLINICAMENTE STABILE E SILENTE CIRCA SINTOMI COVID-LIKE**
È previsto un monitoraggio clinico costante, nello specifico temperatura corporea e saturazione vengono rilevate a tutti gli ospiti almeno una volta al giorno, mentre la rilevazione dei parametri vitali avviene con cadenza di una volta a settimana.

- **OSPITE POSITIVO (SINTOMATICO/PAUCISINTOMATICO/ASINTOMATICO)**
L'ASSC ha adottato da tempo protocolli osservazionali capaci di intercettare sintomi e segni clinici di sospetta sindrome Covid-like.

Tali sintomi possono essere anche di lieve intensità, presenti singolarmente o variamente associati tra loro. Tra questi vi sono principalmente febbre, tosse, difficoltà respiratoria (respiro corto, fame d'aria), ma possono essere presenti anche dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore (naso chiuso e/o scolo dal naso), astenia, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, aritmie (tachi- o bradiaritmie), episodi sincopali, disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia).

Nel momento in cui viene individuato un caso sospetto, si procede all'attivazione della procedura che segue.

Il residente sospetto è immediatamente sottoposto a tampone rapido. In caso di positività, viene posto in isolamento, possibilmente in stanza singola o, se non disponibile, doppia (Rapporto ISS COVID-19, n.4/2020 rev) per 7 o 10 giorni a seconda dello stato vaccinale.

Durante il trasferimento di un Residente sospetto COVID-19 all'interno della struttura viene seguito un percorso prestabilito, riducendo così al minimo la possibilità di trasmissione dell'infezione. Durante tutto il trasferimento interno, il residente indossa una mascherina chirurgica, se tollerata.

Ove possibile, per ospiti/pazienti COVID positivi è prevista la prosecuzione dell'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2. Inoltre, viene effettuata immediatamente la pulizia e sanificazione accurata degli ambienti dove il residente ha soggiornato e dove è stato esaminato.

Viene ottimizzata la presenza di IP e OSS per turno al fine di ridurre il numero di operatori che vengono a contatto con il malato, così come si cerca di ottimizzare il numero di accessi alla stanza di degenza al fine di ridurre l'utilizzo di DPI. Medico, Infermiere e Operatore ASA/OSS, quando operano nella stanza di degenza devono indossare i seguenti Dispositivi di Protezione Individuale (DPI):

- semi maschera filtrante facciale FFP2
- occhiali protettivi o visiera
- camice idrorepellente a maniche lunghe
- guanti monouso in nitrile o vinile

Il monitoraggio clinico è incardinato sulla rilevazione dei seguenti parametri:

- temperatura corporea
- saturazione O2
- pressione arteriosa
- frequenza respiratoria e presenza di respiro patologico
- frequenza cardiaca

Il Medico può attivare consulenze specialistiche sia in sede o per via telematica (pneumologo, infettivologo).

Si opta per l'eventuale ospedalizzazione in presenza di:

- SpO2 <90% in ossigenoterapia (10 litri/minuto in Maschera di Venturi) e/o
- Frequenza Respiratoria >30 atti/minuto e/o
- Distress respiratorio
- Shock o sepsi grave: tachicardia, ipotensione, oligo anuria, ipertermia o ipotermia, alterazione dello stato di coscienza

La decisione in merito all'invio in ospedale richiede una valutazione ispirata ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure, con particolare riguardo:

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 9 di 10

1. alle condizioni complessive (cliniche, funzionali e cognitive premorbore)
2. alla prognosi
3. ai realistici benefici attesi di un intervento intensivo

Qualora la decisione sia quella di inviare in ospedale l'ospite, il Medico in turno prenderà contatti con il Pronto Soccorso di destinazione per comunicare preliminarmente la situazione clinico-assistenziale, effettuare una valutazione congiunta del percorso ottimale anche al fine di ottimizzare e semplificare le operazioni di accoglienza e triage. In caso contrario, si prosegue con l'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2, secondo le raccomandazioni contenute nell'allegato A della DGR 3226 del 09/06/2020.

La decisione dell'invio in Pronto soccorso sarà comunicata ai familiari (per tutte le tipologie di ospiti, COVID-19 positivi/sospetti o meno).

Per utenza atipica, come ospiti nucleo Alzheimer, si procede a frequente sollecitazione ad indossare le mascherine e gli ospiti sono monitorati negli eventuali spostamenti autonomi e spontanei, al fine di garantire adeguato distanziamento. Si procede inoltre a frequente igienizzazione delle mani con soluzione alcolica, ove i disturbi comportamentali eventuali lo permettano.

- **OSPITE CONTATTO STRETTO**

Sono assicurati immediato e idoneo isolamento per 7 o 10 giorni a seconda dello stato vaccinale dell'ospite, esecuzione di tampone antigenico a tempo 0 e, in caso di negatività, ripetizione alla prima comparsa di sintomatologia sospetta, nonché stretta osservazione con valutazione medico-infermieristica quotidiana.

- **OSPITE CON SINTOMI SOSPETTI PER COVID-19**

Se l'ospite presenta sintomi quali:

- $TC \geq 37,5^{\circ}C$
- saturazione < 90

viene immediatamente predisposto ed eseguito tampone antigenico.

In presenza di altri sintomi (raffreddore con naso chiuso e/o che cola, tosse in particolare secca, diarrea) il test antigenico (tampone rapido) verrà effettuato solo previa valutazione medica.

Sia nel caso in cui il test antigenico venga eseguito, sia nel caso di decisione di non procedere con lo stesso, il medico riporta il tutto per iscritto all'interno della cartella sanitaria dell'ospite.

- **OSPITE IN RIENTRO DA VISITE AMBULATORIALI/DAY HOSPITAL/PRONTO SOCCORSO**

Ogni caso viene valutato in maniera a sé stante dal comparto medico. Il ricorso a test antigenici con finalità di screening viene effettuato per ospiti particolarmente fragili e con accessi ospedalieri frequenti (es. dialisi) secondo tempistiche che tengono conto della situazione epidemiologica del momento.

In tutti i casi in cui l'ospite non può proseguire la permanenza in R.S.A. saranno avviati altri adeguati percorsi quali:

1. eventuale presa in carico al domicilio
2. trasferimento presso altra struttura più idonea (es. Cure Sub Acute, Cure Intermedie, Degenze di sorveglianza, Degenze di comunità di base)

Qualora l'ospite presentasse un quadro clinico di gravità moderata/severa, ASSC contatterà il servizio NUE-112 AREU per il trasferimento in ospedale.

CDI

Gli Utenti del Centro sono sottoposti a un monitoraggio clinico costante, nello specifico temperatura corporea e saturazione vengono rilevate a tutti gli Ospiti ogni giorno al loro arrivo in struttura, mentre la rilevazione dei parametri vitali avviene con cadenza di una volta a settimana.

Nel caso di improvvisa comparsa di sintomatologia simil-influenzale, l'Utente viene subito isolato e valutato da un medico, il quale, sulla base del quadro clinico, decide se sottoporre immediatamente l'Utente a tampone antigenico o meno.

Se il sospetto diagnostico viene confermato, si provvede ad avvisare la famiglia e contestualmente il MMG. In tale circostanza, alla famiglia viene specificato che per la riammissione in CDI sarà possibile solo una volta ripristinato il generale benessere dell'utente e previa effettuazione di un tampone con esito negativo.

Se il quadro clinico valutato dal Medico di Struttura appare meritevole di approfondimento diagnostico-strumentale non dilazionabile, si allerta il 112 e contestualmente la famiglia.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 19
	PROTOCOLLO GESTIONE INFEZIONI	Data 14/06/2023 Pagina 10 di 10

MISURE SPECIFICHE PER AREE COVID-19 E ISOLAMENTO TEMPORANEO

- fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata;
- quando è necessaria assistenza diretta al residente, applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19: guanti, dispositivo di protezione respiratoria (maschera FFP2), occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso; se invece non fosse necessario contatto diretto, indossare la mascherina FFP2, mantenersi alla distanza di almeno 1 metro ed evitare di toccare le superfici nella stanza del residente;
- praticare frequentemente l'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o se non disponibile o se le mani sono visibilmente sporche, lavare le mani con acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso;
- effettuare pulizia frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detersivi, seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni; e areare frequentemente i locali;
- disinfettare con alcol etilico al 70% i dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (ad esempio, i termometri e gli stetoscopi) ogni volta che si usano da un residente all'altro;
- concentrare le attività assistenziali (es. terapia/colazione/igiene) al fine di ridurre gli accessi alla stanza del residente;
- se dovessero essere necessari trasferimenti all'interno della struttura, garantire la minima esposizione ad altri ospiti evitando spazi comuni durante il percorso;
- garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
- riporre con cautela in un sacchetto chiuso la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata e, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Non agitare la biancheria per arieggiarla. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno in lavatrice a 60-90°C con uso di comune detersivo;
- utilizzare stoviglie monouso;
- indossare guanti e mascherina durante le operazioni di lavaggio di biancheria e vestiti, di disinfezione e igiene dei locali.

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

- Piano Sorveglianza Sanitaria ASSC
- [Https://Salute.gov.it](https://Salute.gov.it)
- Guide To Infection Control in the Hospital. B. C. Decker Inc., 1998
- The healthcare infection control practices advisory committee. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare setting. CDC Guidelines 2011
- Sistema epidemiologico reg. Veneto
- Sito web Vaccinarsi.org del ministero della salute
- Rapporto ISS COVID-19, n.4/2020
- DGR 3226 del 09/06/2020.

Allegati

PC 19 ALL 01 scheda episodi infettivi