

Manuale d'igiene per le case anziani del Canton Ticino (revisione settembre 2025)

A cura di ADiCASI con il sostegno scientifico dell'Ufficio del
medico cantonale

Ufficio del medico cantonale

091/814 40 09

dss-umc@hsn.ti.ch



Autrice:

Morena Landis-Tonet, infermiera esperta in igiene, prevenzione e controllo delle infezioni in ambito di cura
EPIAS

Prefazione

Il Manuale d'igiene per le Case per anziani realizzato da ADiCASI con la supervisione dell'Ufficio del medico cantonale nasce dall'esigenza degli operatori sanitari di disporre, in un unico documento, d'informazioni e delle relative procedure da mettere in atto per garantire ai residenti la cosiddetta bio sicurezza, cioè quelle premesse di prevenire e/o limitare le infezioni esogene al singolo residente e alla collettività presente in istituto.

Attraverso la definizione e la messa in atto di buone pratiche di assistenza e di altre misure profilattiche e di prevenzione è possibile realizzare un piano di "controllo delle infezioni" che è in funzione della via di trasmissione dell'agente patogeno sia questa da persona a persona, o dal personale curante, o dall'ambiente nel quale abita il residente.

La prevenzione e il controllo delle infezioni collegate all'assistenza e cura della persona anziana residente in Casa anziani sono interventi necessari a ridurre l'impatto delle infezioni e, più in generale, a contenere la diffusione di microrganismi antibiotico-resistenti.

L'uso di procedure standardizzate e di comportamenti professionali tesi a evitare l'esposizione al microrganismo patogeno al residente, al personale e ai visitatori, costituiscono la premessa per cure e assistenza di qualità.

Il manuale si prefigge di fornire le indicazioni operative per proteggere il residente, tutelando contemporaneamente il personale dal contagio, perché prendersi cura della persona anziana significa -nella maggior parte dei casi- aiutarlo ad alzarsi, camminare, mangiare e lavarsi, somministrargli la terapia ed eseguire delle medicazioni. Attività che, in funzione della via di trasmissione dell'agente patogeno, per contatto diretto, da persona a persona (soprattutto tramite le mani) o per via aerea (emissione di goccioline) o per via indiretta (tramite oggetti contaminati) richiedono specifici interventi per evitare la trasmissione.

Indice

1. MANUALE D'IGIENE PER LE CASE ANZIANI DEL CANTON TICINO	7
1.1 LA TRASMISSIONE DELLE INFEZIONI	7
1.2 CATENA DELLE INFEZIONI ACQUISITE IN AMBITO DI CURA	8
2. PRECAUZIONI STANDARD (PS)	9
2.1 COSA SONO?	9
2.2 QUANDO, COME E CHI APPLICA LE PS?	9
2.3 OBIETTIVI DELLE PRECAUZIONI STANDARD	10
2.4 QUALI SONO LE PRECAUZIONI UNIVERSALI (PU)?	10
2.5 QUALI SONO LE MISURE ADDIZIONALI (MA)?	10
3. IGIENE DELLE MANI 	11
3.1 TABELLA LAVAGGIO IGIENICO VS DISINFEZIONE IGIENICA DELLE MANI	14
3.2 COME FRIZIONARE LE MANI CON LA SOLUZIONE IDROALCOLICA	15
3.3 I 5 MOMENTI FONDAMENTALI PER L'IGIENE DELLE MANI	16
3.4 COME LAVARSI LE MANI CON IL SAPONE DETERGENTE	17
3.5 OGNI 5 MAGGIO RICORRE LA GIORNATA MONDIALE DELL'IGIENE DELLE MANI	18
3.5.1 CLEAN HANDS (MANI PULITE)	18
3.6 CONSIGLI E PROMEMORIA PER PRESERVARE AL MASSIMO L'INTEGRITÀ DELLA PELLE DELLE MANI E AVERE UN'IGIENE DELLE MANI EFFICACE	18
3.7 VANTAGGI E SVANTAGGI DELL'IGIENE DELLE MANI CON LA SOLUZIONE IDROALCOLICA	19
4. USO DEI GUANTI 	20
4.1 RACCOMANDAZIONI	20
4.2 CHE TIPO DI GUANTI USARE?	21
4.3 QUANDO USARE I GUANTI	23
4.4 COME TOGLIERE I GUANTI	23
5. OCCHIALI E MASCHERINE 	24
5.1 RACCOMANDAZIONI	24
5.2 PRECAUZIONI D'USO DELLE MASCHERINE CHIRURGICHE	25
5.3 TIPI DI MASCHERINE CHIRURGICHE E COME INDOSSARLE	26
5.4 COME INDOSSARE LA MASCHERINA CHIRURGICA CON LACCI (DA USARE DI PREFERENZA CON LA CUFFIA)	27
5.5 COME INDOSSARE LA MASCHERINA CHIRURGICA CON ELASTICI	28
5.6 TIPI DI OCCHIALI DI PROTEZIONE E VISIERE	28
6. CAMICI E GREMBIULI 	29
6.1 RACCOMANDAZIONI	29
6.2 COME INDOSSARE IL CAMICE DI PROTEZIONE MONOUSO	30
6.3 COME TOGLIERE IL CAMICE DI PROTEZIONE MONOUSO	30
6.4 SEQUENZA SU COME INDOSSARE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE PERSONALE	30
6.5 SEQUENZA PER RIMUOVERE I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE PERSONALE	31

7. DISPOSITIVI MEDICI, ATTREZZATURE E MATERIALE	33
7.1 RACCOMANDAZIONI	33
7.2 FASI DEL TRATTAMENTO DEI DISPOSITIVI RIUTILIZZABILI	35
7.3 CLASSIFICAZIONE DEGLI STRUMENTI IN BASE AL POTENZIALE RISCHIO D'INFEZIONE	36
8. GESTIONE BIANCHERIA E STOVIGLIE 	38
8.1 RACCOMANDAZIONI	38
9. GESTIONE RIFIUTI 	40
9.1 RACCOMANDAZIONI	40
9.2 TABELLA CLASSIFICAZIONE DEI PRINCIPALI RIFIUTI PRODOTTI IN AMBITO DI CURA	41
9.3 GUIDA PRATICA – “RIFIUTI SANITARI”	42
9.4 GUIDA PRATICA – “RIFIUTI URBANI”	42
10. IGIENE DELL'AMBIENTE 	43
10.1 RACCOMANDAZIONI	43
10.2 TABELLA DEI SIMBOLI DI PERICOLO	44
10.3 TABELLA ZONE A RISCHIO 0 - 4	45
10.4 CRITERI PER LA SCELTA DI UN PRODOTTO DI PULIZIA	46
11. PROTEZIONE DEL PERSONALE 	47
11.1 RACCOMANDAZIONI	47
11.2 COMPORTAMENTO DA ADOTTARE IMMEDIATAMENTE SUL LUOGO DELL'INCIDENTE IN CASO DI INFORTUNIO CON ESPOSIZIONE A SANGUE E/O LIQUIDI BIOLOGICI.	48
11.3 ESAMI SIEROLOGICI DELLA PERSONA ESPOSTA/INFORTUNATA	49
11.4 ESAMI SIEROLOGICI SUL PAZIENTE “SORGENTE”	49
12. PROTEZIONE DEI PAZIENTI 	50
12.1 RACCOMANDAZIONI	50
13. MISURE ADDIZIONALI (MA)   	53
13.1 MISURE ADDIZIONALI (MA) PER LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO CONTATTO (MAC)	54
13.1.1 MISURE ADDIZIONALI DA AGGIUNGERE PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA MALATTIA INFETTIVA	54
13.2 MISURE ADDIZIONALI (MA) PER LE MALATTIE TRASMESSE ATTRAVERSO LE GOCCIOLINE (DROPLET) (MAG)	57
13.2.1 MISURE ADDIZIONALI DA AGGIUNGERE PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA MALATTIA INFETTIVA	57
13.3 MISURE ADDIZIONALI (MA) PER LE MALATTIE TRASMESSE ATTRAVERSO AEROSOL (MAA)	60
13.3.1 MISURE ADDIZIONALI DA AGGIUNGERE PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA MALATTIA INFETTIVA	60
13.4 TABELLA RIASSUNTIVA SUI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE SPECIFICI IN CASO DI MA	63
13.5 TABELLA RIASSUNTIVA PER L'APPLICAZIONE (DEGLI ISOLAMENTI) / DELLE MA NEI VARI SERVIZI	64
13.6 TABELLA RIASSUNTIVA MA CONTATTO (MAC)	65
13.7 TABELLA RIASSUNTIVA MA GOCCIOLINE (MAG)	66

14. MEDICINA DEL PERSONALE	67
14.1 VACCINAZIONI E CONTROLLI SIEROLOGICI	68
14.2 PROTEZIONE DELLA GRAVIDANZA E DELLA MATERNITÀ	70
14.3 DIRETTIVE PER I CONTROLLI SANITARI EROGATE DALL'UFFICIO DEL MEDICO CANTONALE	71
14.4 DIRETTIVE CON SPECIFICHE EMANATE DALL'UFFICIO DEL MEDICO CANTONALE	71
14.5 LAVORO NOTTURNO	73
14.6 INFLUENZA, COVID-19/SARS-CoV-2 E VIRUS RESPIRATORI	74
14.7 LEGIONELLA	75
15. LISTA DEI MICRORGANISMI PIÙ CONOSCIUTI E GESTIONE NELLE CPA	75
15.1 EPATITE A (HAV)	76
15.2 EPATITE B (HBV)	78
15.3 EPATITE C (HCV)	80
15.4 VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (HIV)	82
15.5 ASCESSO MINORE CON MEDICAZIONE CHIUSA	84
15.6 ASCESSO PURULENTO SENZA MEDICAZIONE CHIUSA	85
15.7 CONGIUNTIVITE VIRALE ACUTA O EMORRAGICA	86
15.8 CONGIUNTIVITE BATTERICA DA CLAMIDIA	87
15.9 VIRUS RESPIRATORI	88
(COVID-19/INFLUENZA STAGIONALE/RSV ECC.)	88
15.10 GASTROENTERITE DA ROTAVIRUS	90
15.11 GASTROENTERITE DA SALMONELLA	92
15.12 ENTEROCOLITE DA C. DIFFICILE	92
15.13 GASTROENTERITE DA NOROVIRUS	94
15.14 SCABBIA	97
15.15 PEDICULOSI	100
15.16 CANDIDOSI-CANDIDA-MUGHETTO	102
15.17 ANGINA DA STREPTOCOCCO DEL GRUPPO A	103
15.18 LEGIONELLOSI - FEBBRE DI PONTIAC	104
15.19 TUBERCOLOSI POLMONARE (TBC)	105
15.20 VARICELLA (VZV)	108
15.21 HERPES ZOSTER/FUOCO DI SANT'ANTONIO	110
15.22 MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB (ENCEFALOPATIA SPONGIFORME SUBACUTA) (RESIDENTI AD ALTO RISCHIO, SOSPETTI O AFFETTI DALLA MALATTIA)	112
15.23 VAIOLO DELLE SCIMMIE - MPOX VIRUS (MPXV)	113
15.24 MENINGITE VIRALE - ENTEROVIRUS	117
15.25 MENINGITE DA MENINGOCOCCO	118
16. GUIDA PRATICA PER LE CPA ON-LINE	120
17. BMR BATTERI MULTI-RESISTENTI	120
17.1 SCHEDA INFORMATIVA MRSA	121
17.2 SCHEDA INFORMATIVA ESBL NON E. COLI	123
17.3 SCHEDA INFORMATIVA ENTEROCOCCI RESISTENTI ALLA VANCOMICINA® VRE	124
17.4 SCHEDA INFORMATIVA BATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (ENTERBATTERI: CRE, EPC, PSEUDOMONAS O ACINETOBACTER)	127
17.5 SCHEDA INFORMATIVA CANDIDA AURIS	129

18. INFORMAZIONI PER IL SERVIZIO DI ECONOMIA DOMESTICA IN CASO DI MISURE ADDIZIONALI (ISOLAMENTO)	132
18.1 INFORMAZIONI, MATERIALI E SISTEMI DI PULIZIA	134
18.1.1 ALCUNE REGOLE IN GENERALE:	134
18.1.2 TECNICA DI PIEGATURA DEI PANNI IN MICROFIBRA	135
18.2 PULIZIA SISTEMATICA, PROCEDURE DI PULIZIA	136
18.2.1 PULIZIA DI UNA STANZA PICCOLA	136
18.2.2 PULIZIA DI UNA STANZA GRANDE	136
18.3 ASPIRAZIONE A SECCO	137
18.4 SCOPATURA A SECCO O A UMIDO	137
18.5 SCOPATURA A UMIDO O A SECCO	138
18.6 SCOPATURA BAGNATA - DIRETTA O INDIRETTA	138
18.7 SPRAY MOP	139
18.8 LAVAGGIO MECCANICO CON ASPIRAZIONE	140
18.9 LAVAGGIO MECCANICO MONOSPAZZOLA - PULIZIA E PULIZIA INTERMEDIA	141
18.10 LUCIDATURA CON O SENZA ASPIRAZIONE	141
18.11 METODO SPRAY PER TAPPETI - “SHAMPONATURA” A SECCO	142
18.12 SMACCHIATURA DI RIVESTIMENTI IN TESSUTO	143
18.13 PULIZIA CON MONOSPAZZOLA A SECCO	144
18.14 PULIZIA CON MONOSPAZZOLA AD UMIDO	144
18.15 ASPIRAZIONE DI LIQUIDI	145
18.16 PULIZIA CON SCHIUMA	145
18.17 PULIZIA DEI VETRI	146
18.18 APPLICAZIONE D’IMPREGNANTE	147
18.19 PULIZIA PAVIMENTI IN LEGNO, PULIZIA PROFONDA E OLIATURA	147
18.20 DISINFEZIONE	148
18.21 DISINFEZIONE DEI PAVIMENTI IN CASO DI SMANTELLAMENTO DELLE MA O SU SPECIFICA INDICAZIONE	149
19. COME E DOVE EFFETTUARE GLI STRISCI	150
19.1 INFORMAZIONI SUL MATERIALE DA UTILIZZARE	150
19.2 INFORMAZIONI SU COME E DOVE FARE GLI STRISCI	151
20. MRSA: LE DOMANDE PIÙ FREQUENTI	153
21. MALATTIE INFETTIVE A DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA	154
22. ALGORITMO GESTIONE DI UN’EPIDEMIA IN REPARTO	155
22.1 NOTE: PROMEMORIA SULLA GESTIONE GLOBALE DELLA SITUAZIONE, COSA FARE	158
22.2 SCHEDA OPERATIVA PRATICA: IN BREVE COSA FARE	159
23. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	160
24. ALLEGATI	165
24.1 PRECAUZIONI UNIVERSALI - PU	165
24.2 MISURE ADDIZIONALI PER LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO CONTATTO - MAC	166
24.3 MISURE ADDIZIONALI PER LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO GOCCIOLINE - MAG	167
24.4 MISURE ADDIZIONALI PER LA TRASMISSIONE ATTRAVERSO AEROSOL - MAA	168
24.5 TABELLA RIASSUNTIVA MALATTIE INFETTIVE	169
24.6 INFORMAZIONI PER RESIDENTI E VISITATORI IN CASO DI MA	172

I. Manuale d'igiene per le case anziani del Canton Ticino

Premessa

Il seguente manuale è uno strumento utile per attuare e diffondere i programmi di controllo delle infezioni e, quindi, per la promozione della qualità dell'assistenza nelle Case per Anziani (Cupa) e strutture sanitarie in genere. La diffusione di conoscenze e competenze a livello di tutto il personale coinvolto a vario titolo professionale nell'assistenza agli anziani residenti è la base per l'attuazione di strategie di sorveglianza e prevenzione delle malattie trasmissibili.

Il rispetto e il costante uso delle indicazioni riportate nel manuale hanno come obiettivo di ridurre, limitare e controllare la trasmissione e la presenza delle malattie trasmissibili attraverso comportamenti professionali adeguati.

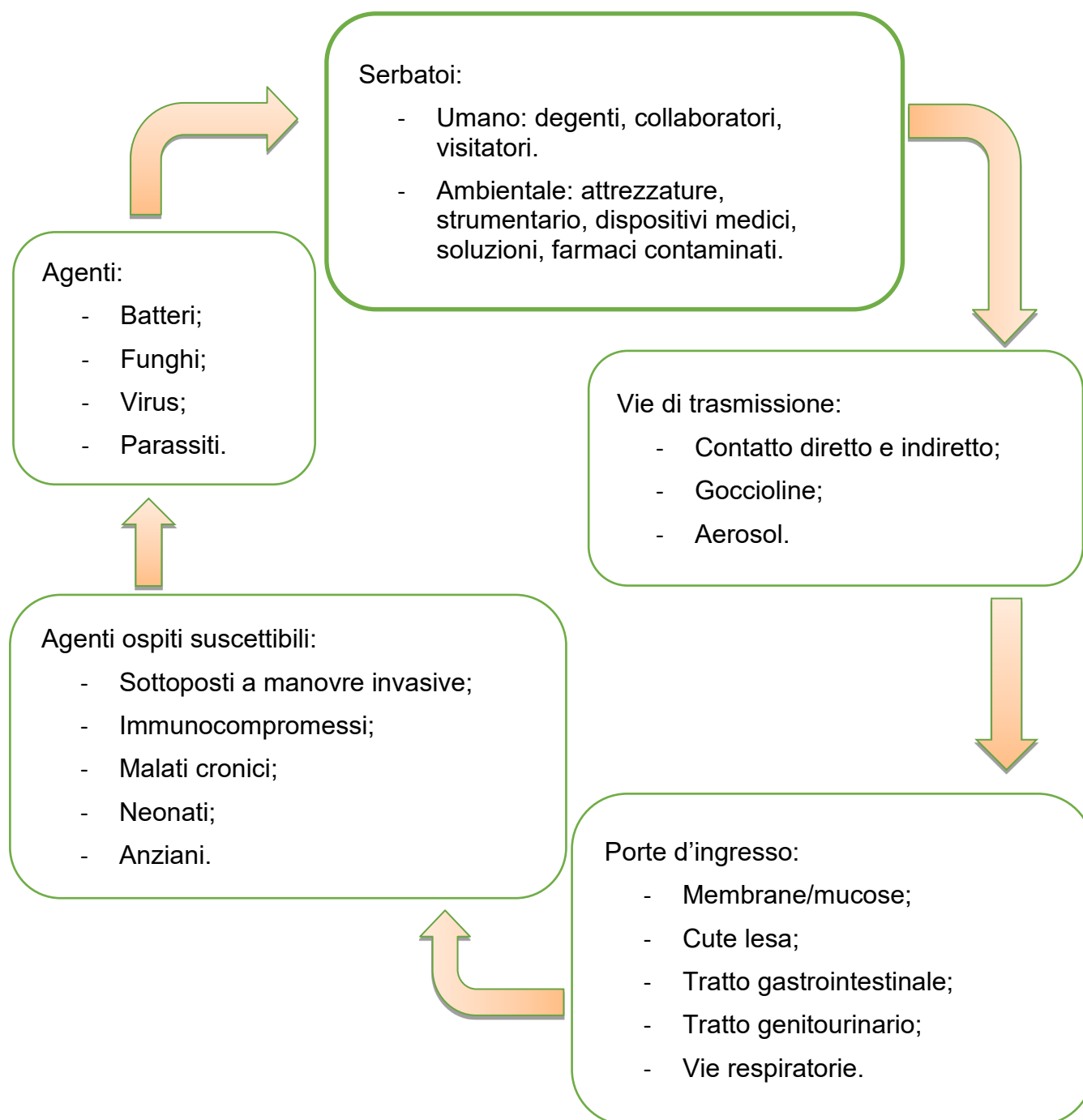
Protocolli e procedure spiegano come e quando applicare le Precauzioni Standard (PS): queste sono composte dalle Precauzioni Universali (PU) e dalle Misure Addizionali (MA). Le PS sono basate sulle vie di trasmissione e sono essenziali per assicurare il successo delle misure preventive.

I.1 La trasmissione delle infezioni

La comparsa di una malattia infettiva, in ambito sanitario e comunitario, si basa sull'esistenza di tre fattori: la sorgente di microrganismi, il mezzo di trasmissione del microrganismo e l'ospite. Le fonti delle malattie infettive in ambito sanitario e comunitario sono rappresentate dall'uomo e dall'ambiente. Per uomo s'intendono gli operatori, i collaboratori, i visitatori, ospiti con malattia acuta in atto, persone colonizzate o portatrici croniche di agenti infettivi. Per ambiente s'intendono le procedure e gli atti di cura, i dispositivi medici e le attrezzature.

La trasmissione, cioè il passaggio di un microrganismo da un individuo a un altro, avviene tramite contatto diretto o indiretto, goccioline o via aerea. Ogni microrganismo ha una sua via di trasmissione preferenziale, ma a volte può accadere che lo stesso germe possa essere trasmesso tramite più vie.

I.2 Catena delle infezioni acquisite in ambito di cura



2. Precauzioni Standard (PS)

2.1 Cosa sono?

Sono un insieme di atti, procedure e disposizioni che hanno come obiettivo la prevenzione, il controllo e la riduzione della trasmissione di microrganismi che causano infezioni in ambito di cura, sia da fonti conosciute, sia da fonti sconosciute. Sono le misure che devono essere applicate per prevenire l'esposizione e la trasmissione. Le PS sono da applicare costantemente e in modo continuativo durante l'assistenza a tutti gli utenti, indipendentemente dalla loro diagnosi o dal presunto stato d'infezione. Tali precauzioni rappresentano la primaria e fondamentale strategia di prevenzione e di controllo delle infezioni e di tutela della salute di tutti i collaboratori durante le cure.

Attualmente i maggiori contributi al controllo delle infezioni in ambito di cura derivano dalle linee guida elaborate dal Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (CDC) e dalla World Health Organization (WHO/OMS). La loro adozione in ambito sanitario costituisce un valido strumento per aumentare il livello di sicurezza nella prevenzione e nel controllo delle infezioni in tutti gli ambiti di cura.

Gli scopi principali del CDC sono i seguenti:

- Migliorare la validità epidemiologica (individuare con sicurezza tramite la definizione di caso e la via di trasmissione, la causa della malattia che si sta diffondendo nella popolazione);
- Attribuire importanza a tutti i liquidi biologici nella trasmissione di patogeni in ambito di cura;
- Proteggere dalle infezioni trasmissibili attraverso aria, goccioline o contatto;
- Semplificare l'applicazione delle procedure;
- Operare una corretta separazione fra i sistemi di controllo e la gestione dei pazienti colonizzati o infetti.

2.2 Quando, come e chi applica le PS?

Le PS vanno applicate da tutto il personale a contatto con il paziente, operatori sanitari e non: medici, personale curante, fisioterapisti, collaboratori del servizio alberghiero, servizio tecnico/manutentori, studenti, apprendisti, cuochi, personale del servizio di attivazione/animazione e anche dal personale esterno (parrucchiera, podologia, volontari, ecc.).

Le PS devono essere applicate da tutti i collaboratori della struttura, in tutti i momenti di cura, comprese le situazioni d'urgenza, 24 ore su 24.

Vanno adottate nella cura di tutti i pazienti, con tutti gli utenti, senza tenere conto della loro diagnosi o del loro presunto stato infettivo.

Devono essere applicate a tutti i pazienti in caso di contatto potenziale con cute integra, cute lesa, mucose e tutti i liquidi e materiale biologico/organico che contengano o meno sangue.

Le azioni previste dalle PS, devono essere applicate di routine, sia durante l'esecuzione di procedure d'assistenza, diagnostiche e terapeutiche che prevedano un possibile contatto accidentale con materiale biologico, sia quando si maneggiano strumenti o attrezzature che possono essere contaminati con sangue o altro materiale biologico.

Tutti i collaboratori in ambito sanitario devono utilizzare di routine tutte le PS per prevenire la possibile esposizione a liquidi biologici.

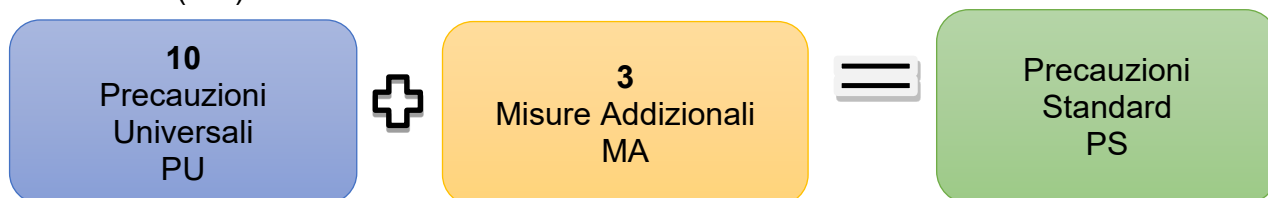
Le PS devono essere applicate durante tutte quelle manovre, che comportano contatto con:

- Sangue;
- Liquidi corporei (es.: urine, feci, vomito, ecc.);
- Escrezioni e secrezioni (per es. espettorato, saliva, secrezioni nasali, sperma, urine, secrezioni vaginali, liquido cefalo-rachidiano, latte materno, ecc.), escluso il sudore;
- Cute non integra;
- Mucose.

2.3 Obiettivi delle Precauzioni Standard

Basandosi sul fatto che tutti i liquidi biologici sono potenzialmente infettivi, lo scopo è di evitare la trasmissione di microrganismi da paziente a paziente, da paziente a personale, da personale a paziente e da un oggetto inanimato (fomite) al paziente. Le Misure Aggiuntive sono associate alle Precauzioni Universali per adempiere allo scopo delle Precauzioni Standard.

Le Precauzioni Standard sono composte dalle Precauzioni Universali (PU) e dalle Misure Aggiuntive (MA):



2.4 Quali sono le Precauzioni Universali (PU)?

- Igiene delle mani;
- Uso dei guanti;
- Occhiali e mascherine;
- Camici e grembiuli;
- Dispositivi medici, attrezzature e materiale;
- Gestione della biancheria e stoviglie;
- Gestione dei rifiuti;
- Igiene dell'ambiente;
- Protezione del personale;
- Protezione del paziente.



2.5 Quali sono le Misure Aggiuntive (MA)?

- MA per la trasmissione attraverso il contatto - MAC;
- MA per la trasmissione attraverso le goccioline (droplet) - MAG;
- MA per le malattie trasmesse per via aerea (aria) - MAA.

3. Igiene delle mani

L'igiene delle mani con soluzione idroalcolica omologata è un insieme di azioni che ha come obiettivo di rimuovere, eliminare o ridurre i microrganismi sulla cute delle mani. La trasmissione di germi (batteri multiresistenti e non, virus, parassiti, ecc.) attraverso le mani del personale curante è una delle cause principali delle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Una corretta igiene delle mani, eseguita su mani con unghie corte al naturale e senza gioielli (eccezion fatta per la fede nuziale), è quindi fondamentale per prevenire la trasmissione degli agenti infettivi. Questo atto previene la trasmissione di microrganismi da un sito all'altro nel medesimo paziente ad altri pazienti, dall'ambiente circostante o dal personale diminuendo la quantità di microrganismi presenti sulle mani. Tutti i collaboratori, di tutti i servizi - sia interni sia esterni alla struttura - sono tenuti a rispettare le indicazioni all'igiene delle mani con soluzione idroalcolica omologata.

L'igiene delle mani rimane la più efficace misura di prevenzione delle malattie trasmissibili.

Le mani rappresentano la fonte principale di trasporto di microrganismi tra un utente e l'altro. I germi che si trovano sulla cute delle mani si dividono in due gruppi:

- 1) flora residente, presente normalmente sulla cute
- 2) flora transitoria, contaminante la cute

La flora residente (o commensale) è costituita da microrganismi adattati all'ecosistema cutaneo, vive permanentemente sulla pelle e il numero e il tipo di specie variano secondo la regione del corpo (le zone umide sono superfici con una flora diversa sia in qualità sia in quantità di germi); la flora commensale ha un ruolo importante nella lotta alle infezioni (ruolo barriera che si oppone all'arrivo di altre specie), raramente causa infezioni legate alle cure. È difficile da eliminare perché si rinnova ogni 4 - 6 ore dopo l'igiene delle mani. La flora transitoria è costituita da microrganismi presenti nell'ambiente (o su altre persone o sulle superfici inerti) oppure proviene dalla flora digestiva, urogenitale o orofaringea e può trovarsi in qualsiasi momento sulla pelle, questa è la causa principale delle infezioni associate alle cure.

Mentre il personale di cura assiste i pazienti, i germi si depositano sulle loro mani. Questi possono provenire da un paziente infetto, da materiale contaminato o dall'ambiente. I microrganismi cosiddetti "di passaggio" possono essere eliminati con un disinfettante per le mani a base alcolica omologato. Se la disinfezione delle mani è eseguita al momento giusto, con la corretta tecnica, su mani "nature" e con una soluzione idroalcolica omologata, il rischio di trasmissione dei germi diminuisce in maniera significativa.

Quando disinfettare le mani con una soluzione idroalcolica omologata?

- Prima e dopo un contatto con un paziente e tra un paziente e l'altro;
Prima o dopo aver salutato, sostenuto un paziente, toccato un paziente per valutarne il respiro o lo stato della cute (pelle secca, sudata, idratata, ecc.);
- Prima e dopo ogni contatto;
Contatto con: mucose, pelle lesa, medicazioni, liquidi biologici e dopo aver usato i guanti (per evitare il contatto con liquidi biologici). Durante le pulizie nella camera, la manipolazione di prodotti chimici, la detersione e/o disinfezione degli oggetti, per eseguire dei lavori di manutenzione, eliminazione dei rifiuti, raccolta di campioni. Prima di indossare i guanti bisogna disinfettare le mani, appena tolto i guanti dobbiamo nuovamente disinfettare le mani, ecc.;



- Prima di passare da un sito infetto a un sito pulito sul corpo dello stesso paziente durante le cure prolungate;
Se del caso si tolgono i guanti, si disinfettano le mani e s'indossa un nuovo paio di guanti. Nel caso in cui non è necessario indossare dei guanti, si disinfettano le mani e si prosegue con le cure del caso;
- Prima di un atto asettico/sterile invasivo;
Indossare guanti monouso sterili o non sterili, rifare le medicazioni, inserire una via venosa, posare un catetere vescicale, manipolare una PEG, sostituire i bidoni di prodotti chimici, prelevare e trasportare campioni con liquidi biologici per il laboratorio, ecc.;
- Prima e dopo un contatto con oggetti;
Quando tocchiamo oggetti nella camera di un residente o oggetti negli spazi comuni, dopo aver accompagnato qualcuno in sedia a rotelle o con il deambulatore, spostando oggetti personali vari. Dopo aver lasciato l'ambiente abituale del paziente e/o aver toccato oggetti nei pressi del paziente o del paziente stesso, e materiale medico in prossimità del paziente, ecc.

Utilizzare unicamente soluzioni idroalcoliche omologate da Swissmedic.

L'igiene delle mani con soluzione idroalcolica non deve essere eseguita se le mani sono sporche. In questo caso le mani vanno lavate prima con acqua e sapone (es. dopo contatto con alimenti, liquidi biologici, dopo essere stati alla toilette, ecc.). Il lavaggio delle mani ha come obiettivo di eliminare eventuale sporco visibile e rimuovere la flora transitoria. La procedura prevede l'energico sfregamento di tutte le superfici cutanee delle mani con un sapone convenzionale, seguito dal risciacquo con acqua ottenendo così la rimozione meccanica dei microrganismi. Si userà la carta monouso per asciugare le mani e richiudere il rubinetto.

Su ogni flacone è riportato il tempo d'azione e la quantità necessaria per l'efficacia del prodotto, norma EN 1500, disinfezione igienica delle mani, mani pulite. Dev'essere verificato e indicato ai collaboratori per garantire un'igiene delle mani ottimale.

Non miscelare due prodotti diversi tra di loro (es. soluzione idroalcolica e sapone) per la detersione delle mani, la miscela potrebbe essere nociva.

Una volta terminata la soluzione idroalcolica il contenitore va eliminato secondo la filiera dei rifiuti, non rabboccato o riempito.

Mettere a disposizione del personale curante prodotti efficaci e poco irritanti per l'igiene delle mani.

Per favorire l'accettazione dei prodotti per l'igiene delle mani, si può richiedere l'intervento di professionisti (dermatologi, medico del personale, ecc.) per la scelta dei prodotti in funzione della tolleranza cutanea, delle sensazioni e delle percezioni all'applicazione dei prodotti da selezionare. Valutazioni comparative possono rivelarsi molto utili in questo processo.

Fornire gratuitamente ai collaboratori lozioni o creme per le mani per prevenire il rischio di dermatiti irritative causate dalla pratica d'igiene delle mani.

Lavare le mani con acqua e sapone o frizionarle con soluzione idroalcolica prima di manipolare i medicamenti e preparare gli alimenti.

Si consiglia una formazione iniziale del personale neoassunto come pure una regolare formazione del personale curante per ricordare l'importanza e i punti fondamentali dell'igiene delle mani: una corretta tecnica di sfregamento e il rispetto della tempistica riportata sul prodotto per la disinfezione delle mani con soluzione idroalcolica riduce il rischio di dermatiti da contatto e altre lesioni cutanee.

Il medico del personale può proporre un prodotto alternativo (omologato da Swissmedic) al personale curante che presenta allergie o reazioni cutanee alle soluzioni idroalcoliche usate nella struttura.

Se, nella struttura, si utilizza una soluzione idroalcolica per la disinfezione delle mani i saponi antisettici non sono necessari. Utilizzare un sapone delicato/neutro/convenzionale per lavare le mani e una volta ben asciutte procedere con la disinfezione delle mani tramite soluzione idroalcolica.

Su ogni flacone di soluzione idroalcolica è riportato il tempo d'azione per l'efficacia. Scrivere la data di apertura sui flaconi.

La disinfezione delle mani con soluzione idroalcolica

I flaconi delle soluzioni idroalcoliche così come tutti i flaconi in generale (saponi, detergenti, disinfettanti, ecc.) non vanno mai rabboccati o riempiti, una volta vuoti, i flaconi/flaconcini devono essere eliminati secondo filiera dei rifiuti.

- Si realizza rapidamente, in 15 - 30 secondi;
- Senza spostamenti e in assenza di un lavabo;
- Ha un'azione 100 volte superiore sulla flora residente, rispetto ai saponi antisettici;
- È una misura veloce ed altamente efficace.

Tutti i collaboratori, eccezion fatta per i collaboratori amministrativi, devono:

- tenere le unghie delle mani corte al naturale: senza smalto/gel/resina/lacca;
- togliere anelli, bracciali, orologi e accessori vari prima dell'inizio del turno di lavoro (eccezion fatta per la fede nuziale);

Il personale non deve mangiare, fumare, portarsi le mani alla bocca o alle congiuntive (occhi) durante il lavoro se prima non le ha disinfettate con la soluzione idroalcolica.



3.1 Tabella lavaggio igienico vs disinfezione igienica delle mani

Swiss-Noso 2001 Volume 8 n°4	Lavaggio igienico	Disinfezione igienica	Disinfezione igienica
	Sapone semplice	Sapone antisettico	Soluzione idroalcolica
Eliminazione della flora transitoria	90%	99.9%	99.999%
Eliminazione della flora residente	Nessuna azione	50%	99%
Eliminazione dello sporco	+	+	-
Durata del trattamento	30 secondi	Minimo 30 secondi	10 - 15 secondi
Durata della procedura	60 - 90 secondi	60 - 90 secondi	15 - 30 secondi
Irritazione delle mani	+	++	(+)

3.2 Come frizionare le mani con la soluzione idroalcolica

Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica

Usa la soluzione alcolica per l'igiene delle mani. Se sono visibilmente sporche lavale con acqua e sapone.



Durata della procedura:
20-30 secondi



Fonte: WHO / OMS

3.3 I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

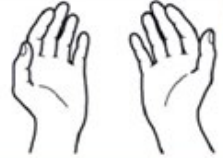
Fonte: WHO / OMS

3.4 Come lavarsi le mani con il sapone detergente

Come lavarsi le mani?

Lavare le mani quando sono sporche, oppure utilizzare le salviettine monouso

Durata della procedura: 40-60 secondi

 0 Bagnare le mani con acqua	 1 Applicare sapone a sufficienza sino a ricoprire tutta la superficie delle mani	 2 Strofinare le mani da un palmo all'altro
 3 Palmo destro sul dorso sinistro incrociando le dita e viceversa	 4 Palmo a palmo con le dita intrecciate	 5 Di nuovo le dita, opponendo i palmi con dita racchiuse, una mano con l'altra
 6 Strofinare attraverso rotazione del pollice sinistro sul palmo destro e viceversa	 7 Strofinare attraverso rotazione, all'indietro e in avanti con le dita della mano destra sul palmo sinistro e viceversa	 8 Risciacquare le mani con acqua
 9 Asciugare le mani con una salviettina monouso	 10 Usare la salviettina per chiudere il rubinetto	 11 Le mani sono ora pulite

Fonte: World Health Organization

3.5 Ogni 5 maggio ricorre la giornata mondiale dell'igiene delle mani

Giornata Mondiale igiene delle Mani
World Hand Hygiene Day **05** Maggio Multimediale

*Il lavaggio delle mani è il mezzo
più idoneo ed efficace per prevenire
la trasmissione delle infezioni. (P. Pilato)*



3.5.1 Clean Hands (mani pulite)

È un modulo didattico a cui è possibile aderire tramite iscrizione.

È uno strumento elettronico che consente di misurare facilmente e analizzare l'aderenza alle pratiche d'igiene delle mani e fornisce il riscontro delle conoscenze.

Maggiori informazioni sono presenti al seguente sito:

<https://www.swissnoso.ch/it/moduli/ccm-cleanhands/ccm-cleanhands/il-modulo>

3.6 Consigli e promemoria per preservare al massimo l'integrità della pelle delle mani e avere un'igiene delle mani efficace

- Le unghie devono essere corte, al naturale e curate per tutti i collaboratori, fatta eccezione per il personale amministrativo;
- Non utilizzare unghie artificiali, lacche e gel per le unghie. Le fessure invisibili a occhio nudo (micro-screpolature) possono favorire la crescita di un numero di microrganismi più elevato sulle unghie. Quando si è a diretto contatto con utenti ad alto rischio, le unghie artificiali si colonizzano più facilmente negli spazi tra l'unghia naturale e quella artificiale;
- Togliere anelli, bracciali, orologi e monili perché favoriscono la colonizzazione della cute e rendere difficile l'igienizzazione, oltre che ferire i pazienti. Inoltre, predispongono alla rottura dei guanti;
- Non usare acqua calda per lavarle;
- Tamponare le mani con carta monouso per asciugarle;
- Non usare più prodotti disinfettanti alternandoli, usare un unico prodotto;
- Applicare regolarmente una crema per le mani per mantenere la cute morbida e idratata;
- Evitare piccole ferite o abrasioni, nell'eventualità che siano presenti, queste vanno protette con una medicazione;
- Non usare saponi e prodotti idroalcolici simultaneamente.

3.7 Vantaggi e svantaggi dell'igiene delle mani con la soluzione idroalcolica

Vantaggi dell'igiene con soluzione alcolica	Svantaggi dell'igiene con soluzione alcolica
Rapidità di azione del principio attivo rispetto ad altri prodotti (clorexidina, iodio-povidone, triclosan)	Ridotta attività residua (superabile associando altri componenti alla soluzione alcolica)
Spettro antimicrobico ottimale: attivo sulla flora transitoria e residente	Infiammabilità (dipendente dal punto di infiammabilità del prodotto)
Economico	L'odore (non sempre gradito dagli operatori)
Risparmio sui tempi della procedura: non è necessario il lavandino, non serve risciacquare e asciugare la mani	Non rimuove lo sporco visibile
Previene la contaminazione delle mani con i microrganismi ambientali presenti nell'acqua corrente, durante la fase di risciacquo (ad es. <i>Pseudomonas</i> spp)	
Non presente rischio di contaminazione microbica della soluzione antisettica (come per altre soluzioni acquose)	
Può essere eseguito spostandosi in corsia, al letto del malato; la soluzione può essere conservata nelle tasche degli operatori (confezioni da 100 mL) I dispenser possono essere collocati ovunque ritenuto necessario	

Fonte:

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/Regioni/Veneto_manuale_infezioni.pdf



4. Uso dei guanti

L'obiettivo dell'uso dei guanti è di prevenire la colonizzazione delle mani per evitare la trasmissione di microrganismi in caso di contatto con dei liquidi biologici alla pelle lesa e/o alle mucose. I guanti riducono l'incidenza della contaminazione delle mani, ma non prevengono le lesioni dovute ad aghi o corpi taglienti.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'utilizzo dei guanti non protegge in modo sufficiente le mani dalla contaminazione con microorganismi, per questo è importante disinfettare le mani con soluzione idroalcolica omologata prima e dopo l'uso dei guanti, misura principale di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

In caso di puntura accidentale, il guanto può contribuire alla diminuzione di materiale biologico presente sull'ago, riducendo l'esposizione ai possibili microorganismi. Fa da prima barriera all'inoculazione di possibili batteri/virus.

4.1 Raccomandazioni

- Disinfettare le mani con soluzione idroalcolica omologata prima di indossare i guanti e subito dopo averli tolti ed eliminati secondo filiera;
- Indossare guanti su mani senza unghie artificiali, laccate e senza anelli, bracciali, orologi, ecc. (fatta eccezione per la fede nuziale) perché possono favorirne la rottura;
- Le mani devono essere disinfettate e asciutte prima d'infilare i guanti. Disinfettare sempre le mani prima di prenderli dalla confezione, d'indossarli e subito dopo aver tolto i guanti;
- Rimuovere i guanti prontamente dopo l'uso, prima di toccare oggetti incontaminati e superfici ambientali e, prima di recarsi da un altro paziente. Dopo averli tolti, disinfettare le mani per impedire la trasmissione di microrganismi a un altro paziente o all'ambiente (es.: tavolini, maniglie, ecc.);
- Il personale deve indossare guanti della misura adeguata alla propria mano. I guanti devono essere sempre disponibili e della giusta taglia affinché gli operatori che li indossano possano mantenere la sensibilità e la destrezza dei movimenti;
- I guanti devono essere messi poco prima dell'atto di cura;
- I guanti devono essere tolti subito dopo l'atto di cura. La mancata rimozione dei guanti subito dopo l'utilizzo contribuisce alla trasmissione dei microrganismi;
- Un esame visivo dei guanti deve essere compiuto al fine di individuare eventuali lesioni del materiale;
- I guanti devono essere immediatamente sostituiti quando si rompono, si bucano, si lacerano, avendo cura di lavare e/o disinfettare le mani prima di indossarne un paio nuovo;
- Non riutilizzare mai i guanti monouso;
- Occorre evitare di toccare con i guanti maniglie, telefoni, ecc.; è necessario rimuovere prima i guanti, oppure, se possibile, utilizzare i gomiti;
- Si raccomanda unicamente l'uso di doppi guanti durante procedure particolarmente a rischio di contatto con liquidi biologici (es. interventi chirurgici, esplorazioni rettali, ecc.);
- Il lavaggio o la disinfezione dei guanti è proibito perché ne alterano la qualità e l'effetto barriera, quindi la tenuta permeabile dei guanti;
- Scegliere il tipo di guanti più idonei in funzione dell'attività e del rischio, i guanti devono essere adatti alla prestazione da effettuare;

- I guanti devono essere di materiale idoneo in caso di presenza di allergie (vinile, lattice, polietilene, nitrile, kevlar, ecc.);
- Cambiare i guanti tra due attività, tra due pazienti e tra due tipi di cura (anche se sullo stesso paziente). Cambiare i guanti dopo ogni procedura e manovra condotta sullo stesso paziente dopo il contatto con materiale che può contenere un'alta concentrazione di microrganismi;
- I guanti non vanno riposti vicino o sopra fonti di calore (ad esempio termosifoni) per non alterarne il diametro dei pori del prodotto.

I guanti tipo “frutta e verdura” non sono ammessi per nessun tipo di prestazione, di cura o manipolazione di rifiuti, prodotti chimici o altro.

L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.

I guanti contaminati dall'operatore possono diventare un veicolo di trasmissione di microrganismi.

4.2 Che tipo di guanti usare?

- Durante tutte le attività su pazienti con possibile contatto con liquidi biologici: guanti in nitrile o vinile, monouso.



- Evacuazione di rifiuti: guanti speciali di protezione*.



- Prodotti di pulizia/disinfezione da diluire: guanti lunghi di tipo domestico* o guanti di protezione da agenti chimici.



- Manipolazione di dispositivi medici, strumenti taglienti, strumenti da lavare e disinfettare: guanti in kevlar anti-taglio*.



* Questi guanti devono essere personali, nominali. Per evitare la contaminazione e la proliferazione di microrganismi al loro interno, dopo aver disinfettato le mani è possibile indossare prima un paio di guanti monouso e poi indossare i guanti speciali di protezione.

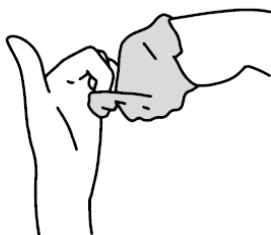
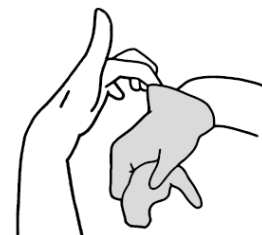
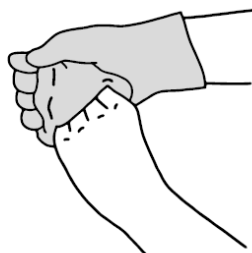
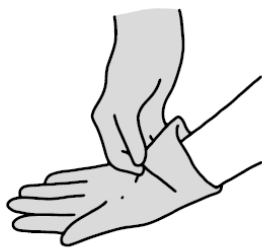


4.3 Quando usare i guanti

I guanti devono essere indossati quando:

- Vi è o può esserci un contatto con dei liquidi biologici (schizzi, pazienti non collaboranti, ecc.);
- Si eseguono procedure di accesso vascolare (prelievi, somministrazione di farmaci i/v, posizionamento di dispositivi di accesso vascolare, ecc.);
- Si effettuano prelievi ematici di qualsiasi tipo (venoso, arterioso, dita, talloni, auricolari, ecc.);
- Si effettuano iniezioni (somministrazione di farmaci s/c, i/m, i/v);
- Si maneggiano o puliscono e ripongono strumenti taglienti, appuntiti e affilati (forbici, aghi di sutura, aghi, pungi-dito, bisturi, ecc.);
- La cute delle proprie mani presenta delle lesioni, prima medicare le ferite e poi indossare i guanti;
- Si manipolano prodotti chimici e/o irritanti, prodotti di pulizia, prodotti detergenti-disinfettanti;
- Si manipolano rifiuti di ogni genere;
- Si manipolano biancheria, stoviglie, ecc. usate/sporche poiché potenzialmente contaminate, infette.

4.4 Come togliere i guanti



Smaltire

Disinfettare le mani



5. Occhiali e mascherine

L'obiettivo è di proteggere il personale e i pazienti durante le attività che presentano un rischio di proiezione di liquidi biologici in caso di cure a meno di 2 metri. Indossare una mascherina e una protezione per gli occhi (occhiali di protezione) o una visiera per proteggere le mucose degli occhi, del naso e della bocca durante procedure e attività assistenziali che sono a rischio di generare spruzzi o diffusione di sangue, liquidi organici, liquidi chimici e/o irritanti, secrezioni ed escrezioni.

5.1 Raccomandazioni

- La mascherina chirurgica, gli occhiali di protezione o la mascherina con visiera devono essere indossati durante le procedure suscettibili di creare delle proiezioni e/o schizzi di liquidi biologici o chimici/irritanti. Mettere la protezione facciale durante le procedure: invasive, tecniche sterili, iniezioni, posa di cateteri, aspirazione bronchiale, cure prolungate e a rischio di proiezioni, interventi chirurgici, interventi endoscopici, ecc. per proteggere il paziente;
- Utilizzare unicamente mascherine certificate/a norma (II, IIR, FFP2, FFP3);
- Indossare la mascherina chirurgica e gli occhiali di protezione o visiere se si hanno contatti con pazienti che hanno sintomi respiratori (tosse, catarro, raffreddore, ecc.); Tutto il personale con sintomi d'infezione respiratoria deve portare una mascherina chirurgica per tutto il periodo lavorativo (dal momento che si accede alla struttura fino alla fine del turno). La mascherina deve essere sostituita dopo il tempo di utilizzo indicato dal fornitore sulla confezione
- Scegliere la protezione facciale in funzione all'attività da svolgere e il rischio d'esposizione;
- Indossare la mascherina chirurgica con occhiali di protezione quando si manipolano biancheria e stoviglie usate;
- Portare la mascherina/mascherina con visiera nel limite del tempo d'efficacia della stessa, a condizione di non toccarla. Solo a queste condizioni il personale può conservarla per prendere in carico altri pazienti;
- Manipolazioni o pulizie che presentano un rischio di spruzzi di liquidi biologici o chimici/irritanti/pericolosi/corrosivi devono essere svolte indossando una mascherina chirurgica e occhiali di protezione;
- La mascherina è monouso, viene usata una sola volta, deve coprire naso e bocca e deve aderire bene al viso;
- La mascherina con i lacci deve essere fissata sul capo senza incrociare i lacci per evitare che questa procedura deformi la sagoma della mascherina sulle guance;
- La mascherina con i lacci dev'essere toccata una sola volta per posizionarla e si tocca un'ultima volta per toglierla: prima il laccio inferiore, poi quello superiore in modo che la mascherina non ricada sul collo contaminandolo;
- Una volta indossata la mascherina non la si abbassa, resta sempre sul viso, se toccata va buttata e/o sostituita;
- Nell'uso di altri tipi di mascherine (ad es. FFP2 o FFP3) attenersi alle indicazioni del fabbricante per un uso corretto;
- Ogni scatola di mascherine ha delle indicazioni sulla durata d'efficacia (ore) perché può variare a seconda del fabbricante. È importante verificare e segnalare la durata d'efficacia a tutti i collaboratori;



- Se la data di scadenza delle mascherine chirurgiche e ultrafiltranti è prossima alla scadenza, chiedere per iscritto al produttore se è possibile un ritiro con sostituzione del prodotto o un prolungo della data di scadenza;
- Gli occhiali e le visiere di protezione pluriuso devono essere puliti e disinfettati dopo ogni rimozione dal viso;
- Scegliere tra mascherina chirurgica con occhiali di protezione o mascherina con visiera.

5.2 Precauzioni d'uso delle mascherine chirurgiche

- L'uso delle mascherine chirurgiche (II o IIR) deve essere conforme alle indicazioni del fabbricante;
- Le mascherine devono essere immediatamente sostituite se sono: umide, danneggiate, contaminate da liquidi biologici e/o visibilmente sporche;
- Quando lo strato interno della maschera (quello adesivo alla bocca) è bagnato o rotto, occorre sostituire subito la mascherina;
- Le mascherine chirurgiche sono monouso: non devono essere rimesse sul viso una volta tolte;
- Non devono mai trovarsi sulla fronte, attorno al collo o nelle tasche della divisa;
- L'efficacia di tutti i tipi di mascherina diminuisce in caso di barba o pelosità facciale: la mascherina non aderisce bene al viso e perdite/fughe d'aria avvengono dai bordi;
- Le scatole delle mascherine vanno riposte lontane dalle proiezioni di eventuali schizzi, dall'umidità, dalla luce intensa, fonti di calore e dalla polvere;
- Le mascherine non devono essere utilizzate oltre la data di scadenza;
- Devono essere utilizzate mascherine monouso a triplo strato (tipo II o IIR), che assicurano un elevato potere filtrante; le mascherine di carta semplice o cotone non sono efficaci e non sono ammesse.

5.3 Tipi di mascherine chirurgiche e come indossarle



Mascherine chirurgiche tipo II o IIR, con elastici



Mascherina chirurgica IIR con lacci



Mascherina chirurgica IIR con lacci e visiera



Mascherina
ultrafiltrante
FFP2 a conchiglia
con valvola



Mascherina
ultrafiltrante FFP2
a conchiglia



Mascherina
ultrafiltrante
FFP2 a becco



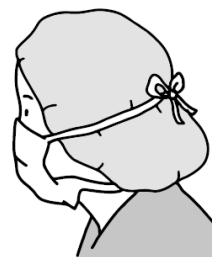
5.4 Come indossare la mascherina chirurgica con lacci (da usare di preferenza con la cuffia)



1) Indossare la cuffia, prendere la mascherina e fissare i lacci superiori passandoli al di sopra delle orecchie



2) Allacciare i lacci inferiori al livello della nuca



3) Evitare di incrociare i lacci



4) Aprire e sistemare i soffietti in modo da coprire completamente il naso e il mento



5) Aggiustare la barretta rigida in modo che aderisca bene al contorno del naso e agli zigomi



6) Disinfettare le mani dopo avere messo la mascherina

La cuffia va indossata dal personale di cucina e ausiliario per la preparazione di alimenti, cibi. Può essere utilizzata anche da altro personale durante manovre suscettibili a proiezioni di liquidi chimici, irritanti o biologici.



5.5 Come indossare la mascherina chirurgica con elastici



1) Prendere la mascherina e fissare i lacci passandoli al di sopra delle orecchie



2) Aprire e sistemare i soffiotti in modo da coprire completamente il naso e il mento



3) Aggiustare la barretta rigida in modo che aderisca bene al contorno del naso e agli zigomi



4) Disinfettare le mani dopo avere messo la mascherina



Indossare prima la mascherina chirurgica e poi gli occhiali o la visiera di protezione. Dopo aver protetto il viso disinfettare le mani con soluzione idroalcolica omologata.

5.6 Tipi di occhiali di protezione e visiere





6. Camici e grembiuli

L'obiettivo è di proteggere la tenuta professionale di base. I camici protettivi devono essere indossati durante l'esecuzione di procedure assistenziali che possono produrre emissione di goccioline o schizzi di sangue, liquidi biologici o chimici/irritanti. Indossare un camice pulito, non necessariamente sterile per proteggere la cute e per non contaminare e/o sporcare la tenuta di lavoro durante procedure e pratiche assistenziali o meno, che possono generare spruzzi o schizzi di sangue, fluidi corporei, secreti o escreti, liquidi chimici e/o irritanti, e per i germi multiresistenti quando si prestano cure dirette al residente o si effettuano le pulizie in camera.

6.1 Raccomandazioni

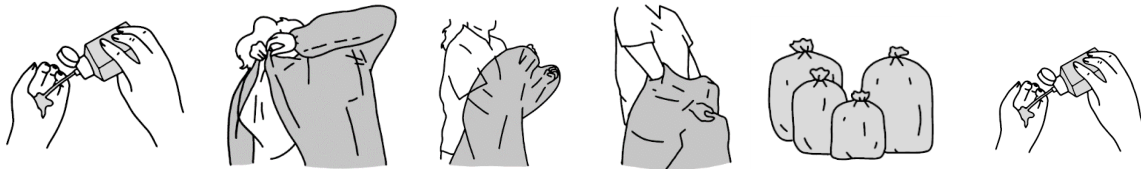
- Da indossare in caso di cure dove c'è il rischio di proiezione di liquidi biologici e/o chimici, in caso di contatto con superfici o biancheria intrisa di liquidi biologici e/o chimici;
- Scegliere il camice appropriato all'attività e alla quantità di liquidi biologici e/o chimici che si ha la probabilità di affrontare;
- Cambiare il camice sporco, contaminato o rotto quanto prima possibile e disinfettare le mani al fine d'impedire il trasporto di microrganismi verso un altro paziente o nell'ambiente;
- L'uso del copricapo è indicato per riparare l'operatore da eventuali schizzi e per impedire che i capelli possano essere fonte di contaminazione per l'utente durante manovre assistenziali a settiche;
- I copri-scarpe sono indicati per riparare le calzature dell'operatore da eventuali schizzi di liquidi biologici o chimici. È comunque importante avere delle calzature a norma di protezione e sicurezza. Le calzature raccomandate in ambito di cura sono: impermeabili, antishock, chiuse sulla punta, con laccio per il tallone o calzature chiuse, antiscivolo. Per il settore alberghiero e tecnico è consigliata una calzatura a norma S3: con tutte le caratteristiche citate sopra e la punta in metallo o materiale plastico antinfortunistica. La calzatura in materiale plastico oltre ad essere idrorepellente, può essere lavata e disinfettata al bisogno;
- Il camice è monouso, dev'essere eliminato correttamente dopo l'uso, e dev'essere cambiato tra un utente e l'altro;
- I camici sterili sono da usare solo per specifiche procedure in asepsi;
- I grembiuli devono essere indossati anche dal personale di economia domestica nelle situazioni con rischio potenziale di contatto con germi multiresistenti oppure esposizione a liquido biologico. Gli addetti al lavaggio delle stoviglie in cucina devono proteggersi durante tutto il tempo dedicato al lavaggio delle stoviglie, dei vassoi e dei carrelli perché manipolano oggetti sporchi e potenzialmente contaminati. Anche il personale della lavanderia durante la manipolazione della biancheria sporca deve proteggere la divisa evitando che si contaminino;
- Scegliere il tipo di camice o grembiule di protezione più idoneo all'attività che si svolgerà.



6.2 Come indossare il camice di protezione monouso



6.3 Come togliere il camice di protezione monouso



6.4 Sequenza su come indossare i dispositivi di protezione personale

La corretta sequenza per indossare i dispositivi di protezione prima di manovre assistenziali a rischio è la seguente: disinfettare le mani e prendere tutti i dispositivi di protezione personale, poi mettere:

- Camice;
- Disinfezione delle mani;
- Mascherina;
- Occhiali di protezione* o mascherina con visiera;
- Disinfezione delle mani;
- Guanti.



6.5 Sequenza per rimuovere i dispositivi di protezione personale

La corretta sequenza per rimuovere i dispositivi di protezione al termine della manovra è la seguente:

- Guanti;
- Disinfezione delle mani;
- Camice;
- Disinfezione delle mani;
- Occhiali di protezione*;
- Mascherina o mascherina con visiera;
- Disinfezione delle mani.

Ricordarsi di disinfettare le mani con soluzione idroalcolica omologata dopo la rimozione e l'eliminazione dei dispositivi di protezione!

*Gli occhiali di protezione possono essere riutilizzati, pertanto devono essere disinfettati dopo ogni uso e riposti in ordine.

**Fase 1**

Togliere i guanti rivoltandoli e smaltirli nell'apposito contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo
Disinfettare le mani con soluzione idroalcolica

**Fase 2**

Togliere il camice monouso e smaltirlo secondo filiera oppure nell'apposito contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo

**Fase 3**

Eseguire l'igiene delle mani:

- lavaggio sociale (acqua e sapone) in caso di C. difficile, scabbia, pediculosi, ecc. seguito da
- disinfezione con soluzione idroalcolica

**Fase 4**

Togliere la protezione oculare (occhiali di protezione o visiera).

Se la protezione oculare è visibilmente contaminata smaltirla subito secondo filiera oppure nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo.

Se la protezione oculare non è visibilmente contaminata detersione/disinfezione con prodotto compatibile oppure collocarla adeguatamente, evitando la contaminazione di superfici e materiali (es. inserirla in un sacchetto di plastica richiudibile) in attesa di sottoporla a opportuna detersione e disinfezione

**Fase 5**

Togliere la mascherina chirurgica o la mascherina ultrafiltrante FFP2 e smaltirla secondo filiera o nell'apposito contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo

**Fase 6**

Eseguire l'igiene delle mani

- lavaggio sociale (acqua e sapone) in caso di C. difficile, scabbia, pediculosi, ecc. seguito da
- disinfezione con soluzione idroalcolica

7. Dispositivi medici, attrezzature e materiale



L'obiettivo è di prevenire il rischio di trasmissione di microrganismi al personale e/o ai pazienti. Il trattamento scorretto dei dispositivi medici è frequentemente associato a epidemie negli ambienti sanitari, è quindi fondamentale che il materiale riutilizzabile sia scrupolosamente disinfettato prima dell'utilizzo su un altro utente. Le attrezzature impiegate per l'assistenza all'ospite che siano contaminate con liquidi biologici devono essere manipolate con cura in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione della divisa e il trasferimento di microrganismi ad altri utenti o all'ambiente.

Tutti gli strumenti appuntiti, affilati e taglienti devono essere maneggiati con cautela e in piena sicurezza per prevenire ferite accidentali.

Tutti i collaboratori devono adottare le misure necessarie a prevenire incidenti provocati da: aghi, mandrini, rasoï, bisturi e lame da bisturi, strumenti e oggetti taglienti (pinze di vario genere, forbici, scalpelli, vetreria, ecc.).

7.1 Raccomandazioni

- Prediligere il materiale monouso;
- Indossare guanti adeguati durante la manipolazione di dispositivi medici sporchi;
- Tutti i taglienti devono essere trasportati in modo sicuro: su un carrello oppure in un vassoio, non devono mai essere messi in tasca;
- Tutti i dispositivi monouso devono essere smaltiti correttamente secondo filiera: o negli appositi contenitori per rifiuti sanitari omologati o RSU (Rifiuti Solidi Urbani);
- Maneggiare il materiale sporco in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione dei vestiti e il trasporto di microrganismi ad altri pazienti o nell'ambiente, lavare e disinfettare il contenitore di trasporto una volta trattato il dispositivo medico;
- Tutti gli oggetti e le attrezzature sanitarie utilizzati o potenzialmente contaminati con sangue o materiali biologici vanno adeguatamente lavati e disinfettati. Prima si lava e poi si disinfetta, il lavaggio deve essere effettuato fino a quando il dispositivo risulta visivamente pulito;
- Prima di procedere alla disinfezione o alla sterilizzazione è d'obbligo un'accurata pulizia dello strumentario. Nessun disinfettante può essere efficace se è impiegato su materiale o su oggetti non puliti. La sporcizia protegge i microrganismi impedendo al disinfettante di raggiungerli e di esplicare la sua azione;
- Avere a portata di mano tutte le schede di sicurezza e tecniche di tutti i prodotti in uso;
- Le soluzioni acquose dei disinfettanti e, in misura minore, quelle alcoliche, possono essere contaminate da microrganismi; pertanto, va segnata e valutata la data di apertura del flacone e la modalità di conservazione attuata del prodotto. Rispettare scrupolosamente le istruzioni e le indicazioni delle schede di sicurezza e le schede tecniche del prodotto;
- Disinfettare esternamente il flacone del disinfettante se è stato contaminato durante le manovre assistenziali;
- Dopo ogni uso di dispositivi medici pluriuso/riutilizzabili è importante che siano adeguatamente disinfettati, se visibilmente sporchi prima devono essere puliti e poi disinfettati;
- Schizzi di sangue o altri liquidi biologici su superfici di lavoro devono essere prima rimossi e in seguito l'area deve essere decontaminata mediante un prodotto detergente-disinfettante utilizzando i guanti durante le manovre di pulizia e disinfezione. Lasciar asciugare spontaneamente;

- I ferri chirurgici e altro materiale termoresistente e pluriuso, devono essere lavati, disinfettati, imbustati - datati - sterilizzati in autoclave prima del loro riutilizzo su altri pazienti;
- Gli aghi, i bisturi, le lame monouso NON devono essere incappucciati, né disinseriti, né volontariamente piegati o rotti, né manipolati, altrimenti usare ogni altra tecnica che eviti di dirigere la punta dell'ago o la lama verso qualsiasi parte del corpo; piuttosto, usare tecniche a una mano sola o un presidio meccanico;
- Non rimuovere gli aghi o le lame dai dispositivi monoblocco e monouso, non piegarli e non spezzarli, eliminarli in toto negli appositi contenitori di sicurezza a norma;
- Dopo l'uso i taglienti dovranno essere eliminati immediatamente in contenitori a norma, mai abbandonare questi presidi su mobili, davanzali, letto, mensole, ecc. o riporli su vassoi;
- I contenitori a norma devono essere: resistenti, rigidi, impermeabili, affrancati correttamente prima della messa in uso (il coperchio deve essere completamente adeso al contenitore), con chiusura intermedia, chiusura finale ermetica e smaltiti come rifiuti speciali. I contenitori citati devono essere sistemati in vicinanza e in posizione comoda rispetto a dove devono essere usati e non devono essere completamente riempiti; bisogna rispettare le indicazioni del produttore;
- Protocollare e redigere i piani di pulizia per tutti i prodotti in uso;
- Conservare tutte le schede tecniche e le schede di sicurezza dei prodotti in uso (Safety Sheet);
- Una volta terminata la soluzione idroalcolica il contenitore dev'essere eliminato secondo filiera;
- Chiedere aiuto se il paziente non coopera o è agitato prima di procedere a manovre invasive che prevedono l'utilizzo di strumenti appuntiti o taglienti;
- Fare attenzione al fine di prevenire lesioni: quando s'impiegano aghi, bisturi e altri strumenti o presidi taglienti; quando si maneggiano strumenti taglienti dopo l'esecuzione di procedure; durante la pulizia degli strumenti usati; durante l'eliminazione di aghi;
- Disporre e usare boccagli monouso, palloni AMBU o altri dispositivi per la ventilazione, come alternativa ai metodi di rianimazione nelle zone in cui è prevedibile la necessità della stessa;
- Mai prelevare oggetti/cose dai contenitori dello smaltimento rifiuti;
- Mai forzare l'introduzione di aghi e/o taglienti in contenitori rigidi già pieni;
- Utilizzare unicamente contenitori di sicurezza (SHARP, Safety Box, ecc.) omologati, a norma. Sono contenitori con colori facilmente identificabili, e hanno specifici requisiti tecnici: impermeabili, ermetici, inviolabili e resistenti;
- Mai cercare di raccogliere strumenti taglienti, appuntiti o di vetro che stanno cadendo, (lasciarli cadere, ev. spostarsi per evitarli);
- Assicurarsi che il materiale monouso sia eliminato correttamente, secondo filiera;
- La punta dell'ago e il tagliente non devono mai essere rivolti verso il proprio corpo;
- Immersione immediata dei dispositivi medici riutilizzabili, da mandare in sterilizzazione nell'apposito contenitore con disinfettante;
- Seguire le raccomandazioni del produttore e, in caso di dubbio contattare il fornitore;
- Trasporto alla sterilizzazione in modo sicuro e corretto (secondo protocollo interno).



Materiale monouso

Il materiale monouso, contrassegnato da questo simbolo, è da utilizzare esclusivamente su un singolo paziente, una sola volta e poi da eliminare, smaltendolo negli appositi contenitori gialli omologati (se dispositivi medici appuntiti/taglienti o contaminati). I dispositivi medici non contaminati (cerotti, garze, ecc.) possono essere gettati nel sacco dei rifiuti nero RSU. Dopo aver eliminato i dispositivi medici e aver tolto i guanti disinfettare le mani!

7.2 Fasi del trattamento dei dispositivi riutilizzabili

- Decontaminazione: è la procedura secondo cui i presidi riutilizzabili devono essere immediatamente immersi in un disinfettante chimico ad alta efficacia;
- Pulizia: è il processo di rimozione dello sporco visibile con acqua e detergente che non necessariamente distrugge i microrganismi, ma ne riduce il numero. Una corretta pulizia degli strumenti è essenziale sia per il processo di disinfezione sia di sterilizzazione dei materiali. La temperatura dell'acqua non deve essere superiore ai 45°C per evitare di fissare le proteine sugli strumenti;
- Disinfezione: è un processo chimico o fisico che elimina i microrganismi patogeni e/o ne riduce la contaminazione microbica da superfici o oggetti. Ci sono tre tipi di disinfezione:
 - Disinfezione di **alto livello**: processo mediante il quale si eliminano tutti i microrganismi e solo alcune spore (non tutte). Prodotti usati: acido peracetico, glutaraldeide + fenolo + fenato;
 - Disinfezione di **medio livello**: processo mediante il quale si eliminano la maggior parte dei batteri, funghi e virus. Prodotti usati: polifenoli, biossido di cloro, cloderivati;
 - Disinfezione di **basso livello**: processo mediante il quale si eliminano gran parte di batteri, virus e funghi, ma che non è in grado di uccidere microrganismi resistenti quali il bacillo tubercolare. Prodotti usati: sali d'ammonio quaternari, i derivati del cloro a una concentrazione di cloro inferiore alle 100 parti per milione (ppm).

Fattori che condizionano l'attività dei disinfettanti si possono riassumere principalmente in:

- Rispetto della concentrazione esatta del prodotto;
- Rispetto del tempo di contatto per garantire l'efficacia;
- Valutare la compatibilità tra il prodotto disinfettante utilizzato e il materiale da trattare;
- Pulire tutte le macchie visibili prima di procedere alla disinfezione del materiale.

Le principali avvertenze per un utilizzo corretto dei disinfettanti sono:

- Scegliere contenitori monouso o di ridotta capienza;
- Utilizzare contenitori e acqua sterile per le soluzioni antisettiche destinate all'impiego su cavità corporee, mucose, ferite;
- Diluire al momento dell'uso e non conservare le soluzioni antisettiche diluite;
- Sottoporre i contenitori riutilizzabili ad accurata bonifica (pulizia e disinfezione/sterilizzazione) secondo le indicazioni del produttore e/o fornitore;
- Rispettare sempre le indicazioni del fabbricante;
- Aver accesso alle schede tecniche e alle schede di sicurezza di ogni prodotto;
- Usare secondo le schede tecniche e le schede di sicurezza di ogni prodotto.

Protocollo le procedure d'uso

- Una volta terminato il prodotto detergente o detergente/disinfettante per superfici inerti, il contenitore può essere sciacquato con acqua calda e nuovamente riempito dal contenitore più grande per il tramite della sua pompa dosatrice/rubinetto di dosaggio di disinfettante o detergente o detergente /disinfettante (2:1), conformemente alle indicazioni del produttore. Aggiornare la data di scadenza a quella del giorno del riempimento. Conservare secondo indicazioni del prodotto in uso (temperatura, ambiente, durata della soluzione dal momento dell'apertura);

- Etichettare il flacone o il contenitore con la data di apertura e indicazioni precise in caso si preparino soluzioni in contenitori per l'ammollo: prodotto, diluizione, data di preparazione, data di scadenza e firma di colui/colei che ha preparato la soluzione;
- Chiudere il flacone del prodotto immediatamente dopo ogni uso;
- Asciugatura: il materiale deve essere asciugato con salviette monouso o teli morbidi e puliti oppure tramite aria compressa in modo accurato per garantire la migliore conservazione. Durante l'asciugatura si esegue sia il controllo macroscopico degli strumenti in modo da verificare eventuali residui; in tal caso lo strumento deve ricominciare il ciclo da capo; sia la manutenzione degli strumenti che la richiedano;
- Conservazione: ha come obiettivo il mantenimento del livello di disinfezione attuato e la prevenzione della contaminazione prima del suo riutilizzo.

Per individuare il trattamento di disinfezione idoneo è necessario considerare:

- Le istruzioni d'uso elaborate dal fabbricante che accompagnano i dispositivi acquistati;
- La classificazione degli strumenti in base al rischio potenziale d'infezione che deriva dal loro uso;
- I prodotti disinfettanti forniti e le caratteristiche riportate nella scheda tecnica e nella scheda di sicurezza.

7.3 Classificazione degli strumenti in base al potenziale rischio d'infezione

Strumenti/attrezzature	Caratteristiche	Requisiti
Critici (alto rischio)	Strumenti che vengono a contatto con tessuti sterili, sangue, mucose lesionate, ossa (strumenti chirurgici, guanti sterili, aghi, siringhe, ecc.)	Sterilità assoluta
Semi critici (medio rischio)	Strumenti e apparecchiature che vengono a contatto con cute e mucose integre (gastro-colonscopi, broncoscopi, cistoscopi, materiale per ossigeno-terapia, termometri orali e rettali, ecc.)	Sterilità auspicabile Disinfezione di alto livello
Non critici (basso rischio)	Strumenti che vengono a contatto con cute integra (poltrone, biancheria da letto, stampelle, stetoscopi, termometri ascellari, ecc.)	Disinfezione di livello intermedio - basso

Fonte:

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/Regioni/Veneto_manuale_infezioni.pdf
(ultimo accesso 12.03.2025)

Tutti i dispositivi medici, le attrezzature e il materiale devono essere controllati periodicamente.

Alcuni esempi:

- Lavapadelle: certificazione e validazione 1/anno;
- Controlli e calibrazione dei termometri, sfigmomanometri, bilance, ecc. 1/anno;
- Glucometri: 1/mese;
- Controllo della temperatura dei frigoriferi quotidiana con registrazione dei dati.



Si possono fare dei contratti di manutenzione direttamente con i fornitori.

Documento ufficiale: *“Buone pratiche svizzere di ricondizionamento di dispositivi medici”*.

Far riferimento alle indicazioni di Swissmedic:

https://www.swissmedic.ch/dam/swissmedic/it/dokumente/medizinprodukte/mep_urr/gute_praxis_zur_aufbereitung_von_medizinprodukten.pdf.download.pdf/Buone%20pratiche%20svizzere%20di%20ricondizionamento%20di%20dispositivi%20medici.pdf

8. Gestione biancheria e stoviglie

L'obiettivo è di prevenire la trasmissione dei microrganismi durante le manipolazioni. Maneggiare, trasportare e trattare la biancheria usata e potenzialmente contaminata in modo da prevenire l'esposizione della cute e mucose e la contaminazione dei vestiti, così da evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti e nell'ambiente. La biancheria, inclusi materassi e cuscini, asciugamani e vestiti degli utenti, può essere potenzialmente contaminata con microrganismi patogeni. Tuttavia, il rischio di trasmissione d'infezioni attraverso queste fonti è trascurabile se si trasportano e si manipolano in modo sicuro. Tutte le stoviglie devono essere sempre lavate in lavastoviglie o lavastoviglie industriali a traino prima di essere riutilizzate. Grazie a questo sistema si eliminano tutti i microrganismi.

8.1 Raccomandazioni

- Disinfettare le mani prima di prendere la biancheria pulita;
- La biancheria sporca deve essere trattata indossando i dispositivi di protezione: camice, mascherina e guanti (eventualmente anche occhiali di protezione), dopo aver caricato le lavatrici rimuovere tutti i dispositivi di protezione e ricordarsi di disinfettare le mani;
- La biancheria pulita non deve entrare in contatto con la biancheria sporca e viceversa;
- Muovere la biancheria senza creare aerosol che possono contenere microrganismi (non agitarla o sbatterla). La biancheria sporca deve essere maneggiata il meno possibile e senza scuotimenti per evitare la contaminazione degli ambienti e degli operatori stessi;
- Evitare il contatto tra la biancheria sporca e la divisa del personale durante le manovre di raccolta. La biancheria non deve mai essere appoggiata sul pavimento o un'altra superficie (rischio di contaminazione); la raccolta va effettuata tenendo la biancheria distante dalla propria divisa (non dev'essere appoggiata al camice) e va inserita immediatamente nell'apposito sacco che deve essere tenuto nelle vicinanze;
- Inserire immediatamente la biancheria sporca di liquidi biologici in appositi sacchi di plastica e mettere un'etichetta con indicazione "liquidi biologici";
- In lavanderia smistare sempre tutta la biancheria indossando tutti i dispositivi di protezione: camice, guanti e mascherine (eventualmente anche occhiali di protezione soprattutto per la biancheria intrisa di liquidi biologici);
- La biancheria contaminata da feci non deve essere trattata in reparto. Si cerca di togliere la maggior quantità di sporco ma non si risciacqua nulla in reparto. Al momento dello smistamento in lavanderia, si mette direttamente in lavatrice senza fare ammolli o risciacqui manuali. Le lavatrici industriali sono attrezzate con programmi specifici per queste esigenze;
- Per raccogliere la biancheria nei reparti usare il sacco di plastica ad hoc o il sacco di stoffa secondo le indicazioni interne;
- Nelle camere d'isolamento, poste in MA lasciare in camera la biancheria sporca e raccoglierla in un sacco di plastica o di stoffa specifico. Avvisare la lavanderia;
- Pianificare i circuiti: pulito e sporco per evitare incroci;
- I sacchi per la raccolta della biancheria nei reparti devono essere di facile accesso, se possibile affrancati in contenitori o con sostegni appositi su carrelli con ruote e coperchi di chiusura. Idealmente con pedaliera per aprire il coperchio;
- Biancheria pulita: stoccaggio in luogo chiuso e secco, disinfettare le mani prima di manipolarla;



- Biancheria sporca: manipolazione e trasporto con i guanti se macchiata di liquidi biologici, una volta tolto i guanti disinfettare le mani;
- Tutta la biancheria contaminata da liquidi biologici deve essere trattata con i guanti e inviata al più presto al servizio di lavanderia con indicazioni precise e in doppio sacco. Se possibile portarla personalmente in lavanderia;
- Evitare il contatto con la biancheria pulita e i vestiti, non appoggiarla per terra, riporre il più presto possibile nei sacchi ad hoc, non riempire i sacchi, il massimo consentito è di 2/3, mai trascinare per terra i sacchi, disinfettare le mani dopo ogni manipolazione, soprattutto dopo aver tolto i guanti;
- Non riempire i sacchi, il peso massimo consentito per la manipolazione fino a 4 sollevamenti all'ora è di 7 kg per le donne e di 12 kg per gli uomini¹;
- I coprimaterassi impermeabili (di materiale plastico) sono consigliati per preservare l'integrità del materasso e possono essere detersi e disinfettati con prodotti specifici;
- La frequenza di sostituzione della biancheria del letto dipende dalla tipologia dell'ospite. Il principio è di garantire sempre all'ospite condizioni di comfort e igiene;
- Contattare tempestivamente il fornitore di detersivi o il fornitore delle lavatrici, asciugatrici, stazioni di stiro e mangani in caso di mancata soddisfazione e/o problemi;
- Dopo aver caricato le lavatrici ricordarsi di disinfettare le pulsantiere, le manopole e gli accessori esterni;
- Tutte le stoviglie, i vassoi e i carrelli per il trasporto dei pasti devono essere lavati e disinfettati dopo ogni uso;
- Tutte le stoviglie devono essere trattate in lavastoviglie e/o circuiti di lavaggio prima di essere riutilizzate;
- Il personale addetto al lavaggio delle stoviglie, dei vassoi e dei carrelli dedicati ai pasti degli ospiti, deve indossare il grembiule, e i guanti, disinfettare le mani con soluzione idroalcolica prima della ricezione delle stoviglie e alla fine della procedura;
- Non è possibile lavare manualmente le stoviglie e gli utensili di cucina;
- Non è necessaria nessuna speciale precauzione per i piatti, le posate, i bicchieri, le tazze e tutte le stoviglie: la combinazione dell'alta temperatura con il detergente utilizzato nelle lavastoviglie è sufficiente per garantire la decontaminazione delle stoviglie riutilizzabili;
- È importante avere tutte le schede tecniche e le schede di sicurezza nelle zone di lavaggio;
- Una volta terminata la soluzione il contenitore può essere sciacquato con acqua calda e nuovamente riempito dal contenitore più grande per il tramite della sua pompa dosatrice di disinfettante/rubinetto di dosaggio, conformemente alle indicazioni del produttore. Aggiornare la data di scadenza a quella del giorno del riempimento.
- Tutti i prodotti in uso devono essere tenuti nelle confezioni originali fornite dai venditori/rappresentanti.
- Nei contenitori dei prodotti originali è vietato aggiungere, rabboccare, inserire e/o mischiare altri prodotti.
- Protocollare e avere a portata di mano i piani di pulizia della cucina e della lavanderia;
- Avere dei protocolli sulla gestione e sostituzione della biancheria, dei cuscini e dei materassi validati dal Direttore sanitario.

¹ SUVAPRO "Sollevare e trasportare correttamente i carichi", novembre 2016

9. Gestione rifiuti

L'obiettivo è di prevenire la trasmissione di microrganismi durante la manipolazione dei rifiuti. Tutti i presidi sanitari provenienti da attività che comportino la contaminazione (anche sospetta) con materiale biologico, vanno smaltiti come rifiuti speciali.

Una corretta separazione dei rifiuti secondo le indicazioni per il riciclaggio è auspicabile principalmente per questioni ecologiche e in secondo piano per questioni economiche: favorisce la diminuzione dei rifiuti solidi urbani (RSU).

9.1 Raccomandazioni

- Applicare le procedure conformi alla legislazione in vigore – CFR
https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/RifiutiSanitari_A4_v2.pdf
- Usare guanti idonei durante le manipolazioni;
- Nell'immediato: triage dei rifiuti riciclabili (batterie, ALU, PET, carta, cartone, vetro, ecc.) applicando le direttive in vigore;
- Triage ed evacuazione dei rifiuti solidi urbani (RSU) e rifiuti sanitari applicando le direttive in vigore;
- Stoccare provvisoriamente i rifiuti a rischio infettivo (B e C: vedi tabella seguente) in container o locali chiusi a chiave, dedicati a questo scopo, con etichetta "rischio biologico" e accessibili solo a persone autorizzate;
- Mai compattare i sacchi con rifiuti di tipo B e C;
- Maneggiare il meno possibile garze o medicazioni utilizzate su pazienti, eliminare tutto appena possibile;
- Far trasportare i rifiuti a rischio infettivo (B e C) fino all'inceneritore alla ditta specializzata con autorizzazione cantonale;
- Utilizzare unicamente contenitori di sicurezza (sharp, alibox, safety box, ecc.) a norma, con relative certificazioni di sicurezza;
- Mai compattare, svuotare o travasare i contenitori di sicurezza (sharp, alibox, safety box, ecc.);
- I bidoni gialli (sharp, alibox, safety box, ecc.) devono essere appoggiati su una superficie adeguata;
- Verificare che la chiusura intermedia dei contenitori di sicurezza sia adeguata;
- È raccomandato inserire della polvere gelificante nei bidoni di sicurezza con presenza di liquidi biologici;
- Controllare che non fuoriesca nulla dai bidoni di sicurezza e chiuderli ermeticamente.

9.2 Tabella classificazione dei principali rifiuti prodotti in ambito di cura

Gruppo	Descrizione	Eliminazione	Classificazione	
A Rifiuti urbani, rifiuti medici che non creano problemi, considerati come rifiuti solidi urbani (RSU)	Rifiuti poco macchiati di sangue e/o poco contaminati: cerotti, bende, garze, siringhe, guanti, mascherine, deflussori, protezioni per l'incontinenza, ecc.	Sacchi dei rifiuti domestici chiusi ermeticamente	Rifiuti medici	Rifiuti speciali
B1 Rifiuti che presentato un rischio di contaminazione ~ 3-5% del totale dei rifiuti in cure acute, ~ 0% in lunga degenza	B1.1 Rifiuti anatomici, organi e tessuti che presentano un rischio di contaminazione, compresi cadaveri d'animali di laboratorio. B1.2 Rifiuti contenenti del sangue o altri liquidi biologici che presentano un rischio di contaminazione.	Sacco e/o contenitori (secondo decisione dell'istituto) di colori specifici impermeabili ai liquidi e chiusi ermeticamente		
B2 Rifiuti pungenti/taglienti	Aghi di ogni tipo, mandrini, ampole, lame di bisturi, pipette Pasteur, provette/fiale in vetro rotte senza contenuto, tutti i contenitori "Sharp".	Safety box rigidi		
C Rifiuti infettivi	Liquidi corporei ed escrezioni di persone con malattie infettive (espettorazioni di TBC bacillare, secrezioni di ferite e medicazioni in caso di malattie di carbonio, feci in caso di tifo e paratifo, colera, dissenteria batterica da Rotavirus, ecc.). Rifiuti contenenti dei prioni anche inattivati. Materiale di laboratorio e altri rifiuti medici (patologici) classificati infettivi.	Safety box rigidi		

Osservazione: solo i liquidi biologici (sangue, urina, pus, liquido di drenaggio e liquidi prelevati con aspirazione) contenuti in recipienti svuotabili, possono essere eliminati direttamente nei vuotatoi/lavapadelle o nei WC che saranno sciacquati e disinfettati dopo l'atto.

Rifiuti: mettere i guanti, sacco piccolo poi sacco grande RSU. Ricordarsi di disinfettare le mani dopo aver completato questa procedura!

9.3 Guida pratica – “Rifiuti sanitari”

Classificazione ed eliminazione dei rifiuti del settore sanitario/medicina umana



https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/RifiutiSanitari_A4_v2.pdf

9.4 Guida pratica – “rifiuti urbani”

https://www4.ti.ch/fileadmin/DT/temi/gestione_rifiuti/documenti/Guida_rifiuti_urbani_Schede.pdf

https://www4.ti.ch/fileadmin/DT/temi/gestione_rifiuti/documenti/Guida_rifiuti_urbani.pdf

<https://www4.ti.ch/dt/da/spaas/ursi/temi/gestione-rifiuti/tema/tema>



10. Igiene dell'ambiente

L'obiettivo è di limitare la contaminazione dell'ambiente al fine di ridurre la trasmissione di microrganismi. L'adeguata pulizia ambientale è parte integrante del sistema di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito di cura. Assicurare che la struttura abbia procedure, protocolli, fogli per la tracciabilità adeguati all'assistenza routinaria, pulizia e disinfezione delle superfici ambientali, letti, sponde e altre superfici frequentemente toccate, e garantire che queste procedure siano rispettate. La pulizia routinaria e la disinfezione delle piccole superfici ambientali sono indispensabili. Non è necessaria la disinfezione dei pavimenti. Le modalità di esecuzione delle pulizie e la loro frequenza variano secondo le diverse aree assistenziali, la destinazione d'uso dei locali e la tipologia delle superfici. In presenza di materiale biologico, prima di procedere alla disinfezione, è necessario attuare la decontaminazione e la pulizia della superficie. La formazione e i corsi di aggiornamento del personale d'economia domestica sono fondamentali.

10.1 Raccomandazioni

- Dopo aver messo i guanti (sulle mani “nature” e precedentemente disinfettate), pulire e disinfettare immediatamente le superfici sporche da proiezioni o aerosol da liquidi biologici;
- I responsabili delle pulizie, della disinfezione dei locali e del materiale devono: assicurarsi di possedere delle procedure conformi alla legislazione in vigore e alle istruzioni dei fabbricanti di prodotti di pulizia o di disinfezione dei locali; pulire e/o disinfettare regolarmente i locali e il materiale secondo le procedure in vigore nell'istituto;
- Una volta terminato il prodotto detergente o detergente/disinfettante per superfici inerti, nel caso in cui il prodotto venga preparato attraverso diluizione in istituto, il contenitore dev'essere sciacquato con acqua calda e nuovamente riempito dal contenitore più grande per il tramite della sua pompa dosatrice/rubinetto di dosaggio di disinfettante o detergente o detergente /disinfettante (2:1), conformemente alle indicazioni del produttore. Aggiornare il numero di lotto, la data di scadenza e quella del giorno del riempimento. Conservare secondo indicazioni del prodotto in uso (temperatura, ambiente, durata della soluzione dal momento dell'apertura);
- Devono essere presenti tutte le schede di sicurezza e tutte le schede tecniche di tutti i prodotti in uso, possibilmente nella lingua corrente - italiano - poi anche nelle altre lingue;
- Quali prodotti usare: detergente, decalcificante, disinfettante e detergente/disinfettante (2:1 - sostanza con doppia proprietà di deterzione e disinfezione = una sola operazione per pulire e disinfettare le superfici inerti);
- La pulizia dei locali deve essere eseguita da personale formato e aggiornato;
- La pulizia delle stanze deve iniziare dalle aree più pulite e procedere verso le più sporche e i servizi igienici;
- I servizi igienici pubblici devono essere oggetto di almeno due interventi quotidiani di pulizia e disinfezione;
- Per un'adeguata e corretta igiene si deve tener conto della classificazione dei locali secondo il rischio infettivo (vedi tabella “Zona 0 - 4”), delle caratteristiche dei pazienti, della durata media di soggiorno dei pazienti e dell'occupazione dei letti, dei prodotti e del materiale disponibile nello stabile;
- I locali devono essere puliti secondo un piano di pulizia che precisi: la frequenza e gli orari di pulizia, il materiale di pulizia, la gestione e i prodotti da usare per i diversi locali, la persona responsabile delle pulizie e della disinfezione per i vari settori, la tracciabilità delle pulizie.



Mai toccare i prodotti di pulizia concentrati senza guanti domestici (proteggono anche l'avambraccio), disinfettare le mani e/o lavare le mani dopo aver tolto i guanti. L'uso di spray nebulizzanti e/o vaporizzanti per la disinfezione e la pulizia sono sconsigliati a causa delle possibili inalazioni e contatto con le mucose o congiuntive. Se in uso, utilizzare sempre tutti i dispositivi di protezione personale (DPI): camice, mascherina, occhiali di protezione e guanti.

10.2 Tabella dei simboli di pericolo

Caratteristiche tipiche (indicazioni di pericolo sull'etichetta)	Provvedimenti (consigli di prudenza sull'etichetta)	Esempi di prodotti
 ATTENZIONE PERICOLO Può irritare la pelle, scatenare allergie o eczemi, provocare sonnolenza. Può essere all'origine di intossicazioni dopo un unico contatto. Può danneggiare lo strato di ozono.	Evitare il contatto con la pelle. Utilizzare solo la quantità necessaria. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Pastiglie per lavastoviglie, detergenti, candeggina</i>
 ESTREMAMENTE INFIAMMABILE Può infiammarsi a contatto con fiamme, scintille, aria o acqua o se sottoposto a urti, sfregamento o surriscaldamento. In caso di stoccaggio non corretto può prendere fuoco anche senza agenti esterni.	Evitare il contatto con fonti di accensione. Tenere a portata di mano estintori adeguati. Rispettare la temperatura di stoccaggio. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Accendigrill, oli per lampade, bombolette spray, solventi</i>
 COMBURENTE Può provocare incendi o favorirne la propagazione. Siccome in presenza di fiamme libera ossigeno, il comburente può essere spento solo con speciali estintori. È impossibile soffocare la fiamma.	Conservare sempre lontano da materiali infiammabili. Tenere a portata di mano estintori adatti. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Acqua ossigenata, candeggianti</i>
 ESPLOSIVO Può esplodere a contatto con fiamme, scintille, aria o acqua o se sottoposto a urti, sfregamento o surriscaldamento. In caso di stoccaggio non corretto può provocare esplosioni anche senza agenti esterni.	Può essere utilizzato solo da personale specializzato o formato. In caso di stoccaggio e impiego, monitorare il calore ambiente. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Nitroglicerina</i>
 GAS SOTTO PRESSIONE Contiene gas compressi, liquefatti o disciolti. Gas inodori o invisibili possono fuoriuscire inavvertitamente. Sotto l'azione del calore o di deformazioni, i contenitori di gas compressi possono esplodere.	Proteggere dall'irraggiamento solare, conservare in un luogo ben ventilato (non in cantina). Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Bombole di propano e butano, bombole di CO₂ per gasatori d'acqua</i>
 PERICOLOSO PER L'AMBIENTE ACQUATICO Può provocare danni acuti o progressivi a organismi acquatici come pesci, insetti acquatici e piante acquatiche, anche a basse concentrazioni.	Osservare le indicazioni di pericolo e i consigli di prudenza sull'etichetta nonché le istruzioni per l'uso, attenersi al dosaggio prescritto. Restituire al venditore o smaltire con i rifiuti speciali i prodotti non più necessari o i contenitori con residui (anche minimi).	<i>Antimuffa, spray insetticidi, prodotti chimici per piscine, oli per il motore</i>



Caratteristiche tipiche (indicazioni di pericolo sull'etichetta)	Provvedimenti (consigli di prudenza sull'etichetta)	Esempi di prodotti
 CORROSIVO Può provocare gravi lesioni cutanee e danni oculari. Può sciogliere determinati materiali (p.es. tessuti). È nocivo per animali, piante e qualsiasi genere di materiale organico.	Indossare sempre guanti e occhiali durante l'uso. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Detergenti per il forno, decalcificanti, disgorganti per tubature, detergenti forti, concentrati per la pulizia</i>
Caratteristiche tipiche (indicazioni di pericolo sull'etichetta)	Provvedimenti (consigli di prudenza sull'etichetta)	Esempi di prodotti
 PERICOLOSO PER LA SALUTE Può danneggiare determinati organi. Può causare gravi danni acuti o persistenti alla salute, provocare il cancro o alterazioni genetiche, nuocere alla fertilità o allo sviluppo. In caso di penetrazione nelle vie respiratorie può essere mortale.	Non ingerire, evitare ogni contatto inutile, non trascurare i danni a lungo termine. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Benzina, metanolo, vernici, accendigrill, oli per lampade, certi oli eterici</i>
Caratteristiche tipiche (indicazioni di pericolo sull'etichetta)	Provvedimenti (consigli di prudenza sull'etichetta)	Esempi di prodotti
 ESTREMAMENTE TOSSICO Può provocare gravi intossicazioni o addirittura la morte, anche in piccole quantità.	Manipolare con la massima prudenza. Utilizzare indumenti di protezione adatti, come guanti e maschera. Escludere pericoli per terzi. Chiudere accuratamente dopo l'uso.	<i>Veleno per topi e ratti</i>

Fonte: https://www.cheminfo.ch/uploads/tx_pdfdownload/GHS_I_simboli_di_pericolo_in_sintesi_hb_I_01.pdf

10.3 Tabella zone a rischio 0 - 4

Zona 0	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4
Circolazione esterna	Rischi minimi	Rischi medi	Rischi severi	Rischi molto alti
Esterno, scale esterne, entrata/atrio per le ambulanze, piattaforme di consegna.	Ricezione, sottosuolo, servizi amministrativi, uffici, sale riunioni.	Corridoi, ascensori, scale, sale d'attesa, consultazione esterna, chirurgia ambulatoriale, zona lavaggio in sterilizzazione, camere, WC, sala di riabilitazione funzionale, fisioterapia, media e lunga degenza, camere e luoghi comuni delle Case per anziani, radiologia, laboratorio, farmacia, spogliatoi, ecc.	Ospedali di giorno: chemioterapia, camere d'isolamento settico e protettivo, sale di cura, sale risveglio, endoscopia, radiologia chirurgica, nursery, sala biberon, cure intense, urgenze, sala parto, maternità, ecc.	Blocco operatorio, camere in isolamento stretto (aplasia, centro ustionati, ecc.).

Maggiore è la zona a rischio, maggiore dev'essere l'attenzione prestata!



10.4 Criteri per la scelta di un prodotto di pulizia

- Massima efficienza ed efficacia;
- Buon adattamento allo sporco da eliminare;
- Stabilità al calore, al freddo, all'aria e alla luce;
- Minima tossicità per gli utenti;
- Minima tossicità per l'ambiente (90% biodegradabile);
- Buona tolleranza per i materiali (non aggressivo nei confronti del materiale e dei supporti presenti in struttura);
- Buona capacità di diluizione che consenta un buon risciacquo o senza risciacquo;
- Imballaggio adatto all'uso;
- Buon rapporto qualità prezzo;
- Schede tecniche e schede di sicurezza in italiano;
- 2:1 o 2 in 1: detergente - disinfettante, possibilmente completo e che non necessiti di risciacquo;
- Venditore/rappresentante disposto a collaborare attivamente per la formazione e l'informazione dei prodotti a tutti i diretti interessati, che partecipi attivamente alla realizzazione dei piani di pulizia.



11. Protezione del personale

L'obiettivo è di proteggere tutto il personale che utilizza strumenti o oggetti pungenti, taglienti che sono stati a contatto con liquidi biologici. Le Precauzioni Standard (PS) partono dal concetto che tutti i pazienti e di conseguenza tutti i liquidi biologici sono potenzialmente infetti e pertanto in tutti i casi occorre utilizzare manovre corrette e sicure.

11.1 Raccomandazioni

- PU (Precauzioni Universali) da applicare sempre, ovunque a tutti e in ogni situazione;
- Aggiornamento costante delle conoscenze e lo sviluppo delle abilità per tutti i collaboratori in ambito sanitario, bisogna includere le misure di prevenzione delle infezioni nella loro pratica quotidiana e clinica;
- Partecipare costantemente alle formazioni continue, alle formazioni di educazione sanitaria, ai congressi, ai corsi di aggiornamento, aderire ai corsi di rinnovo per i brevetti e le abilitazioni;
- Usare i contenitori di sicurezza appositi e a norma, con certificazioni di sicurezza;
- La vaccinazione contro l'epatite B (HBV) è vivamente consigliata;
- Mai rincappucciare aghi;
- Mai prendere "al volo" aghi/siringhe e taglienti che stanno per cadere, spostarsi per evitare l'esposizione;
- Tutti i campioni biologici (es. sangue, urine, ecc.) e i prelievi biotici vanno collocati e trasportati in contenitori appositi che impediscano eventuali perdite e rotture accidentali;
- Per il trasporto utilizzare contenitori a valigetta chiusi, con appositi supporti per provette, flaconi o appositi sacchetti per provette;
- Le richieste non devono essere inserite all'interno del contenitore ma trasportate a parte;
- I contenitori di liquidi biologici devono essere maneggiati con i guanti;
- Usare i guanti in caso di possibile contatto con liquidi biologici o corrosivi;
- Disinfezione delle mani;
- Uso di mascherina/occhiali di protezione in caso di possibile proiezione di liquidi biologici, chimici o corrosivi;
- Eliminare gli oggetti pungenti/taglienti negli appositi contenitori omologati (sharp, safety box, alibox, ecc.) appena possibile;
- Eliminare con l'aiuto di una pinza i cateteri /mandrini vascolari e tutti gli oggetti taglienti che non possono essere immediatamente eliminati;
- Evacuare i contenitori riempiti a 2/3 e chiusi in modo ermetico; questi devono essere a norma e non vanno mai svuotati o travasati;
- Usare sempre i guanti per prelievi, iniezioni e tutti gli altri atti di cura con dispositivi medici contundenti. Il guanto è una prima protezione/barriera all'inoculo dei possibili agenti infettivi;
- In caso d'incidente che comporta un rischio di contaminazione da liquidi biologici, applicare immediatamente le procedure stabilite dalla CpA. Lavare, disinfettare e chiamare subito il/la responsabile medico della Medicina del Personale o il/la capo struttura. Se l'infortunio avviene al di fuori degli orari d'ufficio o nel fine settimana, far riferimento alle procedure interne.

11.2 Comportamento da adottare immediatamente sul luogo dell'incidente in caso di infortunio con esposizione a sangue e/o liquidi biologici.

- Lavaggio e disinfezione della parte esposta:
 - Cute o lesione percutanea: lavare con acqua corrente e sapone, eventualmente estrarre l'oggetto estraneo, non esercitare pressione sulla ferita per aumentare il sanguinamento (non schiacciare), disinfezione con disinfettante per la cute a base di alcol oppure di iodio oppure di clorexidina;
 - Pelle lesa: lavare con acqua corrente e sapone, eventualmente estrarre l'oggetto estraneo, non esercitare pressione sulla ferita per aumentare il sanguinamento (non schiacciare), disinfezione con disinfettante per la cute a base di alcol (brucia) oppure di iodio oppure di clorexidina;
 - Contatto con il cavo orale e/o con le congiuntive: risciacquare per almeno 5 minuti con acqua corrente o soluzione fisiologica (NaCl 0.9%);
- Conformemente alla procedura dell'istituto, avvisare il/la responsabile.

Si raccomanda di seguire le istruzioni dell'istituto di presa in carico degli infortuni con esposizione a liquidi biologici (AES) (= punture, tagli, graffi con unghie fino a sanguinare, morsi fino a sanguinare, ecc.) avvisare al più presto possibile il medico della Medicina del Personale o il/la capo struttura, senza abbandonare il luogo di lavoro. La valutazione medica deve essere effettuata tempestivamente per accertare il rischio d'infezione, poiché in caso di esposizione all'HIV un'eventuale profilassi post-esposizione (HIV-PEP) deve essere avviata tempestivamente (entro 4 ore). In caso di esposizione all'epatite B (particolarmente nei collaboratori non vaccinati è da valutare la somministrazione di immunoglobuline anti-epatite o una vaccinazione di richiamo (HBV-PEP). La presa in carico è prevista anche se è lo stesso collaboratore infortunato a richiederla espressamente.

<https://www.suva.ch/it-ch/download/schede-tematiche/un-ago-mi-ha-punto--misure-da-prendere-dopo-esposizione-al-sangue/standard-variante--2865.l?lang=it-CH>

Appena possibile/al più presto dopo i prelievi di controllo:

- Compilazione del modulo di annuncio d'infortunio aziendale e dell'assicurazione della struttura;
- Dichiarazione dell'accidentato su apposito modulo messo in busta chiusa e indirizzato alla Direzione Sanitaria o Medico per la medicina del personale (MDP) in cui si descrive l'evento accidentale in modo dettagliato e preciso, dove devono essere riportate le seguenti informazioni: nome e cognome dell'infortunato, data, ora, se possibile nome e cognome della fonte, dati inerenti gli stati sierologici di entrambi se conosciuti, descrizione dell'evento, misure intraprese, decisione medica post-esposizione, firme dell'infortunato, del medico e/o Direttore sanitario;
- Compilazione del consenso informato dell'operatore ai vari prelievi;
- Eventuali prelievi al paziente "sorgente" dopo consenso informato e scritto, quando possibile, dello stato immunitario tramite consultazione della cartella clinica ed eventuali prelievi ematici pregressi;
- Annuncio all'assicurazione infortunio della struttura. Appena si hanno i numeri di caso inserirli nei documenti per garantire l'anonimato;
- Presa in carico della medicina del personale e/o di un medico infettivologo per consulti e/o sostegno durante la somministrazione dei farmaci previsti per la PEP o altro trattamento;



- Eventualmente *counseling* e/o organizzazione di un sostegno psicologico su prevenzione post-esposizione PEP (HIV) o altro trattamento;
- Attivazione dei flussi informativi con il laboratorio di analisi, reparto di malattie infettive, medicina del personale, risorse umane dell'istituto;
- Le esposizioni accidentali degli allievi seguono lo stesso iter del personale e sono prese in carico dall'assicurazione infortuni della scuola. Avvisare la scuola per far fare l'annuncio alla loro assicurazione.

Tutti i documenti post-esposizione accidentale, come quelli relativi alla medicina del personale, devono essere conservati per 40 anni

(Art. 8 allegato 4 al Codice deontologico della FMH).

I 1.3 Esami sierologici della persona esposta/infortunata

Da fare preferibilmente entro 1 ora dall'esposizione.

1° CONTROLLO	
<i>Se non vaccinata o vaccinata con anti HBs con valori < 100 U/l o vaccinazione ≥ 5 anni</i>	<i>Se completamente vaccinata con anti HBs ≥ 100 U/l o vaccinazione < 5 anni²</i>
- Combotest di 4a generazione (antigene/anticorpi) HIV 1/2 (non test rapido) - Screening anticorpi HCV - HBsAg	- Combotest di 4a generazione (antigene/anticorpi) HIV 1/2 (non test rapido) - Screening anticorpi HCV - GOT e GPT
- 2° MISURE	
- Se non vaccinata: Immunizzazione di base - Anti HBs < 100 U/l: Somministrazione di una dose di vaccino contro HBV (Engerix B 20®)	
CONTROLLI SUCCESSIVI (dopo 3 mesi e dopo 6 mesi)	
- A carico del medico del personale o di chi ne fa le veci.	

I 1.4 Esami sierologici sul paziente “sorgente”

Dopo consenso scritto e firmato dal paziente o dal rappresentante terapeutico/legale si consiglia il prelievo per:

- Combotest HIV 1/2 (IMMEDIATAMENTE IN LABOR);
- Screening HCV;
- HBsAg

ATTENZIONE:

Tutte le esposizioni accidentali devono essere segnalate al Direttore sanitario al fine di tenere una sorveglianza sulle dinamiche, la gestione dei casi, l'introduzione di eventuali misure correttive. Le stesse devono essere annunciate all'assicurazione infortuni dell'istituto.

² <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>

12. Protezione dei pazienti

L'obiettivo è ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi da paziente a paziente, da paziente a personale, da personale a paziente, da paziente a visitatori e dall'ambiente all'uomo.

12.1 Raccomandazioni

- Rispettare delle procedure sicure per le iniezioni. La regola d'oro rimane sempre: una siringa, un ago, un solo uso;
- Applicare rigorosamente e costantemente le PS (PU e MA);
- Manipolare il materiale d'infusione/iniezione con tecniche asettiche, utilizzo corretto della soluzione idroalcolica e uso dei guanti;
- Mettere a disposizione delle maschere chirurgiche con elastici e se necessari occhiali di protezione;
- Siringhe, aghi e cannule sono dispositivi medici sterili e monouso. Dopo il primo uso non devono essere riutilizzati per un altro paziente e nemmeno due o più volte sullo stesso paziente. È obbligatorio cambiare l'ago, la siringa e la cannula per prelevare soluzioni o medicinali da flaconi multi-dose ogni volta;
- Fiale o ampolle di medicinali iniettabili devono essere monodose quando possibile. Non somministrare mai medicinali da una fiala monodose a più pazienti e gettare in sicurezza negli appositi contenitori eventuali rimanenze;
- In caso di uso indispensabile di fiale o ampolle di medicinali iniettabili multi-dose, assicurarsi che l'ago o la cannula e la siringa utilizzati per accedervi siano rigorosamente sterili (monouso). Non tenere mai ampolle o fiale di medicinali multi-dose aperti nelle zone dove sono curati i pazienti. Non lasciare mai i dispositivi di prelievo sui flaconi multi-dose iniziati, ma utilizzare ogni volta nuovo materiale sterile. Eliminare in sicurezza le fiale o le ampolle qualora la loro sterilità non sia garantita;
- Usare un flacone o una sacca di liquido d'infusione e il set per la somministrazione per un solo paziente ed eliminarlo subito dopo l'uso. Non utilizzare mai flaconi, bottiglie o sacche di soluzioni endovenose per più pazienti. Gli aghi o le cannule sono considerati contaminati dal momento che sono stati connessi al flacone di infusione intravenosa del paziente o al set per la somministrazione intravenosa;
- Informare e formare/istruire il personale, i pazienti e i visitatori sulle misure da applicare in presenza di segni d'infezione respiratoria (tosse, espettorato, congestione, rinite): usare una mascherina chirurgica, tossire/sputare in fazzoletti di carta e gettarli/eliminarli subito. Poi procedere all'igiene delle mani (lavaggio sociale con acqua e sapone e/o disinfezione con soluzione idroalcolica);
- Coinvolgere gli utenti e i loro familiari/badanti fornendo loro le adeguate informazioni sulla corretta applicazione delle PU e MA in ambito assistenziale, con particolare riferimento all'igiene delle mani con la soluzione idroalcolica omologata;
- Applicare e mettere a disposizione il materiale per la procedura d'igiene delle mani (soluzione idroalcolica in uso nella struttura e istruzioni d'uso);
- Usare mascherina chirurgica durante la posa di CVC o arterioso, iniezioni peridurali o rachicentesi (puntura lombare), medicazioni, CV, ecc.;
- Privilegiare il materiale monouso per la preparazione e/o iniezione di prodotti terapeutici e anche medicinali in monodose;
- Destinare/riservare a un paziente che contamina l'ambiente o che non collabora nel mantenere un'appropriata igiene o controllo ambientale una camera singola.

Schede elaborate dall'Ufficio del medico cantonale "SAS":

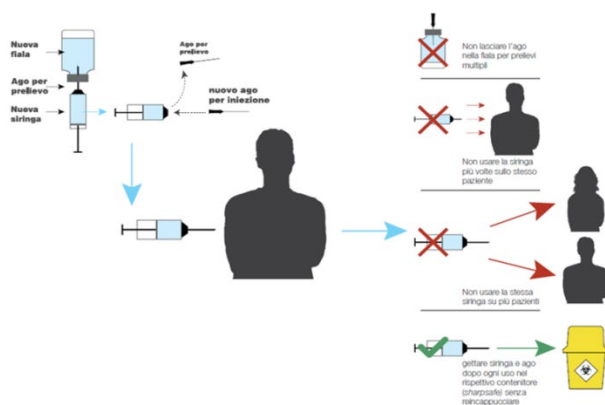
Le procedure sicure di iniezione

La regola d'oro rimane sempre



Ufficio del medico cantonale

Le procedure sicure in breve

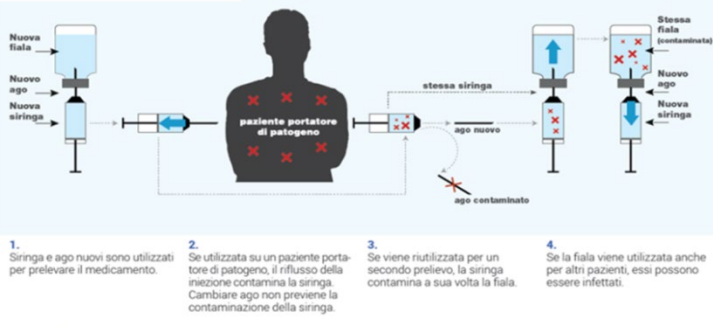


Ufficio del medico cantonale

RISCHIO DI TRASMISSIONE DI MALATTIE INFETTIVE DURANTE LE PRATICHE DI INIEZIONE

L'uso non corretto di siringhe, aghi e fiale di medicamento può causare la trasmissione di malattie infettive.

Riferimento:
CDC campaign "OneAndOnly"



Ufficio del medico cantonale



UNA SINGOLA
UN AGO
UN SOLO USO

CAMPAGNA SAS
SULLE CORRETTE
PROCEDURE
PER LE INIEZIONI



Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione della salute pubblica
Ufficio del medico cantonale

www.ti.ch/sas



SEI SICURO
SULLE CORRETTE
PROCEDURE
PER LE INIEZIONI

www.ti.ch/sas

La sicurezza del paziente

è compito di tutti!



Ogni anno nel mondo, il mancato rispetto delle corrette procedure per le iniezioni è la causa di circa 21 milioni di infezioni da epatite B, 2 milioni di casi di epatite C e 260'000 di HIV.

Nonostante gli enormi passi avanti svolti, vi è tutt'ora un senso di falsa sicurezza che porta a sottovalutare queste procedure. Il problema non si limita solo ai paesi poveri, in guerra e in via di sviluppo ma tocca anche i paesi occidentali, inclusa la Svizzera.



Manipolare il materiale di infusione/iniezione con tecniche asettiche rispettando le precauzioni standard di prevenzione delle infezioni per non contaminare il materiale sterile



Siringhe, aghi e cannule sono dispositivi medici sterili e monouso. Dopo il primo uso, non devono essere riutilizzati:

- × su di un altro paziente
- × due o più volte sullo stesso paziente
- × per prelevare soluzioni o medicamenti da flaconi multidose
- × per somministrare medicamenti dalla stessa siringa a più pazienti anche se l'ago o la cannula vengono cambiati



Fiale o ampolle di medicinali iniettabili devono essere monodose quando possibile.

- × non somministrare **mai** medicinali da una fiala monodose a più di un paziente

MA

✓ gettare in sicurezza (sharp safe) eventuali rimanenze



In caso di uso indispensabile di fiale o di ampolle di medicinali multidose, assicurarsi che l'ago, la cannula e la siringa utilizzati per accedervi siano rigorosamente sterili.

- × non tenere mai ampolle o fiale di medicinali multidose nelle zone dove vengono curati i pazienti
- × non lasciare mai dispositivi di prelievo sui flaconi, ma eliminarli subito e in sicurezza

MA

✓ eliminare in sicurezza le fiale o le ampolle qualora la loro sterilità non sia garantita



Usare un flacone o una sacca di liquido di infusione ed il set per la sua somministrazione per un solo paziente ed eliminarlo subito dopo l'uso.

- × non utilizzare **mai** flaconi, bottiglie o sacche di soluzioni endovenose **come fonte comune** per più pazienti

MA

✓ gli aghi o le cannule sono da considerare contaminati una volta che sono stati connessi al flacone di infusione intravenosa del paziente o al set per la somministrazione intravenosa

Fonte:

<https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/campagne/procedure-corrette-per-le-iniezioni/>

13. Misure Addizionali (MA)

Le Precauzioni Standard includono le Misure Addizionali (MA) applicate in aggiunta alle Precauzioni Universali - PU - a tutti i pazienti di cui sia accertata o sospettata un'infezione o colonizzazione da parte di microrganismi epidemiologicamente rilevanti; trasmissibili per via aerea, attraverso le goccioline (droplet) o tramite il contatto diretto o indiretto. Le MA sono propriamente basate sulla via di trasmissione delle infezioni. L'applicazione delle MA deriva da un ordine medico prescritto e firmato dal Direttore sanitario.

I tre tipi di MA:

- **MAC:** Contatto (diretto/indiretto);
- **MAG:** Goccioline (droplet);
- **MAA:** Aerea (aerosol).



Prima si applicano le MA, prima s'interrompe la catena di trasmissione.

Gli obiettivi di queste misure di prevenzione sono:

- Riconoscere l'importanza di tutti i liquidi organici nella trasmissione di patogeni in ambito di cura;
- Contenere le infezioni trasmesse attraverso il contatto, le goccioline, l'aerosol;
- Essere il più semplice possibile e facilmente utilizzabili;
- Utilizzare misure basate sulle evidenze scientifiche;
- Contenere con misure specifiche le infezioni da germi multiresistenti (GMR).

13.1 **Misure aggiuntive (MA) per la trasmissione attraverso contatto (MAC)**

In aggiunta alle PU, impiegare le MAC per impedire la trasmissione di microrganismi tramite contatto diretto o indiretto per pazienti riconosciuti o sospetti di essere infetti/colonizzati da microrganismi epidemiologicamente importanti. In linea di principio il paziente o l'ospite colonizzato è libero di uscire dalla camera. Le MA sono un ordine medico prescritto e firmato dal Direttore sanitario.

Contatto diretto: presuppone il contatto 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 o direttamente tra i pazienti.

Contatto indiretto: comporta il contatto tra un ospite suscettibile/recettivo e superfici, oggetti o strumenti contaminati, ad esempio durante la manipolazione di strumenti o dispositivi medici contaminati; tra pazienti per il tramite di un oggetto (es. termometro, stetoscopio ecc.).

Le mani sono il maggiore veicolo di trasmissione.

Esempi:

- Infezioni o colonizzazioni dell'apparato gastroenterico, respiratorio, urinario, della cute o delle ferite da germi multiresistenti (GMR) il cui controllo rientra nel programma di prevenzione delle infezioni nosocomiali della struttura;
- Infezioni enteriche da microrganismi capaci di causare malattia anche con una bassa carica di microrganismi o in grado di sopravvivere nell'ambiente a lungo termine. Es.: diarree acute infettive, sviluppatasi in un paziente incontinente (Shigella, Salmonella, Escherichia coli 0157:H7, Epatite A, Enterovirus, Norovirus, Rotavirus);
- Diarree in un adulto con una recente terapia antibiotica da Clostridioides difficile;
- Infezioni cutanee ad alta contagiosità e ascessi con fuoriuscita maggiore di liquido, impossibile da controllare con un bendaggio. Es. Impetigine, Rosolia, Herpes zoster, Congiuntivite virale, ecc.

13.1.1 Misure aggiuntive da aggiungere per la corretta gestione della malattia infettiva

Su ordine e prescrizione medica e firma del Direttore sanitario: sistemazione di un paziente.

- Porre il residente in camera singola preferibilmente con la porta chiusa;
- Se non è disponibile una camera singola, far condividere al paziente la camera con pazienti che soffrono della stessa malattia infettiva o colonizzazione (coorte);
- Quando non è disponibile una camera singola e il coortaggio non è praticabile, consultare il Direttore sanitario della struttura o un esperto in controllo delle infezioni (EPIAS);
- Isolamento **ambientale/geografico** (tenda/**paravento** di separazione **se in stanza doppia**, identificazione degli spazi **dedicati**, degli **apparecchi medico tecnici**, ecc.);
- **Rispetto assoluto dell'igiene delle mani con soluzione idroalcolica omologata;**
- Disinfezione delle mani prima di mettere i guanti. I guanti seguono le indicazioni delle PU;
- Disinfezione delle mani dopo aver tolto i guanti;
- Disinfezione delle mani dopo aver lasciato la camera.

Guanti

- L'utilizzo dei guanti durante l'assistenza al paziente con rischio di esposizione a liquidi biologici e durante le pulizie della camera rispetta le indicazioni elencate nelle PU;
- Cambiare i guanti e disinfettare le mani prima di procedere ad altre mansioni;
- Rimuovere i guanti prima di lasciare la stanza del residente e disinfettare immediatamente le mani; assicurarsi che le stesse non tocchino oggetti o superfici ambientali potenzialmente contaminate per evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o in giro nell'ambiente.

Camici

- Indossare un camice monouso pulito, non sterile, quando si entra in una camera ogni qualvolta si prevede un contatto fisico con il paziente, le superfici ambientali o oggetti della camera del paziente, o se lo stesso è diarroico o incontinente o è portatore di un'enterostomia o di una ferita drenante;
- Togliere il camice ed eliminarlo nel contenitore dei rifiuti prima di lasciare la camera del residente assicurandosi che il vestiario non tocchi superfici ambientali potenzialmente contaminate al fine di evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o in giro nell'ambiente;
- Non è necessario indossare il camice se vi è solo un semplice passaggio nella camera;
- Cambiare la divisa giornalmente.

Trasporto del paziente

- Il residente colonizzato può uscire dalla camera con le precauzioni già ricordate;
- Limitare a motivi essenziali lo spostamento e il trasporto del residente infetto in altre strutture o istituti;
- Se il residente infetto o colonizzato deve essere trasportato fuori dalla camera, assicurarsi che siano applicate e mantenute le precauzioni per minimizzare il rischio di trasmissione di microrganismi verso altri pazienti e la contaminazione di superfici o attrezzature: medicazione chiusa e pulita, biancheria pulita, camicia pulita per l'ospite e mani disinfettate;
- Informare il personale della struttura presso la quale l'utente è diretto e/o l'addetto al trasporto;
- Se il residente infetto o colonizzato deve essere trasferito o trasportato per delle visite mediche o altro, tutti i riceventi e trasportatori devono essere avvisati per iscritto e verbalmente prima del trasporto, della MA da applicare.

Materiale per l'assistenza del paziente

- Utilizzare per ogni residente infetto o colonizzato materiale monouso o dedicato. Materiale limitato all'essenziale e al bisogno reale per evitare sprechi;
- Se possibile destinare personale curante che si occupi esclusivamente delle camere dei residenti infetti per ridurre il rischio di trasmissione (coortare il personale, ad esempio, in caso di epidemie diarroiche);
- Se non è evitabile l'uso di materiale in comune, occorre pulirlo e disinfettarlo adeguatamente seguendo le indicazioni dell'Istituto, prima che sia utilizzato per un altro paziente (es. vasca da bagno, WC, glucometro, ecc.).

Informazioni di carattere generale

- Istruire i residenti, i parenti e/o i/le badanti sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ai residenti o all'ambiente (5 indicazioni OMS: prima di toccare un paziente, prima di una procedura pulita/asettica, dopo il rischio/esposizione a un liquido

biologico, dopo aver toccato un paziente; dopo aver toccato ciò che è intorno al paziente. Indicazione sull'uso corretto della mascherina che deve coprire naso e bocca

- Regolamentare l'accesso dei visitatori (al massimo due contemporaneamente) e informarli sulle norme igieniche da osservare durante la visita al residente come anche sulla gestione dei suoi effetti personali (non sedersi sul letto, eseguire una corretta igiene delle mani con soluzione idroalcolica, uso del camice/guanti/mascherine/occhiali di protezione se richiesto, ecc.);
- Eventualmente appendere all'esterno della porta un cartello con la dicitura "prima di entrare chiamare il personale curante" o appendere le indicazioni per una visita sicura: tipo di Misura Addizionale (isolamento) e gestione dei dispositivi di protezione personale;
- In caso di proiezione di goccioline la MA Contatto deve essere sostituita con la MA Goccioline poiché prevede l'uso di tutti i dispositivi di protezione con l'aggiunta della mascherina chirurgica e degli occhiali di protezione o visiere. La MA Goccioline è complementare e indispensabile nelle infezioni che si trasmettono attraverso le goccioline che escono dalla bocca e dal naso;
- Igiene ambientale: le camere colonizzate devono essere pulite per ultime; ponendo particolare attenzione all'igiene dei servizi igienici, soprattutto nel caso d'infezioni gastrointestinali;
- Se possibile, lasciare in toilette i prodotti per la detersione/disinfezione del WC, soprattutto nelle camere con più residenti;
- La pulizia di routine dell'ambiente e la disinfezione delle superfici/ambienti in caso di spargimento di materiale biologico, garantiscono un'adeguata protezione;
- Alla dimissione o alla fine della MA, è sufficiente una pulizia con detergente disinfettante dell'unità letto, dei pavimenti, delle superfici e della toilette della camera di degenza;
- Esistono dei sistemi di nebulizzazione per la disinfezione ambientale che possono essere usati alla fine della MA, da eseguire a camera vuota (trattamento che va dalle 4 alle 6 ore di azione seguito da un'ottima aerazione del locale di almeno 1 ora);
- La biancheria intrisa di liquidi biologici va raccolta in sacchi di plastica chiusi e con appeso un'etichetta con la dicitura "liquidi biologici";
- In casi particolari, su indicazione del capo struttura e/o Direttore sanitario, la biancheria dovrà essere raccolta negli appositi contenitori con dei sacchi idrosolubili o sacco di stoffa messo nel sacco di plastica (preposto per la biancheria contaminata);
- Per la gestione della biancheria considerata contaminata bisognerà mettere il sacco chiuso presente in camera in un altro sacco all'esterno della camera per garantirne il trasporto sicuro, bisognerà avvisare il personale della lavanderia;
- La biancheria non deve essere mai gettata per terra;
- Consegnare dei fogli informativi per gli utenti e i parenti per i tre tipi di MA (contatto, goccioline, aerosol);
- Se la biancheria è lavata dai parenti, ricordare di lavare tutto almeno a 40°C + additivo ossigeno attivo e stirare a vapore tutti i capi lavati;
- Lavare le tende della camera;
- Le stoviglie, i vassoi e i carrelli sono trattati in lavastoviglie e non presentano rischio di contagio per i pazienti;
- Normalmente e quotidianamente le stoviglie, i vassoi e i carrelli sono lavati in lavastoviglie e disinfettati dopo ogni uso;
- Il personale addetto al lavaggio delle stoviglie, dei vassoi e dei carrelli dedicati ai pasti degli ospiti, deve indossare il grembiule, i guanti e disinfettare le mani con soluzione idroalcolica prima della ricezione delle stoviglie e alla fine della procedura.

13.2 **Misure aggiuntive (MA) per le malattie trasmesse attraverso le goccioline (droplet) (MAG)**

In aggiunta alle PU, si utilizzano le MAG per le malattie trasmesse attraverso le goccioline (droplet) a breve distanza per pazienti riconosciuti o sospetti di essere infettati con microrganismi trasmissibili mediante goccioline con diametro superiore ai 5 micron. Queste goccioline possono essere trasmesse a breve distanza ma anche proiettate fino a quasi 2 metri tossendo, starnutando, parlando a voce alta o durante l'esecuzione di alcune procedure. I droplet possono contenere microrganismi che colonizzano le vie aeree di un soggetto. Le goccioline/droplet non restano sospese nell'aria, ma si depositano attorno alla sorgente fino a un diametro di circa 50 - 100 cm. La trasmissione avviene quando le droplet contenenti batteri o virus che 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.

Esempi di infezioni

- Influenza da Orthomixovirus tipo A e B;
- Infezioni respiratorie, gastroenteriti, ecc. da Adenovirus;
- Gastroenteriti da Norovirus (o con vomito e diarrea);
- Esantema da Herpes virus 6 (HHV 6);
- Parotite epidemica;
- Eritema infettivo da Parvovirus B19;
- Epiglottite da Haemophilus influenzae;
- Meningite da Neisseria meningitidis o da Haemophilus influenzae;
- Pertosse da Bordetella pertussis;
- Scarlattina da Streptococco β emolitico di gruppo A;
- Faringite virale;
- Polmonite da Mycoplasma pneumoniae;
- COVID-19 da SARS-CoV-2;
- Influenza stagionale;
- Infezione virale delle vie respiratorie / Virosi respiratorie.

13.2.1 Misure aggiuntive da aggiungere per la corretta gestione della malattia infettiva

Su ordine e prescrizione medica e firma del Direttore sanitario: sistemazione di un paziente.

- Porre il residente in camera singola con la porta sempre chiusa;
- Qualora non sia disponibile una camera singola, far condividere al paziente la camera con pazienti affetti dalla stessa malattia infettiva o colonizzazione (coorte);
- Quando non è disponibile una camera singola e la sistemazione per coorte non è praticabile, consultare il Direttore sanitario della struttura o un esperto del controllo delle infezioni (EPIAS);
- Isolamento ambientale/geografico (tenda/paravento di separazione se in camera doppia, identificazione precisa degli spazi, apparecchi medico tecnici dedicati, ecc.).

Igiene delle mani

- Disinfezione delle mani prima di mettere i guanti (i guanti non sono necessari per il semplice passaggio nella stanza);
- Disinfezione delle mani dopo aver tolto i guanti;
- Disinfezione delle mani dopo aver lasciato la camera.

Guanti

- Eventuale utilizzo di guanti monouso in vinile o nitrile non sterili in caso di cure/assistenza con rischio di proiezioni di liquidi biologici e delle pulizie della camera;
- Durante l'assistenza al paziente e delle pulizie della camera, cambiare i guanti dopo ogni contatto con potenziale materiale infetto (materiale fecale, drenaggi da ferite, ecc.);
- Cambiare i guanti e disinfettare le mani prima di procedere ad altre mansioni;
- Rimuovere i guanti prima di lasciare la stanza del residente e disinfettare immediatamente le mani; assicurarsi che le stesse non tocchino oggetti o superfici ambientali potenzialmente contaminate al fine di evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o nell'ambiente.

Camici

- Indossare un camice monouso pulito, non sterile, quando si entra in una camera se previsto un contatto con il paziente, le superfici ambientali o oggetti della camera del paziente, o se questi è diarroico o incontinente o portatore di un'enterostomia o di una ferita drenante;
- Togliere il camice ed eliminarlo nel contenitore dei rifiuti prima di lasciare la camera del residente assicurandosi che il vestiario non tocchi superfici ambientali potenzialmente contaminate al fine di evitare il trasporto di microrganismi su altri pazienti o nell'ambiente;
- Non è necessario indossare il camice se vi è un semplice passaggio in camera;
- Cambiare la divisa al bisogno e comunque giornalmente.

Mascherine

- Indossare la mascherina chirurgica e gli occhiali di protezione o visiere quando si esegue il lavoro in un perimetro di 1-2 metri dal paziente (toilette al residente, cure tecniche, medicazioni, esame medico, fisioterapia, pulizie della camera).

Trasporto del paziente

- Limitare lo spostamento e il trasporto del residente dalla camera solo per motivi essenziali;
- A dipendenza del germe responsabile e della sua localizzazione può essere necessario mettere una mascherina chirurgica anche al paziente quando vi sono degli spostamenti;
- Se il residente infetto o colonizzato deve essere trasportato al fuori dalla camera, assicurarsi che siano applicate e mantenute le precauzioni universali per minimizzare il rischio di trasmissione di microrganismi ad altri pazienti e di contaminazione delle superfici o attrezzature: medicazione chiusa e pulita, biancheria pulita, camicia pulita per il paziente e mani disinfettate;
- Il residente colonizzato può uscire con le precauzioni universali già ricordate;
- Informare il personale della struttura presso la quale l'utente è trasferito e/o l'addetto al trasporto;
- Se il residente infetto o colonizzato deve essere trasferito o trasportato per delle visite mediche o altro, tutti i riceventi e trasportatori devono essere avvisati per iscritto e verbalmente prima del trasporto, della presa in carico e della visita della MA da applicare.

Materiale per l'assistenza del paziente

- Utilizzare per ogni residente infetto o colonizzato materiale monouso o dedicato. Materiale limitato all'essenziale e al bisogno reale per evitare sprechi;
- Se possibile destinare personale curante che si occupi esclusivamente delle camere dei residenti infetti per ridurre il rischio di trasmissione (coortare il personale);
- Se non è evitabile l'uso di materiale in comune, occorre pulirlo e disinfettarlo adeguatamente seguendo le indicazioni dell'Istituto, prima che sia utilizzato per un altro paziente (es. vasca da bagno, WC, glucometro, ecc.).

Informazioni di carattere generale

- Istruire i residenti, i parenti e/o i/le badanti sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ai vicini o all'ambiente; ad es. igiene delle mani dopo ogni contatto, soprattutto se contatto con liquidi biologici, uso della mascherina che copra naso e bocca, uso degli occhiali di protezione/visiere.
- Regolamentare l'accesso dei visitatori (non più di uno/due per volta) e informarli sulle norme igieniche da osservare durante la visita al residente: non sedersi sul letto, igiene delle mani se contatto con utenti, uso del camice/guanti/mascherine, ecc.) e nella gestione dei suoi effetti personali;
- Appendere all'esterno della porta un cartello con la dicitura "prima di entrare chiamare il personale curante" o attaccare le indicazioni per una visita sicura: tipo di isolamento e gestione dei dispositivi di protezione personale;
- In caso di proiezione di goccioline la MA Contatto (MAC) deve essere sostituita con la MA Goccioline (MAG) poiché prevede l'uso di tutti i dispositivi di protezione con l'aggiunta della mascherina chirurgica II o IIR e gli occhiali di protezione/visiere. La MA Goccioline è complementare e fondamentale nelle infezioni che si trasmettono attraverso le goccioline che fuoriescono dalla bocca e dal naso;
- Igiene ambientale: le camere poste in MAG devono essere pulite per ultime; ponendo particolare attenzione all'igiene dei servizi igienici, soprattutto alla presenza di infezioni gastrointestinali;
- Se possibile, lasciare in toilette i prodotti efficaci per la detersione/disinfezione del WC, soprattutto per le camere con più residenti;
- La pulizia di routine dell'ambiente e la disinfezione delle superfici/ambienti in caso di spargimento di materiale biologico, garantiscono un'adeguata protezione;
- Alla guarigione o alla fine delle MA, è sufficiente una pulizia con detergente disinfettante dell'unità letto, dei pavimenti, delle superfici e della toilette della camera di degenza;
- Esistono dei sistemi di nebulizzazione per la disinfezione ambientale che possono essere usati alla fine delle MA, da utilizzare a camera vuota (trattamento che va dalle 2 alle 6 ore di azione seguita da un'ottima aerazione del locale di almeno 1 ora);
- La biancheria intrisa di liquidi biologici va raccolta in sacchi di plastica chiusi con un'etichetta con la dicitura "liquidi biologici";
- In casi particolari, su indicazione del capo struttura e/o Direttore sanitario, la biancheria dovrà essere sistemata in un doppio sacco (sacco idrosolubili o sacco di stoffa) all'interno di un sacco di plastica (biancheria infetta);
- Per la gestione della biancheria considerata infetta bisognerà mettere il sacco presente in camera in un altro sacco all'esterno della camera per garantirne il trasporto sicuro, bisognerà portare personalmente in lavanderia il sacco e avvisare il personale della lavanderia;
- La biancheria non deve essere mai gettata per terra;

- Pubblicare dei fogli informativi per gli utenti e i parenti per i tre tipi di MA (contatto, goccioline, aereo);
- Se la biancheria è lavata dai parenti, ricordare loro di lavare tutto almeno a 40°C + additivo con ossigeno attivo ed è imperativo stirare tutti i capi;
- Lavare le tende della camera;
- Normalmente e quotidianamente le stoviglie, i vassoi e i carrelli sono già lavati in lavastoviglie e disinfettati dopo ogni uso;
- Il personale addetto al lavaggio delle stoviglie, dei vassoi e dei carrelli dedicati ai pasti degli ospiti, deve indossare il grembiule, i guanti e disinfettare le mani con soluzione idroalcolica prima della ricezione delle stoviglie e alla fine della procedura.

13.3 Misure aggiuntive (MA) per le malattie trasmesse attraverso aerosol (MAA)

In aggiunta alle PU, si utilizzano le MAA per le malattie trasmesse per via aerea per i pazienti con diagnosi confermata o sospetta d'infezione determinata da microrganismi trasmessi attraverso microgoccioline (aerosol). La trasmissione avviene attraverso la disseminazione di nuclei di goccioline piccole, particelle residue di diametro di dimensione inferiore ai 5 micron, oppure di particelle di polveri contenenti l'agente infettivo che restano sospese nell'aria per un lungo periodo e che possono essere trasportate a distanza. 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 lontano dalla sorgente, secondo fattori ambientali favorevoli la dispersione.

Esempi di infezioni

- Tubercolosi polmonare aperta;
- Herpes zoster disseminato/Varicella zoster;
- Morbillo.

13.3.1 Misure aggiuntive da aggiungere per la corretta gestione della malattia infettiva

Su ordine e prescrizione Medico e firma del Direttore sanitario: sistemazione di un paziente in MAA.

- Di regola pazienti con una tubercolosi polmonare aperta sono trattati in ospedale;
- Sistemare il paziente in una camera singola con i servizi igienici all'interno della stessa, la porta deve restare sempre chiusa e tutto il materiale di protezione personale dev'essere collocato all'esterno della stanza (in anticamera con porta o in corridoio);
- Se l'impianto lo prevede mettere la pressione dell'aria negativa con 6 - 12 ricambi d'aria per ora;
- Attivare un'appropriata eliminazione dell'aria all'esterno o una filtrazione monitorizzata ad alta efficienza con filtri HEPA dell'aria della stanza prima del suo ricircolo, se esistente;
- Tenere la porta della stanza sempre chiusa e il paziente in camera;
- Se non è disponibile una camera singola vi è la possibilità di mettere due pazienti aventi la stessa patologia infettiva nella stessa camera.

Protezione respiratoria

- Indossare una maschera ultrafiltrante per TBC: FFP2 o FFP3 prima di entrare in camera;

- Il personale che non ha gli anticorpi per la varicella o per il morbillo non deve entrare nella stanza di pazienti malati di Morbillo o di Varicella/Herpes zoster;
- Se personale suscettibile deve entrare nella camera di un paziente noto o sospetto di avere il morbillo o la varicella deve indossare una protezione respiratoria (maschera ultrafiltrante FFP2);
- Per tutti i collaboratori immunizzati (per via naturale o acquisita) alla varicella e al morbillo la maschera ultrafiltrante non è necessaria (N.d.R.: solo per queste due patologie).

Igiene delle mani

- Disinfezione delle mani prima di mettere i guanti (i guanti non sono necessari per il semplice passaggio nella stanza o se non vi sono rischi di contatto con liquidi biologici, i guanti seguono le indicazioni delle PU);
- Disinfezione delle mani dopo aver tolto i guanti;
- Disinfezione delle mani dopo aver lasciato la camera.

Guanti

- Utilizzo di guanti monouso in vinile o nitrile non sterili in caso di cure/assistenza con potenziale rischio di contatto con liquidi biologici, i guanti seguono le indicazioni delle PU;
- Durante l'assistenza diretta al paziente, cambiare i guanti dopo ogni contatto con materiale potenzialmente infetto (materiale fecale, drenaggi da ferite, ecc.);
- Cambiare o togliere ed eliminare i guanti in seguito disinfettare le mani prima di procedere ad altre mansioni;
- Rimuovere i guanti prima di lasciare la stanza del residente e disinfettare immediatamente le mani; assicurarsi che le stesse non tocchino oggetti o superfici ambientali potenzialmente contaminate al fine di evitare il trasporto di microrganismi a altri pazienti o nell'ambiente.

Trasporto del paziente

- Limitare solo a motivi essenziali lo spostamento e il trasporto del residente dalla camera;
- Mettere una maschera chirurgica al paziente quando vi sono degli spostamenti;
- Se il residente infetto deve essere trasportato all'esterno della camera, assicurarsi che siano applicate e mantenute le precauzioni per minimizzare il rischio di trasmissione di microrganismi ad altri pazienti, e di contaminazione delle superfici o attrezzature: se ci sono delle ferite la medicazione dev'essere chiusa e pulita, biancheria pulita e camicia pulita per il paziente e mani disinfettate;
- Informare il personale della struttura presso la quale l'utente è trasferito e/o l'addetto al trasporto;
- Se il residente infetto deve essere trasferito o trasportato per delle visite mediche o altro, tutti i riceventi e trasportatori devono essere avvisati per iscritto e verbalmente prima del trasporto, della presa in carico e della visita della MA da applicare.

Materiale per l'assistenza del paziente

- Utilizzare per ogni residente infetto del materiale monouso o dedicato. Materiale limitato all'essenziale e al bisogno reale per evitare sprechi;
- Se possibile destinare personale curante che si occupi esclusivamente delle camere dei residenti infetti per ridurre il rischio infettivo (coortare il personale);
- Se non è evitabile l'uso di materiale in comune, occorre pulirlo e disinfettarlo adeguatamente seguendo le indicazioni dell'Istituto, prima che sia utilizzato per un altro paziente (es. vasca da bagno, WC, glucometro, ecc.);

Informazioni di carattere generale

- Istruire i residenti, i parenti e/o i/le badanti sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione di microrganismi ai vicini o all'ambiente; ad es. corretta igiene delle mani dopo ogni contatto, soprattutto se contatto con liquidi biologici, uso della mascherina ultrafiltrante (FFP2/FFP3) che copra naso e bocca;
- Regolamentare l'accesso dei visitatori (al massimo due contemporaneamente) e informarli sulle norme igieniche da osservare durante la visita al residente e nella gestione dei suoi effetti personali (non sedersi sul letto, igiene delle mani se contatto con utenti, uso del camice/guanti/mascherine, maschera ultrafiltrante, ecc.);
- Appendere all'esterno della porta un cartello con la dicitura "prima di entrare chiamare il personale curante" o appendere le indicazioni per una visita sicura: tipo d'isolamento e gestione dei dispositivi di protezione personale;
- Alla dimissione o alla fine delle MA, come prima azione aerare per minimo 1/2 ora la camera con porta d'entrata chiusa, dopodiché è sufficiente una pulizia con detergente disinfettante dell'unità letto, dei pavimenti, delle superfici e della toilette della camera di degenza;
- Igiene ambientale: le pulizie possono iniziare dopo 1/2 ora di arieggiamento della camera con porta d'entrata chiusa. Le camere dopo la degenza dei residenti in MA devono essere pulite per ultime; ponendo particolare attenzione all'igiene dei servizi igienici;
- Se possibile, lasciare in toilette i prodotti per la detersione/disinfezione del WC, soprattutto per le camere con più residenti;
- La pulizia di routine dell'ambiente e la disinfezione delle superfici/ambienti in caso di versamento di materiale biologico, garantiscono un'adeguata protezione;
- Esistono dei sistemi di nebulizzazione per la disinfezione ambientale che possono essere usati alla fine delle MA, da eseguire a camera vuota (trattamento che va dalle 2 alle 6 ore di azione seguito da un'ottima aerazione del locale di almeno 1 ora);
- La biancheria intrisa di liquidi biologici va raccolta in sacchi di plastica chiusi e con appeso un'etichetta con la dicitura "liquidi biologici";
- In casi particolari, su indicazione del capo struttura e/o Direttore sanitario, la biancheria dovrà essere raccolta negli appositi contenitori con dei sacchi idrosolubili o sacco di stoffa messo nel sacco di plastica (biancheria contaminata);
- Per la gestione della biancheria considerata infetta bisognerà mettere il sacco presente in camera in un altro sacco all'esterno della camera per garantirne il trasporto sicuro, e avvisare il personale della lavanderia;
- La biancheria da letto e gli asciugamani non devono mai essere gettati per terra;
- Pubblicare dei fogli informativi per gli utenti e i parenti per i tre tipi di MA (contatto, goccioline, aereo);
- Astenersi dal far lavare gli indumenti dei residenti dai parenti per almeno 2 settimane dall'inizio della terapia;
- Lavare le tende della camera;
- Normalmente e quotidianamente le stoviglie, i vassoi e i carrelli sono lavati in lavastoviglie e disinfettati dopo ogni uso;
- Il personale addetto al lavaggio delle stoviglie, dei vassoi e dei carrelli dedicati ai pasti degli ospiti, deve indossare il grembiule, i guanti e disinfettare le mani con soluzione idroalcolica prima della ricezione delle stoviglie e alla fine della procedura;
- Usare mascherine ultrafiltranti (FFP2/FFP3) a norma, prestando attenzione alle ore effettive di efficacia date dal produttore.

13.4 **Tabella riassuntiva sui dispositivi di protezione specifici in caso di MA**

Tipo di precauzione	Contatto	Goccioline	Aerosol
Igiene delle mani	Come nelle misure delle Precauzioni Universali		
Guanti	Seguono le indicazioni delle PU (da indossare se vi è un potenziale contatto con liquidi biologici o chimici/irritanti) Non sono necessari per il semplice passaggio in camera	Seguono le indicazioni delle PU (da indossare se vi è un potenziale contatto con liquidi biologici o chimici/irritanti) Non sono necessari per il semplice passaggio in camera	Seguono le indicazioni delle PU (da indossare se vi è un potenziale contatto con liquidi biologici o chimici/irritanti)
Camice	Se previsto contatto diretto con il malato o con l'ambiente immediatamente circostante Non è necessario per il semplice passaggio in camera	Se previsto contatto diretto con il malato o con l'ambiente immediatamente circostante Non è necessario per il semplice passaggio in camera	Segue le indicazioni delle PU
Mascherina	Segue le indicazioni delle PU	Entro un metro di distanza dal malato	Prima di entrare in camera (FFP2/FFP3)
Occhiali di protezione/visiera	Seguono le indicazioni delle PU	Entro un metro di distanza dal malato	Seguono le indicazioni delle PU

Tutte le MA devono essere notificate dal Capo cure o chi ne fa le veci, l'isolamento del residente è un ordine medico.

13.5 **Tabella riassuntiva per l'applicazione (degli isolamenti) / delle MA nei vari servizi**

Tipo di isolamento/MA	Residenti in CpA	Pazienti CAT/STT	Pazienti/residenti CURE PALLIATIVE
Contatto 	Nessun isolamento, si isola il germe. Il residente può uscire dalla camera seguendo le indicazioni assegnate	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario
Goccioline 	Su O.M. secondo il tipo di caso. Con prescrizione, ordine medico e firma del Direttore sanitario	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario
Aerosol 	Sì, con prescrizione, ordine medico e firma del Direttore sanitario. Il Residente resta in camera con porta chiusa	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario. Il Residente resta in camera con porta chiusa	Confermate con prescrizione*, ordine medico e firma del Direttore sanitario. Il residente resta in camera con porta chiusa

*Indicazioni precise su modalità e tempistica delle MA da applicare e rispettare nello specifico

Tutte le MA/isolamenti devono essere revocate dal medico curante.

13.6 Tabella riassuntiva MA Contatto (MAC)

MISURA ADDIZIONALE CONTATTO	
Contatto diretto: attraverso il residente. Contatto indiretto: tra i residenti attraverso le mani stesse dei curanti o un oggetto contaminato (es. termometro, stetoscopio, ecc.).	
Igiene delle mani	All'entrata della camera Disinfezione delle mani prima e dopo l'eventuale uso dei guanti All'uscita della camera
Guanti	Seguono le indicazioni delle PU (da indossare se vi è un potenziale contatto con liquidi biologici o chimici/irritanti) Non necessari per il semplice passaggio in camera
Camice	Camice monouso non sterile All'entrata della camera Non necessario per il semplice passaggio senza contatto con il residente o il suo ambiente
Materiale di cura	Riservato al paziente/utente e resta in camera Limitare gli stock per evitare sprechi Prediligere il materiale monouso Disinfezione chimica del materiale riutilizzabile nella camera e dopo l'interruzione della MA
Trasporto del paziente	Limitato ai bisogni essenziali Medicazione chiusa e pulita Biancheria pulita Indumenti puliti per il residente Igiene delle mani Avvisare il servizio di destinazione in modo che prendano le misure adeguate
Camera singola	Possibilità di mettere due pazienti con la stessa patologia infettiva nella stessa camera

13.7 Tabella riassuntiva MA Goccioline (MAG)

MISURA ADDIZIONALE GOCCIOLINE	
Goccioline > 5 micron trasmesse dalla tosse, dalla conversazione, starnuti e alcune manovre invasive (bronco-aspirazione, ecc.). Le particelle infette possono causare un'infezione se raggiungono le mucose di un'altra persona. La trasmissione avviene a >1-2 metri dalla sorgente. Anche le mani contaminate dalle goccioline possono essere un vettore: goccioline-mani-occhi/bocca/naso/gola.	
Igiene delle mani	All'entrata della camera Disinfezione delle mani prima e dopo l'uso dei guanti All'uscita della camera
Guanti	Seguono le indicazioni delle PU (da indossare se vi è un potenziale contatto con liquidi biologici o chimici/irritanti) Non sono necessari per il semplice passaggio in camera
Maschera chirurgica con occhiali di protezione	Da indossare quando il lavoro è ravvicinato, a meno di 1-2 metri dal residente Es. cure di base, cure tecniche, medicazioni, esame medico, fisioterapia, pulizia della camera
Camice	Camice monouso non sterile per le cure ravvicinate e per la pulizia della camera All'entrata della camera Non è necessario per il semplice passaggio senza contatto con il residente/utente o il suo ambiente
Materiale di cura	Riservato al residente/ Utente, resta in camera Limitare gli stock per evitare sprechi Prediligere il materiale monouso Disinfezione chimica del materiale riutilizzabile nella camera e dopo l'interruzione della MA
Trasporto del paziente	Limitato ai bisogni essenziali Mettere una maschera chirurgica al residente quando vi sono degli spostamenti Biancheria pulita Indumenti puliti per il paziente Igiene delle mani Avvisare il servizio di destinazione in modo che prendano le misure adeguate
Camera singola	Possibilità di mettere due residenti con la stessa patologia infettiva nella stessa camera

I3.8 Tabella riassuntiva MA Aerosol



MISURA ADDIZIONALE AEREA	
Microgoccioline oppure particelle di polveri contenenti l'agente infettivo inferiori a 5 micron possono restare sospese nell'aria per un lungo periodo e possono essere disperse da correnti d'aria ed essere così inalate. TBC – Varicella - Morbillo	
Igiene delle mani	All'entrata della camera Disinfezione delle mani prima e dopo l'uso dei guanti All'uscita della camera
Materiale di cura	Riservato al residente, resta in camera Limitare gli stock in camera per evitare sprechi Prediligere il monouso Disinfezione chimica del materiale riutilizzabile nella camera e dopo l'interruzione della MA
Trasporto del paziente	Mettere una mascherina chirurgica al residente Limitato ai bisogni essenziali Biancheria pulita Indumenti puliti per il residente Igiene delle mani Avvisare il servizio di destinazione in modo che prendano le misure adeguate
Camera singola	Porta sempre chiusa Possibilità di mettere due pazienti/utenti, con la stessa patologia infettiva nella stessa camera solo se necessario e, dopo valutazione del potenziale infettivo con infettivologo.
Mascherine FFP2/FFP3	Da indossare all'esterno della camera, prima di entrare. Da togliere fuori dalla camera a porta chiusa.
I guanti, gli occhiali di protezione e il camice seguono le indicazioni delle PU	
In caso di TBC il residente, su OM, sarà trasferito in ospedale per le cure del caso	

I4. Medicina del personale

Al momento della firma del contratto di lavoro richiedere i seguenti documenti aggiornati:

- Fotocopia cartella o libretto delle vaccinazioni (aggiornato) ed eventuali prelievi di controllo Anti Hbs anticorpi, in particolare se vaccinazione > 5 anni.
- Attestato medico di idoneità lavorativa³;
- Nel caso di lavori a turni, l'idoneità lavorativa notturna - sarà da rinnovare ogni due anni fino all'età di 45 anni, poi annualmente secondo SECO (Cfr. "modulo "Decisione d'idoneità" ³)

Esempio di questionario sullo stato di salute

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

per l'assunzione alle dipendenze dello Stato

Il documento completo si può ottenere al seguente indirizzo:

<https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/sportello/autocert.pdf>

3

<https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nacharbeit.html>

14.1 Vaccinazioni e controlli sierologici

Le raccomandazioni formulate nel calendario vaccinale mirano a garantire una protezione ottimale degli operatori sanitari attivi all'interno di strutture sociosanitarie. Il Medico del personale propone i vaccini in funzione del rischio di contrarre la malattia e a protezione degli operatori vulnerabili o meno e degli utenti. È raccomandata in particolare la vaccinazione contro il morbillo, l'epatite B e la vaccinazione antiinfluenzale.

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>

Proposta di vaccinazioni per tipologia di funzione lavorativa

	Contatto con residenti in senso ampio (personale di cura, specialisti in attivazione, fisioterapisti, ergo-terapisti, accettazione, servizio alberghiero e servizio tecnico)	Amministrazione (finanze, fatturazione, centralino, risorse umane, farmacia)	Personale di cucina e ristorazione
Morbillo, Orecchioni, Rosolia (MOR/MMR) (solo collaboratori nati dopo il 1963)	X	X	X
Difterite-Tetano	X	X	X
Pertosse. Per il personale tra i 25 ed i 29 anni e a contatto con lattanti di <6 mesi	X	X	X
Varicella ¹ (< 40 anni)	X	X	X
Epatite B (HBV)	X		X
Epatite A (HAV)			X
Influenza	X	X	X

¹ Anamnesi verbale per varicella o vaccinazione. Se anamnesi dubbia valutare una sierologia di controllo.

Tabella riassuntiva schema vaccinale

EPATITE B (HBV)	3 dosi a 0-1-6 mesi e controllo del titolo anticorpale anti-HBs 4-8 settimane dopo la 3 ^a dose Anti-HBs > 100U/l: protetto, nessun ulteriore controllo Anti-HBs < 100U/l: somministrare un'ulteriore dose di vaccino, titolo anticorpale anti-HBs a distanza di 4-8 settimane Anti-HBs sempre < 100U/l dosare gli anticorpi anti HBc e AgHBs al fine di escludere un'infezione antecedente o cronica
EPATITE A (HAV)	2 dosi a 0-6 mesi. Nessun richiamo
EPATITE A e B	3 dosi per la B e 2 per la A (0-1-6 mesi) Controllo del titolo anticorpale anti-HBs 4-8 settimane dopo la 3 ^a dose
DIFTERITE-TETANO	Richiamo ogni 20 anni per i vaccini somministrati tra i 25 e i 64 anni, in seguito ogni 10 anni
PERTOSSE	Richiamo ogni 10 anni (il richiamo più frequente è raccomandato solo se contatti con dei lattanti <6 mesi e per donne in gravidanza)
MORBILLO-ORECCHIONI-ROSOLIA	2 dosi, a un intervallo di almeno 4 settimane conferiscono una protezione a vita
INFLUENZA	Ogni anno una dose nel periodo ottobre-novembre
VARICELLA	Per tutto le persone ≤40 anni in caso di anamnesi negativa: due dosi a un intervallo di 1-2 mesi Solo in caso di anamnesi dubbia per varicella eseguire sierologia
COVID-19/SARS-CoV-2	Secondo indicazione UFSP

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>

Ogni attività professionale o di formazione con una durata di più di 6 mesi presso una struttura comporta la verifica dello stato di salute del dipendente e la promozione di misure preventive. Per gli stagisti, gli allievi o gli apprendisti che rimangono 6 mesi o meno, la struttura deve comunque fornire le informazioni chiare sui principali rischi professionali in ambito sanitario. Se lo stage avviene nel periodo in cui è raccomandata la vaccinazione contro l'influenza questa deve essere proposta (gratuitamente). Al momento di concordare lo stage, la struttura verifica con la scuola che lo stagista o l'allievo sia adeguatamente vaccinato.

L'istituto garantisce al suo interno un servizio di medicina del personale assicurato da un medico con libero esercizio. Il medico per la medicina del personale non può essere il medico fiduciario dello stesso istituto di cura, per una questione di conflitto d'interesse.

Il dipendente può essere sottoposto a una valutazione medica d'entrata da eseguire entro 3 mesi dall'inizio dell'attività e, all'occorrenza, a ulteriori controlli e misure preventive nel corso della sua attività professionale, fatte salve le disposizioni per il lavoro notturno.

I costi derivanti dalla medicina del personale sono a carico del datore di lavoro.

La cartella sanitaria del lavoratore va conservata 40 anni se il collaboratore ha subito un'esposizione a microrganismi (es. tubercolosi, epatiti B e C, HIV e prioni) che causano infezioni latenti o che possono manifestarsi dopo un lungo arco di tempo.⁴

⁴ Art 13 cpv 3 dell'Ordinanza sulla protezione dei lavoratori dal pericolo derivante da microrganismi

14.2 Protezione della gravidanza e della maternità

Protezione della gravidanza e della maternità: rispetto dell'Ordinanza sulla protezione della maternità, OLL1.

https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/faq_arbeitsbedingungen/faq_mutterschutz.html

<https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/Schwangere-und-Stillende.html>



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Protezione della maternità: tabella sinottica

Dipartimento federale dell'economia,
della formazione e della ricerca DEFR
Segreteria di Stato dell'economia SECO
Condizioni di lavoro

Articoli di legge			Mesi di gravidanza										Parto	Settimane dopo il parto (e allattamento)			Fine alla fine dell'allattamento
			0/1	2	3	4	5	6	7	8	9	8		16	52		
LL = legge sul lavoro OLL = ordinanza concernente la legge sul lavoro M = ordinanza sulla protezione della maternità																	
LL	art. 35	Donne incinte e allattanti	L'attività svolta e le condizioni di lavoro non devono pregiudicare la salute delle donne incinte, delle madri allattanti e dei bambini. Salario dell'80% se l'attività non viene svolta e non può essere assegnata un'attività sostitutiva equivalente										Divieto di lavoro	cfr. testo a sinistra			
LL	art. 35a	Consenso	Occupazione solo con consenso: le lavoratrici incinte possono assentarsi dal lavoro mediante semplice avviso											Puerpere: cfr. testo a sinistra		Madri allattanti cfr. testo a sinistra.	
LL	art. 35a cpv. 4 art. 35b	Lavoro notturno	In caso di lavoro tra le 20.00 e le 6.00, offrire nella misura del possibile un'attività sostitutiva da svolgere tra le 6.00 e le 20.00											cfr. testo a sinistra			
LL	art. 59 cpv. 1	Disposizioni penali	Il datore di lavoro è punibile se viola le prescrizioni in materia di protezione speciale delle lavoratrici, intenzionalmente o per negligenza											cfr. testo a sinistra			
OLL 1	art. 60 cpv. 1	Lavoro straordinario	Nessun lavoro straordinario e al massimo 9 ore di lavoro al giorno fino al termine dell'allattamento											Madri allattanti: cfr. testo a sinistra			
OLL 1	art. 60 cpv. 2	Allattamento												Madri allattanti: diritto al tempo necessario all'allattamento (avvisare il superiore)			
														Tempo di lavoro retribuito per un'occupazione giornaliera di: ≤ 4 ore = 30 min. > 4 ore = 60 min. > 7 ore = 90 min.			
OLL 1	art. 61	Attività in piedi	Attività in piedi: riposo quotidiano di 12 ore; pause aggiuntive di 10 min./2 ore														
			Attività in piedi: max. 4 ore al giorno														
OLL 1	art. 62, 63	Lavori pericolosi e gravosi, valutazione dei rischi	La OLL 1 prescrive che, in caso di lavori pericolosi o gravosi, si debba procedere in linea di massima a una valutazione dei rischi (prescrizione nella M)											Madri allattanti: cfr. testo a sinistra			
OLL 1	art. 62 M	Fumo passivo	Donne incinte in zone per fumatori: la normativa sulla protezione contro il fumo passivo rinvia alla LL → art. 13 M (p.es. monossido di carbonio) → in generale, divieto di occupazione											Madri allattanti: cfr. testo a sinistra			
OLL 1	art. 64 cpv. 1	Lavori ritenuti soggettivamente gravosi	Esenzione da lavori ritenuti soggettivamente gravosi											Madri allattanti: cfr. testo a sinistra			
OLL 1	art. 64 cpv. 2	Capacità lavorativa ridotta												In caso di capacità lavorativa ridotta, adeguare il lavoro → certificato medico (primi mesi dopo il parto)			
OLL 3	art. 34	Protezione delle donne incinte e delle madri che allattano	Alle donne incinte e alle madri che allattano dev'essere offerta la possibilità di stendersi e riposarsi in condizioni adeguate											Madri allattanti: cfr. testo a sinistra			



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Protezione della maternità: tabella sinottica

Dipartimento federale dell'economia,
della formazione e della ricerca DEFR
Segreteria di Stato dell'economia SECO
Condizioni di lavoro

Articoli di legge			Mesi di gravidanza									Parto	Settimane dopo il parto (e allattamento)			Fine alla fine dell'allattamento
LL = legge sul lavoro OLL = ordinanza concernente la legge sul lavoro M = ordinanza sulla protezione della maternità			0/1	2	3	4	5	6	7	8	9		8	16	52	
OLL 1 art. 63	Valutazione dei rischi e informazione		Valutazione dei rischi effettuata da un esperto competente prima di assumere personale femminile: risultato della valutazione registrato per scritto insieme alle misure di protezione proposte. Informare e istruire le lavoratrici in modo tempestivo, esauriente e adeguato												cfr. testo a sinistra	
M art. 2	Verifica delle misure di protezione		Verifica, da parte del medico curante, dello stato di salute della lavoratrice e dell'efficacia delle misure di protezione												cfr. testo a sinistra	
M art. 3	Certificato medico		In caso di lavori pericolosi o gravosi: certificato per proseguire l'attività senza riserve o solo a determinate condizioni, oppure per interromperla (→ divieto di occupazione)												cfr. testo a sinistra	
M art. 4	Assunzione dei costi		Da parte del datore di lavoro: attuazione secondo gli art. 2 e 3 M												cfr. testo a sinistra	
M art. 7	Spostamento di carichi pesanti		Spostamento regolare di non più di 5 kg Spostamento occasionale di non più di 10 kg										Non oltre i 5 kg			
M art. 8	Lavori: freddo - caldo - umidità		Non sono ammessi i lavori a temperatura < -5°C o > 28°C o con umidità eccessiva; per i lavori a temperatura tra < 10°C e > -5°C → abbigliamento adeguato; per i lavori < 15°C → bevande calde													
M art. 9	Movimenti e posizioni del corpo affaticanti		Non sono ammessi i movimenti e le posizioni del corpo che provocano una affaticamento precoce; effetti di forze esterne sul corpo provocati da urti, scosse e vibrazioni												cfr. testo a sinistra	
M art. 10	Microorganismi		L'esposizione non deve essere pregiudizievole alla madre o al bambino Valutazione dei rischi in considerazione del tipo di microorganismi, delle attività svolte, del sistema immunitario della lavoratrice e delle misure di protezione adottate												Madri allattanti: cfr. testo a sinistra	
M art. 11	Lavori sottoposti al rumore		Non è ammesso un livello di pressione acustica ≥ 85dB(A) (L _{eq} 8 h)													
M art. 12	Radiazioni ionizzanti e non ionizzanti		Per le donne incinte non possono essere superati gli equivalenti di dose prescritti nell'ordinanza sulla radioprotezione. In caso di esposizione a radiazioni non ionizzanti (campi elettromagnetici statici e dinamici in qualsiasi gamma di frequenza) bisogna rispettare i valori massimi												Madri allattanti: divieto di lavoro con sostanze radioattive	
M art. 13	Sostanze chimiche pericolose		L'esposizione a sostanze chimiche pericolose non dev'essere pregiudizievole alla madre o al bambino Prestare attenzione soprattutto alle sostanze particolarmente pericolose per la lavoratrice e per il bambino												Madri allattanti: cfr. testo a sinistra	
M art. 14	Lavori che si basano su un sistema di organizzazione molto gravoso		In presenza di attività pericolose ai sensi degli articoli 7 a 13, divieto di svolgere lavoro notturno o a squadre Divieto di rotazione regolare in senso inverso o di lavoro per più di tre notti di lavoro consecutive												Madri allattanti: cfr. testo a sinistra	
M art. 15	Lavoro a ottimo e lavoro cadenzato		Il lavoro a ottimo e il lavoro cadenzato non sono autorizzati se non può essere regolato dalla lavoratrice stessa													
M art. 16	Occupazioni particolari vietate		Divieto di lavoro in condizioni di sovrappressione (p. es. camera di compressione o immersioni) Divieto di accedere a locali con un'atmosfera sotto-ossigenata													
M art. 17	Esperti competenti		Specialisti della sicurezza sul lavoro (medicigigienisti del lavoro, ingegneri della sicurezza) o altri che hanno acquisito le conoscenze e le esperienze necessarie per valutare i rischi in tutti i settori specifici													
M art. 18	Informazione		Accesso a tutte le informazioni necessarie e al bilancio della situazione aziendale in modo da poter valutare i rischi e verificare le misure di protezione adottate. Informazioni anche al medico												Madri allattanti: cfr. testo a sinistra	

Esempio di dichiarazione di rinuncia elaborato dall'Ufficio del medico cantonale

Dichiarazione di rinuncia

In riferimento alla vaccinazione contro l'epatite B che è stata proposta

al sottoscritto nato il

dal Dr med. [Nome COGNOME], medico del personale di [Struttura]

Dichiaro di rinunciare a questa vaccinazione e di sollevare il datore di lavoro da ogni responsabilità qualora in futuro, durante l'attività lavorativa, dovessi contrarre

l'epatite B.

Sono stato informato in modo dettagliato sui pericoli relativi a un'infezione dal virus dell'epatite B, che può essere causa di epatite fulminante, cirrosi epatica e cancro del fegato.

Rinuncio alla vaccinazione contro l'epatite B pur essendo cosciente che si tratta di una misura di prevenzione altamente efficace (oltre il 90% di protezione contro l'infezione sintomatica e il passaggio alla cronicità) e ben tollerata (sono state somministrate svariate centinaia di milioni di dosi e le complicazioni sono risultate estremamente rare).

La copertura assicurativa per gli incidenti e le malattie professionali, garantita dall'assicurazione infortuni obbligatoria, rimane intatta.

Rinuncio comunque a ulteriori rivendicazioni nei confronti del datore di lavoro, e in ogni caso a un risarcimento.

Se dovessi decidere in qualsiasi momento di sottopormi alla vaccinazione, la presente dichiarazione sarebbe stracciata.

Luogo e data:

Firma del dipendente:

Firma del medico:

Fonte:

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/vigilanza/2019_Modello_Dichiarazione_rinuncia_epatite_B.pdf

14.5 Lavoro notturno

Per coloro che svolgono più di 25 notti all'anno è necessario effettuare una visita medica per l'idoneità al lavoro notturno prima dell'inizio dell'attività lavorativa notturna.

La visita deve essere ripetuta ogni 2 anni e a partire dal 45° anno d'età, annualmente. Il datore di lavoro assume le spese della visita medica nella misura in cui non ne risponda un assicuratore.

Lavoro notturno: visita e certificato di idoneità³ da consegnare prima della data d'inizio. La visita e il certificato vanno rivalutati ogni 2 anni, per il personale > di 45 anni annualmente su indicazioni della SECO.

<https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html>

È possibile ottenere maggiori informazioni presso i seguenti siti

Ufficio dell'ispettorato del lavoro:

www.ti.ch/ispettorato-lavoro

SECO

https://www.seco.admin.ch/dam/seco/it/dokumente/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz%20und%20Verordnungen/Wegleitungen/Wegleitungen%202/Anhang5_Leitfaden_NA_SA.pdf.download.pdf/Anhang4_Leitfaden_NA_SA_it.pdf

[Modulo «Decisione d'idoneità» \(PDF, 164 kB, 02.03.2016\)](#)

Formulario per la visita medica d'idoneità e consulenza in caso di lavoro notturno

 Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca DEFR Segreteria di Stato dell'economia SECO							
CERTIFICATO MEDICO RELATIVO ALL'IDONEITÀ AL LAVORO NOTTURNO E AL LAVORO A SQUADRE							
Nome e indirizzo del medico: 	Nome e indirizzo dell'azienda: 						
Persona visitata: <table border="1"> <tr> <td>Cognome</td> <td>Nome</td> <td>Data di nascita</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Indirizzo</td> </tr> </table>		Cognome	Nome	Data di nascita	Indirizzo		
Cognome	Nome	Data di nascita					
Indirizzo							

https://www.seco.admin.ch/dam/seco/it/dokumente/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Formulare/Formular-Eignungsentscheid.pdf.download.pdf/VO_Entscheid_medUntersuchung_mai2014_it.pdf

14.6 Influenza, Covid-19/SARS-CoV-2 e virus respiratori

Newsletter UMC a cadenza settimanale nel periodo autunnale/invernale: valutazione della situazione nazionale con particolare attenzione al Ticino

Nel periodo autunnale/invernale l'UMC pubblica una newsletter settimanale. Questa newsletter informa sullo stato delle infezioni simil-influenzali (ILI, influenza-like illness) che raggruppano l'influenza, il Covid-19 e altri virus respiratori (per es. RSV, Adenovirus, Rhinovirus) per disporre di una fotografia sull'andamento dell'epidemia di influenza a livello locale, Svizzero e sulla "circolazione" dei virus respiratori. In conclusione, sono raccomandate le eventuali misure da intraprendere. Sono distinte 3 situazioni epidemiologiche con codice semaforico:

- VERDE equivale a un'attività virale bassa, le misure di protezione da utilizzare sono quelle abituali definite nelle procedure delle strutture e dei servizi.
- GIALLO equivale a un'attività virale di media intensità, situazione di pre-allerta (nessuna epidemia in corso), le misure di protezione possono variare localmente in funzione della situazione e sono quelle definite dalle procedure delle strutture e dei servizi.
- ROSSO equivale a una elevata attività virale (epidemia in corso). Si raccomanda alle strutture e ai servizi di implementare le misure a protezione dei residenti/pazienti e degli operatori sanitari, in particolare l'utilizzo delle mascherine garantendo la corretta igiene delle mani.

La newsletter è inviata da ADiCASI a tutte le CpA del Cantone.

Periodo d'allerta

Il periodo d'allerta è pubblicato al seguente indirizzo: <https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/malattie-a-z/malattie-a-z-indice/influenza-stagionale/>

Esempio di cartello da esporre per i collaboratori e i visitatori su come indossare la mascherina chirurgica

P.F. Indossare la mascherina chirurgica di protezione se:

- **Avete segni e sintomi di raffreddamento e/o influenzali**
- **Siete vaccinati contro l'influenza da meno di 14 giorni**
- **Siete entrati in contatto con persone ammalate o con segni e sintomi di raffreddamento e/o influenzali quali: dolori alle articolazioni, mal di testa, febbre, raffreddore, mal di gola, nausea, vomito e/o diarrea**

COME INDOSSARE LA MASCHERINA DI PROTEZIONE



14.7 Legionella

Documenti pubblicati dall'UFSP e Ufficio del medico cantonale

Legge federale sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso

<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20101912/index.html>

Ordinanza del DFI sull'acqua potabile e sull'acqua per piscine e docce accessibili al pubblico

<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20143396/index.html>

Guide all'autocontrollo e regole di igiene

<https://www4.ti.ch/dss/dsp/lc/chi-siamo/lc-informa/dettaglio/>

Manuale

https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/LC/Documenti/Manuale_autocontrollo_docce_02.2022_editabile_01.pdf

15. Lista dei microrganismi più conosciuti e gestione nelle CpA

	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite D	Epatite E
Virus	Picornavirus	Hepadnavirus	Flavivirus	Viroide	Calicivirus
Trasmissione	Oro-fecale	Parenterale Sessuale	Parenterale (sessuale)	Parenterale Sessuale	Oro-fecale
Incubazione	15 - 50 dì	30 - 180 dì	50 - 180 dì	15 - 64 dì	15 - 50 dì
Vaccinazione	Sì	Sì	No	(Sì, co-infezione con epatite B)	No
Infezione acuta?	Sì	50 - 70%	5 - 10%	Sì	Sì
Sintomi	Solitamente presenti (50 – 75% negli adulti)	Solitamente presenti anche se raramente severi. Dipende dall'età (più sintomatica negli adulti)	Per lo più asintomatica	Co-infezione o sovrainfezione di epatite B. Sintomi solitamente severi	Solitamente presenti. In gravidanza: severi
Cronicità	Mai	5% negli adulti	70 - 80%	Sì	Molto rara
Sequela	Raramente epatite fulminante	Cirrosi, cancro del fegato	Cirrosi, cancro del fegato	Epatite fulminante, cirrosi, cancro del fegato	Raramente epatite fulminante
Terapia	No	Sì	Sì	(Sì)	No
Reinfezione?	No	No	Sì	No	No

Epatite: infiammazione del fegato (può essere acuta o cronica).

Fibrosi: indurimento del fegato dovuto all'accumulo di tessuto di tipo "cicatriziale"

Cirrosi: stadio finale di una progressiva fibrosi epatica, caratterizzata da un'importante distorsione dell'architettura epatica con ripercussioni sulla funzione del fegato stesso.

Rischio di trasmissione di HCV, HBV e HIV dopo esposizione percutanea a sangue positivo a questi virus:

Soggetto donatore	Rischio di trasmissione
Epatite C	3%
Epatite B	2 - 6%
Infezione HIV	0,3%



Il grado di contagiosità dipende dalla carica virale nel sangue

15.1 Epatite A (HAV)

Tipo	Virus dell'epatite A Fa parte dei virus a RNA, è di piccole dimensioni e appartiene alla famiglia dei picornavirus. L'epatite A è una malattia infettiva del fegato causata dal virus dell'epatite A. Il virus è eliminato per via fecale. Il contagio avviene per via oro-fecale, ossia gli agenti patogeni giungono nell'organismo in modo diretto o indiretto tramite le feci. Ciò avviene perlopiù attraverso alimenti, acqua oppure oggetti d'uso contaminati da feci, nonché mediante infezione da contatto oppure nell'ambito di contatti stretti tra persone, p. es. all'asilo o nell'economia domestica comune, o anche in caso di contatti sessuali, soprattutto negli uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini. È possibile, ma estremamente raro, il contagio attraverso il sangue e gli emoderivati (anche mediante la condivisione delle siringhe fra tossicodipendenti). Sintomi: patologia acuta caratterizzata da febbre, malessere, inappetenza e nausea, dolore in zona del fegato, itterizia, urine scure. I bambini infetti sotto i sei anni presentano sintomi soltanto nel 30% dei casi. Nei bambini più grandi e negli adulti il decorso dell'infezione è perlopiù sintomatico, e nel 70% dei casi compare un ittero. In casi rarissimi, l'epatite A può essere fulminante e avere un esito letale oppure necessitare un trapianto di fegato. I test di funzionalità epatica, aminotransferasi soprattutto, sono alterati. La conferma della diagnosi avviene su base sierologica (Ig M per HAV positive, Ig G negative). Sopravvive nell'ambiente ≥ 30 giorni, è termostabile.
Trasmissione	Oro-fecale. Tramite l'ingestione di acqua, succhi o alimenti crudi o non sufficientemente cotti (insalate, frutta non sbucciata, frutti di mare, cubetti di ghiaccio, soprattutto nei paesi dove le condizioni igieniche possono essere insufficienti). Contatto diretto con una persona infetta.
Prevenzione	L'infezione da epatite A è evitabile con la vaccinazione, raccomandata tra l'altro prima di intraprendere un viaggio in una zona a rischio (con presenza da media a elevata di epatite A nella popolazione) e agli uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini. Oltre alla vaccinazione il mezzo più importante per la prevenzione della trasmissione dell'epatite A è il rispetto delle regole d'igiene fondamentali, p. es. lavarsi le mani dopo aver utilizzato i servizi igienici, prima della preparazione di alimenti e prima di mangiare. Nelle zone a rischio si consiglia inoltre di astenersi dal consumo di acqua non bollita, di consumare soltanto alimenti e molluschi sufficientemente cotti e di sbucciare personalmente la frutta.

	La vaccinazione è fortemente consigliata a tutti i collaboratori della ristorazione.
Periodo d'incubazione	15 - 50 giorni (di norma 25 - 30 giorni).
Periodo di contagio	La malattia dura tipicamente diverse settimane (fino a sei mesi) e di norma guarisce spontaneamente. L'infezione non è mai cronica e lascia un'immunità permanente. Il virus è eliminato con le feci delle persone infette per 1 - 2 settimane prima e per qualche giorno dopo l'insorgenza dell'ittero.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna. L'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente. Solo in caso d'incontinenza fecale il residente deve restare in camera e vengono applicate le MA da contatto (MAC).
Precauzioni Universali	Per tutti i pazienti senza tener conto della loro diagnosi o del loro presunto stato infettivo. Sono necessarie per tutti, devono essere applicate da tutto il personale, ovunque e in ogni momento di cura.
Ubicazione del residente	Il residente con incontinenza fecale e/o non collaborante deve restare in camera.
Trasporto paziente	Biancheria del letto e abiti puliti.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No In caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Visite	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.
Misure complementari	A personale sieropositivo per l'Epatite C o/e epatite B viene raccomandata la vaccinazione contro l'Epatite A. Raccomandata la vaccinazione al personale che si occupa della popolazione vulnerabile (disabili in istituti) e al personale occupato nella ristorazione. Vaccinazione del personale in caso di epidemia o nelle regioni endemiche.
Pulizie e disinfezione	
Letto e biancheria	Biancheria macchiata con feci da mettere in un sacco idrosolubile o di stoffa e poi nel sacco di plastica previsto per il tipo di biancheria infetta. Secondo indicazioni interne/CRF procedure interne.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Detersione e disinfezione chimico - meccanica immediata di tutte le macchie visibili (CFR procedure interne).

	Pulizia giornaliera: detersione e disinfezione chimico - meccanica dell'ambiente diretto del paziente e disinfezione abituale delle altre superfici. All'uscita del paziente: come sopra.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore giallo di sicurezza a norma Sharp. Rifiuti normali: sacco nero RSU.
Dichiarazione del caso	
Medico cantonale	Il medico curante o il direttore sanitario deve inoltrare la segnalazione al Medico cantonale entro 24 ore.

15.2 Epatite B (HBV)

Tipo	Virus a DNA appartenente alla famiglia Hepadnavirus. L'epatite B è una malattia infettiva del fegato causata dal virus dell'epatite B. Il virus è molto contagioso e facilmente trasmissibile attraverso il contatto con i liquidi biologici (in particolare sangue e secrezioni genitali) di persone infette, sia durante un rapporto sessuale (genitale, anale, orale) o attraverso la condivisione di siringhe, sia tramite il contatto con piccole lesioni cutanee o con le mucose. Le madri infette possono trasmettere la malattia al figlio durante il parto. Secondo l'UFSP in Svizzera circa lo 0,5% della popolazione è infetta con il virus dell'Epatite B, mentre a livello mondiale la media è del 3,5%. Sopravvive nell'ambiente ≥ 7 giorni. Guarigione spontanea nel 90% dei casi negli adulti. L'1% dei casi sviluppa un'epatite fulminante. Il 10% dei pazienti adulti infettati da HBV evolvono in forma cronica (90% dei neonati). Queste forme croniche possono evolvere in cirrosi e portare a carcinoma epatocellulare. <u>Individui con buona risposta immunitaria sviluppano una malattia acuta con risoluzione spontanea.</u> <u>In caso di persone con immunità diminuita la malattia prosegue da una fase acuta a una fase cronica.</u> Il virus una volta nel sangue attacca il fegato e si moltiplica nelle sue cellule: gli epatociti. Il sistema immunitario distrugge gli epatociti infettati generando un'inflammatione cronica del fegato, non potendo eliminare il virus. Spesso i sintomi sono subclinici. In alcuni casi subentrano sintomi quali febbre, astenia, nausea, vomito, dolori ipocondrio destro, artralgie, rash cutaneo, ittero. La fase sintomatica può prolungarsi fino a 3 mesi. Una co-infezione oppure sovrainfezione con il virus epatite D è molto rara.
Trasmissione	Contagiosità elevata da siero, sangue. Moderata da sperma, secrezioni vaginali, saliva/morsicature. Bassa/non dimostrata: urine, feci, traspirazione, latte materno, liquido sinoviale. Ca. 10 volte più contagioso dell'HIV.
Periodo d'incubazione	30 - 180 giorni. Mediamente da 60 a 90 giorni.
Periodo di contagio	Si è potenzialmente contagiosi ancor prima della comparsa dei sintomi, che spesso sono molto lievi. Nel caso di un decorso cronico l'infettività risulta persistente in quanto il virus è rilevabile nel sangue.
Coltura Esami di labor	La sierologia ha diversi marcatori che permettono di stabilire se l'infezione è guarita o cronica e se la vaccinazione è efficace (titolo anticorpale anti Hbs).

Controllo e prevenzione	Vaccinazione, profilassi d'esposizione, sorveglianza del sangue da trasfondere.		
PEP	<u>Tutte le esposizioni accidentali devono essere segnalate immediatamente alla Medicina del Personale.</u> Persona vaccinata con Ac anti HBs > 100 UI/l = Ø: nessun controllo e no vaccino. Persona vaccinata con Ac anti HBs 10 – 100 UI/l = 1 dose di vaccino. Persona vaccinata con Ac anti HBs < 10 UI/l e fonte Ag HBs+ = HB Ig (immunoglobuline) + vaccino. Persona vaccinata con Ac anti HBs < 10 UI/l e fonte AgHBs- o sconosciuta = vaccino. Persona vaccinata con Ac anti HBs sconosciuti = 1 dose vaccino Persona non vaccinata e fonte HBV + = HB Ig + vaccino (immunoglobuline + vaccinazioni). Persona non vaccinata e fonte HBV – o sconosciuta = vaccino.		
Valutazione esposizione potenziale HBV	- Modo di trasmissione/contagio (parenterale, contatto pelle lesa, mucose, proiezione di sangue negli occhi o mucose). - Tempo d'esposizione. - Stato d'immunità della persona esposta. - Stato del residente/fonte (HBsAg).		
Definizione dei risultati di laboratorio	Ag HBs	1° marker presenza virus, epatite acuta.	
	Ag Hbe	Marker d'infettività (acuto e/o cronico) indica la moltiplicazione virale.	
	Ac anti HBc	Risposta immunologica all'infezione	
	Ac anti HBc + soggetto guarito	Infezione in corso o pregressa.	
	Ac anti HBs	IgM anti HBc	Infezione acuta, primi 6 mesi.
		IgG anti HBc	Immunità vecchia.
	Ac anti HBs		Marker guarigione e immunità vaccinale.
	Ag HBs + Ac anti HBc + Ag Hbe		Infezione acuta o epatite cronica
	Ag HBs + Ac anti HBc + Ac anti Hbe		HBV-DNA positivo = fase attiva con replicazione del virus. HBV-DNA negativo = portatore senza replicazione o fase di siero conversione.
Presa a carico del residente			
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente. Si applicano MA da contatto (MAC) se c'è il rischio di un'importante emorragia. Guanti, camice di protezione, occhialini e maschera chirurgica solo in caso di proiezioni di sangue e/o liquidi biologici.		
Precauzioni Universali	Per tutti i pazienti senza tener conto della loro diagnosi o del loro presunto stato infettivo, sono necessarie per tutti, devono essere applicate da tutto il personale, ovunque e in ogni momento di cura.		
Visite	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.		
Trasporto paziente	Biancheria del letto e abiti puliti.		
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori			
Camice monouso di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire l'indicazione delle PU.		
Guanti	No Tranne in caso di esposizione prevedibile liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.		
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.		
Misure complementari	La vaccinazione contro l'HBV è fortemente raccomandata a tutti i collaboratori.		

Pulizie e disinfezione	
Letto e biancheria	Biancheria macchiata con liquidi biologici da mettere in un sacco idrosolubile o di stoffa e poi nel sacco di plastica previsto per il tipo di biancheria. CFR procedure interne.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Detersione e disinfezione chimico - meccanica immediata di tutte le macchie visibili (CFR procedure interne). Pulizia giornaliera: detersione e disinfezione chimico - meccanica dell'ambiente diretto del paziente e disinfezione abituale delle altre superfici. All'uscita del paziente: come sopra.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore giallo di sicurezza a norma Sharp. Rifiuti macchiati di sangue o liquidi biologici: contenitore giallo di sicurezza Sharp. Rifiuti normali: sacco nero RSU.
Dichiarazione del caso	
Medico cantonale	Il Direttore sanitario o il medico curante deve fare la segnalazione al Medico cantonale entro 1 settimana.

15.3 Epatite C (HCV)

Tipo	Piccolo virus a RNA. Appartenente alla famiglia Flaviviridae. Tasso di mutazione elevato. L'epatite C è causata da un'infezione da virus dell'epatite C (HCV). La trasmissione dell'agente patogeno avviene attraverso il sangue di una persona infetta. Il pericolo d'infezione deriva soprattutto dallo scambio di siringhe, da interventi chirurgici con strumenti non sufficientemente sterilizzati, da tatuaggi e piercing con strumenti non sterili o da ferite provocate da questi ultimi. Un'altra possibile fonte di contagio sono le trasfusioni di sangue in Paesi in cui il sangue donato non è sottoposto a un test per gli anticorpi anti-HCV. I contagi per via sessuale avvengono meno frequentemente, ma con un rischio particolarmente elevato all'interno di determinati gruppi, per esempio tra gli uomini che hanno rapporti sessuali di gruppo con altri uomini, soprattutto se co-infetti da HIV. La trasmissione dalla madre infetta al neonato durante il parto spontaneo è possibile, ma rara. Sopravvive da minimo 16 ore fino a 4 giorni nell'ambiente. Fase acuta: 2 - 12 settimane. Spesso è in forma subclinica, a volte compaiono: febbre, fatica, perdita d'appetito, nausea, dolori addominali, ittero. Spesso l'infezione è asintomatica. Malattia cronica: il virus, riesce sfuggire alla risposta immunitaria. Il virus entra negli epatociti, dove si replica provocando un'infezione cronica con reazione infiammatoria che sull'arco di anni porta a una "fibrosi del fegato" che può evolvere verso la cirrosi o l'epatocarcinoma. La fibrosi è accelerata da: co-infezione HIV, abuso alcolico, sovrappeso, medicinali ad eliminazione epatica assunti in terapia cronica, tabacco, cannabis. <u>Infezione acuta Epatite C (clinica e subclinica):</u> 20% guarigione; 80% evoluzione in epatite cronica che porta alla cirrosi nel 20% dei casi e al carcinoma epatico nel 4%. Infezione acuta spesso asintomatica. Infezione cronica 80% (cirrosi > 20 anni 10 - 20%; CA epatico 5 - 10%).
Trasmissione	Per via sanguigna. Da contatto. Esposizione percutanea: 0,5%, esposizione cute lesa, mucose, congiuntive, emodialisi, trapianto d'organi.

Periodo di contagio	Dalla seconda metà del periodo d'incubazione, non escludibile una contagiosità nella prima metà del periodo di incubazione. In caso di un decorso cronico durante tutta la durata di replicazione del virus nel sangue.
Periodo d'incubazione	50 - 180 giorni. In media tra 6 e 9 settimane.
Controllo e prevenzione	Non esiste vaccino. L'esposizione accidentale rappresenta un rischio di contrarre la malattia. Guarigione spontanea in circa il 20% dei casi. Profilassi d'esposizione, sorveglianza degli emoconcentrati. Esistono 3 classi di farmaci: NS3/4A-inibitori della proteasi («-previr»); NS5A-inibitori («-asvir») e NS5B-inibitori («-buvir»). La terapia consiste in due principi attivi diversi. La durata della terapia è da 8 a 12 settimane a dipendenza del principio attivo scelto, dello stato del fegato (fibrosi/cirrosi) ed ev. del genotipo (4 genotipi). La percentuale di successo è elevata, 95%. Precauzioni Universali (PU). In caso di emorragie importanti MA da contatto (MAC).
PEP	<u>Tutte le esposizioni accidentali devono essere segnalate immediatamente alla Medicina del Personale.</u> Pz Ø HCV = Ø fattori di rischio = Ø. Pz Ø HCV ma con fattori di rischio = dosaggio ALAT + anti HCV a 0 - 3 - 6 mesi (e HCV-RNA se ↑ ALAT e/o sieroconversione). Pz HCV+ = dosaggio ALAT + anti HCV a 0 - 3 - 6 mesi, HCV-RNA se ↑ ALAT e/o sieroconversione. I fattori di rischio: uso di droghe, trasfusioni o procedure mediche invasive in un paese ad alta prevalenza, partner HCV positivo, tatuaggi o piercing in condizioni d'igiene dubbie.
Valutazione esposizione potenziale HCV	Modo di trasmissione/contagio: parenterale, contatto pelle lesa, mucose, proiezione di sangue negli occhi. Tempo d'esposizione. Stato d'immunità della persona esposta. Stato del residente/fonte (HCV Ac).
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente. Si applicano MA da Contatto (MAC) se c'è il rischio di un'importante emorragia. Guanti, camice di protezione, occhiali e maschera chirurgica solo in caso di proiezioni di sangue e/o liquidi biologici.
Precauzioni Universali	Per tutti i residenti senza tener conto della loro diagnosi o del loro presunto stato infettivo. Sono necessarie per tutti, devono essere applicate da tutto il personale, ovunque e in ogni momento di cura.
Visite	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.
Trasporto paziente	Biancheria del letto e camicia da notte puliti.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No Tranne che in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.

Pulizie e disinfezione	
Letto e biancheria	Biancheria macchiata con liquidi biologici da mettere in un sacco idrosolubile o di stoffa e poi nel sacco di plastica previsto per il tipo di biancheria. (CFR procedure interne).
Pulizia generale e pulizia unità residente	Detersione e disinfezione chimico - meccanica immediata di tutte le macchie visibili (CFR procedure interne). Pulizia giornaliera: detersione e disinfezione chimico - meccanica dell'ambiente diretto del paziente e disinfezione abituale delle altre superfici. All'uscita del paziente: come sopra.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore giallo. Rifiuti macchiati di sangue o liquidi biologici: contenitore giallo. Rifiuti normali: sacco nero RSU.
Dichiarazione del caso	
Medico cantonale	Medico curante o il direttore sanitario deve trasmettere la segnalazione al Medico cantonale entro 1 settimana.

15.4 Virus dell'immunodeficienza umana (HIV)

Tipo	Retrovirus a RNA monocatenario del genere Lentivirus. Il Retrovirus ha una grande variabilità genetica (mutazioni) per garantirsi la sopravvivenza e la replicazione nell'ospite. L'HIV è un virus che, in assenza di cure, distrugge lentamente il sistema immunitario cellulomediato umano. Lentivirus HIV 1 e 2, SIV. Sopravvivono nell'ambiente < 2 ore. Fasi dell'infezione: 1) Infezione primaria che si manifesta come sindrome influenzale con linfadenopatia, rash cutaneo con fase di sieroconversione che segue l'infezione (2 - 12 settimane). 2) Fase di latenza spesso asintomatica: a volte accompagnata da stato di linfadenopatia generalizzata (8 - 10 anni) con carica virale bassa. Durante questo periodo la persona HIV positiva può trasmettere il virus ad altre persone. 3) Fase d'immunodepressione avanzata, inizialmente infezioni opportunistiche minori, poi infezioni legate all'immunodeficienza (1 - 6 anni). 4) Fase d'immunodepressione profonda: fase conclamata dell'AIDS. Compromissione severa dello stato clinico: viremia elevata, malattie opportuniste maggiori malattie tumorali. Quando si manifesta una di queste infezioni opportuniste e/o tumori (PJP - pneumocisti, candidosi, toxoplasmosi, CMV - Citomegalovirus, MAC - <i>M. avium</i> complex, e altre; oppure determinati tumori: linfomi, sarcoma di Kaposi e altri) la malattia è classificata come stadio di AIDS.
Trasmissione	Via sessuale, parenterale (ematica), verticale (gravidanza, madre-figlio) ed esposizione accidentale. Tutti siamo a rischio in caso di esposizione accidentale. 0,1 – 0,5% di possibilità di essere contagiati in caso d'esposizione accidentale.
Periodo di contagio	Dal momento del contatto con l'agente patogeno si è potenzialmente contagiosi.
Coltura, Labor	Test di screening: test combinati - sia antigene/anticorpi. Test di conferma: Western Blot o HIV-RNA. Per la diagnosi sono necessari un

	test di screening ed un test di conferma, questi possono essere eseguiti sullo stesso prelievo.																
Trattamento Controllo e prevenzione	Non esiste vaccino. Non esiste una terapia per la guarigione Applicazione delle Precauzioni Universali. Esiste una terapia virale specifica per il controllo della replicazione del virus. Dato il numero di antiretrovirali che abbiamo a disposizione, la terapia è individualizzata tenendo conto delle caratteristiche del paziente e dei farmaci e va assunta a vita. Lo scopo della somministrazione degli antivirali (terapia antiretrovirale combinata) è di bloccare la replicazione virale per impedire lo sviluppo dell'immunodeficienza. Controlli carica virale e della immunità cellulare <i>ad vitam</i>.																
PEP	<u>Tutte le esposizioni accidentali devono essere segnalate immediatamente alla Medicina del Personale.</u> ESPOSIZIONE ACCIDENTALE ALL'HIV: esposizione percutanea, rischio stimato d'infezione da 0,2 - 0,5%. Trattamento post-esposizione: in caso di ferita <u>lavare abbondantemente con acqua e disinfettare, fare la sierologia (HIV, HBV, HCV) a chi è entrato in contatto con l'agente patogeno, controlli a 0 - 3 e 6 mesi.</u> <u>Se determinato dal medico del Pronto Soccorso/infettivologo ed è consigliata la terapia post-esposizione, entro 24 ore dall'esposizione (preferibilmente entro 4 ore), si somministra una tri terapia (PEP) durante 4 settimane. In questo periodo non si deve donare sangue, rapporti sessuali protetti fino al risultato della sierologia (test sierologico di 4. generazione) a distanza di 6 settimane dopo l'esposizione.</u> <u>Precauzioni per evitare un'esposizione accidentale:</u> mai incappucciare gli aghi; guanti in caso di manipolazione con liquidi biologici; uso dei guanti per prelievi e iniezioni, doppio paio di guanti per i chirurghi/operatori; camice, maschera e occhiali di protezione se si è a rischio di proiezioni; vaccinare tutto il personale contro l'epatite B (che è 100 volte più infettiva dell'HIV). <table><tr><th colspan="4">Residente/Fonte</th></tr><tr><td>HIV negativo o HIV positivo con viremia non rilevata da 6 mesi</td><td>HIV positivo mai trattato</td><td>Infezione HIV con viremia rilevata recentemente</td><td>Stato HIV sconosciuto</td></tr><tr><td style="text-align: center;">↓</td><td style="text-align: center;">↓</td><td style="text-align: center;">↓</td><td style="text-align: center;">↓</td></tr><tr><td>PEP non indicata</td><td>PEP</td><td>PEP</td><td>Residente/fonte disponibile = screening rapido o discutere PEP. Residente/fonte non disponibile = discutere PEP.</td></tr></table>	Residente/Fonte				HIV negativo o HIV positivo con viremia non rilevata da 6 mesi	HIV positivo mai trattato	Infezione HIV con viremia rilevata recentemente	Stato HIV sconosciuto	↓	↓	↓	↓	PEP non indicata	PEP	PEP	Residente/fonte disponibile = screening rapido o discutere PEP. Residente/fonte non disponibile = discutere PEP.
Residente/Fonte																	
HIV negativo o HIV positivo con viremia non rilevata da 6 mesi	HIV positivo mai trattato	Infezione HIV con viremia rilevata recentemente	Stato HIV sconosciuto														
↓	↓	↓	↓														
PEP non indicata	PEP	PEP	Residente/fonte disponibile = screening rapido o discutere PEP. Residente/fonte non disponibile = discutere PEP.														

Valutazione dell'esposizione potenziale HIV	A) PEP raccomandata in caso di esposizione percutanea, in caso d'esposizione a concentrati contenenti il virus. B) PEP da considerare in caso d'esposizione di mucose, congiuntive o pelle lesa. C) PEP non raccomandata in caso d'esposizione con pelle intatta.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente. Si applicano MA da Contatto (MAC) se c'è il rischio di un'importante emorragia. Guanti, camice di protezione, occhiali e maschera chirurgica solo in caso di proiezioni di sangue e/o liquidi biologici.
Precauzioni Universali	Per tutti i pazienti senza tenere conto della loro diagnosi o del loro presunto stato infettivo. Sono necessarie per tutti, devono essere applicate da tutto il personale, ovunque e in ogni momento di cura.
Visite	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.
Trasporto paziente	Nessuna misura particolare.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Pulizie e disinfezione	
Letto e biancheria	Biancheria macchiata con liquidi biologici da mettere in un sacco idrosolubile o di stoffa e poi nel sacco di plastica previsto per il tipo di biancheria.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Detersione e disinfezione chimico - meccanica immediata di tutte le macchie visibili (CFR procedure interne). Pulizia giornaliera: detersione e disinfezione chimico - meccanica dell'ambiente diretto del paziente e disinfezione abituale delle altre superfici. All'uscita del paziente: come sopra.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore giallo. Rifiuti macchiati di sangue o liquidi biologici: contenitore giallo. Rifiuti normali: sacco nero RSU.
Dichiarazione del caso	
Medico cantonale	Il Direttore sanitario o il medico curante deve fare la segnalazione al Medico cantonale entro 1 settimana.

15.5 Ascesso minore con medicazione chiusa

Agente etiologico	Eziologie multiple (vari tipi di batteri).
Serbatoio/fonte di contagio	Paziente, dispositivi medici contaminati.
Trasmissione/contagio	- Contatto diretto (interumana) - Personale curante (mani) - Contatto indiretto (dispositivi medici o diagnostici, strumenti, ambiente immediato)
Periodo d'incubazione	Dipende dal tipo di battere.
Periodo di contagio	Finché le secrezioni persistono e non vengono trattate

Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali è sufficiente
Dispositivi di protezione per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)
Guanti	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)
Mascherina e occhiali di protezione	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)

15.6 Ascesso purulento senza medicazione chiusa

Agente etiologico	Eziologie multiple (vari tipi di batteri).
Serbatoio/fonte di contagio	Paziente, dispositivi medici contaminati.
Trasmissione/contagio	- Contatto diretto (interumana) - Personale curante (mani) - Contatto indiretto (dispositivi medici o diagnostici, strumenti, ambiente immediato)
Periodo d'incubazione	Dipende dal tipo di batterio.
Periodo di contagio	Finché le secrezioni persistono e non vengono trattate
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali è sufficiente
Ubicazione del residente	Se possibile in camera singola
Materiale di cura	Dedicato al residente per la durata dell'infezione. Preferire il materiale monouso
Durata delle indicazioni	Finché le secrezioni persistono
Trasporto del residente	- Medicazione pulita e chiusa - Abiti puliti - Limitare i trasporti all'essenziale - Notificare il servizio di trasporto e di destinazione in modo che adottino le misure appropriate
Visite	- Non sedersi sul letto - Disinfezione delle mani quando si lascia la camera
Dispositivi di protezione per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)
Guanti	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)
Mascherina e occhiali di protezione	Secondo PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici)
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Utilizzare il solito detergente/disinfettante
Letto e biancheria	Gestione normale
Ambiente	Utilizzare il solito detergente/disinfettante per la manutenzione quotidiana dell'ambiente diretto. Un'attenta disinfezione dell'ambiente a contatto diretto col residente (tavolo notturno, sbarre, campanello, ecc.). Utilizzare il detersivo solito per i pavimenti.
Rifiuti	Secondo la normale filiera.
Dichiarazione del caso al direttore sanitario e all'ufficio del medico cantonale	
Direttore sanitario	No, fatta eccezione per possibili epidemie
Medico cantonale	No, fatta eccezione per possibili epidemie o GMR.

15.7 Congiuntivite virale acuta o emorragica

Agente etiologico	La congiuntivite virale è un'infezione congiuntivale acuta molto contagiosa causata prevalentemente adenovirus oppure da enterovirus. I sintomi oculari comprendono: iperemia congiuntivale, irritazione, fotofobia e lacrimazione.
Adenovirus	La congiuntivite può associarsi al comune raffreddore e ad altre infezioni virali sistemiche, in particolare morbillo, varicella, herpes zoster, rosolia e parotite. La congiuntivite emorragica acuta è una rara congiuntivite associata a infezione da enterovirus tipo 70.
Enterovirus tipo 70	
Serbatoio/fonte di contagio/fonte	Uomo
Trasmissione/contagio	Per contatto diretto attraverso le mani o oggetti contaminati da secrezioni oculari o respiratorie. Per contatto indiretto con oggetti contaminati (asciugamani) e/o attraverso le mani.
Periodo d'incubazione	Enterovirus: da 12 ore a 3 giorni. Adenovirus: da 5 a 12 giorni, in media 8 giorni.
Periodo di contagio	Enterovirus: almeno 4 giorni dall'inizio dei sintomi. Adenovirus: al massimo 14 giorni dall'inizio dei sintomi. 10-12 giorni dall'esordio dei sintomi.
Prevenzione	Lavaggio delle mani.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Ubicazione del residente	Porre attenzione alle attività collettive. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera. In caso di epidemia restare in camera.
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della malattia. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Visite	Limitare le visite, soprattutto quelle dei bambini. Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori, per i curanti	
Camice monouso di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali e lavare a programma normale.
Ambiente	Usare il detergente/disinfettante per la gestione quotidiana dell'ambiente circostante. Disinfezione accurata dell'ambiente diretto del paziente: comodino, potenza, campanello, sbarre, deambulatore, ecc. Usare il detergente per pulire i pavimenti.

Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di focolai (> 2 casi nello stesso periodo e nello stesso reparto) avvisare il Direttore sanitario.

15.8 Congiuntivite batterica da Chlamidia

Agente etiologico	Le infezioni da Chlamidia sono causate nell'uomo dal batterio gram-negativo Chlamydia trachomatis. L'infezione colpisce la congiuntiva, che è la sottile pellicola protettiva che riveste la palpebra interna e il bulbo oculare. Sintomi: iperemia (arrossamento degli occhi), lacrimazione abbondante, fotofobia e palpebre edematose. La secrezione congiuntivale tipicamente infettiva è abbondante e purulenta, di colore giallastro o verdognolo. Raccogliendosi nel sacco congiuntivale e debordando parzialmente, questo secreto provoca il tipico effetto "collante" alle palpebre, che faticano a schiudersi.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo.
Trasmissione	Per contatto diretto con le secrezioni oculari delle persone infette. Per contatto indiretto con oggetti contaminati (asciugamani) e/o attraverso le mani.
Periodo d'incubazione	Nell'adulto da 6 a 19 giorni. Nei neonati da 5 a 14 giorni.
Periodo di contagio	Fino a quando non terminano le secrezioni.
Prevenzione	Una buona igiene aiuta a prevenire la trasmissione dell'infezione da un occhio all'altro o ad altre persone.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, applicare le Precauzioni Universali (PU).
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della malattia. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Visite	Limitare le visite, soprattutto quelle dei bambini. Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Movimenti del residente	Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori per i curanti	
Camice monouso di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali e lavare a programma normale.
Ambiente	Usare il detergente/disinfettante per la gestione quotidiana dell'ambiente circostante.

	Disinfezione accurata dell'ambiente diretto del paziente: comodino, potenza, campanello, sbarre, deambulatore, ecc. Usare il detergente per pulire i pavimenti.
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di focolai (> 2 casi nello stesso periodo e nello stesso reparto) avvisare il Direttore sanitario.

15.9 Virus respiratori (COVID-19/Influenza stagionale/RSV ecc.)

Agente infettivo	Virus influenza A: esistono diversi sottotipi a dipendenza della presenza di due antigeni: emoagglutinine (H) e neuroaminidasi (N) Virus influenza B: ceppo Victoria e Yamagata (ultima rilevazione in CH 2017/18) Virus SARS-CoV-2 e le sue varianti Virus respiratorio sinciziale (RSV) Adenovirus, Coronavirus (non SARS, non MERS), Human Metapneumovirus, Parainfluenza, Rinovirus
Serbatoio/fonte di contagio	Influenza A/B: uomo SARS-CoV-2: uomo RSV: Uomo, in particolare bambini <6 anni tra novembre e maggio Adenovirus, Coronavirus (non SARS, non MERS), Human Metapneumovirus, Parainfluenza, Rinovirus: uomo
Sintomi	L'influenza stagionale si manifesta tipicamente con un'insorgenza acuta di febbre e dolori muscolari generalizzati. I sintomi principali di un'infezione virale respiratoria sono tosse, faringodinia, secrezione nasale, stato febbrile, cefalea ev. anosmia/ageusia ecc. Nella maggior parte dei casi non è possibile distinguere l'agente patogeno sulla base dei sintomi presenti. La gravità della malattia respiratoria virale è molto variabile. Decorsi gravi sono più frequenti nei pazienti anziani. La morbilità dipende dall'agente infettante e dalle comorbidità (in particolarità malattie cardiopolmonari e status immunitario).
Modo di trasmissione	Trasmissione tramite goccioline, (particelle di dimensioni > 5 micron) che sono proiettate attraverso la tosse. Questo tipo di trasmissione si limita a un raggio da 1 a 2 metri attorno alla sorgente malata. Trasmissione per contatto diretto o indiretto Aerosol attraverso manovre come p.e. broncoscopia. Porta d'entrata: mucose (bocca, naso, gola) e congiuntive degli occhi.
Periodo d'incubazione	Influenza A/B: 1 - 3 giorni SARS-CoV-2: 3 - 4 giorni RSV: 12 ore a 6 giorni. Altri virus respiratori: 12 ore fino a 5 giorni, variabile a dipendenza del tipo di virus.
Contagiosità	Generalmente da 1 giorno prima fino a 5 giorni dopo l'inizio dei sintomi rispettivamente fino a 24 ore dalla scomparsa dei sintomi respiratori. Contagiosità prolungata nei pazienti immunocompromessi.
Presa a carico del residente sintomatico	
Misure Addizionali (MA)	GOCCIOLINE (MAG)
Ubicazione del residente	Il residente deve restare in camera fino alla scomparsa / miglioramento dei sintomi respiratori.

Segnaletica	Appendere il cartello per le MA per Goccioline (MAG) e far riferimento al personale curante in caso di visite. Fuori dalla camera mettere a disposizione su un carrello le mascherine chirurgiche, e la soluzione idro-alcolica con le indicazioni d'uso.
Durata delle MA	Fino a 24 ore dalla scomparsa dei sintomi respiratori, di principio 5 giorni.
Materiale di cura	Riservato al residente fino al momento della durata della malattia. Disinfezione minuziosa del materiale pluriuso (stetoscopio, bracciale della pressione, glucometro, ecc.). Privilegiare il materiale monouso.
Contatti	Indagine ambientale e profilassi post-esposizione secondo le direttive del Direttore sanitario.
Visite	Limitare le visite. Uso della mascherina chirurgica. Disinfezione delle mani. Uso della mascherina ultrafiltrante FFP2 in caso d'infezione da SARS-CoV-2 dell'utente. Non sedersi sul letto. Uscire dalla camera e procedere alla disinfezione delle mani.
Movimento del residente	Il residente deve restare in camera fino alla risoluzione/miglioramento della sintomatologia respiratoria, soprattutto tosse. Evitare tutte le attività collettive (animazione, fisioterapia ecc.) nella fase acuta della malattia. Residenti asintomatici possono svolgere le attività collettive indossando una mascherina chirurgica. Consumazioni in persone asintomatiche sono possibili mantenendo le distanze in sala da pranzo. In caso contrario i pasti sono da consumare in stanza per 5 giorni indicativamente.
Trasporto del residente	Far indossare una mascherina chirurgica al residente e fargli disinfettare le mani. Abiti puliti. Avvisare il servizio di trasporto e di destinazione per permettergli di attuare le misure necessarie.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Da indossare se contatto diretto con il residente. Non è necessario se vi è un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Unicamente se vi è un rischio d'esposizione a sangue e/o liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU. Non necessari se vi è un semplice passaggio in camera.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	Indossare mascherina chirurgica e gli occhiali di protezione quando si lavora o si entra a contatto con il residente a < 1 metro. Gli occhiali di protezione e la mascherina FFP2 sono da indossare in caso di contatto ravvicinato/prolungato (< 1,5m e > 15 minuti) con le vie respiratorie del residente sintomatico.
Misure complementari	VACCINAZIONE ANNUALE per l'influenza stagionale. Vaccinazione contro la malattia da SARS-CoV-2 secondo le raccomandazioni dell'UFSP sentito il medico curante. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/allgemeine-empfehlungen/schweizerischer-impfplan.pdf.download.pdf/schweizerischer-impfplan-de.pdf Personale curante:

	- Rispettare scrupolosamente le Precauzioni Universali e le Misure Aggiuntive (Precauzioni Standard) - Indossare la mascherina chirurgica quando si è in diretto contatto con altre persone - Evitare di lavorare con pazienti immunodepressi - Evitare le aree affollate, è raccomandato di consumare i pasti e di fare le pause da soli - In caso di sintomi gravi e/o febbre rimanere a casa fino alla risoluzione della sintomatologia. Se il numero di casi all'interno del reparto o le assenze del personale curante sono elevate, far indossare a tutti i collaboratori, i visitatori e i pazienti (laddove possibile) la mascherina chirurgica e far disinfettare le mani. Valutare la situazione epidemiologica con il direttore sanitario per la conferma delle misure da attivare.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale riutilizzabile è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile, usare il programma "infetti" e/o lavare a 60°C poi stirare la biancheria. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore di sicurezza a norma per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale per la pulizia dell'ambiente. Detersione e disinfezione minuziosa dell'ambiente a contatto diretto col residente (comodino, sbarre, potenza, campanello, telefono, ecc.). Pulire il pavimento con l'abituale detergente.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	SARS-CoV-2 e Influenza entro 1 settimana. In caso di difficoltà nel contenere il focolaio il direttore sanitario lo comunica al Medico cantonale entro il 3° giorno.

15.10 Gastroenterite da Rotavirus

Agente etiologico	Le infezioni da Rotavirus sono una delle cause più comuni di gastroenterite virale. Il virus è diffuso in tutto il mondo e si presenta con picchi d'incidenza stagionale che, alle nostre latitudini, si manifestano nel periodo invernale (novembre-marzo). Sintomi: vomito e diarrea acquosa per 3 – 7 giorni, in un terzo dei casi è presente febbre elevata. Vi è rischio di disidratazione vista la perdita di liquidi.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Trasmissione	Interumana via oro-fecale (contatto diretto con feci di persone infette); oppure per contatto indiretto con oggetti contaminati da feci/vomito.
Periodo d'incubazione	Da 24 a 72 ore.
Periodo di contagiosità	Da 4 a 6 giorni. Diverse settimane nei pazienti immunosoppressi. Il virus molto contagioso sopravvive poche ore sulle mani ma può vivere più giorni su superfici solide e asciutte.

Prevenzione	Lavaggio delle mani, soprattutto prima della manipolazione di alimenti da consumare crudi.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	CONTATTO (MAC)
Ubicazione del residente	Il residente con problemi d'incontinenza dovrebbe assolutamente restare sul piano di degenza e se possibile in camera.
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per la MA Contatto (MAC).
Durata delle MA	Fino a guarigione clinica (scomparsa di diarrea), generalmente 4 - 7 giorni.
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della malattia. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Visite	Limitare le visite, soprattutto quelle dei bambini. Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Trasporto del paziente	Abiti puliti. Mani disinfettate. Avvisare il servizio di destinazione per permettere di attivarsi con le misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori, per i curanti	
Camice monouso di protezione	Sì, se contatto diretto con il residente e/o il suo ambiente circostante, soprattutto in caso di contatto potenziale con le feci o in toilette. Non sono necessari per un semplice passaggio in camera.
Guanti	No. Tranne in caso di esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne in caso di esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Misure complementari	Il personale che presenta segni e sintomi di gastroenterite da Rotavirus deve restare a casa fino alla risoluzione dei sintomi.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali e lavare a programma normale.
Ambiente	Usare il detergente/disinfettante per la gestione quotidiana dell'ambiente circostante e dei sanitari. Disinfezione accurata dell'ambiente diretto del paziente: comodino, potenza, campanello, sbarre, deambulatore, ecc. Usare il detergente per pulire i pavimenti. <u>Alla fine delle MA:</u> - Disinfezione minuziosa dell'ambiente circostante il residente (comodino, potenza, campanello, deambulatore, sbarre, ecc.) e dei sanitari. - Utilizzare un detergente disinfettante per la pulizia dei pavimenti e dei sanitari.
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero). Oggetti trancianti: contenitore per aghi Sharpsafe (giallo).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di epidemia > 2 casi simultanei nello stesso reparto avvisare il Direttore sanitario.

Medico cantonale	Singoli casi non vanno annunciati. In caso di epidemia i casi devono essere dichiarati dal Direttore sanitario entro un giorno.
------------------	--

15.11 Gastroenterite da Salmonella

Agente etiologico	Le infezioni sono causate nell'uomo dall'agente infettivo <i>Salmonella</i> sp., battere gram-negativo. La sintomatologia può essere costituita da diarrea, febbre e dolori addominali che generalmente si risolvono in pochi giorni.
Serbatoio/fonte di contagio	Animali domestici e selvatici, specialmente: volatili, maiali, bovini, rettili e animali da compagnia, carne macellata cruda (polleria). I pazienti durante la fase di convalescenza o i portatori.
Trasmissione	Oro-fecale. Attraverso l'ingestione di alimenti contaminati. I germi si moltiplicano nei piatti contaminati prima della loro consumazione. La trasmissione tra persone è possibile, anche per contatto indiretto con oggetti contaminati dalle feci e/o attraverso oggetti contaminati, per es. endoscopi.
Periodo d'incubazione	Da 12 a 36 ore con degli estremi che variano dalle 6 alle 72 ore.
Periodo di contagio	Escrezione nelle feci per tempi molto variabili. Circa l'1% degli adulti e il 5% dei bambini hanno delle salmonelle nelle feci dopo un anno e sono considerati portatori cronici. Di principio una terapia antibiotica non è indicata perché prolunga l'escrezione del batterio nelle feci.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, applicare le Precauzioni Universali (PU).
Ubicazione del residente	Il residente se incontinento o non in grado di seguire le indicazioni di cura dovrebbe restare in camera. Non può lasciare il reparto nella fase acuta.
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della malattia. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Visite	Limitare le visite, soprattutto quelle dei bambini. Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Trasporto del paziente	Abiti puliti. Mani disinfettate. Avvisare il servizio di destinazione per permettere di attivarsi con le misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.

15.12 Enterocolite da C. difficile

Agente etiologico	<i>Clostridioides difficile</i> (N.d.R.: vecchio <i>Clostridium difficile</i>) tossico: produttore d'enterotossine, citotossine. Il <i>Clostridioides difficile</i> è un batterio gram-positivo anaerobio, produttore di spore. I fattori di virulenza del C. difficile sono: due enterotossine, spore e l'enzima ialuronidasi. Questo bacillo si trova nell'intestino in circa il 3% della popolazione generale. In caso di assunzione di terapia antibiotica prolungata vengono distrutti quei batteri che tengono confinato il C. difficile, il quale può prendere il sopravvento e provocare crampi addominali e malattie varie (colite pseudomembranosa).
-------------------	--

	I sintomi: febbre, diarrea acquosa, dolori addominali, perdita di appetito, nausea.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo, ambiente.
Trasmissione	Oro-fecale e tramite l'intermediario di mani o oggetti contaminati dalle spore, ambiente.
Periodo d'incubazione	Variabile, da 1 giorno fino a 6 settimane.
Periodo di contagio	Variabile, di principio fino a quando il residente è sintomatico.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	CONTATTO (MAC). Uso del camice e uso di guanti monouso, per tutti i contatti con il residente e l'ambiente circostante. Dopo aver tolto i guanti: il prima possibile lavaggio delle mani con sapone neutro o delicato, dopo aver ben asciugato le mani, procedere con la disinfezione delle mani con soluzione idroalcolica.
Ubicazione del residente	Il residente deve restare in camera fino a 48 ore dal termine della diarrea.
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per la MA Contatto (MAC).
Durata delle MA	Fino a ≥ 48 ore dopo la fine dei sintomi.
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della malattia. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Visite	Limitare le visite, soprattutto quelle dei bambini. CONTATTO: lavarsi le mani con sapone prima e dopo la visita e in seguito disinfettare le mani, precedentemente asciugate, con soluzione idroalcolica. Non sedersi sul letto.
Movimenti del residente	Se il residente è continente non sono applicate restrizioni nella libertà di movimento. Può partecipare ad attività in comune/attività collettiva.
Trasporto del paziente	Abiti puliti. Mani disinfettate. Avvisare il servizio di destinazione per permettere di attivarsi con le misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Da indossare se contatto diretto con il residente (soprattutto in caso di accompagnamento alla toilette con rischio di contatto potenziale con le feci) e il suo ambiente circostante. Non è necessario se vi è un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	Da indossare quando si ha contatto diretto con il residente e il suo ambiente circostante. Cambio dei guanti seguito dal lavaggio delle mani con acqua e sapone e poi disinfezione con soluzione idroalcolica.

Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Seguire le indicazioni delle PU.
Misure complementari	È imperativo lavare le mani, asciugarle con asciugamani di carta monouso e in seguito procedere alla disinfezione con soluzione idroalcolica omologata. In caso di epidemia, sostituire il detergente/disinfettante usuale per le pulizie quotidiane con una soluzione di acqua di Javel (ipoclorito di sodio, cioè candeggina/varechina) a una concentrazione dello 0,5%.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali e lavare col programma abituale. <u>Al termine delle MA:</u> - Cambiare tutta la biancheria del letto. - Trattamento della biancheria e dei vestiti a $\geq 60^{\circ}\text{C}$ oppure programma per "biancheria infetta" o aggiungere un prodotto disinfettante (ossigeno attivo o altri disinfettanti per tessuti) in caso di lavaggio $< 60^{\circ}\text{C}$. - Pulire e disinfettare tutte le parti del letto, comprese sponde, sbarre, pulsantiera, potenza, campanello, ecc.
Ambiente	- Effettuare un'attenta disinfezione dell'ambiente diretto del residente (tavolo notturno, comodino, potenza, sbarre, sponde, deambulatore, campanello ecc.) compreso il pavimento e i servizi igienici con soluzione di candeggina (Ipoclorito di sodio) alla concentrazione del 0,5% o prodotto efficace contro C. difficile. - In caso di epidemia sostituire il detergente usuale per la pulizia quotidiana dell'ambiente con soluzione di candeggina alla concentrazione del 0,5%
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le abituali disposizioni (RSU/sacco nero).
Notifica	In caso di epidemia > 2 casi simultanei nello stesso reparto informare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	I singoli casi non vanno annunciati.

15.13 Gastroenterite da Norovirus

Agente etiologico	Le infezioni sono causate nell'uomo dall'agente infettivo virale Norovirus o Norwalk-like virus, maggiori responsabili delle gastroenteriti acute di origine non batterica. Sintomi: vomito, diarrea e crampi addominali che generalmente si risolvono in pochi giorni. A volte vi è anche una leggera febbre.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo. I pazienti durante la fase di convalescenza.
Trasmissione	Oro-fecale. Virus altamente infettivo: bastano 10 particelle virali per dare vita a un'infezione. Resta vivo nell'ambiente per due settimane. Nella comunità per contatto diretto o indiretto con materiale o ambiente contaminato, raramente attraverso alimenti o bevande contaminate. In ambiente di cura tramite contatto diretto o indiretto con materiale o ambiente contaminato; oppure tramite disseminazione di goccioline in caso di vomito.
Periodo d'incubazione	Dalle 24 alle 48 ore (estremi 10 - 50 ore).

Periodo di contagio	L'agente infettivo è presente in grande quantità nelle feci e nel vomito durante la fase acuta della malattia e ancora fino a 48 ore dopo gli ultimi sintomi (vomito e/o diarrea). Il periodo di contagio è prolungato nei bambini e nei pazienti immunosoppressi. La malattia può durare dalle 12 alle 60 ore.
Presenza a carico del residente	
Misure Addizionali	GOCCIOLINE (MAG) in presenza di vomito. CONTATTO (MAC) senza vomito.
Ubicazione del residente	Il residente dovrebbe restare in camera fino alle 48 ore dopo gli ultimi sintomi: diarrea e/o vomito.
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per la MA Contatto (MAC) o Goccioline (MAG).
Durata delle MA	Fino alle 48 ore post ultimi segni/sintomi del residente.
Materiale di cura	Riservato al residente durante la durata della MA. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Vicini	In caso di focolaio (> 3 casi) sospensione delle attività comunitarie e valutazione interna della situazione e delle eventuali limitazioni da intraprendere.
Visite	Limitare/evitare tutte le visite, soprattutto quelle dei bambini. Uso del camice di protezione e della mascherina chirurgica. Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Trasporto del paziente	Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali. Abiti puliti. Mani disinfettate. Avvisare il servizio di destinazione per permettere di attivarsi con le misure adeguate.
Misure specifiche	<u>Igiene delle mani</u> : utilizzare una soluzione idro alcolica omologata ed efficace contro il Norovirus, secondo l'indicazione specifica del produttore. Prediligere l'uso della toilette privata, eventualmente lasciare in camera la "comoda". In caso di epidemia, rinforzo delle misure igieniche e di pulizia/disinfezione dei sanitari da parte di tutto il personale.
Contatti	Comunicare la presenza di Norovirus in caso di trasferimento in un'altra struttura.
Misure in caso di epidemia	- I residenti dei reparti interessati devono restare nella propria camera. - In caso di focolaio coartare il personale (personale assegnato ai residenti affetti da gastroenterite che non dovranno curare i vicini). - I residenti e i visitatori devono essere informati e devono attenersi alla disinfezione delle mani dopo essere stati alla toilette. - La disinfezione dei sanitari dovrà essere fatta almeno due volte al giorno e/o dopo ogni uso con candeggina diluita al 0,5% o prodotti disinfettanti efficaci contro il Norovirus.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Da indossare se contatto diretto con il residente e il suo ambiente circostante. Non è necessario se vi è un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	Non necessari tranne se vi è un rischio d'esposizione a sangue e/o liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.

Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	Uso della mascherina chirurgica e occhiali di protezione quando si opera in un raggio inferiore a 1 - 2 metri dal residente che ha vomito. Non sono necessari per un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU.
Misure complementari	In caso di segni e sintomi di gastroenterite il personale della CpA deve lasciare al più presto il posto di lavoro fino a 48 ore dopo la fine dei sintomi.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali e lavare col programma abituale. <u>Al termine delle MA:</u> - Cambiare tutta la biancheria del letto. - Trattamento della biancheria e dei vestiti a temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$ oppure programma per "biancheria infetta" o aggiungere un prodotto disinfettante (ossigeno attivo o altri disinfettanti per tessuti) in caso di lavaggio $< 60^{\circ}\text{C}$. - Pulire e disinfettare tutte le parti del letto, comprese sponde, sbarre, pulsantiera, potenza, campanello, ecc.
Ambiente	Disinfezione chimico-meccanica immediata di qualsiasi macchia visibile con candeggina allo 0,5% o prodotto efficace contro il Norovirus. Due volte al giorno: - Disinfezione chimico-meccanica dei servizi igienici sanitari con candeggina allo 0,5% o prodotto efficace contro Norovirus. Quotidianamente: - Disinfezione chimico-meccanica dell'ambiente diretto del paziente con candeggina diluita al 0,5% oppure un prodotto efficace contro il Norovirus o con il solito detergente/disinfettante. - Disinfezione abituale di altre superfici (prodotto in uso nell'istituto). Al termine delle MA o alla partenza del residente: - Pulizia chimico-meccanica dell'ambiente, compresi gli impianti sanitari con candeggina allo 0,5% o prodotto efficace contro il Norovirus. - Cambio delle tende di separazione e cambio completo del letto. - Effettuare un'attenta disinfezione dell'ambiente a diretto contatto col residente (tavolo notturno, comodino, potenza, sbarre, sponde, deambulatore, campanello ecc.) compreso il pavimento e i servizi igienici con soluzione di candeggina (Ipoclorito di sodio) ad una concentrazione del 0,5% o prodotto efficace contro Norovirus o trattamento a vapore dell'ambiente o nebulizzazione con prodotti e apparecchiature efficaci.
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di epidemia > 2 casi simultanei nello stesso reparto informare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	Singoli casi non vanno annunciati. In caso di epidemia i casi devono essere dichiarati dal Direttore sanitario entro un (1) giorno tramite apposito formulario UFSP.

15.14 Scabbia

Agente etiologico	La scabbia umana è una parassitosi della pelle (ectoparassitosi); dovuta all'acaro <i>Sarcoptes scabiei</i> varietà <i>hominis</i>. Parassita umano obbligato, cioè non in grado di sopravvivere a lungo lontano dalla pelle umana (36 ore circa). Dopo l'accoppiamento gli acari adulti maschi rimangono sulla pelle, mentre le femmine scavano una galleria dove depositano le uova. Le femmine scavano ad una velocità di 2 - 3 mm al giorno e depositano 1 - 3 uova al giorno nella galleria. Vivono per 4 - 6 settimane. Le uova si schiudono entro 3 - 4 giorni, liberando una larva che fuoriesce dalla volta del tunnel, scavando brevi cunicoli (tasche di muta) sulla superficie della pelle, dove rimangono sino a maturazione. Dalla deposizione delle uova allo stato di acaro adulto passano 10 - 13 giorni. La trasmissione tra gli adulti avviene prevalentemente per contatto diretto (pelle-pelle), in caso eccezionale attraverso i vestiti, la biancheria da letto, mobili o superfici. Sintomi: prurito intenso (peggiora di notte), arrossamento cutaneo, ulcerazioni e ferite causate dal grattarsi. Gli acari della scabbia possono sopravvivere lontani dall'ospite umano fino a 48 - 72 ore, ma al massimo 10 minuti se esposti a una temperatura $\geq 50^{\circ}\text{C}$.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Trasmissione/contagio	Nella comunità per contatto diretto (pelle-pelle) prolungato tra i residenti. Tramite contatto indiretto in caso di manipolazione di asciugamani, biancheria da letto, camicie da notte dopo l'utilizzo la trasmissione è rara. La scabbia norvegese è molto contagiosa poiché determina un'importante desquamazione della pelle.
Periodo d'incubazione	Da 2 a 6 settimane nella prima infezione. Da 1 a 4 giorni in caso di reinfezione.
Periodo di contagiosità	Fino a 24 - 48 ore dalla prima dose di trattamento. In caso di scabbia norvegese possono essere necessari più trattamenti e la contagiosità è prolungata.
Prevenzione	Lavare tutti i capi d'abbigliamento, la biancheria e gli asciugamani potenzialmente contaminati. Ciò che non può essere lavato in acqua deve essere lavato a secco. In alternativa, gli oggetti contaminati che non possono essere lavati devono essere sigillati in un sacchetto di plastica per 7 giorni.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	CONTATTO (MAC), e uso continuo dei GUANTI.
Ubicazione del residente	Il residente dovrebbe restare in camera durante il periodo del trattamento e comunque non può lasciare il reparto durante il primo dì.
Segnaletica	Appendere fuori dalla porta della camera la segnaletica: MAC - CONTATTO. Lasciare fuori dalla camera i guanti a disposizione di tutti.
Igiene delle mani	I parassiti sono resistenti all'alcol, bisogna lavare le mani con acqua e sapone; poi si può procedere alla disinfezione delle mani con la soluzione idroalcolica omologata. Guanti monouso non sterili per i contatti con il residente e il suo ambiente circostante. Cambio dei guanti e lavaggio delle mani con acqua e sapone tra ogni cura. Disinfettare le mani dopo averle asciugate bene.
Durata delle MA	Per la scabbia comune: mantenimento delle MA fino alle 24 ore post trattamento (prima dose).

	Per la scabbia norvegese: mantenimento delle MA fino alla fine del trattamento (2 dosi).
Materiale di cura	Riservato al residente fino alle 24 ore dopo la prima dose del trattamento. Disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.). Favorire il materiale monouso.
Vicini	Trattamento profilattico degli altri residenti, dei possibili contatti su indicazione del Direttore sanitario tramite indagine epidemiologica / ambientale.
Visite	Non sedersi sul letto. Indossare dei guanti monouso ed eliminarli uscendo. Disinfezione delle mani prima di uscire dalla camera.
Trasporto del paziente	Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali fino alle 24 ore post trattamento. Avvisare il servizio di destinazione per permettere di attivarsi con le misure adeguate.
Misure specifiche	Il residente deve fare la doccia dopo 8 - 12 ore dal trattamento con Ivermectina® (seguire le indicazioni del bugiardino). La profilassi per le persone esposte (personale, parenti, ecc.) dev'essere discussa con il Direttore sanitario. Una semplice stretta di mano non è considerata un'esposizione a rischio. Alla fine del trattamento: - Lavaggio dei vestiti, degli asciugamani/spugne e biancheria da letto a 60°C o messi in sacchi di plastica e chiusi ermeticamente per 7 giorni e posti all'esterno o in congelatore per 24 ore. - Mobili imbottiti: scabbia tipica e scabbia norvegese (Scabies crustosa/S. norvegica) passare l'aspirapolvere (attenzione al sacchetto dell'aspirapolvere). La trasmissione attraverso gli oggetti (biancheria, lenzuola, ecc.) è limitata perché i parassiti muoiono rapidamente se non c'è contatto con gli esseri umani.
Contatti	Comunicare la presenza di Scabbia in caso di trasferimento in un'altra struttura.
Misure in caso di epidemia	In presenza di più di 1 caso di scabbia o in presenza di scabbia norvegese: - Trattamento parallelo di tutti i residenti e una larga proporzione del personale, in accordo con medico curante e il Direttore sanitario.
Indicazioni al trattamento	Trattamento al personale esposto in CpA: personale che ha avuto contatto diretto pelle/pelle con il residente/caso nelle 6 settimane precedenti all'apparizione delle lesioni. Trattamento dei residenti che hanno avuto dei contatti ravvicinati: compagni di camera/terapia/vicini. Una semplice stretta di mano non è considerata come contatto pelle/pelle. In caso di scabbia norvegese: trattamento di tutte le persone che hanno avuto un contatto pelle/pelle, vicini di camera, familiari, ma anche tutti i residenti e i collaboratori.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Da indossare se a contatto diretto con il residente e il suo ambiente circostante. Non è necessario se vi è un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU.

Guanti	Uso di guanti non sterili per tutti i contatti con il residente o il suo ambiente circostante. Cambio dei guanti e lavaggio delle mani con acqua e sapone tra ogni cura. Una volta terminate le cure, togliere i guanti, lavare le mani con acqua e sapone, asciugare bene e poi disinfettarle con soluzione idro alcolica.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne in caso di esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Misure complementari	Profilassi post esposizione raccomandata per le persone che hanno avuto contatto pelle/pelle non protetto. Far riferimento al Direttore sanitario, medico per la medicina del personale e/o EPI. Una stretta di mano non è considerata come una cura a rischio. In presenza di più di un caso di scabbia comune o in presenza di scabbia norvegese: trattamento concomitante di tutti i residenti e di una forma allargata di curanti in accordo con il Direttore sanitario. Molto importante: curare la comunicazione con i famigliari, le visite e il personale.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettante abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali con eventualmente il doppio imballaggio. Dopo la prima e la seconda dose di trattamento cambio di tutta la biancheria da letto, dei vestiti e delle spugne: - Lavaggio a 60°C. - La biancheria che non può essere lavata a 60°C deve essere messa in sacchi di plastica a chiusura ermetica per 7 giorni - <u>Al termine delle MA:</u> - Cambiare tutta la biancheria del letto. - Trattamento della biancheria e dei vestiti a $\geq 60^{\circ}\text{C}$ oppure programma per "biancheria infetta" o aggiungere un prodotto disinfettante (ossigeno attivo o altri disinfettanti per tessuti) in caso di lavaggio $< 60^{\circ}\text{C}$. - Pulire e disinfettare tutte le parti del letto, comprese sponde, sbarre, pulsantiera, potenza, campanello, ecc.
Ambiente	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale per la pulizia quotidiana dell'ambiente diretto. Per il mobilio in tessuto non lavabile utilizzare uno spray acaricida o un sistema di disinfezione a vapore (metodo da privilegiare in caso di scabbia norvegese). Utilizzare il detergente usuale per i pavimenti.
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di epidemia > 2 casi simultanei nello stesso reparto avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	L'infestazione non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.
Contatti/comunicazioni	Comunicare la presenza di scabbia in caso di trasferimento in un'altra struttura.

15.15 Pediculosi

Agente etiologico	La pediculosi è l'infestazione del capo da parte di pidocchi (<i>Pediculus humanus capitis</i>), piccoli insetti che risiedono unicamente sull'uomo cibandosi del suo sangue. Il ciclo di vita del pidocchio comprende 3 stadi: lendine, ninfa e adulto. Il lendine è l'uovo del pidocchio. I lendini sono difficili da vedere, spesso sono confusi con la forfora o con le goccioline degli spray per capelli. I lendini sono deposti dalla femmina adulta e sono cementate alla base del capello, vicino al cuoio capelluto. I lendini sono di forma allungata, traslucidi e di colore bianco o marroncino, e sono grandi quanto un nodo su un filo (da 0,3 mm a 0,8 mm). I lendini si schiudono dopo 6 - 9 giorni dalla deposizione. I lendini vitali si trovano generalmente entro 6 mm di distanza dal cuoio capelluto. Schiudendosi il lendine rilascia la ninfa. Il guscio del lendine diviene molto più visibile e rimane attaccato al capello. La ninfa assomiglia al pidocchio adulto e le sue dimensioni sono circa quelle di una capocchia di spillo. La ninfa diviene pidocchio adulto in 7 giorni. Il pidocchio adulto è grande circa quanto un seme di sesamo ed ha un colore grigio-biancastro. Il pidocchio adulto vive circa 30 giorni ed ha bisogno di nutrirsi di sangue più volte al giorno: per farlo si attacca alla base del capello dove punge il cuoio capelluto e la sua saliva provoca, quale reazione allergica, il prurito. La femmina del pidocchio è solitamente più grande del maschio e può deporre 8 uova al giorno. Lontano dall'uomo, senza cibo, il pidocchio muore in 1 - 2 giorni.
Serbatoio/fonte di contagio/fonte di contagio	Uomo I pidocchi del corpo possono essere vettori e trasmettere 3 agenti infettivi: <i>Rickettsia prowazeki</i> , <i>Bartonella quintana</i> e <i>Borrelia recurrentis</i> .
Trasmissione/contagio	Infestazione tramite contatto diretto tra utenti, tramite il personale (mani) e tramite contatto indiretto (biancheria, apparecchiature mediche, strumenti, pettini, ambiente circostante).
Periodo d'incubazione	Liberazione delle larve dopo 7 - 10 giorni (temperatura ideale 29° - 32°C). Durata dello stato di larva da 9 - 12 giorni a dipendenza della temperatura.
Periodo di contagio	Fino a quando restano delle uova viventi nei capelli, nei peli o nei vestiti.
Prevenzione	Evitare la condivisione di pettini, spazzole, cappelli, sciarpe e indumenti.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	CONTATTO (MAC)
Ubicazione del residente	Il residente dovrebbe restare in camera fino a 24 ore dopo la prima applicazione dello shampoo. Per il trattamento seguire le indicazioni interne e/o dei prodotti utilizzati.
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per la MA Contatto (MAC).
Durata delle misure	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento (shampoo anti-pidocchi).
Materiale di cura	Riservato al residente durante tutta la durata del trattamento. Preferire l'uso di materiale monouso. Detersione e disinfezione accurata del materiale pluriuso (stetoscopio, manicotto della pressione, ecc.).
Contatti	Indagine ambientale dei vicini di camera e delle persone a contatto diretto con il residente.
Visite	Non sedersi sul letto. Evitare il contatto con i capelli del residente. Lavaggio delle mani seguito da disinfezione accurata delle mani uscendo dalla camera.

Movimenti del residente	Limitare le uscite e le attività ai bisogni essenziali durante le 24 ore dopo la prima applicazione dello shampoo anti-pidocchi.
Trasporto del residente	Abiti puliti. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di attivarsi in merito alle misure di sicurezza da applicare, se non si può attendere il termine del trattamento.
Misure specifiche	Indagine ambientale dei vicini di camera e/o delle persone a stretto contatto. Gli abiti e gli effetti personali del residente devono subire un trattamento appropriato contro i pidocchi. Pediculosi del cuoio capelluto: - Lavaggio in lavatrice con programma speciale o a 60°C di: cappelli, foulard, cuscini, biancheria da letto, vestiti, peluche e bambole terapeutiche. - Mettere per 37 giorni in un sacco di plastica a chiusura ermetica tenuti all'esterno della struttura tutto ciò che non può essere lavato in lavatrice. - Disinfezione di pettini e spazzole per capelli con uno shampoo antipediculosi. - Se materassi e coperte senza fodere: disinfezione del letto con un prodotto pediculicida in polvere o spray. Pediculosi del corpo e pube: - Lavaggio a 60°C dei vestiti, biancheria intima, biancheria da letto e asciugamani. - Mettere per 7 giorni in un sacco di plastica a chiusura ermetica, mettere all'esterno dell'edificio tutto ciò che non può essere lavato in lavatrice. - Se materassi e coperte senza fodere: disinfezione del letto con un prodotto pediculicida in polvere o spray. - Igiene dei capelli e degli indumenti. - Insetticidi in polveri aspergibili, shampoo, lozioni o spray. Il pettine a denti fitti è un altro mezzo essenziale per eliminare le uova e i pidocchi uccisi dall'insetticida. - Ogni disinfestazione di tipo ambientale è da considerarsi inutile.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	Da indossare se contatto diretto con il residente e il suo ambiente circostante. Non necessario se vi è un semplice passaggio nella camera.
Guanti	No. Tranne se vi è un rischio di esposizione a sangue e/o liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne in caso di possibile esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Usare il detergente/disinfettate abituale.
Letto e biancheria	Usare i sacchi per la biancheria usuali con doppio imballaggio. Dopo ogni trattamento cambio di tutta la biancheria da letto, dei vestiti e della biancheria da bagno (spugne): - Lavaggio a 60°C. - Gli indumenti che non possono essere lavati a 60°C devono essere messi in sacchi di plastica a chiusura ermetica per 3 giorni e poi lavati alla temperatura indicata dal fabbricante.

	<u>Al termine delle MA:</u> - Cambiare tutta la biancheria da letto e tutte le tende. - Trattamento della biancheria e dei vestiti a 60°C oppure programma per "biancheria infetta" o aggiungere un prodotto disinfettante (ossigeno attivo o altri disinfettanti per tessili pediculicida) in caso di lavaggio < 60°C. - La biancheria che non può essere lavata deve essere messa in sacchi di plastica a chiusura ermetica per 7 giorni. - Pulire e disinfettare tutte le parti del letto, comprese sponde, sbarre, pulsantiera, potenza, campanello, ecc. Se materassi e coperte senza fodere: disinfezione del letto con un prodotto pediculicida in polvere o spray.
Ambiente	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale per la pulizia quotidiana dell'ambiente diretto. Per il mobilio in tessuto non lavabile utilizzare uno spray pediculicida o un sistema di disinfezione a vapore. Utilizzare il detergente usuale per i pavimenti.
Rifiuti	Eliminazione dei rifiuti secondo le normali disposizioni (RSU/sacco nero).
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di focolaio > 2 casi simultanei nello stesso reparto avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	L'infestazione non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.
Contatti/comunicazioni	Comunicare la presenza di pediculosi in caso di trasferimento in un'altra struttura.

15.16 Candidosi-Candida-Mughetto

Agente etiologico	La candidosi, detta anche candidiasi o moniliasi, è un'infezione da funghi del genere Candida, di cui Candida albicans è la più frequente. La candidosi comprende le infezioni che vanno dal livello superficiale, come ad esempio il mughetto orale e le vaginiti, a quelle sistemiche potenzialmente mortali nel caso di una candidemia (presenza di Candida albicans nelle emocolture) in persone gravemente immunocompromesse, come ad esempio i malati terminali di cancro, i trapiantati, pazienti con nutrizione endovenosa. Le infezioni superficiali della pelle e delle membrane mucose causate dalla Candida sono responsabili di infiammazioni locali e di sensazioni di disagio, sono poco trasmissibili.
Agente infettivo	Candida albicans.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	Tramite contatto con secrezioni di persone sintomatiche o portatrici (bocca, pelle, vagina, feci). Trasmissione mamma-neonato durante il parto vaginale (vie basse). Per disseminazione endogena in persone colonizzate (per es.: nelle urine).
Sintomi	Presenza di lesioni muco-cutanee. A dipendenza della localizzazione: - Il mughetto è la candidosi del cavo orale, caratterizzato da chiazze bianche e cremose, dolorose, localizzate sulla lingua e ai lati della bocca. - La stomatite angolare (cheilite) è la candidosi agli angoli della bocca, che crea microlesioni e piccole ragadi. Può dipendere dall'abitudine di

	inumidire continuamente le labbra, di succhiarsi il pollice, dall'impiego di protesi dentali inadeguate o da qualsiasi altra situazione che lasci gli angoli della bocca abbastanza umidi da permettere la crescita del lievito. - Le esofagiti da Candida sono caratterizzate da bruciore, dolore e disfagia. - La candidosi cutanea è localizzata nelle pieghe cutanee (intertrigini) oppure all'ombelico ed è caratterizzata da eruzioni di color rosso vivo, talvolta con degradazione della cute, che possono provocare prurito o bruciore intensi. - La candidosi vaginale si manifesta con secrezione biancastra o giallastra caseiforme e arrossamento, prurito e bruciore lungo le pareti e la zona esterna della vagina. - Le candidemie si presentano con febbre, preceduta da brividi, senza sintomi specifici, che non migliora dopo il trattamento antibiotico per sospette infezioni batteriche.
Periodo d'incubazione	Variabile
Periodo di contagiosità	Fino a quando sono presenti le lesioni.
Prevenzione	Limitare l'uso di antibiotici e cortisonici.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne che in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Tranne che in caso di possibile esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne che in caso di possibile esposizione a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Nessuna
Medico cantonale	La malattia non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.

15.17 Angina da Streptococco del gruppo A

Agente etiologico	Angina da Streptococco del gruppo A, Streptococcus pyogenes del gruppo A. Batterio Gram+, anaerobio facoltativo formante colonie a catenella. Sintomi: gola infiammata, febbre, malessere e cefalea. La faringe si presenta edematosa con essudato bianco-giallastro adeso alle tonsille, all'ugola e al palato molle. Presenza di linfadenopatia cervicale.
Agente infettivo	Streptococco pyogenes (beta emolitico del gruppo A).
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	Tramite goccioline di grosse dimensioni > 5 micron che sono prodotte ed espulse tramite la tosse, la conversazione, gli esami diagnostici tipo la broncoscopia, ecc. Questo tipo di trasmissione si limita a un raggio di 1 - 2 metri dalla sorgente.

	Attraverso le mani o i guanti contaminati dalle goccioline portati alla bocca. Porte d'entrata: mucose (bocca, naso, occhi) di un'altra persona.
Sintomi	L'angina streptococcica del cavo orale è caratterizzata da faringodinia, disfagia, febbre, iperemia del faringe, iperemia ed ipertrofia tonsillare con essudato biancastro o purulento, linfadenomegalia cervicale e sottomascellare di tipo reattivo e stanchezza.
Periodo d'incubazione	1 - 3 giorni
Periodo di contagiosità	Fino a 24 ore dopo l'inizio dell'antibiotico.
Prevenzione	Disinfettare le mani e/o lavarsi accuratamente le mani dopo aver tossito o starnutito e prima della preparazione degli alimenti.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne che in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di focolaio > 2 casi simultanei nello stesso reparto avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	La malattia non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.

15.18 Legionellosi - Febbre di Pontiac

Agente etiologico	La legionellosi, anche denominata malattia del legionario, è una grave infezione polmonare causata da batteri del genere Legionella. Questi agenti patogeni, naturalmente presenti in ambienti acquatici e umidi, proliferano particolarmente bene nei sistemi idrici degli edifici in cui l'acqua non si rinnova costantemente, la cui temperatura oscilla tra 25°C e 45°C (acquedotti, rubinetti, soffioni della doccia, vasche idromassaggio, installazioni di trattamento dell'aria, ecc.). La legionellosi è trasmessa tramite l'inalazione di aerosol contaminati da Legionelle (goccioline di diametro inferiore ai 5 micron).
Agente infettivo	Legionella pneumophila sierogruppo 1 causa il maggior numero d'infezioni all'uomo, ma vi sono molte altre specie di legionella capaci di causare malattia.
Serbatoio/fonte di contagio	Acqua: fonti d'acqua calda (25°C - 42°C), soffioni delle docce, umidificatori, condensatori, torri di raffreddamento, piscine termali, jacuzzi/idromassaggio, fontane decorative, acqua stagnante.
Modo di trasmissione/contagio	Nella comunità: inalazione aerea o aspirazione d'acqua contaminata. In ambito di cura: inalazione d'acqua contaminata (acqua del rubinetto, soffione della doccia), ventilazione, umidificatori contaminati, apparecchi per la fisioterapia respiratoria contaminati, bronco aspirazione di acqua di rete contaminata.
Sintomi	La polmonite si presenta con febbre, tosse, dolori muscolari, mal di testa, astenia.

	La Febbre di Pontiac invece si presenta come un'influenza generica (febbre, debolezza, mal di testa, brividi) di breve durata.
Periodo d'incubazione	Malattia del legionario: da 2 a 14 giorni, spesso 5 - 6 giorni. Febbre di Pontiac: da 5 a 72 ore.
Periodo di contagio	Non trasmissione da uomo a uomo.
Prevenzione	Corretta progettazione e realizzazione degli impianti idro-sanitari, gli impianti di condizionamento con umidificazione dell'aria ad acqua, gli impianti di raffreddamento a torri evaporative o a condensatori evaporativi, gli impianti che distribuiscono ed erogano acque termali, le piscine e le vasche idromassaggio. Adozione di misure preventive (manutenzione e disinfezione) per contrastare la moltiplicazione e la diffusione di Legionella negli impianti a rischio.
Presa a carico del residente	
Misure Aggiuntive	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Misure specifiche	Gli apparecchi per la fisioterapia respiratoria devono essere usati con acqua sterile. Tra un residente e l'altro gli apparecchi devono essere lavati e disinfettati. Meglio usare apparecchi privati o prediligere il monouso laddove è possibile.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne che in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne che in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	Sì, annuncio al Medico cantonale da parte del Direttore sanitario entro una settimana dopo la conferma del laboratorio.

15.19 Tubercolosi polmonare (TBC)

Agente etiologico	La tubercolosi è una malattia infettiva provocata dal bacillo della tubercolosi, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . La forma più frequente in cui si manifesta la malattia è la tubercolosi polmonare, circa il 70%. Altre forme, come la tubercolosi linfonodale od ossea, non sono contagiose. Un'infezione tubercolare latente significa che una persona in un certo momento della sua vita è venuta a contatto con i bacilli della tubercolosi contagiandosi (si è infettata, infezione primaria). A questo stadio la persona non è né malata né contagiosa. La maggior parte delle persone infettate (circa il 90%) non si ammalano mai di tubercolosi. In caso di manifestazione della malattia i sintomi sono spesso aspecifici come tosse (talvolta con tracce di sangue), stanchezza, febbre leggera, sudorazione notturna, confondendosi così con altre infezioni dell'apparato respiratorio. Ma, a uno stadio più avanzato, si manifesta diminuzione di peso, mancanza di appetito, dolori al petto dovuti a pleurite.
Agente infettivo	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , più raramente <i>M. bovis</i> , <i>M. africanum</i> .

Serbatoio/fonte di contagio	Uomo (animale)
Modo di trasmissione/contagio	Attraverso micro-goccioline < 5 micron (aerosol) di secrezioni bronchiali che sono disperse nell'aria principalmente durante la tosse e in seguito inalate da persone che condividono gli stessi locali per diverse ore. Solo le persone con tubercolosi delle vie aeree (polmoni, bronchi, laringea) possono trasmettere la malattia. Rischio di produrre aerosol in laboratorio e durante gli interventi chirurgici o le autopsie. Trasmissione diretta da lesioni cutanee o fistole nei casi di tubercolosi pleurale o ossea è di principio possibile, ma questa modalità di trasmissione è eccezionale.
Periodo d'incubazione	Infezione primaria: da 2 a 10 settimane (spesso silente). Tubercolosi attiva: da qualche mese a diversi anni.
Periodo di contagiosità	Teoricamente fino a quando ci sono dei bacilli nell'espettorato. La contagiosità cessa in media dopo 2 settimane dall'introduzione di un trattamento antitubercolare efficace, va controllata attraverso l'espettorato.
Presenza a carico del residente	
Misure Addizionali	AEREA (MAA)
Ubicazione del residente	Appendere sulla porta d'entrata della camera, esternamente, la segnaletica per MAA e l'indicazione all'uso della mascherina ultrafiltrante FFP2 per tutte le persone che entrano nella camera. Su OM trasferire il residente eventualmente in ospedale a dipendenza della situazione clinica.
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per la MA Aerea (MAA). Lasciare fuori dalla camera delle mascherine FFP2/FFP3 e la soluzione idroalcolica a disposizione di tutti.
Durata delle MA	Fino alla negativizzazione dell'espettorato (indicazione medica).
Materiale di cura	Riservato al residente fino alla revoca dell'isolamento. Privilegiare il materiale monouso.
Contatti	Indagine ambientale secondo le indicazioni del Direttore sanitario in collaborazione con la Lega polmonare ticinese (LPT). Se necessario trasmettere la lista dei pazienti esposti prima delle MA Aerea al Direttore sanitario che contatterà la LPT per attuare le misure necessarie e fornire le indicazioni operative al personale. <u>Indicazioni</u> - L'indagine ambientale è gestita dalla Medicina del Personale o dal Direttore sanitario in collaborazione con LPT.
Visite	Limitare le visite ai familiari e/o alle persone di riferimento del residente, massimo 2 visite contemporaneamente con l'obbligo di indossare la mascherina ultrafiltrante FFP2 o FFP3. La porta della stanza deve rimanere chiusa. Uscire dalla camera e togliere la maschera ultrafiltrante, poi procedere alla disinfezione delle mani.
Movimenti del residente	Il residente deve restare in camera con la porta sempre chiusa. Se necessario limitare gli spostamenti alle sole urgenze mediche.
Trasporto del residente	Solo se strettamente necessario, far indossare una maschera ultrafiltrante FFP2 o FFP3 al residente. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto.

	Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate.
Trasferimento/uscita	Uso di una maschera ultrafiltrante FFP2 senza valvola per il residente Uso di una maschera ultrafiltrante FFP3 per gli accompagnatori/militi dell'ambulanza.
Misure specifiche	Informare il residente che deve espettorare in un fazzoletto di carta per ridurre la formazione di particelle aeree.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No Tranne in caso di esposizione prevedibile a liquidi biologici, seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina	Mascherina ultrafiltrante FFP2 o FFP3 da indossare prima di accedere alla camera/prima di aprire la porta ed entrare in camera. Togliere la mascherina ultrafiltrante FFP2 o FFP3 all'esterno della camera dopo aver chiuso la porta della stanza.
Misure complementari	Il personale che è stato a contatto con un residente bacillare prima dell'applicazione delle Misure Addizionali Aerea (MAA) sarà annunciato alla medicina del personale o al direttore sanitario per l'indagine ambientale. Il personale che soffre di immunodeficienza non deve occuparsi del residente bacillare/tubercolotico. La porta della camera del residente deve restare sempre chiusa.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale riutilizzabile è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile usare il programma "infetti" e/o lavare a 40°C poi stirare la biancheria. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo) con linguetta di protezione. Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Pulizia	Appena il residente è trasferito indossare una mascherina ultrafiltrante FFP2 o FFP3, entrare in camera, spalancare le finestre, uscire dalla camera, chiudere la porta. La stanza deve essere arieggiata per almeno ½ ora prima di procedere alla pulizia. Pulire la camera per ultima, dopo aver sanificato tutte le altre stanze. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale. Pulire il pavimento con il detergente in uso.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	Sì, annuncio al Medico cantonale da parte del Direttore sanitario entro una settimana.

15.20 Varicella (VZV)

Agente etiologico	La varicella è una malattia virale, generata dal virus della varicella-zoster. È molto contagiosa e solitamente si contrae durante l'infanzia e si manifesta con febbre, stanchezza, eruzioni cutanee sotto forma di macule arrossate e pruriginose, che evolvono in vescicole, per poi seccare e formare infine delle croste e lasciare, talvolta, delle cicatrici. Nel bambino è una malattia molto fastidiosa, ma generalmente benigna. Il rischio di complicazioni è molto più elevato se ci si ammala di varicella in età adulta. Le complicazioni consistono in sovra infezioni batteriche della pelle, polmoniti, pericarditi, epatiti, meningiti ed encefaliti spesso gravi se non addirittura letali. La persistenza del virus nel corpo può comportare l'apparizione del cosiddetto "fuoco di Sant'Antonio" o Zoster, spesso diversi anni più tardi. In CpA interessa la forma "fuoco di Sant'Antonio" o Herpes zoster (CFR Fuoco di Sant'Antonio - Zoster). La varicella rappresenta un rischio severo per le donne in gravidanza provocando polmonite severa, malformazioni fetali, per i neonati e nei soggetti immunocompromessi.
Agente infettivo	Virus varicella-zoster
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	In assenza d'immunità per il VZV, la probabilità di trasmissione è elevata (>85%). Attraverso micro-goccioline < 5 micron (aerosol), prodotte ed espulse attraverso la tosse, la conversazione o gli starnuti. Le micro-goccioline possono restare sospese nell'aria per qualche ora ed essere trasportate a distanza. Altre persone possono infettarsi anche senza essere state in contatto diretto con il malato. Diretto: con il contatto con il malato o attraverso le micro-goccioline sospese nell'aria per qualche ora e trasportate a distanza. Indiretto: con il contatto con oggetti contaminati o attraverso le mani del personale.
Periodo d'incubazione	Da 10 a 21 giorni. In caso di somministrazione d'immunoglobuline specifiche, la durata dell'incubazione può essere prolungata di una settimana.
Periodo di contagio	Da 1 a 2 giorni prima dell'apparizione del rash cutaneo fino a quando tutte le lesioni sono asciutte, hanno formato la crosta (5 giorni o più se le lesioni attive persistono).
Controllo e prevenzione	È disponibile il vaccino contro la varicella (vaccino vivo attenuato). Per gli adulti si raccomanda 2 dosi di vaccino fino all'età di 40 anni qualora la persona non abbia contratto la malattia nell'infanzia. https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/windpocken.html
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	CONTATTO E AEREA (MAC + MAA) Per il personale immune (su base anamnestica o sierologia positiva per varicella) nessuna Misura Addizionale (MA) da applicare, il rispetto e la rigorosa applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Ubicazione del residente	Camera singola e se possibile a pressione negativa. La porta deve restare sempre chiusa. Eventualmente, su ordine medico del Direttore sanitario, trasferire il residente in ospedale.
Segnaletica	Appendere all'esterno della porta d'entrata della camera del residente le indicazioni per le MA da contatto e Aerea (MAC + MAA): le persone non

	immuni dovranno indossare il camice di protezione e la mascherina ultrafiltrante FFP2 prima di entrare in camera.
Durata delle MA	Fino all'assenza di nuove vescicole, minimo 5 giorni, se residente immunocompromesso: 7 giorni.
Materiale di cura	Riservato al residente fino al momento del trasferimento e dell'applicazione delle MA. Disinfezione scrupolosa del materiale pluriuso: stetoscopio, bracciale della pressione, glucometro, ecc. Privilegiare il materiale monouso.
Contatti	Indagine ambientale secondo le indicazioni del Direttore sanitario. Se necessario trasmettere la lista dei pazienti esposti prima delle MA da Contatto e Aerea (MAC + MAA) al Direttore sanitario.
Visite	Divieto di visita alle donne in gravidanza, se non immuni. Le visite di adulti non immuni (secondo l'anamnesi o vaccinate) sono concesse unicamente dal Direttore sanitario con l'obbligo di usare la mascherina ultrafiltrante FFP2 e permanenza a porta chiusa. Ai bambini non immuni non è consentito visitare il residente. Limitare le visite ai familiari e/o alle persone di riferimento del residente, massimo 2 visite contemporaneamente con l'obbligo di restare con la porta chiusa. Uscire dalla camera e togliere la maschera ultrafiltrante, poi procedere alla disinfezione delle mani.
Movimenti del residente	Il residente deve restare in camera con la porta sempre chiusa fino a quando non sono tolte le MA. Se necessario limitare gli spostamenti ai bisogni fisiologici (es. toilette all'esterno della stanza).
Trasporto del residente	Far indossare una mascherina FFP2 al residente. Vestiti puliti. Avvisare il servizio di trasporto e di destinazione per permettergli di attuare le misure necessarie. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Trasferimento/uscita	Uso di una maschera ultrafiltrante FFP2 senza valvola per il residente Uso di una maschera ultrafiltrante FFP2 per gli accompagnatori/militi dell'ambulanza.
Misure specifiche	Fare attenzione che il residente malato di varicella non entri in contatto con persone immunocompromesse e donne in gravidanza. Un'indagine ambientale dovrà essere fatta per determinare l'indicazione alle misure profilattiche (esposizione accidentale al virus prima delle MA) e nel caso in cui le MA non vengano rispettate.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice di protezione	No. Tranne che in caso di proiezioni prevedibili a liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU. Il personale non immune non si prende cura del residente.
Guanti	No. Tranne se contatto con pelle e mucose, lesioni cutanee del residente. Seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina ultrafiltrante	Mascherina ultrafiltrante FFP2 per il personale non immune. Il personale immune contro la varicella deve avere un'anamnesi positiva alla malattia o essere vaccinato.

Misure complementari	Il personale che non ha fatto la malattia o non ha una sierologia positiva o non è vaccinato non deve occuparsi dei residenti con varicella; è raccomandata la vaccinazione. Sia il personale in gravidanza sia il personale non immune, in caso di contatto, dovranno consultare tempestivamente il medico responsabile della medicina del personale perché necessitano di misure specifiche.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale riutilizzabile è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile usare il programma "infetti" e/o lavare a 60°C. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Appena il residente è trasferito o dopo aver tolto le MA, indossare una mascherina ultrafiltrante FFP2, entrare in camera, spalancare le finestre, uscire dalla camera, chiudere la porta. La stanza deve essere arieggiata per almeno ½ ora prima di procedere alla pulizia. Pulire la camera per ultima, dopo aver pulito tutte le altre stanze. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale. Sanificazione minuziosa dell'ambiente a contatto diretto col residente: comodino, potenza, sbarre, campanello, deambulatore, telefono, ecc. Pulire il pavimento con l'abituale detergente.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	La malattia non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.

15.21 Herpes Zoster/Fuoco di Sant'Antonio

Agente etiologico	In seguito all'infezione primaria dal Virus della Varicella Zoster, che si manifesta come Varicella, anche a distanza di anni, il virus passa allo stato latente e si localizza nei gangli sensitivi craniali e del midollo spinale. L'incidenza cresce con l'aumentare dell'età e/o, in particolare, con la riduzione della risposta immunitaria cellulo-mediata e, in generale, con gli stati di immunocompromissione. Diversi anni più tardi la persistenza del virus della Varicella (CFR Varicella) nel corpo (gangli spinali) può comportare in momenti di fragilità dell'organismo l'apparizione del "fuoco di Sant'Antonio" o Herpes Zoster (HZ).
Sintomi	Manifestazioni nervose e cutanee con distribuzione a dermatoma, tipica dell'Herpes zoster.
Agente infettivo	Virus varicella-zoster. Zoster o Zona diffuso: eruzione eritematosa vescicolare a livello di un dermatomero accompagnato da numerose vescicole. A volte uno Zoster può determinare sintomi dolorosi importanti anche senza essere visibile.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	Attraverso delle micro-goccioline < 5 micron (aerosol), prodotte ed espulse attraverso la tosse, la conversazione o gli starnuti. Le micro-goccioline possono restare sospese nell'aria per qualche ora ed essere trasportate a distanza. Altre persone possono infettarsi anche senza

	essere state in contatto diretto con il malato. Tutte le persone non immune alla varicella sono a rischio di infettarsi. Diretto: con il contatto con il malato o attraverso delle micro-goccioline sospese nell'aria e trasportate a distanza. Indiretto: con il contatto con oggetti contaminati o attraverso le mani del personale.
Periodo d'incubazione	Riattivazione del virus varicella zoster.
Periodo di contagiosità	Fino a più di 7 giorni e comunque, fino alla comparsa delle lesioni crostose.
Controllo e prevenzione	<u>Vaccinazione raccomandata complementare</u> Shingrix® (vaccino ricombinante adiuvante, non vivo) è raccomandato a tutte le persone immunocompromesse dall'età di ≥ 65 anni, a prescindere dall'anamnesi individuale relativa a varicella e HZ. Schema vaccinale: sono raccomandate due dosi di Shingrix® con un intervallo minimo tra le dosi di 2-6 mesi. Non è necessario testare l'immunità contro il VVZ prima di una vaccinazione contro l'HZ. https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/windpocken.html
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna L'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Materiale di cura	Riservato al residente. Disinfezione scrupolosa del materiale pluriuso: stetoscopio, bracciale della pressione, glucometro, ecc. Privilegiare il materiale monouso.
Movimenti del residente	Il residente può circolare tranquillamente nella struttura con l'obbligo di coprire completamente le lesioni e l'uso di abiti puliti.
Trasporto del residente	Copertura delle lesioni distribuite lungo i metameri nervosi, rinnovate quotidianamente e/o al bisogno. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Misure specifiche	Fare attenzione che il residente malato di varicella non entri a contatto con i residenti immunodepressi. Il personale curante non immune dovrebbe essere esonerato dalle cure dirette al residente con Zoster.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice di protezione	Personale non immune alla varicella: sì se contatto diretto con il residente o il suo ambiente diretto. Non è necessario se vi è un semplice passaggio nella camera. Seguire le indicazioni delle PU. Personale immune: non è necessario, tranne se vi è il rischio di esposizione a sangue o liquidi biologici.
Guanti	No. Tranne se contatto con lesioni cutanee e mucose. Seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Seguono le indicazioni delle PU.
Misure complementari	Il personale che non ha contratto la varicella e/o che non è vaccinato non dovrebbe occuparsi del residente con Zoster, per evitare di contagiarsi.

	Il personale in gravidanza e non immune ha bisogno di misure particolari. In caso di contatto dovrà essere consultato il medico responsabile per la medicina del personale.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale riutilizzabile è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile usare il programma "infetti" e/o lavare a 60°C. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Pulire la camera per ultima, dopo aver pulito tutte le altre stanze. Disinfezione minuziosa del letto e dell'ambiente diretto del residente: comodino, potenza, sbarre, campanello, deambulatore, telefono, ecc. Cambio di tutta la biancheria al termine della malattia. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale. Pulire il pavimento con il detergente in uso.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore di sicurezza e a norma per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo) con linguetta di protezione. Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	La malattia non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.

15.22 MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

(Encefalopatia spongiforme subacuta)

(Residenti ad alto rischio, sospetti o affetti dalla malattia)

Agente etiologico	Prioni
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo, bovini (nuova variante della CJD)
Modo di trasmissione/contagio	- Nella comunità: la nuova variante CJD è descritta per la prima volta nel 1996. Potrebbe essere associata al consumo di carne bovina contaminata. - In ospedale: mediante strumenti chirurgici contaminati, nel trapianto di cornea o dura madre o mediante la somministrazione di ormoni della crescita ottenuti da cellule pituitarie umane. - Nessuna trasmissione da uomo a uomo, al di fuori delle circostanze iatrogene sopra elencate.
Sintomi	- Quadro neurologico spesso complesso
Periodo d'incubazione	- 15 mesi a 30 anni per i casi iatrogeni (15-120 mesi nelle procedure neurochirurgiche e 4,5-30 anni dopo inoculazione dell'ormone della crescita ottenuto da cadavere, procedura in uso fino agli anni '80. Oggi il GH è prodotto con tecniche di ingegneria genetica) - Ignoto per casi sporadici e la nuova variante.
Periodo di contagiosità	Durata della malattia (compresa l'incubazione).
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali è sufficiente
Misure specifiche	In caso di autopsia informare della diagnosi probabile l'istituto di patologia. In caso di interventi chirurgici, endoscopici o altro, bisogna informare il reparto

Dispositivi di protezione per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Seguono le indicazioni delle PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici, chimici/irritanti)
Guanti	No. Seguono le indicazioni delle PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici, chimici/irritanti)
Mascherina e occhiali di protezione	No. Seguono le indicazioni delle PU (rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici, chimici/irritanti)
Pulizie e disinfezione	
Materiale di cura	Utilizzare il detergente/disinfettante in uso
Letto e biancheria	Gestione usuale
Ambiente	Utilizzare il solito detergente/disinfettante per il ripristino quotidiano dell'ambiente diretto. Un'attenta disinfezione dell'ambiente diretto del residente (tavolo notturno, sbarre, campanello, ecc.). Utilizzare il detersivo in uso per i pavimenti.
Rifiuti	Secondo normale filiera.
Dichiarazione del caso al direttore sanitario e all'ufficio del medico cantonale	
Medico cantonale	Dichiarazione del medico entro 1 settimana

15.23 Vaiolo delle scimmie – MPOX VIRUS (MPXV)

Agente etiologico	Il virus del vaiolo delle scimmie è una zoonosi causata dal MPox virus (Orthopoxvirus, MPXV), che rientra nel gruppo degli orthopoxvirus appartenenti alla famiglia dei Poxviridae.
Serbatoio/fonte di contagio	I roditori indigeni sembrano costituire un serbatoio naturale per il virus nel continente africano. Le scimmie e gli uomini sono degli ospiti accidentali.
Modo di trasmissione/contagio	La trasmissione dell'MPXV, in Europa, è primariamente interumana attraverso il contatto stretto diretto e prolungato con una persona infetta attraverso: - la pelle e le mucose (p. es. occhi, naso, bocca, genitali, ecc.), - le vescicole e le lesioni cutanee (secreto o sangue infetti), - le secrezioni delle vie respiratorie o grandi goccioline respiratorie, - trasmissione verticale (madre-bambino), oppure - contatto indiretto attraverso oggetti contaminati di recente (p. es. lenzuola, asciugamani, indumenti usati da una persona infetta, articoli per l'igiene). Esistono due cladi I e II: clade dell'Africa centrale e occidentale (clade II). Focolaio attuale in Europa e America prevalentemente della clade dell'Africa occidentale (clade II). Il contagio dall'animale all'uomo non è stato ancora documentato in Europa, ma si può contrarre con sangue/liquidi biologici dell'animale infetto, morsi.
Sintomi	Fase prodromica: febbre acuta (>38,5°C), cefalea, linfadenopatia (linfonodi ingrossati), mialgia (dolori muscolari e generalizzati), mal di schiena, astenia (stato di accentuata debolezza). Eruzioni cutanee acute o singole lesioni (vescicole, in seguito pustole e infine croste, come nel vaiolo) 1 - 3 giorni dopo la comparsa di febbre,

	proctite (infiammazione della mucosa del retto), balanite (infiammazione del glande).
Periodo d'incubazione	Estremi: da 5 a 21 giorni Media: 8 giorni
Periodo di contagio	La contagiosità inizia dalla fine del periodo d'incubazione con l'inizio dei primi sintomi (prima delle lesioni cutanee) e persiste fino alla cicatrizzazione delle lesioni cutanee.
Controllo e prevenzione	In Svizzera la vaccinazione è raccomandata per specifici gruppi a rischio. Il vaccino Jynneos® è raccomandato agli adulti dai 18 anni che non hanno contratto il vaiolo delle scimmie e che sono ad alto rischio di infezione tramite rapporti sessuali non protetti, personale sanitario o personale di laboratori speciali. <u>Vaccinazione preventiva (profilassi pre-esposizione):</u> la vaccinazione è più efficace prima di un contatto con il vaiolo delle scimmie. La vaccinazione preventiva è effettuata come segue: • persone non ancora vaccinate contro il vaiolo: per l'immunizzazione di base sono necessarie due dosi di vaccino a distanza di almeno 28 giorni; • persone già vaccinate contro il vaiolo: è raccomandata una dose di vaccino; • persone con immunodeficienza: sono raccomandate due dosi di vaccino a distanza di almeno 28 giorni (anche in caso di precedente vaccinazione antivaiolo); • persone già vaccinate due volte con Jynneos® da più di 2 anni: è raccomandata una vaccinazione di richiamo. <u>Vaccinazione dopo contatto (profilassi post-esposizione):</u> la vaccinazione può essere effettuata dopo un contatto con il vaiolo delle scimmie. La vaccinazione dovrebbe essere effettuata entro 4 giorni, ma può essere somministrata fino al 14° giorno dal contatto. Una vaccinazione entro pochi giorni può prevenire la malattia. Una vaccinazione dal 4° giorno dal il contatto può alleviare i sintomi, ma probabilmente non può prevenire la malattia. La vaccinazione dopo un contatto è effettuata come segue: • persone non ancora vaccinate contro il vaiolo: è raccomandata una dose di vaccino; • persone già vaccinate contro il vaiolo: è raccomandata una dose di vaccino; • persone con immunodeficienza: sono raccomandate due dosi di vaccino a distanza di almeno 28 giorni (anche in caso di precedente vaccinazione antivaiolo); • persone già vaccinate due volte con Jynneos® da più di 2 anni: è raccomandata una vaccinazione di richiamo.
Presa in carico del residente risultato positivo al test	
Misure Addizionali	CONTATTO - GOCCIOLINE (MAC+MAG)
Ubicazione del residente	Camera singola
Segnaletica	Applicare sulla porta il cartello identificativo per le MA Contatto + Goccioline (MAC+MAG).
Durata delle MA	Fino a ordine medico. Generalmente fino all'assenza di sintomi e fino a quando tutte le croste non si staccano.
Materiale di cura	Riservato al residente, se possibile far indossare sempre una mascherina chirurgica al residente (per limitare la proiezione di particelle). Privilegiare il materiale monouso.

	Lasciare fuori dalla camera un carrellino con: mascherine chirurgiche, occhiali di protezione, camice di protezione, guanti, disinfettante per superfici e soluzione idroalcolica per le mani a disposizione di tutti. Utilizzare detergente/disinfettante e disinfettante per le superfici. Prima di entrare in camera disinfettare le mani e preparare tutti i DPI: camice, guanti, occhiali di protezione e mascherina chirurgica. Indossare tutti i DPI, entrare in camera, chiudere la porta ed effettuare le cure al residente. Una volta terminate le cure togliere guanti e camice, buttarli nella pattumiera con coperchio, disinfettare le mani, uscire dalla camera e chiudere la porta. All'esterno della camera: disinfettare le mani, togliere gli occhiali di protezione e la mascherina. Disinfettare le mani. Gli occhiali di protezione sono da disinfettare e da rimettere in uso.
Contatti	Indagine ambientale secondo le indicazioni del direttore sanitario in collaborazione con UMC. Il Direttore sanitario informa l'UMC. Se necessario trasmettere la lista dei pazienti esposti prima delle MA Goccioline (MAG) al Direttore sanitario che contatterà l'UMC per attuare le misure necessarie. Indicazioni Un'esposizione è considerata significativa se: - Persona senza nessun DPI ha avuto un contatto stretto e prolungato con il residente (faccia a faccia).
Visite	Coprire le lesioni cutanee e far indossare una mascherina chirurgica al residente. Limitare le visite agli affetti più cari del residente adottando le misure igieniche preventive necessarie, massimo 1 - 2 visite contemporaneamente con l'obbligo di usare tutti i DPI: mascherina chirurgica, camice monouso, guanti e disinfezione delle mani. La porta resta sempre chiusa. Togliere guanti e camice in camera, disinfettare le mani. Uscire dalla camera e togliere occhiali e la mascherina, poi procedere alla disinfezione delle mani. Buttare tutto nei contenitori per rifiuti infettivi. Anziani con comorbidità, persone immunocompromesse, donne incinte non devono visitare un paziente infetto per la possibilità di sviluppare una forma severa della malattia.
Movimenti del residente	Il residente deve restare in camera con la porta chiusa.
Trasporto del residente	Uso di una maschera chirurgica per il residente. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata poco prima del trasporto. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con le misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali
Trasferimento/uscita	Abiti e biancheria da letto puliti, disinfezione del letto. Uso di una maschera chirurgica per gli accompagnatori/militi dell'ambulanza.
Misure specifiche	Informare il residente che deve portare una maschera chirurgica durante la presenza di altre persone in camera. Se non si sono applicate tempestivamente le MA, si procederà a un'indagine ambientale.
Dispositivi di protezione personale (DPI) per i collaboratori	
Disinfettante per le mani	Da utilizzare prima di indossare i DPI e subito dopo aver tolto i DPI.

Camice monouso di protezione	Sì, indossato sempre prima di entrare in camera. Non è necessario per un semplice passaggio in camera.
Guanti	Sì, indossati sempre prima di entrare in camera.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	Mascherina chirurgica prima di entrare in camera. Gli occhiali di protezione sono consigliati in caso di cure ravvicinate rispettivamente rischio di proiezione di liquidi biologici, da indossare prima di entrare in camera.
Misure complementari	Il personale che è stato in contatto con un residente positivo per MPXV prima dell'applicazione delle Misure Addizionali per goccioline sarà annunciato alla medicina del personale per la sorveglianza del caso/indagine ambientale. Il personale che soffre di immunodeficienza e le donne incinte non devono occuparsi del residente.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale ad uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Mettere la biancheria in un sacco chiuso, utilizzare un altro sacco per il trasporto con l'indicazione di biancheria infetta. Il sacco deve essere trasportato personalmente in lavanderia e il personale deve essere avvisato. Se possibile usare il programma "infetti", lavare comunque a 60°C e stirare la biancheria. Seguire le indicazioni dell'istituto sulla gestione della biancheria infetta.
Stoviglie e vassoio	Servire il vassoio per ultimo e ritirarlo per ultimo. Portare immediatamente il carrello con i vassoi in cucina per il consueto procedimento di ripristino delle stoviglie. Tutti i collaboratori devono lavorare con gli usuali DPI: mascherina, occhiali di protezione, guanti e camice di protezione, disinfettante per le mani. Nessuna misura particolare da applicare.
Rifiuti	Oggetti trancianti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo) con linguetta di sicurezza. Eliminazione dei rifiuti tramite filiera normale. Garze o altro materiale contaminato con liquido della lesione o contenente le croste provenienti da un caso MPX deve essere gestito come "rifiuto speciale" - infetto. Per altro materiale di consumo utilizzare il sacchetto di plastica primario, chiuderlo e metterlo in un sacco per i rifiuti RSU abituale. Chiudere il sacco della pattumiera prima di uscire dalla camera e portarlo direttamente nel cassonetto o nel deposito intermedio. I DPI sono da considerare rifiuti infetti, pertanto dovranno essere eliminati dapprima in un sacco di plastica e poi messi nell'apposito contenitore a norma presente in camera.
Pulizia	Pulizie di routine Pulire la camera per ultima. Indossare tutti i DPI. Entrare e richiudere la porta. Coprire bene il residente e aprire la finestra per qualche minuto. Utilizzare esclusivamente detergente/disinfettante e disinfettante per superfici. Si raccomanda di utilizzare panni monouso. Pulire tutta la camera come di consueto, senza sollevare polvere. Se possibile lasciare il materiale strettamente necessario in camera. Pulizia di fine MA/Isolamento Indossare tutti i DPI.

	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale. Tutta la biancheria deve essere cambiata e lavata 60°C, mentre le tende come da prassi. Una volta terminate le pulizie disinfettare tutta l'attrezzatura usata.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al direttore sanitario	
Comunicazione	Avvisare il direttore sanitario.
Medico cantonale	Sì, Medico cantonale da parte del direttore sanitario entro 24 ore.

15.24 Meningite virale - Enterovirus

Agente etiologico	La meningite è un'infezione delle meningi e dello spazio subaracnoideo. La meningite virale tende a presentarsi con quadri meno gravi rispetto alle meningiti batteriche. Sintomi: cefalea, febbre, mialgie, sintomi gastrointestinali o respiratori e rigidità nucale. La diagnosi si fonda sull'esame del liquido cerebrospinale. La causa più comune di meningite virale è l'Enterovirus (Coxsackie, Echovirus, altri Enterovirus non Poliovirus).
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	Secondo il tipo di virus, trasmissione per contatto e/o tramite goccioline, particelle di grosse dimensioni (> 5 micron) che sono proiettate a 1 - 2 metri con la tosse, gli starnuti, la conversazione e/o attraverso alcune manovre diagnostiche (es.: broncoscopia) e raggiungono le mucose (bocca, naso, gola e occhi) delle persone vicine. Le mani o i guanti contaminati dalle goccioline possono essere un veicolo di trasmissione.
Sintomi	Cefalea, febbre, rigidità nucale, confusione mentale, sonnolenza, fotofobia, inappetenza, nausea e vomito.
Periodo d'incubazione	Da 3 a 6 giorni.
Periodo di contagiosità	Da 3 giorni prima a 10 giorni dopo l'esordio della malattia.
Prevenzione	Nessun vaccino.
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	Nessuna, l'applicazione delle Precauzioni Universali (PU) è sufficiente.
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne che in caso di proiezioni prevedibili al vomito o altri liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Tranne che in caso di prevedibile esposizione al vomito o altri liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	No. Tranne che in caso di esposizione prevedibile al vomito o altri liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale per la pulizia dell'ambiente. Disinfezione minuziosa dell'ambiente diretto del residente (comodino, sbarre, potenza, campanello, telefono, ecc.). Pulire il pavimento con l'abituale detergente.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.

Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	In caso di focolaio > 2 casi simultanei nello stesso reparto, avvisare il Direttore sanitario.
Medico cantonale	La malattia non è soggetta a denuncia obbligatoria all'autorità sanitaria.

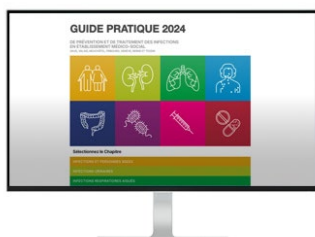
15.25 Meningite da Meningococco

Agente etiologico	La meningite acuta è un'infezione batterica delle meningi e dello spazio subaracnoideo rapidamente progressiva. Nella maggior parte dei casi esordisce con sintomi aspecifici insidiosamente progressivi tra cui malessere, febbre, irritabilità e vomito. Spesso la meningite ha un'insorgenza rapida con un decorso fulminante. Sintomi: febbre, rigidità nucale, cefalea, fotofobia, cambiamenti dello stato mentale (letargia, stato confusionale). La vaccinazione contro i meningococchi è raccomandata ai gruppi a rischio (persone immunodepresse, reclute, personale di laboratorio, persone che si recano in determinate regioni) e come vaccinazione complementare ai bambini e adolescenti. Agente infettivo: <i>Neisseria meningitidis</i> . Il batterio prima di provocare la malattia invasiva colonizza le mucose orofaringee.
Serbatoio/fonte di contagio	Uomo
Modo di trasmissione/contagio	Secondo il tipo di batterio, trasmissione per contatto e/o tramite goccioline, particelle di grosse dimensioni (> 5 micron) che vengono proiettate a 1 - 2 metri attraverso la tosse, gli starnuti, la conversazione e/o attraverso alcune manovre diagnostiche (es.: broncoscopia) e raggiungono le mucose (bocca, naso, gola e occhi) delle persone vicine. Le mani o i guanti contaminati dalle goccioline possono essere un veicolo di trasmissione.
Sintomi	Cefalea, febbre, rigidità nucale, fotofobia, confusione mentale, sonnolenza, inappetenza, nausea e vomito.
Periodo d'incubazione	Da 2 a 10 giorni, in generale 3 - 4 giorni.
Periodo di contagiosità	La contagiosità cessa 24 ore dopo l'inizio di un trattamento antibiotico efficace.
Prevenzione	Vaccino/Profilassi antibiotica post-esposizione
Presa a carico del residente	
Misure Addizionali	GOCCIOLINE (MAG)
Ubicazione del residente	Il residente deve restare in camera fino alle 24 ore dopo l'inizio dell'antibiototerapia efficace.
Segnaletica	Appendere l'indicazione delle MA Goccioline (MAG). Predisporre un carrello davanti alla porta della camera con tutti i DPI necessari: i camici di protezione, i guanti, le mascherine chirurgiche, gli occhiali di protezione e il disinfettante per le mani.
Durata delle MA	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento antibiotico efficace.
Materiale di cura	Riservato al residente fino al momento della durata della malattia. Disinfezione minuziosa del materiale pluriuso (stetoscopio, bracciale della pressione, glucometro, ecc.). Privilegiare il materiale monouso.
Contatti	Profilassi antibiotica post-esposizione. Indagine ambientale e profilassi post esposizione secondo le indicazioni del Direttore sanitario e/o medico del personale. Indicazioni dell'UFSP:

	- Ciprofloxacina® 500mg dose unica, oppure - Rifampicina® 2x600mg/giorno per 2 giorni (in totale 4 dosi), oppure - Ceftriaxone® 1x250mg i/m dose unica.
Visite	Visite vietate.
Movimento del residente	Il residente è in isolamento e deve restare in camera 24 ore dopo il trattamento antibiotico efficace.
Trasporto del residente	Far indossare una mascherina chirurgica al residente. Abiti puliti. Avvisare il servizio di trasporto e di destinazione affinché mettano in atto le misure necessarie a prevenire il contagio. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Misure in caso d'epidemia	Profilassi a tutte le persone vicine sia ai collaboratori sia ai residenti esposti (persone che vivono sotto lo stesso tetto) persone con contatti ravvicinati secondo le indicazioni del Medico cantonale. https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/malattie-a-z/malattie-a-z-indice/meningite-da-meningococco/
Dispositivi di protezione personale per i collaboratori	
Camice monouso di protezione	No. Tranne in caso di rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.
Guanti	No. Tranne in caso di rischio di proiezione di sangue o liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.
Mascherina chirurgica e occhiali di protezione	Mascherina chirurgica e occhiali di protezione da indossare quando si assiste il residente a meno di 1m. Non necessari in caso di un semplice passaggio in camera.
Misure complementari	Per il personale che ha avuto un'esposizione a rischio, cioè senza mascherina chirurgica e occhiali di protezione (intubazione, rianimazione, ecc.) è raccomandata la profilassi post esposizione. Contattare il medico per la medicina del personale, fare un'indagine ambientale ed eventualmente una profilassi post esposizione secondo le indicazioni del Direttore sanitario e/o medico per la medicina del personale. Indicazioni dell'UFSP: - Ciprofloxacina® 500mg dose unica, oppure - Rifampicina® 2x600mg/giorno per 2 giorni (in totale 4 dosi), oppure - Ceftriaxone® 1x250mg i/m dose unica (donne incinta). Se il batterio che ha causato la meningite appartiene al sierogruppo A, C, W o Y, o in assenza di una sierotipizzazione è possibile offrire, insieme alla PEP, la vaccinazione. Si raccomanda di vaccinare i contatti stretti di età ≥ 2 mesi con il vaccino coniugato MCV-ACWY se non hanno ricevuto tale vaccino negli ultimi 12 mesi. Se sierogruppo B valutare vaccinazione con 4CMenB
Pulizia e disinfezione	
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale ad uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Letto e biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile usare il programma "infetti" e/o lavare a 60°C. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Pulizia generale e pulizia unità residente	Utilizzare il detergente/disinfettante usuale per la pulizia dell'ambiente. Disinfezione minuziosa dell'ambiente diretto del residente (comodino, sbarre, potenza, campanello, telefono, ecc.).

	Eventualmente cambiare le tende di separazione nelle camere doppie. Pulire il pavimento con l'abituale detergente.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Dichiarazione del caso all'Ufficio del medico cantonale o al Direttore sanitario	
Notifica	Avvisare <u>immediatamente</u> il Direttore sanitario per ogni caso.
Medico cantonale	Tutti i casi devono essere annunciati all'Ufficio del medico cantonale da parte del Direttore sanitario entro 24 ore.

I 6. Guida pratica per le CpA on-line



Al sito www.guide-ems-hpci.ch è possibile trovare la nuova versione per la gestione delle principali malattie infettive presenti in CpA. ADiCASI ha partecipato alla revisione e traduzione del documento. Segue la pubblicazione in italiano a breve. La guida contiene le raccomandazioni per la presa in carico delle infezioni più frequenti negli anziani ricoverati in lungo degenza (CpA). In particolare, infezioni urinarie, respiratorie acute, cutanee e digestive. Inoltre, sono presenti indicazioni relative alla

prevenzione dei microrganismi, alle vaccinazioni, ai medicinali e agli antibiotici.

Queste raccomandazioni, basate sulle attuali conoscenze scientifiche, sono state redatte da un gruppo di esperti di diversi cantoni, tra cui geriatri, infettivologi e specialisti in igiene, prevenzione e controllo delle infezioni (EPIAS - HPCI). Sono state concepite per aiutare i professionisti delle strutture di assistenza medica e sociale nella lungo degenza (CpA) nel:

- gestire efficacemente le infezioni più frequenti
- guidare la prescrizione di antibiotici
- e applicare delle misure preventive.

Siti:

www.guide-ems-hpci.ch

[HPCI - Guide pratique 2024 EMS](#)

I 7. BMR Batteri multi-resistenti

Segnalazione all'Ufficio del medico cantonale e gestione nelle CpA

<https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/malattie-a-z/malattie-a-z-indice/germi-multiresistenti/>

Raccomandazioni del Medico cantonale "Gestione dei germi multiresistenti in ambito sanitario escluso il settore ospedaliero somatico acuto" del 1° gennaio 2015

[https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Raccomandazioni GER 2015 con formulario.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Raccomandazioni_GER_2015_con_formulario.pdf)

Informazione agli ospiti e ai loro famigliari "Germi multiresistenti agli antibiotici Strutture socio-sanitarie"

[https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Volantino GER 2015.pdf](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Volantino_GER_2015.pdf)

Formulario di controllo interno batteri multiresistenti

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Formulario_di_controllo_interno_GER_2015.pdf

Conferenza dr.ssa med Cristina Poloni, igienista cantonale

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Conferenza_raccomandazioni_CPoloni.pdf

Centri nazionali di riferimento per le malattie a dichiarazione obbligatoria

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Allegato_2_-_Centri_nazionali_di_riferimento_malattie_a_dichiarazione_obbligatoria.pdf

17.1 Scheda informativa MRSA

Informazioni	MRSA - Stafilococco Aureo Resistente alla Meticillina. L'MRSA è uno stafilococco dorato sul quale molti antibiotici hanno perso la loro efficacia. L'MRSA è resistente a tutti gli antibiotici betalattamici ad eccezione della Ceftriaxone: meticillina e altre varianti (oxacillina, amoxicillina) ed è responsabile di infezioni di difficile trattamento nell'uomo. Per questo motivo tutte le misure di prevenzione devono essere applicate per evitare la disseminazione dell'MRSA all'interno delle strutture socio-sanitarie.		
Agente etiologico	Staphylococcus aureus		
Trasmissione e principi di prevenzione	I pazienti infetti o colonizzati costituiscono la principale fonte di Stafilococchi dorati, ma l'ambiente (oggetti contaminati) può occasionalmente essere fonte di contagio. La colonizzazione è influenzata dall'età, dallo stato di salute in generale, dalla presenza di condizioni mediche particolari (eczema, dermatite, ferite e malattie croniche debilitanti). Un'ospedalizzazione e una terapia antibiotica sono ugualmente dei fattori di rischio. Un paziente colonizzato da MRSA ha un maggior rischio di sviluppare un'infezione nelle seguenti situazioni: dialisi, presenza di malattie croniche (diabete mellito, malattie vascolari periferiche con ulcere), malattie gravi (neoplasie in stadio avanzato), presenza di ferite chirurgiche o di dispositivi medici (cateteri vescicali, cateteri intravenosi, gastrostomia, ecc.). La presa in carico precoce di un paziente colonizzato da MRSA permette di ridurre il rischio di disseminazione del germe negli istituti di cura.		
Trasmissione	- Contatto diretto tra pazienti. - Intermediario del personale: mani contaminate. - Contatto indiretto: oggetti, dispositivi medici, ecc. contaminati.		
Periodo d'incubazione	Variabile, può manifestarsi sotto forma di malattia o colonizzazione.		
Screening/Misure di controllo	- Strisci: naso, inguine, ulcere, ferite, prelievo urine se CV $\geq$ 24 ore, uscita siti di drenaggio e siti precedentemente positivi. Discussione sul procedere con il Direttore sanitario e il Medico del residente. - Eventualmente: urine, espettorato, altro. Nella richiesta di laboratorio specificare il sito di prelievo e la ricerca per MRSA.		
Decolonizzazione	È raccomandata, anche se spesso transitoria, può esserci una ricolonizzazione (successo in 50%). È indicata nel paziente dializzato prima di un intervento chirurgico ortopedico protesico o cardiaco. Nei residenti portatori di MRSA è consigliata la decolonizzazione da MRSA. Su ordine medico e prescrizione medica del Direttore sanitario.		
	Farmaco	Dosaggio	Giorni
	Mupirocina® (Bactroban) unguento nasale	3/dì	7

	Chlorhexidina® 4% sapone (Lifoscrub, Hibiscrub)	1/dì	7
	Chlorexidina® 0.1% spray buccale (Collunovar)	3 - 4/dì	7
	Trattamento topico alternativo		
	Farmaco	Dosaggio	Giorni
	Acido fusidico o Bacitracina pomata nasale	3/dì	7
	Sapone disinfettante a base d'undecylamidopropyltrimonium methosulfato (Stellisept scrub) o sapone disinfettante povidone o octenidina	1/dì	7
	Gargarismi disinfettanti con povidone iodato o chlorexidina 0.1-0.2% o octenidina	3/dì	7
	Su ordine medico, disinfettare le ferite con disinfettante topico.		
Contatti	Indagine ambientale secondo indicazioni del Direttore sanitario. Screening tramite l'analisi di un campione prelevato dal naso con un tampone di cotone (in uso la terminologia striscio nasale). Specificare la ricerca per MRSA nella richiesta di laboratorio.		
Periodo di contagiosità	Fino a quando la persona è infetta o colonizzata dal patogeno (mesi-anni) il germe sopravvive svariati giorni nell'ambiente. Secondo indicazioni Direttore sanitario.		
Ubicazione del residente	Camera singola o camera a 2 letti, se il vicino non ha fattori di rischio (piaghe, decubiti, immunosoppressione) o secondo indicazione del Direttore sanitario. In caso d'infezione da MRSA e/o polmonare il paziente resta in camera.		
Misure Addizionali	Il residente portatore/colonizzato da MRSA sulla cute può uscire dalla camera se la lesione è coperta. Il residente affetto da MRSA polmonare può uscire dalla camera con mascherina chirurgica. Il personale dell'istituto è tenuto a rispettare le MA da contatto (MAC) quando si occupa del residente: uso di guanti non sterili, camice di protezione, soluzione idro-alcolica omologata per le mani, materiale dedicato al paziente in camera; se possibile collocarlo in camera singola. MA da goccioline (MAG) in caso di polmonite da MRSA: prevedere anche l'uso della mascherina/mascherina con visiera o occhiali di protezione.		
Precauzioni Universali	Camice di protezione: da indossare prima del contatto diretto con il paziente, non è necessario se vi è un semplice passaggio in camera. Guanti non sterili: da indossare prima del contatto con il paziente e il suo ambiente circostante. Cambio dei guanti e disinfezione delle mani tra ogni cura. Mascherina/mascherina con occhiali di protezione o visiera di protezione: non è necessaria se c'è isolamento da contatto. È da indossare se vi è un'infezione polmonare da MRSA o proiezioni prevedibili di sangue o di liquidi biologici o per il rifacimento della medicazione. Disinfezione delle mani: frizione con una soluzione idroalcolica omologata.		
Visitatori	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.		
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale ad uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera.		
Biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia. Se possibile usare il programma "infetti" e/o lavare a 60°C. Seguire le indicazioni dell'istituto.		
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.		
Trasporto	Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di		

	destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Pulizia	Pulire la camera per ultima, dopo aver pulito tutte le altre stanze. Utilizzare il detergente/disinfettante usuale.
Durata dell'isolamento	Fino a quando la persona è colonizzata o infetta. Fino a nuovo avviso del Direttore sanitario in caso di MRSA attivo (polmonare).
Diversi	Compilare il modulo dell'Ufficio del Medico cantonale per la segnalazione interna. Informare il paziente e i famigliari sui comportamenti da adottare.

17.2 Scheda informativa ESBL non E. Coli

Informazioni	Le beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL o BLSE) sono enzimi prodotti da batteri che conferiscono resistenza a una vasta gamma di antibiotici beta-lattamici, compresi gli agenti a spettro esteso di recente sviluppo, come le ureidopenicilline, indanylpenicilline e cefalosporine di 3° - 4° generazione quali cefuroxime, cefotaxime, ceftazidime, cefepime e ceftriaxone. La resistenza alle cefalosporine è in genere dovuta a uno dei due meccanismi di resistenza noti, una classe A ESBL ("ESBL classico") o una classe C ESBL ("AmpC"). Esistono diversi tipi di ESBL codificati da plasmidi che comprendono gruppi TEM, SHV, PER e VEB. Si riscontrano soprattutto nelle Enterobacterales (<i>Klebsiella</i> spp. ed <i>Enterobacter</i> spp.). Le ESBL sono clinicamente importanti perché inattivano le cefalosporine, antibiotici a uso regolare in ambito ospedaliero. Molti microrganismi produttori di ESBL sono multi - resistenti agli antibiotici non beta-lattamici, come chinoloni, amino glicosidi e trimethoprim, limitando le possibilità di trattamento.
Agente etiologico	Enterobacterales (<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>E. cloacae</i> , ecc.)
Trasmissione	- Contatto diretto tra pazienti. - Intermediario del personale: mani contaminate. - Contatto indiretto: oggetti, dispositivi medici, ecc. contaminati.
Screening	- Solo in casi particolari in accordo con il direttore sanitario secondo le indicazioni di SWISSNOSO
Periodo d'incubazione	Variabile, dipende dal battere incriminato e dalle stesse condizioni del residente, può sussistere lo stato di portatore.
Periodo di contagiosità	Fino a quando la persona è infetta o colonizzata dal patogeno (la durata della presenza intestinale non è attualmente nota, ma si pensa possa essere di mesi/anni).
Controlli microbiologici	Secondo indicazione del Direttore sanitario.
Ubicazione del residente	In caso d'incontinenza fecale non contenuta o diarrea il residente deve stare in camera fino a sintomatologia risolta. In caso di infezione vie urinarie il residente è libero di muoversi.
Contatti	In situazione di focolaio (> 2 residente con ESBL con identico germe) uno screening può essere fatto in accordo con il Direttore sanitario. Identificazione del portatore di ESBL e coortare, ossia raggruppare in una stessa stanza pazienti con infezioni sostenute dagli stessi patogeni. 211115_StAR Teil II DE MDRO-non-outbreak FINAL.pdf
Misure Addizionali	Nessuna, applicare le Precauzioni Universali (PU).
Precauzioni Universali	Camice di protezione: no, tranne che in caso di contatto con sangue o altri liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU.

	Guanti non sterili: no, tranne che in caso di contatto con sangue o altri liquidi biologici. Seguire le indicazioni delle PU. Mascherina/mascherina con visiera di protezione: no. Seguire le indicazioni delle PU. Disinfezione delle mani: frizione con una soluzione idroalcolica.
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale ad uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera. In caso di diarrea preferire l'uso di WC privati, o mettere a disposizione una comoda.
Biancheria	Tutta la biancheria va messa in doppio sacco (sacco di stoffa dentro quello di plastica). Il sacco di stoffa va tolto da quello di plastica e messo (aperto) direttamente in lavatrice. Usare il programma "infetti". Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Trasporto	In caso di diarrea restrizione delle attività comunitarie e/o attività di gruppo. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Visitatori	Non sedersi sul letto. Disinfezione delle mani uscendo dalla camera.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo indicazioni abituali.
Pulizia	Utilizzare detergente/ usuale per le superfici della stanza e disinfettante per il WC. Pulire i pavimenti con detergente usuale.
Durata delle misure	Fino a quando è in corso la malattia attiva (secrezioni respiratorie, polmoniti, gastroenteriti). La presenza intestinale può durare mesi o anni. Durante tutto il periodo in cui si è portatore di ESBL non E. Coli, (enterobatteri non E. coli produttori di ESBL) e, comunque fino a nuovo avviso e prescrizione da parte del Direttore sanitario.
Smantellamento dell'isolamento	A fine malattia attiva, disinfezione del letto e cambio di tutta la biancheria. Disinfezione minuziosa dell'unità del paziente fino a "altezza uomo". Seguire le indicazioni dell'istituto.
Diversi	Compilare il modulo dell'Ufficio del Medico cantonale per la segnalazione interna. Informare il paziente e i famigliari sui comportamenti da adottare. In situazione di focolaio (>2 residente con presenza di ESBL con germe uguale) potrebbero essere introdotte delle misure supplementari su indicazione del Direttore sanitario. Informare il paziente e i famigliari sui comportamenti da adottare.

17.3 Scheda informativa Enterococchi resistenti alla Vancomicina® VRE

Informazioni	Gli Enterococchi sono batteri commensali, presenti nella flora intestinale. Due specie sono presenti negli esseri umani: <i>Enterococcus faecalis</i> (più frequenti e generalmente più sensibile agli antibiotici) ed <i>Enterococcus</i>
--------------	---

	faecium (spesso in sovrannumero dopo terapia antibiotica somministrata per altri motivi poiché resistente intrinsecamente all'ampicillina). Enterococchi resistenti alla Vancomicina. La resistenza alla Vancomicina® concerne principalmente E. faecium e, in misura minore, E. faecalis. I geni di resistenza (codificati VanA e VanB), portano a una perdita di azione della Vancomicina®. Il gene VanA (più comune) provoca un elevato livello di resistenza a vancomicina e teicoplanina. I ceppi che trasportano il gene VanB (meno frequenti) restano sensibili alla teicoplanina in vitro. Questi geni di resistenza sono situati su sequenze di DNA denominate trasposoni, che rendono possibile il loro trasferimento ad altri batteri Gram positivi, in particolare agli Stafilococchi. La patogenicità del VRE è bassa, ma vi è un elevato rischio di trasmissibilità e di sviluppo crociato di resistenza agli antibiotici (questa resistenza può essere trasferita ad altri batteri), perciò è indispensabile limitare la loro diffusione. La presenza di VRE è identificata da screening (coltura feci o striscio rettale) nel retto o da un campione clinico (esame microbiologico) durante l'infezione. Questi batteri di solito non causano infezione e il trasporto/ colonizzazione non rappresenta un pericolo reale per il paziente, ma in ambito ospedaliero e comunitario, questi batteri possono diffondersi molto facilmente da un paziente all'altro, ecco perché le Misure Addizionali da contatto (isolamento) e le Precauzioni Universali devono essere messe in atto per prevenire la loro diffusione. L'introduzione di queste misure ha lo scopo di prevenire al massimo la trasmissione dei germi resistenti agli antibiotici.
Agente etiologico	VRE: Enterococco faecium o faecalis Resistente alla Vancomicina®.
Trasmissione	- Contatto diretto tra pazienti. - Intermediario del personale: mani contaminate. - Contatto indiretto: oggetti, dispositivi medici, ecc. contaminati. Identificazione del portatore di VRE e coortaggio, ossia raggruppamento in una stessa stanza di pazienti con infezioni sostenute dagli stessi patogeni.
Screening	- Solo in casi particolari in accordo con il direttore sanitario secondo le indicazioni di SWISSNOSO
Periodo d'incubazione	Differente secondo l'agente etiologico.
Periodo di contagio	Fino a quando la persona è portatrice di VRE e di regola per diversi mesi/anni. Il VRE sopravvive più a lungo in pazienti immunodepressi.
Controlli microbiologici	Striscio anale con coltura delle feci, sito d'inserzione dei cateteri, ferite, orifizio di colostomia, urine in caso di CV. Specificare la ricerca per VRE nella richiesta di laboratorio.
Ubicazione del residente	Camera singola per il residente con infezione attiva da VRE o se incontinenza fecale e/o diarrea. In accordo con il Direttore Sanitario, in caso di residente portatore VRE ma continente è possibile condividere la camera con un altro residente.
Controlli microbiologici	Controlli della colonizzazione (portatore). Se portatore di VRE da più di 6 mesi (ultimo labor positivo) fare controlli in accordo con il Medico curante e Direttore sanitario. - Striscio rettale con materiale fecale visibile, cultura urina in caso di CV e altri siti colonizzati - Se risultato del 1° striscio negativo, eseguire un 2° striscio dopo una settimana (G7) - Se risultato del 2° striscio negativo, fare un 3° prelievo di coltura delle feci dopo una settimana da quello precedente (G14) - Specificare la ricerca per VRE nella richiesta di laboratorio.

Misure Addizionali	DA CONTATTO (MAC) in caso d'infezione attiva da VRE o diarrea o incontinenza fecale, il residente deve restare in camera per tutta la durata dei sintomi. Precauzioni Universali (PU) per il residente continente ma portatore VRE.
Movimento del residente	In assenza di diarrea o d'incontinenza fecale ma con protezione efficace e in accordo con il Direttore sanitario: - uscita dalla camera autorizzata; - circolazione libera nell'istituto; - partecipazione alle attività in comune (pasti, ginnastica, terapie d'attivazione, ecc.). In caso d'infezione attiva da VRE, diarrea o incontinenza fecale senza protezione efficace il residente deve restare in camera fino alla risoluzione della sintomatologia.
Precauzioni Universali	PU solo per residenti portatori VRE e continenti. MA/isolamento da contatto (MAC): per residenti con infezione attiva da VRE, diarrea o incontinenza: disinfezione delle mani con soluzione idro alcolica omologata, in caso di rischio di proiezioni di liquidi biologici utilizzo dei guanti come da PU, camice di protezione, soluzione idro-alcolica per le mani, materiale dedicato al paziente in camera, camera singola. Camice di protezione: da indossare prima del contatto diretto con il paziente, non è necessario se vi è un semplice passaggio in camera e all'esterno della stanza, se il residente può circolare liberamente. Guanti non sterili: non sono necessari. Sono da indossare in caso di contatto potenziale con sangue o altri liquidi biologici Mascherina/mascherina con visiera di protezione: non è necessaria. Disinfezione delle mani: frizione con una soluzione idroalcolica.
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale riutilizzabile è riservato al residente e deve restare in camera. Disinfezione minuziosa del materiale a uso multiplo (termometro, stetoscopio, bracciale della pressione, glucometro, ecc.).
Biancheria	Tutta la biancheria va messa in doppio sacco (sacco di stoffa messo in quello di plastica) e trasportato personalmente in lavanderia. Il sacco di stoffa va tolto da quello di plastica e messo (aperto) direttamente in lavatrice. Usare il programma "infetti" o a 60°C. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Trasporto	Biancheria da letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le normali indicazioni interne.
Pulizia	Utilizzare il detergente/disinfettante in uso nell'istituto per tutte le pulizie dell'ambiente diretto del residente. Disinfezione accurata dell'ambiente diretto del residente: comodino, potenza, campanello, sbarre, spondine, mezzi ausiliari, ecc. Disinfezione quotidiana dei sanitari. Il pavimento può essere lavato con il detergente usuale.

Contatti	Quando si scopre un caso di VRE in CpA bisogna eseguire un'indagine ambientale su indicazione del Direttore sanitario/infettivologo che consiste nell'eseguire striscio rettale giorni 0 - 7 - 14 solo per i casi a rischio. https://swissnoso.ch/fr/recherche-developpement/recommandations-bmr/vre
Visitatori	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera. Non sedersi sul letto. Fornire tutte le informazioni per il corretto comportamento.
Durata dell'isolamento	In caso di malattia da batterio multiresistente fino a guarigione (l'ospite colonizzato può diventare portatore per diversi anni). In caso di colonizzazione il residente può uscire dalla camera, secondo decisione del Direttore sanitario.
Misure specifiche	In presenza di diarrea: usare la toilette privata in assenza attrezzare la camera con una "comoda" da utilizzare solo per questo residente.
Smantellamento dell'isolamento	Cambio delle tende anche se il paziente resta nella stessa camera. Disinfezione del letto e cambio di tutta la biancheria. Disinfezione minuziosa dell'unità del paziente fino a "altezza uomo". Seguire le indicazioni dell'istituto.
Diversi	Compilare il modulo dell'Ufficio del Medico cantonale per la segnalazione interna e trattenerlo in struttura, consultabile. In caso di focolaio (≥ 3 casi) avvertire la Direzione Amministrativa e l'Ufficio del Medico Cantonale.

17.4 Scheda informativa batteri produttori di carbapenemasi (Enterbatteri: CRE, EPC, Pseudomonas o Acinetobacter)

Informazioni	Si tratta di diversi batteri gram negativi che possiedono un enzima che provoca l'idrolisi dei carbapenemi. Esiste la possibilità di trasmissione di questo tipo di resistenza ad altri germi gram negativi. Sono noti diversi enzimi (KPC, VM, OSX, NDM, IMP). Questi batteri gram-negativi possono causare gravi infezioni quali infezioni urinarie, sepsi/batteriemie, infezioni cutanee (ferite, ulcere, decubiti). Nelle strutture ospedaliere, le infezioni di questi germi si verificano in particolar modo in malati critici. Fattori che favoriscono lo sviluppo di infezioni di questi germi multiresistenti sono rappresentate da: presenza di cateteri arteriosi o venosi, chirurgia addominale d'urgenza, prolungata permanenza in terapia intensiva, uso di ventilatori, lunghi ricoveri (riabilitazione) o, precedente assunzione di antibiotici, ricovero in case di riposo o ricoveri all'estero. L'infezione e/o la colonizzazione di questi germi avviene per contatto e spesso tramite le mani del personale sanitario che ne rappresentano il vettore. Pazienti a rischio: emodializzati, tracheostomizzati, pazienti con stomie gastrointestinali, con precedente storia di BMR, pazienti provenienti da altre strutture, pazienti provenienti dall'estero. Le opzioni per il trattamento di questi batteri sono estremamente limitate (resistenza a tutte le penicilline, cefalosporine e carbapenemi e spesso anche a molte altre terapie antibiotiche anche a largo spettro). Vista la tendenza ad accumulare svariate resistenze e la possibilità che diventino resistenti a tutti gli antibiotici disponibili, risultano essere un problema
--------------	---

	maggiore e la loro diffusione negli istituti di cura va evitata aggressivamente.
Agente infettivo	Enterobacterales produttori di Carbapenemase (KPC, VIM, OXA, NDM, IMP): <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> , <i>K. oxytoca</i> , <i>S. marcescens</i> , <i>Enterobacter</i> spp., <i>Citrobacter freundii</i> , <i>Salmonella enterica</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> etc.
Trasmissione	- Contatto diretto tra pazienti. - Intermediario del personale: mani contaminate. - Contatto indiretto: oggetti, dispositivi medici. contaminati.
Trasmissione da uomo a uomo	Sì
Screening/controlli microbiologici	In caso di un portatore conosciuto > 6mesi: - Striscio rettale con materiale fecale visibile, coltura delle urine se CV e altri siti colonizzati - Se risultato del 1° striscio negativo, fare un 2° striscio dopo una settimana (G7) - Se risultato del 2° striscio negativo, fare un 3° striscio rettale con materiale fecale visibile dopo una settimana (G14) Specificare la ricerca per CRE nella richiesta di laboratorio.
Periodo d'incubazione	Variabile.
Periodo di contagio	Fino a quando la persona è portatore di CRE, da qualche settimana a più mesi. Nei pazienti immunodepressi il periodo può essere maggiore.
Controlli microbiologici	Controllo della colonizzazione/portatore durante il soggiorno o all'ammissione del residente conosciuto come portatore di CRE. Se l'esame microbiologico come portatore di CRE risale a più di 1 mese, fare un controllo tramite striscio rettale (con presenza di materiale fecale sullo striscio).
Ubicazione del residente	Camera singola in caso di infezione attiva da CRE/EPC/CPE e soprattutto in caso di diarrea o incontinenza fecale per tutta la durata dei sintomi. Camera a 2 letti in accordo con il Direttore Sanitario.
Misure Addizionali	DA CONTATTO (MAC) in caso d'infezione attiva o diarrea il residente deve restare in camera fino alla risoluzione dei sintomi. Nessuna MA in caso di residente portatore di CRE, il rispetto e l'applicazione delle PU sono sufficienti.
Durata delle MA	Fino a quando il residente è portatore di CRE. Secondo indicazioni del Direttore sanitario.
Contatti	Se il CRE è scoperto durante il soggiorno in CpA, su indicazione del Direttore sanitario è possibile eseguire un'indagine ambientale con striscio rettale a tutti i contatti.
Visitatori	Disinfezione delle mani con soluzione idroalcolica uscendo dalla camera.
Movimenti del residente	In assenza di diarrea o d'incontinenza fecale non contenuta e in accordo con il Direttore sanitario: - uscita dalla camera autorizzata; - circolazione libera nell'istituto; - partecipazione alle attività in comune (pasti, ginnastica, terapie d'attivazione, ecc.). In caso di diarrea o incontinenza fecale senza protezioni il residente deve restare in camera.
Precauzioni Universali	MAC/Misura Aggiuntiva da contatto: camice di protezione in caso di contatto con l'ambiente circostante del residente e a contatto diretto con

	il paziente, soprattutto se aiutato alla toilette e possibile contatto con le feci. Il camice non è necessario per un semplice passaggio in camera e nelle attività terapeutiche all'esterno della camera (fisioterapia, ergoterapia, ecc.). L'uso del camice non è necessario all'esterno della stanza, se il residente può muoversi liberamente. I guanti non sterili, monouso, seguono le indicazioni delle PU: sono da indossare in caso di contatto potenziale con sangue o altri liquidi biologici. È importante ricordarsi di disinfettare le mani con soluzione idro-alcolica omologata per le mani prima e dopo l'uso dei guanti. Prediligere il materiale dedicato al paziente in camera. Prediligere la camera singola. Mascherina/mascherina con visiera di protezione: non è necessaria, segue le indicazioni delle PU.
Misure specifiche	In presenza di diarrea far utilizzare la propria toilette o mettere una comoda all'interno della camera per uso personale.
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale a uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera.
Biancheria	Nessuna indicazione particolare. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare.
Trasporto	Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Avvisare il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le abituali indicazioni, nessuna indicazione particolare.
Pulizia	Utilizzare il detergente/disinfettante in uso nell'istituto per tutte le pulizie dell'ambiente diretto del residente. Disinfezione accurata dell'ambiente diretto del residente: comodino, potenza, campanello, sbarre, spondine, mezzi ausiliari, ecc. Disinfezione quotidiana dei sanitari. Il pavimento può essere lavato con il detergente usuale.
Durata dell'isolamento	In caso di malattia da batterio multiresistente fino a guarigione, che non implica, non essere più portatore. La durata del periodo di "portatore" non è nota, ma potrebbe perdurare per anni. In caso di semplice stato di portatore il paziente può uscire dalla camera con le PU.
Smantellamento dell'isolamento	Cambio delle tende anche se il paziente resta nella stessa camera. Disinfezione del letto e cambio di tutta la biancheria. Disinfezione minuziosa dell'unità del paziente fino a "altezza uomo". Seguire le indicazioni dell'istituto.
Diversi	Compilare il modulo per la segnalazione all'Ufficio del medico cantonale e inviarlo entro una settimana (tenere una copia in istituto) per la segnalazione interna. Informare il paziente e i famigliari sui comportamenti da adottare.

17.5 Scheda informativa Candida auris

Informazioni	La Candida auris è un micete (o lievito) descritto per la prima volta nel 2009. È chiamato anche "super fungo", poiché resistente alle principali categorie di farmaci antimicotici (azoli). Alcuni ceppi si sono dimostrati
--------------	--

	resistenti a tutte e tre le principali classi di antimicotici, comprese le echinocandine (antifungini di nuova generazione). L'origine della Candida auris non è ancora nota: l'ipotesi è che il micete resistente ai farmaci sia stato favorito dall'uso indiscriminato di terapie antibiotiche e antimicotiche (in clinica, così come in agricoltura e negli allevamenti intensivi). Il fungo Candida auris appartiene al genere Candida. La Candida auris può essere causa di epidemie ospedaliere di difficile controllo dovute alla sua resistenza contro la terapia antimicotica. I pazienti possono rimanere a lungo colonizzati: può colonizzare la pelle per più mesi e può vivere a lungo sulle superfici. La Candida auris è spesso multiresistente, alcuni ceppi si sono dimostrati resistenti alle principali classi di antimicotici (antifungini di nuova generazione). Inoltre, la mortalità riscontrata è elevata (fino al 30%), attribuita ad una combinazione di fattori, tra cui la gravità della malattia stessa, pazienti con multiple comorbidità in particolare con forte immunosoppressione e la difficoltà di identificazione tempestiva e il successivo inizio ritardato di una terapia efficace. Secondo il CDC la Candida auris rappresenta una seria minaccia per la salute globale per tre motivi principali: - È spesso multiresistente, alcuni ceppi sono resistenti a tutte e tre le classi di antimicotici disponibili. - È difficile da identificare con i metodi di laboratorio standard e l'errata identificazione può portare a una gestione inadeguata. - Può causare delle epidemie nelle strutture sanitarie. Per questo motivo, è importante identificare rapidamente la C. auris in un residente affinché la struttura possa adottare le precauzioni speciali per arrestarne la diffusione. Questo micete ha una notevole capacità di diffusione e può sopravvivere a lungo sulle superfici. La maggior parte delle infezioni da Candida auris sono curabili con una classe di antimicotici chiamati echinocandine. Tuttavia, alcune infezioni da Candida auris sono, come già riferito, resistenti a tutte e tre le principali classi di farmaci antimicotici, rendendole difficili da trattare. In questa situazione, possono essere necessarie più classi di antimicotici ad alte dosi per trattare l'infezione.
Agente infettivo	Candida auris (fungo non filamentoso multi-resistente agli antimicotici, anche di ultima generazione).
Trasmissione	- Contatto diretto tra residenti. - Intermediario del personale: mani contaminate. - Contatto indiretto: oggetti, dispositivi medici, ecc. contaminati.
Trasmissione da uomo a uomo	Sì
Sintomi	La manifestazione clinica dipende dalla sede dell'infezione: infezioni ematiche, infezioni intra-addominali, infezioni di ferite, otiti. La Candida auris può essere presente nel liquido biliare, nel tratto respiratorio e nell'urina. Sintomi: le infezioni sono accompagnate, febbre o stati subfebbrili, bruciore minzionale, difficoltà a deglutire, dolori muscolari, dolori addominali e/o affaticamento. Il sintomo più comune è una febbre che non migliora dopo la terapia antibiotica prescritta per un'infezione batterica.

	Cute e altri siti corporei possono essere colonizzati anche in assenza di segni e sintomi. L'infezione può svilupparsi diverse settimane dopo il ricovero, il decesso può avvenire in pochi mesi, in seguito alla diffusione ematogena della Candida auris. Le persone prevalentemente più colpite sono quelle con un sistema immunitario debole, come: anziani, bambini piccoli, pazienti con deficit immunologici o reduci da interventi chirurgici, diabete mellito.
Periodo d'incubazione	Variabile
Periodo di contagio	Molto variabile, da qualche settimana a svariati mesi. Fino a quando si è portatori/colonizzati.
Screening/Misure di controllo	Se la colonizzazione alla C. auris risale a più di 3 mesi (= ultimo prelievo microbiologico positivo), su ordine medico fare un controllo microbiologico. - Striscio naso, ascelle, inguini, coltura delle urine se presenza di catetere vescicale ≥ 24 ore, ulcere/ferite, foro d'uscita di ex drenaggi, siti precedentemente positivi e/o colonizzati. - Solo se sono passati ≥ 6 mesi dall'ultimo prelievo positivo eseguire il seguente schema di controllo: - o Se risultato del 1° striscio negativo, eseguire gli altri 4 screening a distanza di 1 settimana l'uno dall'altro (G7, G14, G21 e G28). (Necessario un totale di 5 screening negativi consecutivi). Nessun controllo se la colonizzazione è < 3 mesi. Il paziente è da segnalare come caso pregresso C. auris positivo per almeno 1 anno dal primo striscio positivo.
Ubicazione del residente	Camera singola se vi è la possibilità strutturale, camera doppia solo se il vicino non ha fattori di rischio (es. ferite). Il residente sta in camera singola posta in MAC/MAG se ha un'infezione da C. auris.
Misure Addizionali	DA CONTATTO o GOCCIOLINE (MAC o MAG) se residente infetto da C. auris. Se il residente ha un'infezione/colonizzazione da C. auris è sottoposto a MA e deve restare in camera in funzione della localizzazione dell'infezione. MA contatto (MAC) in presenza d'infezione da C. auris o in presenza di catetere vescicale. MA goccioline (MAG) in presenza d'infezione da C. auris polmonare.
Durata delle MA	In caso di una infezione invasiva e fino a guarigione (il residente guarito può diventare portatore per diversi anni). Da qualche settimana a più mesi. Secondo indicazioni del Direttore sanitario.
Contatti	Indagine ambientale secondo direttive del Direttore sanitario in accordo con UMC. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/220201_C_auris_Empfehlungen_DE.pdf
Visitatori	Disinfezione delle mani uscendo dalla camera. Non sedersi sul letto. Fornire tutte le informazioni per il corretto comportamento.
Movimenti del residente	Se residente colonizzato da C. auris nessuna restrizione, il residente può uscire dalla camera solo dopo la sostituzione della medicazione e indossando biancheria pulita. In caso d'infezione da C. auris, il residente deve restare in camera fino alla guarigione o colonizzazione.

Precauzioni Universali	Camice di protezione: da indossare prima del contatto diretto con il paziente, non è necessario se vi è un semplice passaggio in camera. Guanti non sterili: da indossare prima del contatto con il paziente e il suo ambiente circostante. Cambio dei guanti e disinfezione delle mani tra ogni cura. Mascherina/mascherina con visiera di protezione o occhiali di protezione: non è necessaria se c'è isolamento da contatto. Mascherina chirurgica e occhiali di protezione sono da indossare se vi è un'infezione polmonare o proiezione prevedibili di sangue o di liquidi biologici o per il rifacimento della medicazione. Disinfezione delle mani: frizione con una soluzione idroalcolica omologata.
Materiale di cura	Preferire l'uso di materiale monouso. Il materiale ad uso multiplo è riservato al residente e deve restare in camera. Utilizzare il prodotto detergente/disinfettante.
Biancheria	Nessuna misura particolare per il trasporto fino alla lavanderia: utilizzare i sacchi per la biancheria usuali. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Stoviglie e vassoio	Nessuna misura particolare. Seguire le indicazioni dell'istituto.
Trasporto	Avvisare il servizio trasporti e il servizio di destinazione per permettergli di organizzarsi con misure adeguate. In caso di ferite infette: medicazione rifatta e chiusa. Biancheria del letto e biancheria del paziente pulita, cambiata al momento del trasporto. Disinfettare la struttura del letto ad eccezione delle ruote prima di uscire dalla camera. Limitare gli spostamenti ai bisogni essenziali.
Rifiuti	Oggetti taglienti: contenitore per aghi <i>Sharpsafe</i> (giallo). Eliminazione dei rifiuti secondo le usuali indicazioni.
Pulizia	Pulire la camera per ultima, dopo aver pulito tutte le altre stanze. Per la pulizia quotidiana utilizzare il prodotto detergente/disinfettante usuale. Nelle stanze il fungo può essere presente su qualunque superficie nella camera. Bisogna utilizzare solo i disinfettanti efficaci contro la <i>C. auris</i> . La <i>Candida auris</i> può formare biofilm, quindi può generare una ridotta sensibilità ai comuni disinfettanti, come il perossido di idrogeno e clorexidina.
Durata della MA	Fino alla presenza del <i>C. auris</i> + 12 mesi
Smantellamento della MA	Utilizzare un detergente/disinfettante efficace contro la <i>C. auris</i> . Al termine della malattia attiva, sostituire le tende anche se il residente resta nella stessa camera. Disinfezione del letto e cambio di tutta la biancheria. Disinfezione minuziosa dell'unità del residente e di tutti gli spazi. Passare tutte le superfici, comprese le pareti fino ad altezza uomo.
Diversi	Compilare il modulo dell'Ufficio del Medico cantonale per la segnalazione interna e inviarne una copia all'UMC entro 24 ore.

18. Informazioni per il servizio di Economia domestica in caso di Misure Addizionali (isolamento)

Queste regole sono fondamentali e sono da applicare al fine di limitare le possibilità di contagio di malattie infettive che si trasmettono tramite il contatto, le goccioline e l'aerosol. Considerata la contagiosità di queste malattie, vi chiediamo di prestare attenzione a questi principi e a volerli applicare con scrupolo e coscienziosità. Le misure descritte servono a evitare che

microrganismi difficili da curare, a causa delle resistenze agli antibiotici, si diffondano a altri pazienti, creando così un problema di salute pubblica. Il pittogramma appeso sulla porta all'esterno della camera indica la tipologia di MA/d'isolamento. Nella presente istruzione trovate tutte le informazioni e le regole da seguire per i tre tipi d'isolamento.

Indicazioni preliminari importanti relative l'organizzazione delle pulizie delle camere in MA (isolamento).

Pulizie durante l'isolamento

- Le camere in MA da contatto, per goccioline e aereo vanno pulite per ultime, dopo la pulizia delle altre camere;
- Prima di entrare in camera chiedere sempre al personale curante se si può procedere con le pulizie;
- Chiedere al personale di cura se è necessario provvedere al rifornimento di carta WC, carta per le mani, sapone, sacchetti per rifiuti o altro;
- Preparare il materiale monouso da portare in camera e il materiale necessario per la pulizia: attrezzo mop per lavaggio pavimento e pareti, panni pre-umidificati con il detergente/disinfettante in uso nell'istituto, eventualmente scatola di salviette detergenti/disinfettanti monouso (chiedere al servizio infermieristico se è già presente in camera), detergente/disinfettante per pulizia WC, eventualmente altro materiale monouso in uso nell'istituto;
- Eseguire la pulizia giornaliera della camera in isolamento a PORTA CHIUSA;
- Eseguire la pulizia e disinfezione delle superfici secondo le indicazioni dell'istituto;
- Non scopare a umido il pavimento; in caso di pavimento molto sporco, effettuare la pulizia del pavimento con metodo indiretto (2 passaggi);
- I rifiuti sono evacuati a dipendenza del tipo d'isolamento (contenitore per rifiuti infetti all'interno della camera oppure RSU al di fuori della camera) – vedi indicazioni dell'istituto;
- I mop sporchi e quelli non usati sono messi a lavare in doppio sacco (CFR indicazioni "BIANCHERIA");
- Al termine della pulizia giornaliera è lasciato all'interno della camera il seguente materiale: attrezzo mop per lavaggio pavimento e pareti, panni pre-umidificati con il detergente/disinfettante in uso nell'istituto, scatola di salviette detergenti/disinfettanti monouso, detergente/disinfettante per pulizia WC, eventualmente altro materiale monouso in utilizzo nell'istituto;
- Uscendo dalla camera ricordarsi di disinfettare la maniglia della porta interna e esterna.

Pulizie di fine isolamento

- Indossare i dispositivi di protezione anche durante la pulizia di fine isolamento;
- Buttare nel sacco RSU il materiale monouso utilizzato (carta WC, carta mani, sacchi rifiuti, ecc.) all'interno della camera;
- In caso d'isolamento aereo, arieggiare a porta chiusa la camera per 4 ore prima di eseguire la pulizia di fine isolamento;
- Eseguire la pulizia a fondo di fine isolamento a PORTA APERTA;
- Togliere tutte le tende (finestre e doccia/bagno), evt. tappeto doccia/vasca da bagno e tutta la biancheria presente in camera, mettere in doppio sacco (giallo o rosso a seconda delle indicazioni dell'istituto). In lavanderia far eseguire il lavaggio con il programma "infetto" (lavaggio termodisinfettante) o secondo indicazioni interne dell'istituto;

- Eseguire la pulizia a fondo del locale mobilio, superfici, pareti, pavimenti, ecc. con il detergente disinfettante in uso nell'istituto.

18.1 Informazioni, materiali e sistemi di pulizia

Per pianificare le procedure di pulizia vale il principio: “dall’alto verso il basso e verso l’uscita e dal più pulito al più sporco”. Dal fondo in avanti, verso l’uscita.

Per una pulizia a fondo e igienica sono stati progettati dei sistemi a colori per le zone da pulire. I panni in microfibra sono disponibili in diversi colori, ogni colore è specifico per una determinata zona. Questo sistema mira a evitare che un panno utilizzato per pulire il WC venga usato per pulire la scrivania, l’obiettivo è dunque ridurre la diffusione di germi durante le pulizie.

Di seguito una lista come esempio:

- Panno blu: per vari elementi d’arredo - scrivanie, sedie, caloriferi, scaffali, porte, letti, ecc.
- Panno giallo: - lavandini, piastrelle, specchi, ripiani, rubinetteria, vasche da bagno e box doccia.
- Panno rosso: per WC, pissoir e piastrelle nelle zone circostanti del servizio igienico.
- Panno verde: per zone tipo - cucina, mensa, ristorazione in generale.

18.1.1 Alcune regole in generale:

Durante tutte le pulizie il personale del Servizio di economia domestica deve sempre lavorare nel pieno rispetto delle Precauzioni Universali (PU).

Il personale addetto alle pulizie deve rispettare l’indicazione di lavorare con mani curate, con unghie naturali e corte.

Prima di mettere i guanti e appena tolti i guanti disinfettare le mani.

Lavorare sempre con i guanti. I guanti vanno sempre cambiati in caso di perforazione, sporcizia, tra una camera e l’altra, da locale a locale.

Prima di effettuare la “mise en place” del carrello delle pulizie ricordarsi di disinfettare le mani. Verificare che sul carrello ci sia tutto il materiale e tutti gli attrezzi necessari.

Le 5 regole dell’igiene:

- Dall’alto verso il basso,
- Dal più pulito al più sporco,
- Dall’esterno (bordi) all’interno,
- Dal punto più lontano al punto più vicino (dal punto più interno della camera verso l’uscita),
- Da destra a sinistra.

Il carrello rimane sempre nel corridoio, non entra nelle camere.

Ricordarsi di posizionare il segnale d’avvertenza “Pericolo di scivolamento” quando si lavano i pavimenti effettuando le pulizie.

Bussare prima di entrare e salutare il residente annunciandosi e chiedendo il permesso di pulire. A lavoro terminato, prima di lasciare la camera controllare che sia tutto in ordine e pulito, congedandosi salutare il residente.

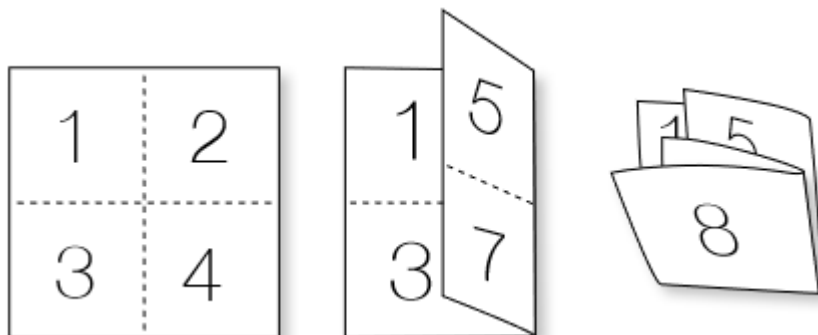
Ricordarsi di annunciare i guasti rilevati nelle camere o negli spazi puliti per farli riparare al più presto.

Ricordarsi di pulire e disinfettare tutti gli attrezzi, il materiale e il carrello al termine delle pulizie.

Importante: ricordarsi di lavorare sempre rispettando i principi d'igiene, ergonomia, ecologia, economia e sicurezza!

18.1.2 Tecnica di piegatura dei panni in microfibra

Se piegati correttamente, i panni in microfibra presentano otto superfici utili per la pulizia. Sono otto superfici parziali del panno piegato. In questo modo è possibile ottimizzare sia la resa della superficie da pulire sia l'igiene. Ogni lato/superficie parziale, va utilizzato una sola volta sulla superficie da pulire.

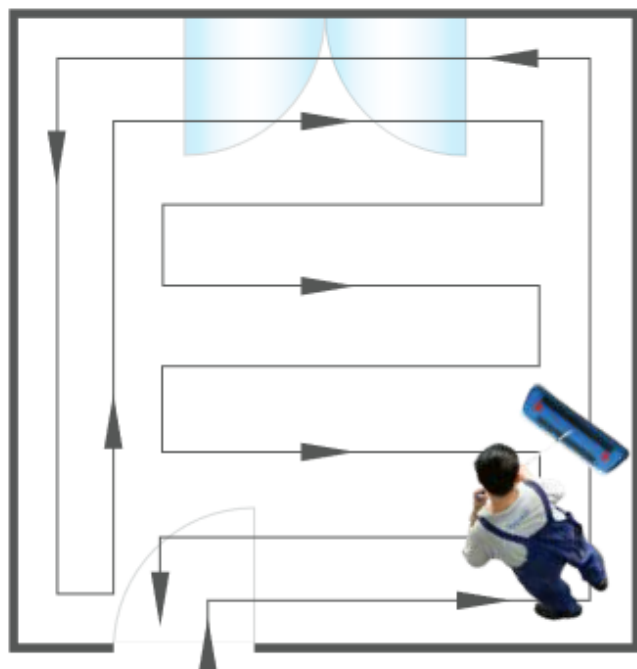


! Ricordarsi che questa caratteristica di piegatura vale solo se la microfibra viene trattata in modo corretto nel lavaggio!

18.2 Pulizia sistematica, procedure di pulizia

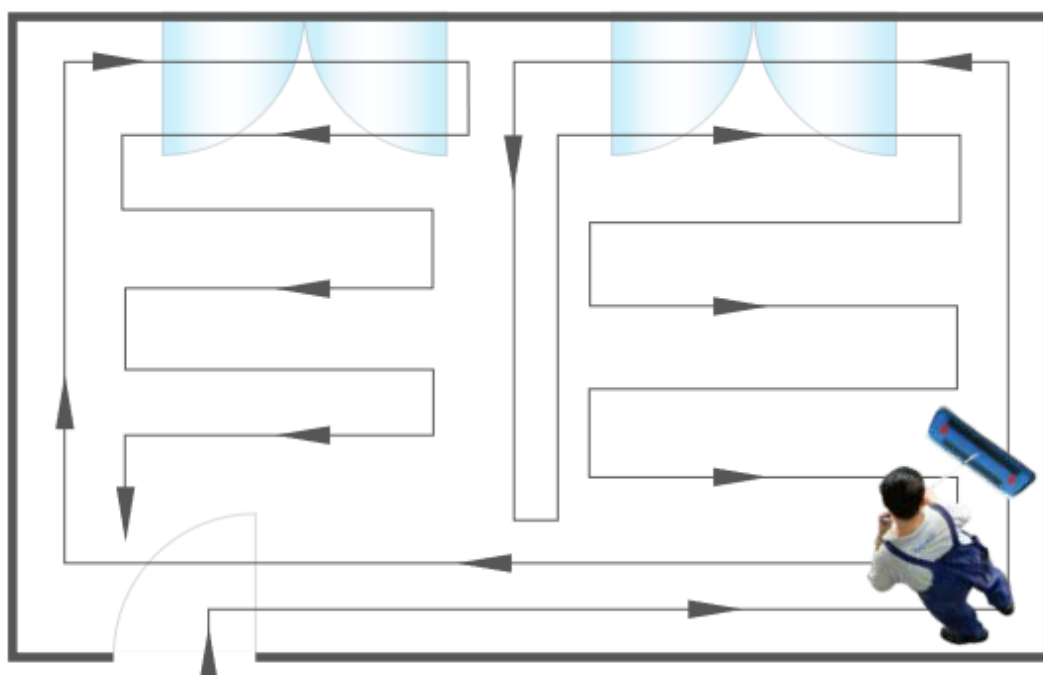
18.2.1 Pulizia di una stanza piccola

Per lavare il pavimento di una stanza, passare il mop con movimenti oscillatori (a "S" o 8), prima sui lati e poi al centro. È importante utilizzare il mop sempre e soltanto in una direzione per evitare di spargere o perdere lo sporco. Ogni mop copre una superficie di circa 25m².



18.2.2 Pulizia di una stanza grande

Per pulire stanze più grandi, suddividerle in "strisce" e, sempre passando il mop con movimenti oscillatori (a "S" o 8), lavare le varie sezioni separatamente.



18.3 Aspirazione a secco

L'obiettivo è la rimozione, mediante strumenti meccanici, di sporco non aderente e secco da rivestimenti per pavimenti in tessuto e non.



Impiego, materiale e preparazione:

- Equipaggiare e predisporre l'apparecchio attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta nell'unità di aspirazione e, se necessario, sostituirlo.
- Selezionare la bocchetta adatta (moquette/pavimento duro).

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavorando a strisce, muoversi allontanandosi dal cavo (presa) spostandosi verso l'interno della stanza.
- Non aspirare sporco umido (si intasa il filtro) e non aspirare liquidi o sporco bagnato (provoca danni al motore).

Lavori conclusivi:

- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta e, se necessario, sostituirlo.
- Controllare e pulire il cavo.
- Pulire l'apparecchio utilizzando un panno umido.

Dopo l'operazione, se necessario, rimuovere eventuali macchie persistenti seguendo le istruzioni per la smacchiatura.

18.4 Scopatura a secco o a umido

L'obiettivo è la rimozione meccanica dello sporco non aderente da rivestimenti per pavimenti lisci o leggermente strutturati, senza sollevare polvere. Il rivestimento per pavimenti resta asciutto.



Impiego, materiale e preparazione:

- Equipaggiare il lamello con una garza usa e getta.
- Non utilizzare su superfici bagnate.
- Qualora si disponga di un manico telescopico, regolarne la lunghezza all'altezza del mento o delle spalle.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Senza sollevarlo dal pavimento, spingere il lamello per la pulizia mantenendo sempre il lato più largo rivolto in avanti.
- Con movimenti oscillatori (a "S" o 8), spolverare prima i lati e sotto i mobili, poi le superfici libere restanti. Partire dal fondo e muoversi in direzione dell'uscita. Lo sporco deve trovarsi sempre davanti all'attrezzo.
- Con paletta e scopino raccogliere lo sporco e la garza. La garza usa e getta deve essere smaltita secondo filiera.

Lavori conclusivi:

- Lavare l'attrezzo per la pulizia con un panno umido e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.

18.5 Scopatura a umido o a secco

L'obiettivo è la rimozione con un panno umido dello sporco incrostato e non da tutte le superfici, per es. vetri, tavoli, sedie, scrivanie e pavimenti.

Impiego, materiale e preparazione:

- Preparare il panno in base al sistema di pulizia utilizzato, scegliendo il prodotto più adatto al tipo di superficie da trattare.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente (CFR le tabelle del fornitore) in base al tipo di superficie da trattare.
- Preparazione dei panni in base al sistema in uso.
- Piegare il panno. Pulire utilizzando una dopo l'altra le otto superfici parziali del panno piegato (CFR metodo cap. 17.1.2).

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Pulire la superficie con il panno ripiegato nelle 8 superfici parziali.
- Lasciare asciugare bene.

Lavori conclusivi:

- Mettere nell'apposito sacco per la biancheria sporca il panno utilizzato nei suoi 8 lati.
- Ogni panno va messo da lavare tra una camera e l'altra. Mai utilizzare lo stesso panno per altri spazi.
- Lavare i panni sporchi in lavatrice con il metodo corretto "programma microfibre" e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.

18.6 Scopatura bagnata - diretta o indiretta

L'obiettivo è la rimozione manuale dello sporco incrostato da tutti i tipi di rivestimenti per pavimenti resistenti all'acqua. Il metodo diretto è utilizzato per lo sporco leggero mentre il metodo indiretto è utilizzato per lo sporco aderente. Questo sistema non è adatto per i pavimenti sopraelevati.

Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o pulendo con aspirapolvere a secco.
- Preparare il mop in base al sistema di pulizia in uso e al tipo di superficie da trattare. Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare. Preparazione dei panni in base al sistema in uso (impianto di dosaggio automatico, dosaggio manuale, preimpregnatura in lavatrice).
- Preparare un numero sufficiente di panni/mop.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Metodo diretto: lavare il rivestimento per pavimenti in un unico passaggio con un mop strizzato o precedentemente inumidito. Iniziare da bordi, angoli e dalle aree sotto i mobili, quindi proseguire nell'area libera restante con movimenti oscillatori e in direzione dell'uscita.
- Metodo indiretto: in un primo momento distribuire la soluzione di prodotto per la pulizia utilizzando un mop leggermente strizzato o umido. Sistema carrello con due secchi: lasciare agire la soluzione detergente e non lasciarla asciugare. Con un secondo passaggio, rimuovere l'acqua sporca utilizzando un mop accuratamente lavato e strizzato. In caso di sporco particolarmente aderente, sostituire il mop. Anche in questo caso, passare un mop bagnato fino all'uscita.

Lavori conclusivi:

- Lasciare asciugare bene.
- Mettere nell'apposito sacco per la biancheria sporca il mop e i panni utilizzati.
- Ogni mop va messo a lavare tra una camera e l'altra. Mai utilizzare lo stesso mop per altri spazi.
- Lavare i mop sporchi in lavatrice e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.
- Una volta ben asciutto il pavimento rimuovere il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

18.7 Spray mop

L'obiettivo è la rimozione manuale chimico-meccanica di sporco leggero e lievemente incrostato da rivestimenti per pavimenti sia resistenti che sensibili all'acqua.

Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o pulendo con aspirapolvere a secco.
- Equipaggiare e predisporre spray mop con mop adatto.
- Versare la quantità correttamente dosata di soluzione di prodotto per la pulizia nello spray mop (nel contenitore a pressione o nel manico).
- Scegliere e dosare il prodotto in base al tipo di pavimento da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Spruzzare la soluzione di prodotto o un po' di acqua sui segni di passaggio e sullo sporco incrostato, quindi lavare.
- Sostituire i panni per pulire/mop sporchi al bisogno.

Lavori conclusivi:

- Lasciare asciugare bene il pavimento.
- Mettere nell'apposito sacco per la biancheria sporca il mop utilizzato.
- Ogni mop va messo da lavare tra una camera e l'altra. Mai utilizzare lo stesso mop per altri spazi.
- Lavare i mop sporchi in lavatrice con programma adatto e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.

- Svuotare completamente lo spray mop. Dopo l'utilizzo con i prodotti per pulire, pulire il nebulizzatore dello spray mop sciacquandolo e spruzzando acqua pulita. Quindi svuotare completamente la bocchetta e il tubo di nebulizzazione.
- Passare lo spray mop con un panno bagnato.
- Sostituire i panni sporchi e smaltire secondo filiera le garze usa e getta/monouso.
- Una volta ben asciutto il pavimento rimuovere il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

18.8 Lavaggio meccanico con aspirazione

L'obiettivo è la rimozione dello sporco incrostato da rivestimenti per pavimenti resistenti all'acqua con un macchinario specifico. Il pavimento è asciutto. Scegliere pad/spazzola più adatti al tipo di pavimento da trattare. Il metodo diretto è utilizzato in caso di sporco leggero. Il metodo indiretto è utilizzato per lo sporco più aderente, non è adatto per i pavimenti sopraelevati.



Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o pulendo con aspirapolvere a secco o garza.
- Equipaggiare e predisporre la macchina attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto per la pulizia nel serbatoio dell'acqua. Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavare manualmente angoli, bordi e superfici piccole con oggetti che creano ingombri pulendo con acqua o detersivi.
- Metodo diretto: in un unico passaggio, lavare e aspirare la superficie utilizzando la macchina lavasciuga equipaggiata e dotata di pad/spazzola adeguati. Attenersi alle tecniche specifiche per ogni macchina. Lavorare allontanandosi dalla presa elettrica.
- Metodo indiretto: in un primo passaggio, lavare la superficie utilizzando la macchina lavasciuga equipaggiata e dotata di pad/spazzola adeguati, senza aspirare. Attenersi alle tecniche specifiche per ogni macchina. Lavorare allontanandosi dalla presa elettrica.
- Lasciare agire la soluzione detergente, non lasciare asciugare completamente.
- In un secondo passaggio, aspirare la superficie con la lavasciuga.
- La lavasciuga può essere utilizzata anche solo con acqua pulita.

Lavori conclusivi:

- Lasciare asciugare bene il pavimento.
- Svuotare il serbatoio con lo sporco/con l'acqua pulita, quindi pulire la macchina e il materiale di pulizia con un panno bagnato.
- Lasciare asciugare la macchina aperta.
- Lavare i pad/spazzole.
- Una volta ben asciutto il pavimento rimuovere il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

18.9 Lavaggio meccanico monospazzola - pulizia e pulizia intermedia

L'obiettivo è la rimozione chimico-meccanica dello sporco incrostato da rivestimenti per pavimenti lisci o leggermente strutturati. Scegliere il pad più adatto al tipo di pavimento da trattare. Spray parziale: rimozione dei segni di passaggio in punti mirati. Spray completo: esecuzione della pulizia spray sull'intera superficie.



Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o pulendo con aspirapolvere a secco o garza.
- Equipaggiare e predisporre la macchina attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto per la pulizia da nebulizzare nel dispositivo spray. Utilizzare il prodotto adeguato e non diluito. Scegliere il prodotto più adatto in base al tipo di pavimento da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavare manualmente angoli, bordi e superfici piccole con oggetti che creano ingombri pulendo con acqua o detersivi.
- Solo per spray completo: utilizzare l'attrezzo per la pulizia dei bordi.
- Rimuovere lo sporco incrostato utilizzando la macchina monospazzola già equipaggiata e il pad adeguato. Applicare una quantità ridotta di prodotto con movimenti circolari, finché lo sporco non viene catturato dal pad.
- Spray parziale: rimuovere lo sporco in maniera mirata e seguendo quanto descritto nell'operazione principale per la rimozione dei segni di passaggio.
- Spray completo: lavorare a sezioni di due-tre strisce, applicando il prodotto in base a quanto descritto nell'operazione principale.
- Spray parziale e completo: girare o sostituire il pad sporco. Lucidare con un pad pulito e asciutto o con una spazzola utilizzando il metodo di lucidatore che può essere fatto con o senza spirazione.

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
- Pulire la macchina e il dispositivo spray con un panno umido.
- Lavare pad/spazzole e se necessario sostituirle.
- Svotare il dispositivo spray, risciacquarlo e passarlo con un panno umido.
- Risciacquare accuratamente la bocchetta.

Dopo l'operazione rimuove eventuale polvere di lucidatura restante.

18.10 Lucidatura con o senza aspirazione

L'obiettivo è la rimozione dei segni di passaggio e dello sporco leggermente incrostato. Scegliere il dispositivo di lucidatura più adatto al tipo di pavimento da trattare. Questo trattamento rende le superfici lisce trattate con cera o altri prodotti impermeabili e splendidi. La lucidatura con aspirazione rimuove contemporaneamente anche la polvere.



Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o pulendo con aspirapolvere a secco o garza.
- Equipaggiare e predisporre la macchina attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto per la lucidatura. Utilizzare il prodotto adeguato e non diluito. Scegliere il prodotto più adatto in base al tipo di pavimento da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lucidare manualmente o meccanicamente angoli, bordi e superfici piccole con oggetti che creano ingombri utilizzando un attrezzo opportuno o una macchina per la pulizia dei bordi.
- Lucidare il pavimento sezione per sezione con movimenti circolari, fino a rimuovere del tutto i segni di passaggio e a raggiungere la lucidità desiderata.
- Lavorare muovendosi in direzione dell'uscita, allontanandosi dalla presa.
- Girare o sostituire il pad sporco.

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
 - Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta e, se necessario, sostituirlo.
 - Lavare la macchina con un panno umido e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.
 - Lavare pad/spazzola e se necessario sostituirle.
- Dopo l'operazione rimuove eventuale polvere di lucidatura restante.

18.11 Metodo spray per tappeti - "Shamponatura" a secco

L'obiettivo è la rimozione meccanica di sporco secco, aderente e non, da rivestimenti per pavimenti in tessuto. È un metodo di pulizia o pulizia intermedia.

Impiego, materiale e preparazione:

- Bagnare i pad per tappeti (soltanto prima del primo uso).
- Rimuovere lo sporco non aderente con l'aspirapolvere a secco.
- Testare la tenuta dei colori e la meccanica del rivestimento prima della smacchiatura.
- Preparazione della soluzione di prodotto per la pulizia.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Spruzzare un po' di soluzione detergente sul rivestimento per pavimenti e sulla spazzola.
- Pretrattare le macchie idrosolubili con la soluzione detergente o con uno smacchiatore adeguato.
- Con la macchina monospazzola (a bassa potenza) pulire il pavimento tessile con movimenti circolari.
- Girare o sostituire frequentemente la spazzola per tappeti sporchi.
- Pulire la superficie a sezioni in modo da evitare che la soluzione detergente si asciughi troppo presto.

- Se necessario, per accorciare i tempi di asciugatura, passare nuovamente la superficie con una spazzola asciutta.
- Per concludere, sollevare i “peli” del tappeto manualmente utilizzando una spazzola pulita e lasciare asciugare completamente.

Lavori conclusivi:

- Controllare, pulire il cavo e la macchina.
- Pulire e riporre il materiale utilizzato per la pulizia.
- Svuotare e pulire a fondo il dispositivo di nebulizzazione e lasciarlo asciugare aperto.
- Lavare i pad e le spazzole seguendo le indicazioni del produttore e lasciarli asciugare in piano, se necessario sostituirli.

18.12 Smacchiatura di rivestimenti in tessuto

L'obiettivo è la rimozione chimica-meccanica o meccanico-fisica di macchie da rivestimenti per pavimenti in tessuto. Metodo di pulizia o pulizia intermedio per rimuovere le macchie il più rapidamente possibile.



Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente pulendo con aspirapolvere a secco.
- Preparare una soluzione detergente apposita o utilizzare uno smacchiatore pronto all'uso.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Metodo con tampone: spruzzare sulla macchia uno smacchiatore adeguato. Quando la macchia comincia a dissolversi, tamponare ripetutamente con un panno pulito e assorbente (che non rilasci colore e pelucchi), non strofinare.
- In caso di macchie ostinate, ripetere l'operazione finché il panno non resta pulito.
- Metodo con risciacquo: versare dell'acqua intorno alla macchia a formare un anello. Inumidire la macchia con una soluzione contenente un prodotto per la pulizia e aspirare immediatamente con un aspiratore per liquidi. Se necessario ripetere l'operazione. In caso di macchie ostinate, inumidire la macchia con una soluzione apposita e pulire con una spazzola morbida o una spugna. Lavorare dall'esterno verso l'interno, tamponando, mai strofinare. Sollevare i peli del tappeto utilizzando una spazzola, aspirare procedendo dall'esterno verso l'interno.
- Metodo con tampone e risciacquo: ripetere, finché la macchia non sarà del tutto sciolta. Sollevare i peli del tappeto utilizzando una spazzola, Lasciare asciugare completamente. Non calpestare prima che il pavimento sia completamente asciutto.
- Rimozione gomma da masticare: spruzzare bene lo spray apposito refrigerante sulla gomma da masticare, aspettare che questa si congeli indurendosi. Spezzettare la gomma da masticare congelata con un utensile piatto, per es. una spatola e aspirare subito con l'aspirapolvere. Se necessario, ripetere l'operazione fino a rimuovere completamente la gomma.

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta e, se necessario, sostituirlo.
- Lavare l'aspirapolvere con un panno umido e pulire tutto il materiale utilizzato per la pulizia.

18.13 Pulizia con monospazzola a secco



L'obiettivo è la rimozione di sporco aderente da tipi di pavimentazione particolari, per es. rivestimenti di ascensori o da esterni. Metodo di pulizia o pulizia intermedia senza impiego di detergenti.

Impiego, materiale e preparazione:

- Equipaggiare e predisporre la macchina monospazzola attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Se disponibile, controllare e montare l'unità di aspirazione.
- Rimuovere lo sporco non aderente spazzando con o senza aspirazione.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavorare a strisce, spazzolando il rivestimento per pavimenti con movimenti circolari.
- Lavorare procedendo verso la porta (uscita).
- Lavare bordi e angoli a mano utilizzando l'attrezzo per la pulizia dei bordi e i pad.
- Aspirare lo sporco scrostatosi con l'aspirapolvere.

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta e, se necessario, sostituirlo.
- Lavare la macchina con un panno umido e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.
- Lavare la spazzola e se necessario sostituirla.
- Lasciare asciugare la spazzola.

18.14 Pulizia con monospazzola ad umido



L'obiettivo è la rimozione chimico-meccanica dello sporco incrostato da rivestimenti per pavimenti resistenti all'acqua. Non può essere eseguita su pavimenti sopraelevati. Scegliere il pad/spazzola più adatti al tipo di pavimento da trattare. Metodo di pulizia o pulizia a fondo.

Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o con l'aspirapolvere.
- Equipaggiare e predisporre la macchina monospazzola, montare il serbatoio dell'acqua attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto nel serbatoio dell'acqua.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavare il rivestimento per pavimenti applicando la soluzione di prodotto per la pulizia con l'ausilio di una macchina monospazzola e di un pad/una spazzola.
- Applicare due-tre passate di detergente e lavare la superficie con movimenti circolari.
- Lavorare muovendosi in direzione dell'uscita (allontanandosi dalla presa).
- Spazzare i bordi e gli angoli manualmente utilizzando l'attrezzo per la pulizia dei bordi.
- Aspirare l'acqua sporca con un aspiratore per liquidi (aspirapolvere per liquidi).
- Nelle operazioni di pulizia a fondo, si consiglia di ripetere il procedimento e risciacquare ancora una volta con acqua pulita. Eventualmente pulire con lavasciuga.

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta dell'aspirapolvere e, se necessario, sostituirlo.
- Svuotare il serbatoio dell'acqua, quindi pulire la macchina spazzatrice.
- Lavare la macchina con un panno umido e pulire tutto il materiale utilizzato per la pulizia.
- Lavare la spazzola e se necessario sostituirla.
- Lasciare asciugare la spazzola.

18.15 Aspirazione di liquidi



L'obiettivo è la rimozione meccanica di sporco non aderente e liquido.

Impiego, materiale e preparazione:

- Equipaggiare e predisporre la macchina/l'aspiratore per liquidi.
- Controllare l'attrezzatura per l'aspirazione di liquidi attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Di norma, avanzare lavando con il mop bagnato o con l'aspiratore per liquidi.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Aspirare i liquidi dal rivestimento per pavimenti utilizzando un aspiratore per liquidi o uno combinato.
- Lavorare muovendosi in direzione dell'uscita (allontanandosi dalla presa).
- Qualora dovesse formarsi della schiuma, aggiungere una piccola quantità di antischiumogeno nel serbatoio di raccolta dell'acqua sporca.
- Mantenendo la bocchetta di aspirazione orizzontale, muoversi dall'area asciutta verso quella bagnata.
- **Lasciar asciugare completamente.**

Lavori conclusivi:

- Controllare e pulire il cavo.
- Svuotare il serbatoio dell'acqua, quindi pulire l'apparecchio e tutto il materiale utilizzato per la pulizia.
- Lasciare l'apparecchio aperto ad asciugare.

18.16 Pulizia con schiuma



L'obiettivo è la rimozione chimico-meccanica di sporco incrostato da arredi e superfici, principalmente verticali, applicando una schiuma detergente. Una volta lasciata agire la schiuma, si risciacqua la superficie con acqua.

Impiego, materiale e preparazione:

- Equipaggiare e predisporre l'attrezzatura attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto nella pistola per schiuma o nel dispositivo per l'applicazione corrispondente.
- Scegliere il prodotto adeguato in base al tipo di superficie e al trattamento scelto.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Bagnare accuratamente la superficie da pulire con acqua (le fughe in cemento devono riempirsi d'acqua).

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Applicare la schiuma detergente sulla superficie da pulire dal basso verso l'alto.
- Lasciare agire.
- Pulire la superficie manualmente con una spazzola o un pad.
- Risciacquare con acqua pulita, dall'alto verso il basso.
- Pulizia a fondo dei sanitari: utilizzare dapprima una schiuma acida, quindi sciacquare bene e ripetere il tutto con una schiuma alcalina.
- In entrambi i passaggi, pulire la superficie manualmente con una spazzola o un pad.
- Ripetere se necessario utilizzando un lavavetri o un panno.

Lavori conclusivi:

- Pulire tutta l'attrezzatura e tutto il materiale utilizzato per la pulizia.
- Una volta asciutto il pavimento rimuovere il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

18.17 Pulizia dei vetri

L'obiettivo è che al termine della pulizia, gli infissi e i vetri sono puliti, privi di impurità, aloni, sporco e umidità residua. È un metodo di pulizia o pulizia a fondo.

Impiego, materiale e preparazione:

- Adottare le dovute misure di sicurezza. Usare scarpe chiuse.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Preparare la soluzione detergente e gli attrezzi necessari.
- Se necessario, coprire il pavimento o i davanzali.
- Rimuovere con l'aspirapolvere o la spazzola da parete lo sporco non aderente.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Pulire gli infissi con un panno bagnato.
- Rimuovere lo sporco aderente con le spugne combinate bianche o gomma per macchie.
- Ripassare gli infissi puliti con un panno umido.
- Pulire la superficie in vetro con un attrezzo di lavaggio (dal basso verso l'alto) e rimuovere le macchie ostinate con il pad bianco o una lametta (facendo attenzione a non farsi male).
- Importante: prima di utilizzare la lametta, assicurarsi che la superficie sia bagnata.
- Asciugare prima i bordi superiori e su un lato con un panno pulito. Iniziare dalla superficie preasciugata passando il tergivetro orizzontalmente. Iniziare dall'alto.
- Raccogliere eventuali gocce d'acqua residua con un panno o con un attrezzo di lavaggio.
- Asciugare i bordi inferiori e gli infissi.

Lavori conclusivi:

- Rimuovere il materiale di copertura.
- Asciugare eventuali gocce d'acqua rimaste sugli infissi e sul davanzale.
- Ritirare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Pulire e riporre tutto il materiale utilizzato per la pulizia.

18.18 Applicazione d'impregnante

L'obiettivo è di proteggere i rivestimenti dalla penetrazione di sporco e liquidi. È un trattamento per pavimenti porosi, assorbenti e resistenti (rivestimenti) e per materiali tessili applicando uno strato di impregnante che li protegge. Può essere un metodo di pulizia e un trattamento di protezione.



Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o con l'aspirapolvere.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Se necessario, iniziare con una pulizia a fondo preliminare lavando con spazzatrice o con l'aspiratore per liquidi.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Versare l'impregnante puro (non diluito) sul pavimento e distribuirlo uniformemente con l'apposito attrezzo, spalmando la soluzione mediante movimenti circolari sovrapposti.
- Applicare uno strato sottile di impregnante.
- Lavorare a strisce.
- Lavorare sempre bagnato su bagnato in modo che non restino aloni fra le strisce.
- Lavorare in modo scrupoloso e rapido, ma non affrettato, per consentire il corretto assorbimento dell'impregnante.
- Rispettare i tempi di asciugatura presenti sulle istruzioni del prodotto.
- Su materiali tessili, applicare uno strato sottile di prodotto con un nebulizzatore, se necessario, ripetere l'operazione.
- Non calpestare il pavimento prima che sia completamente asciutto.
- Non utilizzare i materiali tessili prima che siano completamente asciutti.

Lavori conclusivi:

- Arieggiare il locale e fare asciugare bene tutte le superfici trattate.
- Pulire tutta l'attrezzatura e il materiale usato per la pulizia.
- Ritirare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

18.19 Pulizia pavimenti in legno, pulizia profonda e oliatura

L'obiettivo è la rimozione chimico-meccanica di sporco incrostato da pavimenti trattati con olio o cera. Non utilizzare su laminato né su parquet vetrificato. È un metodo di pulizia con trattamento di protezione.



Impiego, materiale e preparazione:

- Preparare il materiale di pulizia per eseguire la pulizia a fondo del pavimento in legno.
- Se possibile, posizionare uno zerbino all'ingresso in modo tale che eventuali residui di prodotti per la pulizia e la cura rimasti sotto le suole delle scarpe non vengano sparsi negli altri ambienti.
- In caso di riscaldamento a pavimento (serpentine), se necessario, abbassare o spegnere il riscaldamento a pavimento.
- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o con l'aspirapolvere.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Equipaggiare e predisporre la macchina monospazzola, montare il serbatoio dell'acqua attendendosi alle istruzioni per l'uso.
- Per i bordi usare l'apposito attrezzo.
- Versare la dose correttamente misurata di prodotto nel serbatoio dell'acqua.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.
- Aspirare immediatamente l'acqua sporca con l'aspira liquidi.
- Risciacquare quindi il pavimento con acqua e pad puliti.
- Aspirare nuovamente e, in seguito, rimuovere eventuali residui d'acqua con un mop pulito.
- In caso di superfici grandi: lavorare a sezioni.

Lavori conclusivi:

- Oliatura del pavimento in legno.
- Dopo un tempo di asciugatura che varia tra le 12 e le 24 ore, spolverare nuovamente il pavimento e procedere all'oliatura utilizzando un pad rosso.
- Pulire i bordi con l'apposito attrezzo.
- Una volta che l'olio sarà stato assorbito completamente (dopo circa un'ora) eliminare eventuali residui con un panno morbido.
- Lucidare con un pad bianco.
- Controllare e pulire il cavo.
- Controllare lo stato di riempimento del sacchetto con il filtro in carta dell'aspirapolvere e, se necessario, sostituirlo.
- Svuotare il serbatoio dell'acqua, quindi pulire la macchina spazzatrice.
- Lavare la macchina con un panno umido e pulire tutto il materiale utilizzato per la pulizia.
- Lavare la spazzola e se necessario sostituirla.
- Lasciare asciugare la spazzola.
- Riporre tutto il materiale utilizzato.

18.20 Disinfezione

L'obiettivo è l'applicazione mirata di un prodotto disinfettante sulle superfici per eliminare i microrganismi dannosi e patogeni. I pavimenti in situazioni di ordinaria pulizia non vanno mai disinfettati. È importante attenersi al dosaggio e al tempo di applicazione indicati dal produttore. Mai mischiare dei prodotti, vi è un rischio di reazione chimica pericolosa.

Impiego, materiale e preparazione:

- Prima della disinfezione, pulire accuratamente con un panno bagnato la superficie, l'attrezzatura, ecc. e lasciare asciugare.
- Versare in un secchio la dose correttamente misurata di soluzione disinfettante o prenderla dal dosatore automatico. Utilizzare il prodotto pronto all'uso.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Superfici grandi: bagnare un panno con la soluzione disinfettante e strizzare leggermente. Le superfici devono rimanere completamente bagnate per tutto il tempo di azione.
- Superfici piccole: spruzzare abbondantemente il disinfettante sul panno. Utilizzare solo prodotti adeguati.
- Lasciare asciugare bene le superfici.
- Tempo di asciugatura = tempo di azione.

Lavori conclusivi:

- Pulire il materiale utilizzato per la pulizia.

18.21 Disinfezione dei pavimenti in caso di smantellamento delle MA o su specifica indicazione

Impiego, materiale e preparazione:

- Rimuovere lo sporco non aderente spolverando o con l'aspirapolvere.
- Prima di procedere alla disinfezione, pulire bene il pavimento e lasciare asciugare.
- Utilizzare il prodotto detergente adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.
- Posizionare il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Versare in un secchio la dose correttamente misurata di soluzione disinfettante o il prodotto pronto all'uso.
- Utilizzare il prodotto adeguato e dosarlo correttamente in base al tipo di superficie da trattare.

Tecnica di applicazione e suggerimenti:

- Lavare il rivestimento per pavimenti con un mop strizzato o precedentemente inumidito con la soluzione disinfettante.
- La superficie deve rimanere completamente bagnata per tutto il tempo di azione.
- Lasciare asciugare bene.
- Tempo di asciugatura = tempo di azione.

Lavori conclusivi:

- Passare l'attrezzatura con un panno umido e pulire il materiale utilizzato per la pulizia.
- Togliere il segnale d'avvertenza "Pericolo di scivolamento".
- Lavare i mop in lavatrice.

19. Come e dove effettuare gli strisci

Definizione: prelievo di materiale destinato all'esame microbiologico per la ricerca di germi a livello di zone specifiche, realizzato con l'aiuto di tamponi specifici sterili.

Indicazione: esclusivamente su ordine medico.

19.1 Informazioni sul materiale da utilizzare

Tipi di tampone all'interno della confezione e-Swab (forniti dai laboratori)



Scegliere il tipo di tampone più adatto per la zona da esaminare.

Tampone bianco: più rigido e grosso, indicato per strisci superficiali, inguine, pelle, anali, ecc.

Tampone viola: semi mobile/morbido, indicato per strisci naso, gola con orifizi piccoli, decubiti, ecc.

Tampone verde: mobile/morbido, indicato per strisci naso, gola con orifizi normali, ferite profonde, decubiti, pertugi irregolari e profondi.



Preparazione

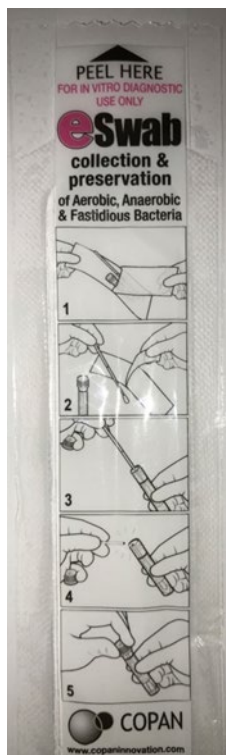
Compilare la richiesta per l'esame microbiologico: scrivere il motivo e sito del prelievo, data e ora.

Svolgimento

- Informare il paziente degli esami da fare e il motivo;
- Disinfettare le mani;
- Mettere i guanti;
- Aprire sterilmente il kit di prelievo e-Swab.

Come fare un prelievo con tamponi e-Swab

Ricordarsi di disinfettare sempre le mani con soluzione idroalcolica e indossare i guanti prima di procedere come descritto di seguito.



1. Aprire il sacchetto seguendo l'indicazione (PEEL HERE) in modo da assicurarne la sterilità

2. Togliere il tubo e il tampone. Tenere sempre il tampone al di sopra della linea di delimitazione, (dalla striscia rossa fino alla fine del bastoncino, zona opposta al tampone in ovatta). Fare il prelievo/lo striscio

3. Aprire il tubo in modo asettico e inserire il tampone

4. Rompere il bastoncino del tampone senza contaminare il campione

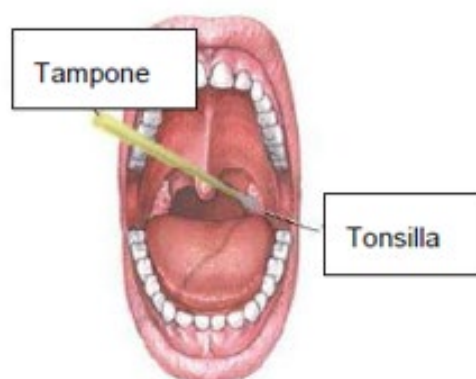
5. Chiudere il tubo con il suo tappo non contaminando il campione

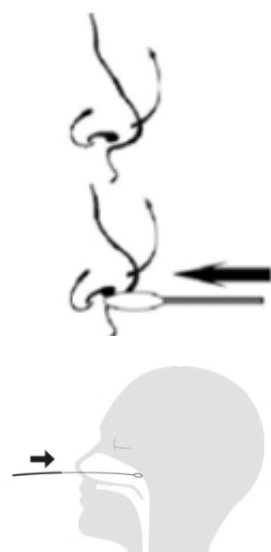
Attaccare l'etichetta del residente indicando data, ora e tipo di prelievo

19.2 Informazioni su come e dove fare gli strisci

Striscio gola e naso

- Bagnare sterilmente il tampone con soluzione fisiologica sterile (NaCl 0,9%);
- Appoggiare e girare il tampone contro le tonsille e il fondo della gola;
- Inserire il tampone in entrambe le narici girando 3 - 4 volte lo striscio a una profondità di 1 - 2 cm;
- Aprire il tubo in modo asettico, inserire il tampone, rompere il bastoncino del tampone, chiudere il tubo con il tappo, attaccare l'etichetta compilata con data, ora e sito; inviare al laboratorio.





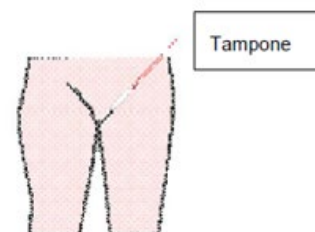
Sollevare la punta del naso con l'aiuto del pollice durante tutta la procedura

Introdurre il tampone precedentemente umidificato orizzontalmente, il più profondamente possibile, al massimo 5cm.

Effettuare un movimento rotatorio del tampone.

Striscio inguinale

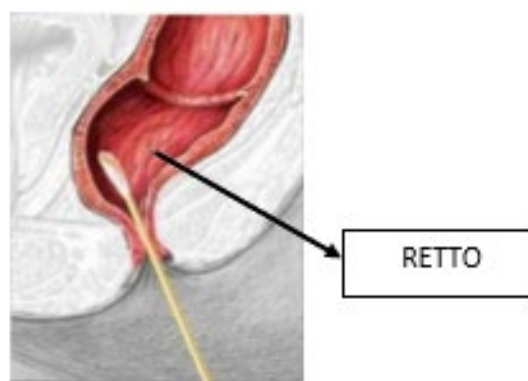
- Bagnare sterilmente il tampone con soluzione fisiologica sterile (NaCl 0,9%);
- Tamponare/strisciare inguine destro e sinistro con lo stesso tampone. Attenzione a non mettere insieme residui di feci (possono falsare i risultati);
- Aprire il tubo in modo asettico, inserire il tampone, rompere il bastoncino del tampone, chiudere il tubo con il tappo, attaccare l'etichetta compilata con data, ora e sito; mandare al laboratorio.



Striscio rettale

Sistemare il paziente sul fianco;

- Infilare il tampone nell'ano fino a raggiungere il retto, circa 3 – 5 cm e fare dei movimenti circolari;
- Aprire il tubo in modo asettico, inserire il tampone, rompere il bastoncino del tampone, chiudere il tubo con il tappo, attaccare l'etichetta compilata con data, ora e sito; mandare al laboratorio.



20. MRSA: le domande più frequenti

Cosa vuol dire MRSA?

MRSA è l'acronimo inglese di **M**ethicillin **R**esistant **S**taphylococcus **A**ureus, cioè Stafilococco Aureo Resistente alle Meticillina. Lo stafilococco è un batterio che colonizza fino al 30% della popolazione sana senza causare disturbi. Lo stafilococco aureo è però una causa molto frequente d'infezioni contratte in ospedale dopo interventi chirurgici, posa di cateteri, ecc. Gli MRSA hanno la caratteristica di essere resistenti a gran parte degli antibiotici comunemente usati rendendo eventuali terapie più difficili. La misura più efficace per evitare la trasmissione tra i pazienti di questo batterio è l'igiene delle mani.

Sono incinta. Devo usare precauzioni particolari nei confronti di un paziente MRSA?

Per le donne incinte le precauzioni da mettere in atto sono quelle note in presenza di casi MRSA. Non vi sono pericoli particolari o aggiuntivi.

Ho saputo da un parente che il paziente in passato era stato colonizzato con un MRSA. Lo devo isolare?

No, in questi casi si procede unicamente con degli strisci cutanei per una verifica dello stato di decolonizzazione. Si utilizzano tutti i presidi come nel caso di colonizzazione accertata, in attesa del risultato degli strisci.

Come e in quali localizzazioni devo fare i prelievi per MRSA?

Gli strisci vanno fatti a livello delle narici, cavità orale gola e all'inguine, ed eventualmente, in caso di presenza di ferita a livello della ferita o nelle urine in caso di presenza di un catetere vescicale. È importante inumidire sterilmente il tampone con NaCl 0,9%. Sulla richiesta selezionare "ricerca MRSA". NON chiedere una batteriologia generale, la stessa costa molto di più.

Quando devo fare i prelievi/strisci per la ricerca MRSA?

Al termine di una procedura di decolonizzazione (tra 2 e 7 giorni dopo la fine del trattamento). Durante l'assunzione di antibiotici attivi sugli MRSA il risultato potrebbe essere falsato (falso negativo). In caso di somministrazione di terapia antibiotica attendere 7 giorni dalla fine della terapia prima di procedere agli strisci. Se si sa con certezza che il paziente è portatore di MRSA è inutile fare gli strisci prima della procedura di decolonizzazione. Questi sono da eseguire solo dopo il trattamento.

Il paziente è portatore di MRSA. Lo devo sempre decolonizzare?

Una procedura di decolonizzazione è una terapia farmacologica e va prescritta da un medico. Tuttavia, la procedura di decolonizzazione ha un tasso di successo attorno al 50%. In situazioni di ferite aperte una decolonizzazione non è indicata, in quanto il tasso di successo è molto basso a fronte di un impegno e un investimento non indifferente. In questi casi, non si isolano i residenti ma le ferite/ulcere/piaghe tramite medicazione chiusa. S'isola il germe e non il residente.

Abbiamo trovato MRSA nell'espettorato. Come devo isolare il paziente?

In questo caso si applicheranno le misure aggiuntive per l'isolamento da goccioline.

Un paziente è risultato portatore/infetto da MRSA. Che cosa dobbiamo fare con il vicino di camera?

Se vi è stato un contatto stretto e diretto per più giorni, è prudente fare degli strisci cutanei al vicino al momento del trasferimento in un'altra camera. La decisione d'eseguire le indagini microbiologiche spetta al Direttore sanitario.

Il paziente è risultato MRSA positivo. Può muoversi liberamente in CpA?

Il residente può circolare liberamente all'interno della struttura, adottando tutte le misure preventive necessarie: indossare abiti puliti ed eventualmente una mascherina (se MRSA nell'espettorato), eventuale medicazione pulita e chiusa, disinfezione delle mani istruendolo e informando anche i parenti/visitatori.

Il paziente deve essere portato in altri servizi per delle necessità (esami radiologici, intervento chirurgico, ecc.). Come dobbiamo procedere?

È importante innanzitutto organizzare attentamente il trasferimento, segnalando a tutti gli interessati (trasportatori, servizio ricevente, studio medico, clinica, PS, reparti di degenza) che il paziente è MRSA positivo. Questo dovrebbe permettere ad esempio di programmare le procedure necessarie alla fine del programma della giornata. Il trasferimento è poi possibile solo con l'adozione delle misure preventive: abiti puliti, disinfezione delle mani, in caso di MRSA nell'espettorato far indossare una mascherina chirurgica. Scrivere nei documenti di trasferimento in modo ben visibile o nelle richieste per esami che il paziente è MRSA positivo.

21. Malattie infettive a dichiarazione obbligatoria

Malattie infettive a dichiarazione obbligatoria, per l'elenco consultare il seguente sito:

<https://www.bag.admin.ch/it/malattie-infettive-a-dichiarazione-obbligatoria>

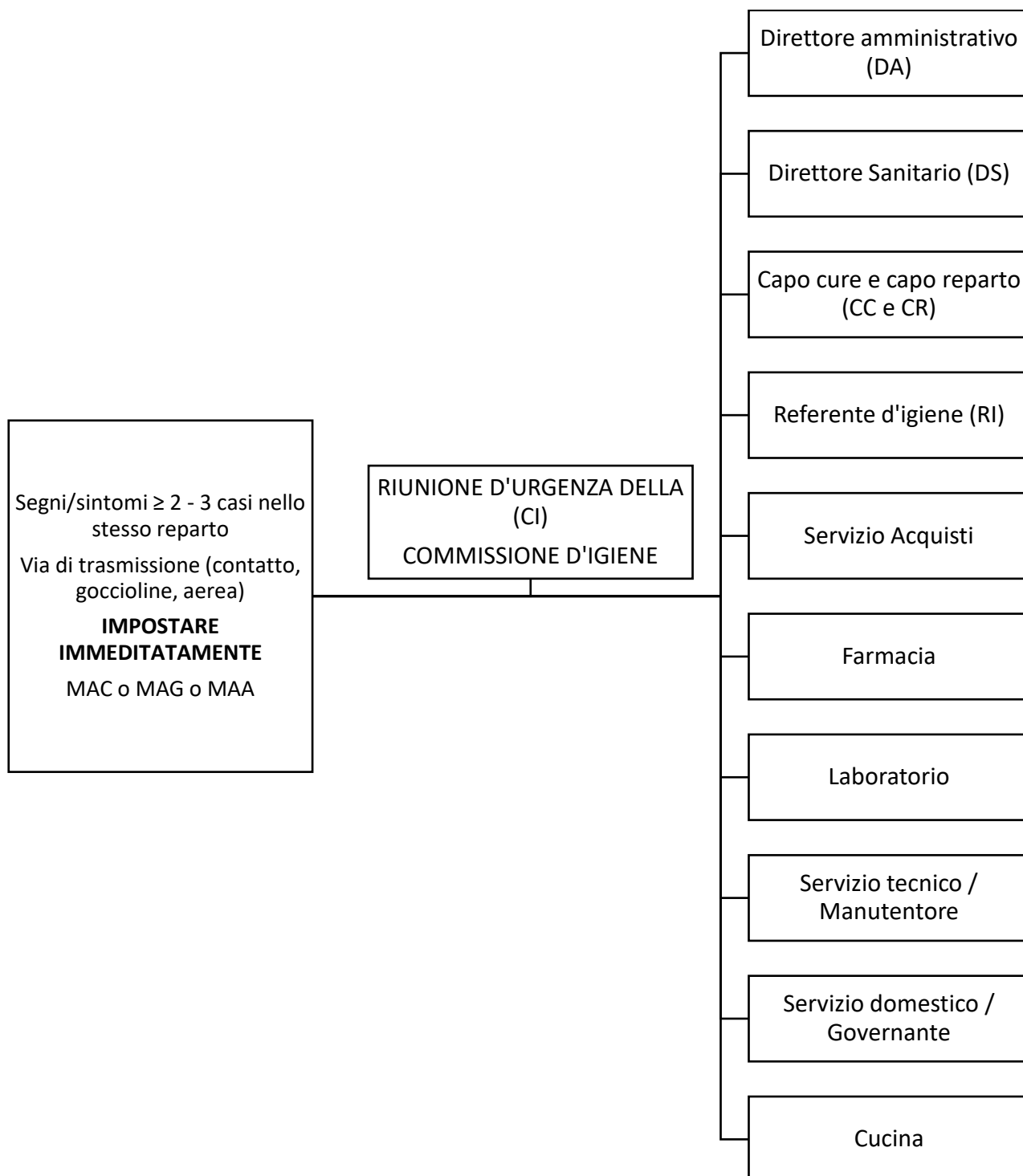
Lista malattie trasmissibili a dichiarazione obbligatoria:

<https://www.bag.admin.ch/it/dichiarazione-di-malattie-infettive>

Poster malattie infettive e agenti patogeni soggetti all'obbligo di dichiarazione (quadro sinottico 2025)

<https://www.bag.admin.ch/dam/it/sd-web/q8crZIV9BLjb/msys-poster.pdf>

22. Algoritmo gestione di un'epidemia in reparto



RUOLO	AZIONI E COMPITI	NOTE
Direttore Amministrativo (DA)	- Viene informato e aggiornato regolarmente dell'andamento epidemico al fine di predisporre le comunicazioni dal CC e RI - Laddove necessario, si occupa della comunicazione a residenti, familiari e collaboratori	DS in accordo con DA si occupa d'informare UMC
Direttore Sanitario (DS)	- Identificazione caso sentinella, caso "X" - Identificazione possibili contatti e contatti reali (tabella, schema scritto)	
Capo cure (CC) e Capo reparto (CR)	- Identificazione nel piano architettonico o piano fuoco delle camere poste in MA e possibili future camere coinvolte, evt. coortare	
Referente d'igiene (RI)	- Proporre delle misure di controllo e di prevenzione appena possibile, informazioni operative - Informazione diretta ai collaboratori del reparto interessato - Si occupa della comunicazione a residenti, familiari e collaboratori - Aggiornamento costante, evoluzione e valutazione epidemia a tutti gli attori coinvolti (CI) - Redazione e distribuzione di un rapporto - Valutazione dell'impatto delle misure proposte ed eventuale riorganizzazione nel caso in cui si propaghi il focolaio - Elaborazione di un rapporto completo a fine epidemia (punti forti, punti deboli, come/dove si può migliorare) - In caso d'intossicazione alimentare, a dipendenza dell'alimento coinvolto, avvisare il veterinario cantonale e il laboratorio cantonale tramite UMC - Avvalersi del sostegno dell'EPIAS di ADiCASI	
Servizio acquisti	- Deve verificare che vi siano sufficienti DPI, detergenti/disinfettanti, dispositivi medici, contenitori di sicurezza, SHA, ecc. - Deve provvedere alle sufficienti scorte di tutti i dispositivi medici per garantire la sicurezza di tutti durante il periodo epidemico (Cfr. Direttiva sullo stoccaggio di materiale di protezione nel settore sanitario del 29 maggio 2020). - Collaborazione attiva con CC, CR e RI	
Farmacia	- Deve verificare che vi siano sufficienti farmaci, infusioni, ecc. per curare la malattia infettiva diagnosticata - Deve provvedere alle sufficienti scorte di tutti i farmaci che potrebbero servire ad occuparsi della malattia infettiva presunta o diagnosticata dal laboratorio - Collaborazione attiva con CC, CR e RI	

Laboratorio	- Deve essere avvisato al fine di poter gestire con urgenza i campioni da analizzare e fornire eventuali contenitori, provette o altro per la raccolta delle analisi da effettuare	
Servizio tecnico / Manutentore	- Deve poter collaborare nella fornitura e il ritiro di contenitori di sicurezza, raccolta rifiuti, ecc. - Se necessario deve fornire pannelli di separazione o simili - Laddove necessario deve allestire un “isolamento ambientale” - In caso di necessità collabora alla realizzazione di un nuovo reparto sottoposto a MA (MAC o MAG) - Può essere interpellato in caso di nuove installazioni elettroniche, dispositivi tecnologici o altro (TV, pareti mobili, ecc.) - Può fungere da “servizio taxi” per DMx e materiale di laboratorio - Collaborazione attiva con CC, CR e RI	
Servizio domestico / Governante	- Deve predisporre del materiale dedicato alla gestione delle camere in MA (carrello, manici, mop, panni in microfibra, detergenti disinfettanti, ecc.) - Controlla che abbia sufficienti prodotti detergenti/disinfettanti - Stabilisce piani di pulizia ad hoc con CC, CR e RI - Informa i propri collaboratori sul comportamento corretto legato all'epidemia (uso DPI, piani di pulizia ed eventuali prodotti specifici, ecc.) evt. In collaborazione con il RI - Pianifica evt. nuovi piani di lavoro nella gestione della biancheria da lavare – lavanderia - Collaborazione attiva con CC, CR e RI	
Cucina	- In caso di gastroenterite modifica la dieta di coloro che presentano segni e sintomi (dieta in bianco, brodini, tisane, ecc.) - Se vi è un sospetto di intossicazione alimentare deve provvedere all'analisi microbiologica del cibo somministrato precedentemente / collaborazione attiva con il laboratorio di microbiologia alimentare e il RI - In caso di intossicazione alimentare confermata dal laboratorio il DS deve contattare il veterinario cantonale a dipendenza dell'alimento - Collaborazione attiva con CC, CR e RI	

22.1 Note: promemoria sulla gestione globale della situazione, cosa fare

Dalla segnalazione ricevuta, bisogna avere bene in chiaro di cosa si tratta, della struttura del reparto e della situazione.

1. Identificazione e prima valutazione del focolaio

- Recarsi sul posto per valutare personalmente la situazione (referente d'igiene, capo struttura) e analizzare il contesto.
- Stabilire una definizione operativa del caso e identificare i criteri clinici ed epidemiologici.
- Raccogliere tutti i dati dal reparto: numero di residenti/pazienti, numero delle camere, età, sesso, data di ingresso, ecc.
- Identificare i contatti effettivi e i contatti possibili, mappare logisticamente i casi per valutare un possibile coortage.

2. Indagini microbiologiche e laboratorio

- Effettuare prelievi e culture microbiologiche per identificare il/i ceppo/i e la fonte dell'infezione.
- Determinare il profilo di resistenza antibiotica per una corretta gestione terapeutica.
- Contattare il laboratorio per aggiornamenti e, se necessario, sollecitare risultati urgenti.

3. Implementazione delle misure di controllo immediate

- Rinforzare l'igiene delle mani tra tutto il personale e i residenti.
- Controllare la disponibilità di materiale sanitario e garantire l'uso di prodotti efficaci per eliminare il/i germe/i coinvolto/i.

Se possibile, in base ai dati raccolti:

- Coortare i residenti/pazienti infetti e separarli da quelli sani.
- Identificare personale dedicato per la cura dei pazienti infetti.
- Utilizzo di WC dedicato o comoda per i casi confermati.
- Blocco temporaneo di nuovi ingressi e trasferimenti di residenti.
- Valutazione della chiusura del reparto in collaborazione con la direzione e l'UMC.

4. Monitoraggio epidemiologico e analisi dell'epidemia

- Elaborare una tabella con tutti i dati raccolti per un'analisi strutturata.
- Descrivere il profilo epidemiologico dell'evento tramite uno studio descrittivo:
- Tempo: tracciare la curva epidemica, monitorare il numero di casi infetti rispetto al numero totale di residenti.
- Luogo: individuare le aree più a rischio (es. camere, bagni, sale comuni).
- Persone: analizzare le caratteristiche dei residenti coinvolti (sesso, età, diagnosi pregresse).
- Verificare se si tratta di un singolo evento epidemico o di più episodi nel periodo considerato.
- Formulare ipotesi sull'origine dell'epidemia:
 - Trasmissione per contatto diretto (es. mani del personale).
 - Contaminazione di dispositivi medici o oggetti condivisi.
 - Origine alimentare o ambientale.

5. Indagini epidemiologiche e studio dei fattori di rischio

Valutare la necessità di ulteriori approfondimenti, come:

- Studio sul vettore/portatore attraverso esami microbiologici su personale e residenti.
- Indagine epidemiologica con studio caso-controllo per identificare fattori comuni di esposizione.
- Esaminare le possibili esposizioni con il supporto di personale medico e assistenziale.
- Valutare eventuali misure di controllo supplementari per prevenire la propagazione del focolaio:
- Evitare la diffusione ad altri residenti e reparti.
- Separare ulteriormente il personale (evitando contatti tra operatori di diversi reparti).

6. Revisione e aggiornamento delle ipotesi epidemiologiche

Se il focolaio persiste, considerare:

- Controllo del personale curante tramite esami microbiologici.
- Coinvolgimento del medico del lavoro e del direttore sanitario per ulteriori valutazioni.
- Analisi dei possibili contatti tra personale e residenti (es. attività di cura, fisioterapia, parrucchiere, pasti condivisi).
- Quali ulteriori misure: trattamento/cura se personale curante contagiato, eliminazione di lotti/cibi contaminati, maggiore sorveglianza da parte di tutti i collaboratori
- Rivalutare le ipotesi precedenti sulla base di nuove evidenze e studi epidemiologici.

7. Fine epidemia e misure di sanificazione

- Dichiarare la fine dell'epidemia in accordo con le autorità sanitarie.
- Disinfezione approfondita del reparto e delle camere:
- Rimozione di tende e sanificazione completa con detergenti disinfettanti.
- Pulizia meticolosa di tutte le superfici.
- Ricercare la causa dell'epidemia rivedendo l'applicazione delle norme igieniche.
- Contattare altre strutture per verificare eventuali focolai simili.

8. Prevenzione di futuri focolai

- Valutare se siano necessarie ulteriori misure di controllo (se un operatore sanitario è - portatore del germe, potrebbe essere difficile prevenire nuovi casi).
- Rafforzare la sorveglianza tra tutto il personale per prevenire nuove epidemie.
- Se un'epidemia si ripresenta, rivedere e aggiornare l'intera strategia d'intervento.

Ricordarsi che in caso di necessità è possibile avvalersi del sostegno dell'EPIAS di ADiCASI.

22.2 Scheda operativa pratica: in breve cosa fare

1. Recarsi nel reparto coinvolto per raccogliere tutte le informazioni necessarie per una corretta gestione della situazione. Segnalazione/Rilevazione dell'epidemia
2. Allertare la CI (commissione d'igiene) se presente in struttura
3. Se non ancora fatto: MA conforme alla via di trasmissione della malattia infettiva, "isolare il residente", fare la mappatura dei contatti effettivi e contatti probabili, identificazione ambientale
4. Definire gli operatori dedicati alla gestione del/dei residenti in MA
5. Raccogliere i dati per le misure di rilevazione in funzione della situazione epidemiologica, se necessario chiedere l'assistenza a un'équipe di referenza (se in struttura c'è una

commissione d'igiene attivarla, l'EPIAS di ADiCASI è a disposizione per collaborare e supportare la struttura, ricordarsi di avvisare UMC)

6. Informare e formare il personale curante implicato
7. Controllare che ci siano materiale, prodotti, ecc. necessari alla gestione dell'epidemia (collaborare con il servizio acquisti, farmacia, magazzino, ecc.)
8. Collaborare e tenere informati i vari partner: servizio/i coinvolti, direzione sanitaria, direzione amministrativa, capo cure, capo reparto, referente d'igiene, commissione d'igiene se presente, labor, farmacia, cucina, servizio domestico, lavanderia, servizio tecnico/manutentore, ecc. stabilire chi, cosa, dove, quando, come, quanto e perché.
9. Considerare costantemente le risorse umane e materiali a disposizione
10. Valutazione continua

23. Bibliografia e sitografia

- http://www.ospedalesicuro.eu/storia/materiali/doc/Rischio_Biologico.pdf;
- https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwidkqGotJfgAhVQY1AKHRhVDAEQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww4.ti.ch%2Ffileadmin%2FDSS%2FDSP%2FUMC%2Fmalattie_infettive%2FCampagna_SAS_-_una_Siringa_un_Ago_un_Solo_uso.ppt&usq=AOvVaw1EzpBNDGpnBkDimPTuCF2B;
- <http://www.oneandonlycampaign.org/>;
- https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/MEDICO_CANTONALE_pieghevole_A5.pdf;
- http://www.fondazioneime.it/newime/documenti/igiene_manì_brochure.pdf;
- <https://www.swissnoso.ch/it/moduli/cleanhands/cleanhands/il-modulo/>;
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70469/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf;jsessionid=0913BC39F9C702BB4EBBFF43631E0728?sequence=1;
- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>;
- <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>;
- <https://www.cdc.gov/niosh/topics/eye/eye-infectious.html>;
- <https://www.cdc.gov/niosh/topics/respirators/>;
- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/>;
- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/>;
- <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/appendix/ppe.html>;
- https://www.suva.ch/it-CH/Shared%20Data/Components/Shared%20Safety%20Rule/Koerperliche%20Belastung/Content%20Filter%20Item%20Umgang%20mit%20Lasten?&showContainer=2&sc_mode=normal;
- https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiftdO-44PhAhVIYVAKHVtbC-wQFjABegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.seco.admin.ch%2Fdam%2Fseco%2Fit%2Fdokumente%2FArbeit%2FArbeitsbedingungen%2FArbeitsgesetz%2520und%2520Verordnungen%2FWegleitungen%2FWegleitungen%25203%2FArGV3_art25.pdf.download.pdf%2FArGV3_art25_it.pdf&usq=AOvVaw0U8MTGBz8hDiWWAw92CU01;
- https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/vigilanza/2019_Lettera_Direttive_controlli_sanitari.pdf;
- https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/vigilanza/2019_Direttive_controlli_sanitari.pdf;
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>;
- <https://www.infovac.ch/it/vaccini/calendario-vaccinale-svizzero>;
- <https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/epatite-a>;
- https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/vigilanza/2019_Modello_Dichiarazione_rinuncia_epatite_B.pdf;

- <https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html>;
- <https://www.infovac.ch/it/>;
- <https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/epatite-b>;
- <https://www.lemievaccinazioni.ch/>;
- <http://www.cdi.it/it/educational/epatiteabvaccinaz.html>;
- https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/faq_arbeitsbedingungen/faq_mutterschutz.html;
- <https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/Schwangere-und-Stillende.html>;
- <https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html>;
- <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20163016/index.html>;
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/legionellose.html>;
- <http://microbiologia.eoc.ch/Legionella.html>;
- <https://www4.ti.ch/dss/dsp/lc/laboratorio/>;
- <http://www.oscam.ch/repartocat-stt/>;
- <https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/vigilanza/cure-acute-e-transitorie-cat/>;
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-oculari/patologie-di-congiuntiva-e-sclera/congiuntivite-da-inclusi-dell-adulto>;
- <https://www.oculistaitaliano.it/notizie/clamidia-oculare-e-terapia-antibiotica/>;
- https://it.wikipedia.org/wiki/Infezioni_da_clamidia;
- https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganismes/EMS/Conjonctivite_a_Chlamydia.pdf
- <http://microbiologia.eoc.ch/Legionella.html>;
- <https://www4.ti.ch/dss/dsp/lc/laboratorio/>;
- Legge federale sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso (Legge sulle derrate alimentari, LDerr) del 20 giugno 2014;
- Ordinanza sulle derrate alimentari e gli oggetti d'uso (ODerr) del 16 dicembre 2016
- Ordinanza del DFI sull'acqua potabile e sull'acqua per piscine e docce accessibili al pubblico (OPPD) del 16 dicembre 2016 (Stato 1° maggio 2017);
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/legionellose.html>;
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-infettive/bacilli-gram-negativi/infezioni-da-salmonella-non-tifoidi>;
- https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganismes/EMS/Gastroenterite_a_salmonelles.pdf;
- <http://www.sanihelp.it/malattie/gastroenterite-salmonella.html>;
- <https://www.epicentro.iss.it/norovirus/>;
- https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganismes/EMS/Gastroenterite_a_norovirus.pdf;
- <https://www.farmacoecura.it/malattie/scabbia-sintomi-immagini-prevenzione-cura/>;
- <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/31/management-fomites-essential-scabies-treatment>;
- <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/>;
- <https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/parassitosi/scabbia/>;
- <http://www.controlscabies.org/>;
- <https://www.hpci.ch/prevention/pathologies-et-microorganismes/staphylocoques-dores-résistants-à-la-méticilline-ou-mrsa-2>;
- <https://www.hpci.ch/prevention/fiches-techniques/contenu/mrsa-modalité-du-traitement-de-décolonisation>;
- https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Infection_ou_colonisation_a_enterobacteries_non_E_coli_productrices_de_beta-lactamases_a_spectre_elargi_ESBL.pdf;

- <https://www.hpci.ch/prevention/pathologies-et-microorganismes/entérocoque-résistant-à-la-vancomycine-1;>
- [https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Plaquette Information patient porteur de VRE 3. pdf;](https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/prevention/Plaquette%20Information%20patient%20porteur%20de%20VRE%203.pdf)
- https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=8A52683156C9870926E79A33D5BE65B737799C26&thid=OIP.3wb0svtwN6Mfh_silIYb3QHaE4&mediaurl=http%3A%2F%2Fwww.joeydevil.com%2Fwordpress%2Fwp-content%2Fuploads%2F2011%2F01%2Fnasal-throat-swab-diagram.jpg&exph=395&expw=600&q=INGUINAL+SWAB+INSTRUCTION&selectedindex=269&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6;
- [https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Enterocolite a C. difficile.pdf;](https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Enterocolite_a_C._difficile.pdf;)
- <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=6F11DDFC84B037C5543F7507E5A12E8F2C556989&thid=OIP.DrybQcWAYCnx1CRt66efHgHaGJ&mediaurl=http%3A%2F%2Fflaserdermatologia.net%2Fimages%2Fimmagini%2Ffoto%2Fscabbia.jpg&exph=400&expw=482&q=SCABBIA&selectedindex=36&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6;>
- <https://www.cdc.gov/media/images/releases/2015/p0225-clostridium-difficile.jpg;>
- [https://it.wikipedia.org/wiki/Clostridioides difficile;](https://it.wikipedia.org/wiki/Clostridioides_difficile;)
- [https://www.farmacoecura.it/malattie/clostridium-difficile-terapia-sintomi-trasmissione-prevenzione/;](https://www.farmacoecura.it/malattie/clostridium-difficile-terapia-sintomi-trasmissione-prevenzione/)
- [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie infettive/Raccomandazioni GER 2015 con f ormulario.pdf;](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Raccomandazioni_GER_2015_con_formulario.pdf;)
- [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie infettive/Volantino GER 2015.pdf;](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Volantino_GER_2015.pdf;)
- [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie infettive/Formulario di controllo interno GE R 2015.pdf;](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Formulario_di_controllo_interno_GER_2015.pdf;)
- [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie infettive/Allgato 2 - Centri nazionali di riferimento malattie a dichiarazione obbligatoria.pdf;](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Allgato_2_-_Centri_nazionali_di_riferimento_malattie_a_dichiarazione_obbligatoria.pdf;)
- [https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie infettive/Conferenza raccomandazioni CPol oni.pdf;](https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Conferenza_raccomandazioni_CPoli oni.pdf;)
- <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data;>
- <https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Candidose.pdf;>
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Candidosi;>
- https://www.google.com/search?q=candida&client=firefox-b-d&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiV_vCr_cfjAhXDLFAKHQ7CUYQ_AUIESqB&biw=960&bih=937#imgsrc=B-NN7UoabvBv5M;
- [https://www.castedduonline.it/scabbia-monerrato-quattro-gli-studenti-contagiati-la-assl-bonifica-listituto/;](https://www.castedduonline.it/scabbia-monerrato-quattro-gli-studenti-contagiati-la-assl-bonifica-listituto/)
- [https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Hepatitis A.pdf;](https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Hepatitis_A.pdf;)
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-a.html;>
- <https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/epatite-a;>
- http://www.fegato.com/it/schede/malattie-e-condizioni/epatologia/detail_7456_virus-a.aspx?c1=29;
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html;>
- <https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/epatite-b;>
- [https://www.tantasalute.it/articolo/epatite-b-sintomi-trasmissione-contagio-e-conseguenze/3513/;](https://www.tantasalute.it/articolo/epatite-b-sintomi-trasmissione-contagio-e-conseguenze/3513/)
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-c.html;>
- <https://www.hepatitis-schweiz.ch/it/epatite-c;>
- [https://www.lovelife.ch/it/hiv-co/infezioni/hiv-e-aids/;](https://www.lovelife.ch/it/hiv-co/infezioni/hiv-e-aids/)
- <https://www.aids.ch/it/domande/hiv-aids/sintomi.php;>
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten/hiv-sti-statistiken-analysen-trends.html;>
- https://www.google.com/search?q=enterovirus&client=firefox-b-d&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiWu9i-oMjjAhU7ShUIHXfvAxMQ_AUIESqB&biw=960&bih=936#imgsrc=TuRk6XTP80WshM;

- [!\[\]\(264b05c21ce945207ea5d8be1e51b67d_img.jpg\)
!\[\]\(6f0cca81950701712fe3ad541565b645_img.jpg\)](https://www.google.com/search?q=adenovirus&client=firefox-b-d&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi4v8-GoMijAhX0RhUIHSTfDMcQ_AUIESqB&biw=960&bih=936#imgsrc=YbQa-bl5W0KTNM;imgsrc=960&bih=936&tbm=isch&sa=1&ei=kYc1XdX0MaedlwSV66i4Dw&q=congiuntivite+batterica+da+clamidia&oq=congiuntivite+batterica+da+clamidia&gs_l=img.3...58509.67566..67895...5.0..0.108.3247.35j3.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0i67j0i8i30j0i24.aEarTiBJFCs&ved=0ahUKEwiVgYPfoMijAhWnzoUKHZU1CvcQ4dUDCAY&uact=5#imgsrc=dW2UpXKzkkqAMM;https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/medicina_scolastica/raccomandazioni/0701_pedic.pdf;https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Pediculoses.pdf;https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=BFF4256337AB49CA2C528232C46116EA456C46A3&thid=OIP.k1OkmlHKQQFhs4VuQZ6pOQHaGi&mediaurl=https%3A%2F%2Fwww.streptococco.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F02%2Finfezioni-da-streptococco.jpg&exph=528&expw=598&q=streptococco+gruppo+a&selectedindex=2&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6;https://it.wikipedia.org/wiki/Streptococcus_pyogenes;https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/CHUV/Angine_a_streptocoque_du_groupe_A.pdf;https://www.cdc.gov/legionella/resources/materials.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Flegionella%2Fmaterials.html;https://www.cdc.gov/legionella/downloads/fs-legionnaires.pdf;https://www.cdc.gov/legionella/downloads/fs-legionella-clinicians.pdf;https://www.cdc.gov/legionella/images/materials-illustration.jpg;https://www4.ti.ch/dss/dsp/lc/sportello/guide-allautocontrollo-e-regole-di-igiene/;https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/microorganisme/EMS/Tuberculose_pulmonaire_ou_laryngee_MDR_ou_XDR.pdf;https://www.lungenliga.ch/uploads/tx_pubshop/FAQ_Tuberculosis_Italienisch.pdf;https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6819a3.htm?s_cid=mm6819a3_w;http://www.vdh.virginia.gov/tuberculosis-and-newcomer-health/tuberculosis-new/;https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/tbinfectiondisease.htm;https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/signsandsymptoms.htm;https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/tubercolosi;https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/varicella.pdf;https://www.infovac.ch/it/vaccinationi/per-le-malattie/varicella;https://www.my-personaltrainer.it/benessere/congiuntivite-batterica.html;https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-oculari/patologie-di-congiuntiva-e-sclera/congiuntivite-virale;https://www.msdmanuals.com/it/professionale/disturbi-gastrointestinali/gastroenterite/panoramica-sulla-gastroenterite;https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=00178AC46E5D79BF84F153B5D95FAAE42C3D5506&thid=OIP.5wT3mUBWwl2qXkzR7h-TbgHaEK&mediaurl=https%3A%2F%2Ffoodpoisoningbulletin.com%2Fwp-content%2Fuploads%2FSalmonella-pink.jpg&exph=675&expw=1200&q=salmonella&selectedindex=1&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6;https://www.cdc.gov/HAI/organisms/cdiff/Cdiff_infect.html;https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/batteri-anaerobi/diarrea-da-clostridium-difficile;https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/norovirus.html;https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/meningite/meningite-virale;https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=0C449D3185C24E3E0E7DF9B40EEA4A4EA62CC3E0&thid=OIP.GrqF4cGSw_jiw_mTZOfwBQHafJ&mediaurl=http%3A%2F%2Fimg.meds

</div>
<div data-bbox=)

cape.com%2Fthumbnail_library%2Fdt_170710_neisseria_meningitidis_800x600.jpg&exph=600&xpw=800&q=neisseria+meningitidis&selectedindex=5&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6;

- [https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/malattie-a-z/malattie-a-z-indice/meningite-da-meningococco/;](https://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/malattie-infettive/malattie-a-z/malattie-a-z-indice/meningite-da-meningococco/)
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-neurologiche/meningite/meningite-batterica-acuta;>
- <https://www.cdc.gov/meningitis/index.html;>
- <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/virus-respiratori/panoramica-sulle-infezioni-respiratorie-virali;>
- <https://www.msmanuals.com/it/professionale/malattie-infettive/virus-respiratori/influenza;>
- <https://www.neocitran.ch/it/fattori-influenza/differenza-tra-raffreddore-e-influenza.html;>
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html;>
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/infektionskrankheiten/leitfaden-meldepflicht.pdf.download.pdf/leitfaden-zur-meldepflicht-fr.pdf;>
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/msys/msys-flyer.pdf.download.pdf/flyer-f.pdf;>
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/infektionskrankheiten/leitfaden-meldepflicht.pdf.download.pdf/leitfaden-zur-meldepflicht-fr.pdf;>
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/msys/msys-poster.pdf.download.pdf/pub-171228-poster-bag-i.pdf;>
- [S.A. Lauer, K.H. Grantz, Q. Bi, F. K. Jones, Q. Zheng, H.R. Meredith, A.S. Azman, N.G. Reich, J. Lessler: The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Internal Med. May,5 2020;](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7211115/)
- [OFSP 2007 Prise en charge du personnel se santé après accident exposant au sang ou à d'autres liquides biologiques \(AES\). Mise à jour 2007 des recommandations](https://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr)
- <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr>
- [SUVA Pro 2010: Esposizione a HIV, HBV ed HCV: prime misure.](https://www.suva.ch/de/12/123456789)
- [Exposition VIH, VHB et VHC dans les établissements de soins en Suisse dès 2001 à fin juin 2008](https://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr)
- [http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr](https://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01078/index.html?lang=fr)
- [F. Tissot, Losanna, A.F. Widmer, Basilea, S.P. Kuster, Zurigo, G. Zanetti, Losanna per Swissnoso: Enterobacteriaceae con beta-lattamasi a spettro esteso \(ESBL\) in ospedale: nuove raccomandazioni Swissnoso 2014 - 2017 / 03:1-7;](https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Guidelines_Publikationen_ab_Maerz_2023/230322_StAR_Teil_I_DE_Healthcare-assozierte_Ausbrueche_final.pdf)
- [F. Olearo, D. Pires, V. Camus, S. Harbarth: Batteri produttori di carbapenemasi \(CPE\): strategie per il monitoraggio e la gestione dei pazienti portatori di CPE. 2017 / 05: 1-9.](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/msys/leitfaden-zur-meldepflicht-2023.pdf.download.pdf/meldepflicht-leitfaden-2025-fr.pdf)
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/msys/leitfaden-zur-meldepflicht-2023.pdf.download.pdf/meldepflicht-leitfaden-2025-fr.pdf>
- https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Guidelines_Publikationen_ab_Maerz_2023/230322_StAR_Teil_I_DE_Healthcare-assozierte_Ausbrueche_final.pdf
- <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/msys/meldeformulare/aussergewoehnlicher-epidemiologischer-befund-in-spitaeln.pdf.download.pdf/referto-epidemiologico-insolito-negli-ospedali.pdf>
- https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publikationen/211115_StAR_Teil_II_DE_MDRO-non-outbreak_FINAL.pdf
- https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/mt/infektionskrankheiten/meningokokken/empfkontakt-invasive-meningokokkenkrankung.pdf.download.pdf/it_BAG_Bulletin_04-25_Meningokokken_bf.pdf
- https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Guidelines_Publikationen_ab_Maerz_2023/230322_StAR_Teil_I_DE_Healthcare-assozierte_Ausbrueche_final.pdf

24. Allegati

24.1 Precauzioni Universali - PU



24.2 Misure aggiuntive per la trasmissione attraverso contatto - MAC



24.3 Misure aggiuntive per la trasmissione attraverso goccioline - MAG



24.4 Misure aggiuntive per la trasmissione attraverso aerosol - MAA



24.5 Tabella riassuntiva malattie infettive

Malattia	PU/MA		Particolarità	Annuncio UMC
Angina	PU		In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS	Non necessario
Ascesso minore con medicazione chiusa	PU		Medicazione secondo OM, controllare la permeabilità.	In presenza di GMR: modulo di segnalazione.
Ascesso purulento senza medicazione chiusa	PU		Medicazione secondo OM, controllare spesso lo stato della medicazione. Rispetto scrupoloso delle PU.	In presenza di GMR: modulo di segnalazione.
Candida auris	MAC		MA CONTATTO in presenza d'infezione da C. auris o in presenza di catetere vescicale. MA GOCCIOLINE in presenza d'infezione da C. auris polmonare (casi eccezionali).	Modulo di segnalazione.
Candidosi - Candida - Mugghetto	PU		In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS.	Non necessario.
Congiuntivite batterica da Clamidia	PU		In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS.	Non necessario.
Congiuntivite virale acuta o emorragica	PU		In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS.	Non necessario.
CRE/CPE	MAC		Se presente a livello respiratorio impostare MA GOCCIOLINE e il residente deve restare in camera. In CpA si isola il germe, il residente può circolare in struttura.	Modulo di segnalazione entro 1 settimana.
Enterocolite da C. difficile	MAC		Il residente deve restare in camera fino a 48 ore dal termine della diarrea.	Entro 24 ore in caso di epidemia.
Epatite A - HAV	PU		Possibile trasmissione oro-fecale. Igiene delle mani.	Entro 24 ore.
Epatite B - HBV	PU		In caso di emorragia importante applicare MA CONTATTO.	Entro 1 settimana.
Epatite C - HCV	PU		In caso di emorragia importante applicare MA CONTATTO.	Entro 1 settimana.
ESBL non E. coli	PU	MAC	MA CONTATTO durante le cure in camera se utente incontinente e portatore di protezioni per l'incontinenza. Se presente a livello respiratorio impostare MA Goccioline e il residente deve restare in camera. In CpA si isola il germe, il residente può circolare in struttura.	Non necessario.

Malattia	PU/MA	Particolarità	Annuncio UMC
Gastroenterite da Norovirus	MAG	In assenza di vomito possono essere impostate le MA CONTATTO. Il residente deve restare in camera fino alle 48 ore dopo gli ultimi sintomi: diarrea e/o vomito.	Entro 24 ore in caso di epidemia.
Gastroenterite da Rotavirus	MAC	In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS.	Entro 24 ore in caso di epidemia.
Gastroenterite da Salmonella	PU	Il residente se è incontinente deve restare in camera.	Entro 24 ore in caso di epidemia.
Herpes Zoster / Fuoco di Sant'Antonio	PU	Fare attenzione che il residente malato non entri a contatto con i residenti immunodepressi. Il personale curante non immune soprattutto donne incinta dovrebbe essere esonerato dalle cure dirette al residente con Zoster.	Non necessario.
Legionellosi - Febbre di Pontiac	PU	Adozione di misure preventive (manutenzione e disinfezione) per contrastare la moltiplicazione e la diffusione di Legionella negli impianti a rischio. Ricerca della fonte.	Entro 1 settimana dopo la conferma del laboratorio.
Malattia di Creutzfeldt-Jakob	PU	Avvisare in caso di autopsia e di interventi chirurgici, endoscopici o altro.	Entro 1 settimana.
Meningite da Meningococco	MAG	Profilassi antibiotica. Indagine ambientale e profilassi post esposizione secondo le indicazioni del Direttore sanitario e/o medico del personale e/o Medico cantonale.	Entro 24 ore.
Meningite Virale - Enterovirus	PU	In caso di focolai > 2 casi, avvisare il DS.	Non necessario.
MRSA	PU MAC	Se presente a livello respiratorio impostare MA Goccioline e il residente deve restare in camera. In CpA si isola il germe, il residente può circolare in struttura. MA CONTATTO durante le cure in camera. Su OM può essere eseguito lo schema di decolonizzazione.	Modulo di segnalazione.
Pediculosi	MAC	Comunicare la presenza di pediculosi in caso di trasferimento.	Non necessario.
Scabbia	MAC	Uso dei guanti durante tutta la permanenza in camera. Comunicare la presenza di scabbia in caso di trasferimento.	Non necessario.
Tubercolosi polmonare TBC	MAA	Trasferire il residente in ospedale.	Entro una settimana.

Malattia	PU/MA	Particolarità	Annuncio UMC
Vaiolo delle scimmie – Monkeypox virus (VDS – Orthopoxvirus)	MAG	Applicare sulla porta il cartello identificativo anche per le MA CONTATTO al fine di sensibilizzare maggiormente l'igiene delle mani.	Entro due ore.
Varicella - VZV	MAA MAC	Per il personale immune (anamnesi positiva o sierologia positiva) nessuna Misura Addizionale da applicare, il rispetto e la rigorosa applicazione delle Precauzioni Universali è sufficiente.	Non necessario.
Virus dell'Immunodeficienza umana HIV	PU	In caso di emorragia importante applicare MA CONTATTO.	Entro 1 settimana.
Virus respiratori (COVID-19/Influenza stagionale/RSV/ ecc.)	MAG	In caso di ≥ 3 casi, avvisare il DS per un'eventuale indagine ambientale RSV: avvisare subito il DS per ogni caso.	COVID-19 e Influenza: in caso di epidemia entro 1 settimana. RSV: tutti i focolai devono essere annunciati entro 24 ore In caso di difficoltà nel contenere il focolaio il direttore sanitario lo comunica al Medico cantonale entro il 3° giorno.
VRE	MAC	Se presente a livello respiratorio impostare MA GOCCIOLINE e il residente deve restare in camera. In CpA si isola il germe, il residente può circolare in struttura.	Modulo di segnalazione.

24.6 Informazioni per residenti e visitatori in caso di MA

Informazioni per residenti e visitatori in caso di Misure Addizionali (Isolamenti)

Gentili signore e egregi signori,

il personale della Struttura, con questo documento, desidera informarvi sull'importanza di alcune regole fondamentali affinché evitiate di contagiarsi con malattie infettive che si trasmettono tramite il contatto, le goccioline e l'aerosol in Casa anziani.

Di seguito i comportamenti da adottare nel caso in cui, sulla porta della camera sia affisso un cartello colorato relativo a un tipo di Misura Addizionale specifica da mettere in pratica.

Esistono 3 tipi di Misure Addizionali per le malattie infettive e, in base all'immagine esposta, ci sono determinate regole da rispettare.

	Misura Addizionale da contatto (diretto o indiretto) Il contagio è definito diretto, quando una persona si contamina direttamente dalla sorgente dell'infezione (individuo) oppure indiretto (ad esempio tramite gli oggetti in camera, asciugamani, le mani non disinfettate correttamente, acqua, cibo, ecc.). Camice giallo di protezione: all'entrata della camera disinfettare le mani e indossare il camice. Uso dei guanti: dopo aver indossato il camice bisogna disinfettare nuovamente le mani e indossare i guanti. All'uscita: togliere i guanti, buttarli nell'apposita pattumiera e disinfettarsi le mani, togliere il camice e buttarlo nell'apposita pattumiera. Disinfettare nuovamente le mani. In casi specifici il residente può lasciare la camera dopo essere stato "preparato" dal personale curante.
---	---

	Misura aggiuntiva per goccioline (droplet) Trasmissione del patogeno è dovuta a particelle generate dalla tosse, dalla conversazione, ecc.... Queste particelle possono causare un'infezione se raggiungono le mucose (occhi, bocca, naso, gola) di un'altra persona. Le mani contaminate da goccioline possono anche essere un vettore (goccioline - mani – occhi/naso/bocca). Mascherina chirurgica e occhiali di protezione: da usare quando si hanno contatti ravvicinati a meno di 2 metri dal residente. Indossare i dispositivi di protezione all'entrata della camera. Disinfettare le mani, indossare la mascherina e gli occhiali, disinfettare nuovamente le mani. Quando si lascia la camera, prima di togliere gli occhiali e la mascherina, bisogna disinfettare le mani, togliere gli occhiali e riporli nell'apposito contenitore, in seguito togliere la mascherina e gettarla nell'apposita pattumiera, poi disinfettare nuovamente le mani. Gli occhiali di protezione sono da disinfettare dopo ogni uso. Guanti e camice di protezione: da usare quando si hanno contatti a meno di 2 metri dal residente. Sono da indossare all'entrata della camera, prima di uscire dalla camera; vanno gettati nell'apposita pattumiera. Disinfettare nuovamente le mani prima di lasciare la camera. Il residente non può lasciare la camera, se necessario il personale curante provvederà a trasferirlo in modo sicuro per gli altri.
--	--

	Misura addizionale aerosol (aerea) Trasmissione di particelle più piccole delle goccioline (≤ 5 micron), queste possono rimanere in sospensione nell'aria per qualche ora e dunque, essere trasportate a distanza e infettare altre persone senza un contatto diretto con la persona infetta. Protezione respiratoria/mascherina ultrafiltrante FFP2: disinfettare le mani, indossare una maschera FFP2 <u>prima di entrare</u> nella camera, disinfettare nuovamente le mani. <u>Fuori dalla camera:</u> disinfettare le mani, togliere la maschera FFP2, gettare la maschera nell'apposito contenitore vicino alla porta della camera e disinfettare le mani. Guanti e camice di protezione non sono necessari. Il residente non può lasciare la camera, se necessario il personale curante provvederà a trasferirlo in modo sicuro per gli altri.
---	--

Fonte immagini: www.hpci.ch

Alcune informazioni importanti:

- Se trovate questi cartelli appesi alla porta chiedete SEMPRE informazioni al personale curante;
- Se visitate anche altri residenti della casa anziani, fate sì che l'ultima persona da incontrare sia quella isolata in una camera dove sulla porta è appeso un cartello con una Misura addizionale;
- Prima di uscire dalla camera sottoposta a Misura addizionale seguite le procedure sopra descritte prima di allontanarsi;
- Evitate di andare da altri residenti e in caffetteria.



LE MANI SONO IL VETTORE PRINCIPALE DI CONTAMINAZIONE: RICORDARSI SEMPRE DI DISINFETTARE LE MANI PRIMA E DOPO LE VISITE

Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica

Usa la soluzione alcolica per l'igiene delle mani. Se sono visibilmente sporche lavale con acqua e sapone.



Durata della procedura:
20-30 secondi



Come indossare la mascherina chirurgica o ultrafiltrante FFP2



1)

Disinfettare le mani e prendere la mascherina



2)

Prendere la mascherina e fissare i lacci passandoli al di sopra delle orecchie



3)

Aprire e sistemare i soffietti in modo da coprire completamente il naso e il mento



4)

Aggiustare la barretta rigida in modo che aderisca bene al contorno del naso e degli zigomi



5)

Disinfettare le mani

Come indossare il camice monouso di protezione



Come togliere il camice monouso di protezione



Come togliere i guanti



Sequenza per togliere tutti i dispositivi di protezione

- 

1. Sfilare i guanti e rivoltandoli smaltirli nell'apposita pattumiera.
- 

2. Disinfettare le mani.
- 

3. Sfilare il camice monouso di protezione e smaltirlo nell'apposita pattumiera.
- 

4. Disinfettare le mani.
- 

5. Togliere gli occhiali di protezione e appoggiarli nell'apposito contenitore, verranno disinfettati.
- 

6. Togliere la mascherina ed eliminarla nell'apposita pattumiera.
- 

7. Disinfettare le mani.