

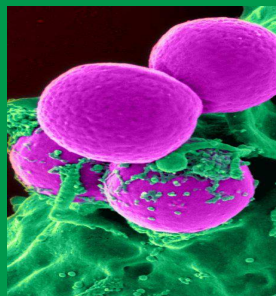
Strategie operative per il contenimento delle infezioni ospedaliere: l'esperienza della RSSR "Disabili Gravi"



S. degli Ivanissevich, P. Sfreddo, C. Giurco, M. Tenze, L. Petronio

INTRODUZIONE

La RSSR Disabili gravi di Pineta del Carso, attiva dal 2001 come Unità Funzionale e dal 2010 come Unità Operativa, accoglie persone con disabilità grave/gravissima esito di grave cerebrotipo lesione acquisita o di pluripatologie complesse, provenienti dai reparti ospedalieri per acuti e dall'I.M.F.R. Gervasutta di Udine. A partire dal 2012, alla luce del progressivo aumento di neoaccolti colonizzati da germi MDR, è stato dato particolare rilievo alle azioni di controllo delle infezioni ospedaliere attraverso una serie di strategie operative.



BIBLIOGRAFIA**

- «Indicazioni per la gestione delle infezioni da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi», Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, Regione Friuli Venezia Giulia, gennaio 2013.
- «Prevenzione e gestione del paziente con colonizzazione o infezione da germi multi resistenti», Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, ottobre 2012.
- «Indicazioni per la gestione delle infezioni da Acinetobacter baumannii», Direzione Centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, Regione Friuli Venezia Giulia, maggio 2012.
- Linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (2007).

CONTACT
dir_sanitaria@cert.pinetaelcarso.it

2012

DIMENSIONAMENTO DEL PROBLEMA

- Raccolta dei referti di microbiologia con segnalazione dal Laboratorio al reparto per i microorganismi alert
- Campagna di monitoraggio ambientale per acinetobacter mediante tamponi di sorveglianza in stanza campione (con paziente colonizzato): una volta al giorno al mattino prima delle pulizie per una settimana
- Verifica alla dimissione: test prima e successivo alle pulizie ambientali.

Si evidenzia il ruolo determinante relativo alla pulizia ambientale con controllo scrupoloso del capitolato dell'impresa in outsourcing.

ATTIVITA' COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE

- Revisione della classificazione delle aree di rischio
- Acquisizione delle schede tecniche dei detergenti e dei disinfettanti con concentrazioni d'uso
- Revisione del capitolato delle pulizie
- Revisione dei prodotti utilizzati e relative concentrazioni
- Revisione delle strategie di sanificazione ambientali e dei suppellettili (numero di ripassi, redazione di specifica check list di controllo dell'esecuzione delle pulizie, alla dimissione doppia sanificazione della stanza nell'arco delle 24 ore)

CONSOLIDAMENTO AZIONI

- Igiene delle mani
- Precauzioni di isolamento e uso DPI
- Uso di dispositivi medici dedicati (sfigmomanometro, termometro, fonendoscopio)
- Informazione e formazione a tutto il personale operante all'interno della Struttura: personale sanitario, addetti ai servizi in outsourcing, educazione ai pazienti, famigliari e care giver.
- Redazione e diffusione di "Informativa per i famigliari e personale esterno".
- Trasferimento e trasporto pazienti: vengono elencate e diffuse tutte le misure da adottare e i presidi utilizzati.
- Esecuzione del trattamento Riabilitativo all'interno della stanza di degenza.

2013

RIVALUTAZIONE DELL'ENTITA' DEL PROBLEMA PRESSO RSSR DISABILI GRAVI

Esecuzione di tamponi di sorveglianza inguinali e ascellari

REVISIONE PROTOCOLLI AZIENDALI**

- Riedizione della procedura operativa "Prevenzione e Gestione clinico-assistenziale delle infezioni da microorganismi multi resistenti"
- Emissione bundle "Contenimento infezioni ospedaliere"
- Perfezionamento del meccanismo di segnalazione attraverso scheda di segnalazione alle UUOO e al CIO
- Attivazione sistema di sorveglianza: relazione mensile con tasso di prevalenza da microorganismi multi resistenti per singola UO e sul totale della degenza; tasso di incidenza. I casi incidenti sono puntualmente comunicati alla DS, al responsabile medico e al coordinatore dell'UO.

STRATEGIE OPERATIVE**

- Identificazione nel reparto di un'area dedicata
- Monitoraggio quotidiano dei degenti
- Comunicazione quotidiana con il team multidisciplinare
- Terapia antibiotica solo in caso di Infezione (sintomi, febbre, esami di laboratorio +)
- Consulenze con infettivologo
- Attenzione agli aspetti nutrizionali
- Igiene completa dei degenti una volta alla settimana con detergente liquido con clorexidina 4%
- Pulizia e disinfezione quotidiana dei presidi (tracheocannule, aspiratori...)
- Pulizia e disinfezione due volte al dì della zona letto da parte del personale di reparto
- Al bisogno doppia pulizia della stanza

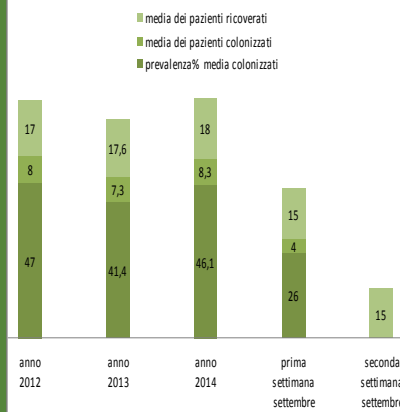
Successivamente alla rigorosa applicazione dei protocolli e delle strategie operative i nuovi casi di colonizzazione da MDR sono stati causati esclusivamente da nuovi ingressi e non più da contaminazioni/colonizzazioni di reparto.

2014

- Potenziamento del sistema di sorveglianza con emissione di check list di controllo sulla corretta applicazione delle misure di isolamento: Precauzioni di isolamento e Sanificazione attrezzature elettromedicali e dispositivi medici

- Revisione critica dei referti di microbiologia dei pazienti colonizzati

Abbattimento della colonizzazione da A. baumannii nel triennio



RISULTATI

Abbattimento della prevalenza dei colonizzati in reparto, nonostante il continuo accoglimento di pazienti colonizzati, mediante stretta applicazione delle linee guida regionali.

CONCLUSIONI

Sono stati collegialmente discussi i risultati raggiunti con la negativizzazione dei pazienti colonizzati da germi MDR, decidendo di sospendere unicamente l'utilizzo dei sovra carnicci, mantenendo inalterata l'attenzione sulla rigorosa applicazione delle procedure aziendali comprendenti l'igiene delle mani, dell'igiene dei degenti (bagno con detergente con clorexidina 4% una volta alla settimana) e dell'igiene ambientale.