

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

<p>Tipo di Documento</p>	<p>PROCEDURA AZIENDALE</p>
---------------------------------	----------------------------

<p>Elaborazione</p>	<p>GOIO</p>	<p>Gruppo di Lavoro: A. Rispo, G. Sagliocco</p>
----------------------------	-------------	---

Contenuti:

Definizione di caso
 Accettazione e Ricovero
 Diagnosi e trattamento
 Controllo delle infezioni in ospedale
 Formazione
 Flusso Informativo
 Allegati: 1. DGR n. 1457/09 2. Scheda Terapia e Profilassi farmacologica
 3. Scheda segnalazione

<p>Approvazione</p>	<p>CIO</p>	<p>Data 29/09/2009</p>
----------------------------	------------	------------------------

<p>Diffusione</p>	<p>Tutti i reparti</p>	<p>Data 05/10/2009</p>
--------------------------	------------------------	------------------------

<p>Verifica Applicazione</p>	<p>Direttore Sanitario Presidio Responsabilità: Direttore U.O. - Caposala U.O. - Infermieri</p>
-------------------------------------	--

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

1. DEFINIZIONE DI CASO

Allo stato attuale, superati i precedenti criteri epidemiologici (storia recente di viaggi all'estero), la diagnosi di Influenza da virus A H1N1, definita come un'*affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso*, si basa essenzialmente sul criterio clinico. I sintomi rilevabili sono rappresentati da:

- febbre > 38° C
- cefalea
- malessere
- sudorazione e/o brividi
- astenia

e da almeno uno dei seguenti sintomi respiratori:

- tosse
- faringodinia
- congestione nasale

Come riportato, inoltre, nella *Circolare Ministeriale del 22/07/2009*, il giudizio clinico rappresenta anche un importante fattore nella decisione di trattare o meno un paziente. Nella maggior parte dei casi, infatti, l'influenza da virus A (H1N1) si comporta come una malattia respiratoria autolimitante.

Il virus si trasmette nella maniera consueta delle infezioni influenzali, ha un periodo di incubazione stimato da 1 a 7 giorni, con una mediana di 2 e, verosimilmente è infettante dal giorno precedente la comparsa dei sintomi sino alla loro regressione (mediamente 7 giorni). Tale durata potrebbe essere maggiore nei giovanissimi infetti e nei soggetti immunocompromessi.

L'aspetto più peculiare dell'infezione è costituito dal fatto che in alcuni soggetti, in genere giovani e senza comorbidità, si manifesta, con una frequenza inusuale nell'influenza stagionale, un quadro di grave insufficienza respiratoria, direttamente dovuta al virus, che si associa ad un deficit multiorganico (rene, cuore, fegato), con prognosi assai severa e necessità di gestione in ICU.

Caratteristicamente la maggior parte dei casi severi e di mortalità riguardano le fasce di età inferiori ai 50 anni, laddove il 90% della mortalità nell'influenza stagionale si concentra nei soggetti con età > di 65 anni.

La mortalità si associa anche per la metà dei casi alla presenza di patologie croniche preesistenti, quali malattie respiratorie, particolarmente l'asma (anche nei giovanissimi), malattie cardiovascolari, diabete, obesità e condizioni deprimenti il sistema immunitario (neoplasie, patologie sistemiche ecc).

2. ATTIVITA' DI ACCETTAZIONE E RICOVERO

Va richiamato, in premessa, quanto indicato nella *Circolare Ministeriale del 27/07/2009*: "*Per quanto attiene le ospedalizzazioni dei casi con sindrome influenzale è molto importante definire i criteri di ospedalizzazione al ricovero dei casi, per evitare il sovraffollamento ospedaliero e, quindi, la possibilità di trasmissione nosocomiale associata al ricovero per sindrome influenzale*". In proposito si fa riferimento alle Linee Guida per la gestione della sindrome influenzale aggiornate nel 2008, che riportano quanto segue: "*La definizione di criteri di ospedalizzazione e di indicazioni al ricovero di persone adulte con sindrome influenzale è un utile strumento per ridurre i ricoveri inappropriati,*

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

l'incidenza di infezioni nosocomiali associate al ricovero per sindrome influenzale, la spesa sanitaria e il sovraffollamento ospedaliero tipico dei periodi epidemici.

Raccomandazioni

Quando il decorso clinico dell'influenza è complicato si raccomanda di considerare i seguenti fattori di rischio per un eventuale ricovero ospedaliero.

Tali fattori, se multipli e correlati allo stato clinico o socioeconomico del paziente, aumentano il rischio di complicanze e mortalità; in ogni caso, non si può prescindere dal giudizio clinico globale del medico.

Criteri clinici

- *presenza di malattie concomitanti: malattie croniche respiratorie, cardiache, renali, epatiche, tumori, diabete mellito, abuso cronico di alcool, malnutrizione, malattie cerebrovascolari, postsplenectomia, ospedalizzazione nell'ultimo anno;*
- *frequenza respiratoria ! 30 atti/minuto, pressione diastolica " 60mmHg o pressione sistolica < 90mmHg, polso ! 125/min, temperatura corporea < 35 o ! 40 °C, variazioni dello stato mentale (disorientamento, stupore), evidenza di siti extrapolmonari di infezione.*

Dati di laboratorio

- *globuli bianchi < 4.000/ml o > 30.000/ml o numero assoluto di neutrofili < 1.000/ml;*
- *PaO₂ < 60mmHg o PaCO₂ > 50mmHg;*
- *evidenza di alterata funzionalità renale: creatinina > 1,2mg/dl;*
- *evoluzione radiografica sfavorevole e/o polmonite con focolai multipli, presenza di cavitazione o versamento pleurico;*
- *ematocrito < 30% o emoglobina < 9g/dl;*
- *evidenza di sepsi o di segni di danno d'organo come l'acidosi metabolica o alterazioni della coagulazione;*
- *pH arterioso < 7,35."*

Tali indicazioni vanno integrate da quanto in proposito richiamato nella D.G.R. Campania n. 1457 dell' 11/09/2009, che ad ogni buon fine si allega alla presente procedura e ne diviene parte integrante.

Inoltre, l'età pediatrica sopra i 3 mesi non costituisce in sé una indicazione assoluta al ricovero. I lattanti sotto i 3 mesi di età con sindrome influenzale vanno ricoverati indipendentemente dalla gravità dei sintomi

Il ricovero ospedaliero per i bambini è fortemente raccomandato in presenza di sintomi quali:

- Insufficienza respiratoria e segni di distress respiratorio
- Presenza di cianosi (di origine respiratoria o cardiaca)
- FR > 70/min o saturazione di O₂ < 90%
- Disidratazione grave
- Convulsioni (primo episodio) o sintomi neurologici
- Segni di sepsi (almeno 2 tra pallore, ipotonia, ipotensione)
- Preesistenza di cardiopatie cianogene.

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

Sia per gli adulti che per i bambini, indipendentemente da condizioni di gravità clinica, il ricovero va preso in considerazione in assenza di condizioni sociali ed economiche che garantiscano l'assistenza a domicilio.

Sulla base dei dati disponibili le condizioni legate ad un rischio maggiore di forme severe o complicate di malattia non sono diverse da quelle ampiamente individuate per l' influenza stagionale e si associano a circa il 50% dei casi di morte registrati. Il loro peso nel condizionare la severità di malattia è ampiamente diversificato. Esse sono:

- Le donne gravide
- I bambini con meno di 2 anni
- Soggetti con più di 65 anni (che presentano rischio d'infezione più basso, ma rischio di complicazioni più elevato)
- Bambini ed adolescenti dai 6 mesi ai 18 anni in trattamento prolungato con aspirina, che potrebbero presentare una sindrome di Reye dopo l'influenza:
- Bambini ed adulti con malattie croniche respiratorie, cardiologiche, epatiche, renali, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari o metaboliche
- Bambini ed adulti immunosoppressi (per malattie o terapie)
- Soggetti obesi

Non necessariamente la presenza di una condizione di rischio deve essere indicazione al trattamento, che è lasciata alla valutazione clinica del medico curante.

Il livello assistenziale cui destinare il paziente (degenza ordinaria, sub-intensiva o intensiva) sarà definito dal clinico sulla base dei criteri di gravità

2.1 UNITA' OPERATIVE e POSTI LETTO INDIVIDUATI

- Ambulatorio di Orientamento ed Accoglienza
- I Pneumologia generale e Unità subintensiva respiratoria
- Rianimazione
- TIPO

In una prima fase sono individuate, con immediatezza e con funzioni di locali di isolamento, presso la UOC Pneumologia – UTSIR, con personale specificamente dedicato alle due articolazioni, una stanza nell'area di accoglienza (attuale studio medici) ed una stanza nel reparto, immediatamente adiacente alla precedente, entrambe dotate di servizi igienici dedicati. In caso di eventuali ulteriori necessità si procederà a rendere disponibili progressivamente tutte le stanze di degenza dopo aver trasferito i pazienti ricoverati presso la UOC di Malattie, Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria.

Il Direttore ff. della UOC Pneumologia – UTSIR, che viene identificata come centro di raccolta e custodia dei DPI e dei presidi che potranno servire alle altre UU.OO, provvederà inoltre a trasmettere con urgenza alla Direzione Sanitaria di Presidio l'elenco di tutti i presidi e materiali necessari per assicurare l'assistenza ai pazienti con Influenza A (H1N1).

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

L' organizzazione relativa alla gestione dei pazienti andrà comunque e costantemente concordata tra il Direttore ff. della UOC Pneumologia – UTSIR ed il Capo Dipartimento di Fisiopatologia e Riabilitazione Cardiopneumologica

2.2 ACCESSI e PERCORSI

2.2.1 Paziente che arriva spontaneamente in ospedale

Nell'area di accettazione, individuabile presso l'Ambulatorio di Orientamento ed Accoglienza, dalle ore 7.00 alle ore 14.00 dal Lunedì al Venerdì e presso la UOC I PNL Generale UTSIR dalle ore 14.00 alle 7.00 dal Lunedì al Venerdì e 24/24 ore il Sabato, la Domenica e i festivi, il personale di assistenza in turno:

- accoglie il paziente indossando i dispositivi di protezione individuale come specificati di seguito;
- invita il paziente ad indossare mascherina protettiva e a mantenerla fino a contrordine;
- l'infermiere addetto al triage provvede a registrare le generalità e l'anagrafica completa, compreso l'indirizzo, del paziente;
- l'infermiere addetto identifica anche gli eventuali accompagnatori, prendendone indirizzo e recapito telefonico. Gli accompagnatori andrebbero fatti sostare in stanza dedicata;
- l'infermiere avvisa, se del caso, la radiologia per assicurare la pronta esecuzione di eventuali esami, per evitare che il paziente soste in aree comuni;
- il medico, dopo le valutazioni cliniche, eventualmente supportate dal riscontro laboratoristico e radiografico decide o per la dimissione, con eventuale terapia domiciliare o per il ricovero ospedaliero. In quest'ultimo caso, assicurata la disponibilità del posto letto, provvede ad allertare il personale della Unità Operativa di destinazione. Durante tutto il percorso di trasferimento sia il paziente che gli Operatori addetti al trasporto indosseranno la prevista maschera protettiva;
- il medico provvede alla compilazione della scheda per la raccolta delle informazioni specifiche, di cui alla Circolare Ministeriale del 27/07/2009, che dovrà poi essere trasmessa alla Direzione Sanitaria per gli atti di competenza

2.2.2 Paziente trasferito da altra Struttura Sanitaria

In questo caso il ricovero del paziente deve essere preceduto da opportuni contatti telefonici tra i Sanitari della Struttura di provenienza o, eventualmente, della Centrale Operativa del Sistema di Emergenza 118 ed i Medici dell'area di Accettazione (vedi punto 2.1.1). Questi ultimi, avuta conferma della necessità di ricovero ed in base alla disponibilità dei posti letto individuati, provvedono ad allertare la Unità Operativa di destinazione che, quindi, accoglierà direttamente il paziente evitando il preliminare passaggio per l'area di Accettazione. Durante tutto il percorso il paziente indosserà la prevista maschera respiratoria.

Il personale di assistenza in turno presso la Unità Operativa di ricovero:

- accoglie il paziente, già dotato, come detto, di mascherina protettiva, indossando i dispositivi di protezione individuale come specificati di seguito;
- provvede a raccogliere le generalità e l'anagrafica completa, compreso l'indirizzo, del paziente;

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

- identifica gli eventuali accompagnatori, prendendone indirizzo e recapito telefonico. Gli accompagnatori andrebbero fatti sostare in stanza dedicata;
- provvede a comunicare tempestivamente i suddetti dati al personale dell'Accettazione per le pratiche amministrative e sanitarie previste;
- avvisa, se del caso, le Unità Operative di diagnosi per assicurare la pronta esecuzione di eventuali esami, evitando così che il paziente sosti in aree comuni;
- provvede, se del caso, a richiedere la consulenza dell'Infettivologo;
- provvede alla compilazione della scheda per la raccolta delle informazioni specifiche, di cui alla Circolare Ministeriale del 27/07/2009, che dovrà poi essere trasmessa alla Direzione Sanitaria per gli atti di competenza

2.2.3 Pazienti degenti presso altre UU.OO dell'Azienda

L' Ambulatorio di Orientamento ed Accoglienza ed il reparto di Pneumologia generale e Unità subintensiva respiratoria rappresenteranno il punto di confluenza di tutti i pazienti ricoverati nell'ospedale e che presentino sospetto di Influenza A H1N1

2.3 STANZE DI DEGENZA

Il paziente una volta ricoverato è collocato in isolamento:

- in stanza singola mantenuta a pressione negativa e porta chiusa, nelle U.O. che ne dispongono (TIPO – Rianimazione); per i pazienti che necessitano di ricovero in rianimazione
- in stanza singola con servizi igienici riservati;
- per *cohorting* in stanza a più letti sempre con servizi igienici riservati.

Per quanto attiene gli ultimi due punti si deve procedere quotidianamente a:

- mantenere aerato l'ambiente;
- sottoporre la stanza ad accurata pulizia e disinfezione di tutte le superfici con materiale monouso, almeno due volte al giorno, per tutta la degenza del paziente

Inoltre, la porta della stanza deve rimanere chiusa, e sulla stessa vi deve essere apposto un cartello che indichi in modo chiaro la necessità di mantenerla chiusa.

Alla dimissione del paziente la stanza deve essere sottoposta ad accurato ricondizionamento compresa la disinfezione delle superfici e la sostituzione completa di tutti gli effetti lettereci; va inoltre adeguatamente aerata prima di essere occupata da un altro paziente.

Itrettanta cura deve essere posta per le operazioni di pulizia e disinfezione dei servizi igienici utilizzati dai soggetti ricoverati.

Tutta la biancheria, compresi gli effetti lettereci non monouso, devono essere preparati all'interno della stanza per l'invio alla lavanderia e vanno raccolti in doppia busta di plastica impermeabile etichettata con la dicitura "effetti potenzialmente contaminati da agenti biologici"

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

2.4 TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE

I trasferimenti vanno comunque ridotti al minimo indispensabile. Pertanto eventuali esami diagnostici, consulenze, etc., quando possibile, dovranno essere effettuati al letto del paziente. In ogni caso prima del trasferimento devono essere opportunamente allertate le UU.OO. di destinazione.

2.4.1 Interno all'Azienda

Il personale addetto al trasporto del paziente, che deve indossare i previsti D.P.I., con particolare riguardo alla maschera protettiva, deve procedere alla sostituzione degli effetti lettereci e alla sanificazione della barella (ved. Punto 4.2), una volta terminato il trasferimento.

Il paziente deve indossare la maschera protettiva

Durante i trasferimenti va evitata la sosta nelle aree comuni e comunque i contatti con altre persone.

2.4.2 Esterno all'Azienda

Il personale addetto al trasporto ed il paziente devono indossare i previsti D.P.I., con particolare riguardo alla maschera protettiva.

Durante il trasporto con ambulanza si devono assicurare:

- opportuni ricambi d'aria, mantenendo aperti, se possibile, i finestrini;
- regolare l'impianto di climatizzazione in modo da evitare il riciclo dell'aria;

Una volta effettuato il trasferimento, il personale dell'ambulanza, infermiere ed autista, ognuno per le proprie competenze, provvede alle operazioni di sanificazione e disinfezione delle superfici interne e dello strumentario in dotazione al veicolo.

3. ATTIVITA' DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO

3.1 Diagnosi

La diagnosi di Influenza da virus A H1N1 si fonda attualmente sul criterio clinico, come richiamato nella *Circolare Ministeriale del 27/07/2009* ed in linea generale non necessita di indagini virologiche per la conferma dell'infezione (*D.G.R. 1457/09*). I sintomi rilevabili sono riportati al punto 1 del presente Piano.

Per la diagnosi clinica di influenza nei soggetti in età pediatrica, oltre a quanto già indicato per gli adulti, è importante considerare quanto segue:

- i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che può manifestarsi con irritabilità, pianto, inappetenza
- nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre
- occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata
- nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

Nel contesto epidemiologico specifico, tuttavia, l'indicazione all'esame virologico per la conferma si pone nei seguenti casi (D.G.R. 1457/09):

- Nei soggetti ospedalizzati con sindrome influenzale;
- Nei soggetti, inviati in osservazione in ospedale, che pur non ospedalizzati, presentino una sindrome influenzale caratterizzata da un quadro clinico a rischio di complicanza.

Non dovranno più essere sottoposti all'indagine di conferma, quindi, i casi, sia pure d'importazione, non complicati

3.2 TRATTAMENTO

Premesso che, come già richiamato, l'influenza da virus A (H1/N1) si esprime in genere come una malattia respiratoria acuta autolimitante, il trattamento antivirale rappresenta un beneficio modesto nei soggetti che non sono a rischio di complicanza. Ne consegue che i soggetti con sospetta influenza da virus A (H1/N1) che presentino una sintomatologia febbrile non complicata non richiedono il trattamento a meno che non siano a rischio di sviluppare complicanze che rendano grave il quadro clinico (*Circolare Ministero della Salute del 22/7/09*).

Pertanto:

1. Il trattamento con antivirali è **altamente raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati che presentino i seguenti indicatori di gravità:
 - ipossia, anche con radiografia del torace negativa;
 - shock ipotensivo;
 - alterazione del sensorio;
2. Il trattamento con antivirali è **raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati che presentino le seguenti condizioni che possono facilitare lo sviluppo di complicanze:
 - gravidanza o donne in allattamento;
 - asma in trattamento;
 - obesi con BMI superiore a 30;
3. Il trattamento con antivirali **deve essere considerato** nei casi sospetti, probabili o confermati che rientrino nelle categorie a rischio per lo sviluppo di complicanze:
 - bambini con età < 2 anni;
 - persone affette da malattie croniche polmonari, cardiovascolari (esclusa ipertensione), renali, epatiche, ematologiche, neurologiche, neuromuscolari, diabete ed altri disordini metabolici, infezioni da HIV ed immunodepressi per cause naturali o iatrogene.

Una volta deciso il trattamento questo va iniziato il più presto possibile dopo la comparsa dei sintomi e prolungato per 5 gg. I farmaci e i dosaggi consigliati per il trattamento e la profilassi sono riportati nello schema allegato.

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

4. ATTIVITA' DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN OSPEDALE

4.1 PERSONALE

4.1.1. Adozione di misura di barriera

- Mascherina, schermi facciali, occhiali protettivi, copricapo

Usare una mascherina (tipo N95 o FFP3 SL) ed occhiali protettivi (o uno schermo facciale) per proteggere le mucose di occhi, naso, bocca durante le procedure e le attività di assistenza al paziente che possono generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti. Tali dispositivi devono avere marcatura CE e codifica EN in rapporto all'uso specifico (rischio biologico).

L'uso corretto della mascherina prevede che sia manipolata solo per i lacci, che per la rimozione sia slacciato prima il laccio inferiore e poi quello superiore (per evitare la caduta sul collo e di conseguenza la contaminazione del camice), che sia usata una sola volta e poi gettata nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Visiere ed occhiali non monouso devono essere adeguatamente trattati per il riutilizzo. Gli occhiali subito dopo l'uso devono essere adeguatamente puliti.

I dispositivi non riutilizzabili devono essere smaltiti, subito dopo l'uso, nel ciclo dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

- Camici, sottscarpe

Usare camici monouso, con le maniche lunghe ed elastici ai polsi, classificati come DPI con certificazione CE per la protezione da agenti biologici. Devono essere utilizzati per fornire una barriera protettiva atta a prevenire la contaminazione degli indumenti e quindi a ridurre la trasmissione di microrganismi e a proteggere la cute.

Dopo l'uso rimuovere immediatamente il camice sporco, che deve essere smaltito nel ciclo dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e provvedere all' immediato lavaggio delle mani.

- Guanti

Usare guanti monouso non sterili, classificabili come DPI in terza categoria con certificazione di conformità alla EN 374 prima di toccare sangue, liquidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati. Gli stessi devono essere:

- sostituiti durante le procedure effettuate sul paziente in caso di contatto con materiali contaminati;
- rimossi immediatamente dopo l'uso;
- sostituiti prima di assistere un altro paziente;
- cambiati in caso di verifica o dubbio di lesione degli stessi previo lavaggio delle mani prima di indossarne di nuovi;
- di misura adeguata e di tipo adeguato alla procedura sanitaria che si deve eseguire.

L'Operatore deve ricordarsi sempre che è necessario:

- lavare le mani dopo aver tolto i guanti;
- non toccare gli occhi, il naso, la bocca, i capelli o l' epidermide con i guanti;
- non toccare con i guanti attrezzature, telefoni, porte se sono "pulite" e non allontanarsi dal luogo di lavoro indossando i guanti

4.1.2 Igiene delle mani

E' indispensabile la stretta adesione alle precauzioni standard per la prevenzione di

AORN V. Monaldi 	EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1	Data di emissione 00/10/2009 Revisione n. 0 del 2009
--	-------------------------------------	---

trasmissione di agenti infettivi ad opera di contatti con fluidi corporei, goccioline di saliva, aerosol, oggetti contaminati, nell'assistenza ai pazienti con sospetta o probabile Influenza. Tale adesione deve essere intesa non solo come misura di controllo delle infezioni ma anche come misura di protezione dell'Operatore. Il lavaggio indicato durante l'assistenza al paziente con sospetta o accertata Influenza A è quello antisettico (vedi Procedura aziendale su Lavaggio delle mani).

In caso di impossibilità a poter procedere al lavaggio delle mani, l'operatore deve far ricorso all'uso di antisettici per le mani distribuiti dalla UOC di Farmacia.

L'uso dei guanti non è sostitutivo del lavaggio accurato delle mani.

4.1.3 Vaccinazione

Entro breve tempo, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, sarà disponibile il vaccino per il personale addetto all'assistenza sanitaria. Il Medico Competente ne curerà la procedura.

4.2 AMBIENTE

4.2.1 Pulizia e disinfezione ambientale

Le modalità di esecuzione della pulizia e della sanificazione, nonché la frequenza, devono variare in base alle diverse aree ospedaliere, il tipo di materiale e la superficie da trattare.

Per la classificazione delle aree, la modalità e la frequenza si fa riferimento al vigente capitolato tecnico delle pulizie ed al Protocollo in uso per la sanificazione.

4.2.2 Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile

Tutto il materiale riutilizzabile venuto a contatto con il paziente, con sospetta o accertata Influenza da virus A H1N1, deve essere sottoposto a procedure di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, a secondo del tipo di dispositivo in uso.

4.2.3. Biancheria

Tutta la biancheria e in particolare quella venuta a contatto con sangue o materiale potenzialmente infetto deve essere posta negli appositi sacchi, manipolata con cautela e con guanti di protezione.

I materassi e coprimaterassi in caso di contaminazione vanno raccolti in sacchi impermeabili e inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.

4.2.4 Smaltimento rifiuti

Si fa riferimento al manuale per la gestione dei rifiuti in uso in Azienda

<p>AORN V. Monaldi</p> 	<p>EMERGENZA INFLUENZA A / H1N1</p>	<p>Data di emissione 00/10/2009</p> <p>Revisione n. 0 del 2009</p>
--	--	--

5. FORMAZIONE

E' affidata al Sig. Capo Dipartimento Fisiopatologia e Riabilitazione Cardiopneumologica che curerà incontri formativi con i Sanitari delle UU.OO. interessate.

6. FLUSSO INFORMATIVO

I casi rispondenti alla definizione clinica di cui al Punto 1, vanno immediatamente segnalati secondo le modalità previste per le malattie di Classe I del DM 15/12/90:

- Il medico che effettua la diagnosi segnala il caso, sospetto o accertato, alla Direzione Sanitaria di Presidio, utilizzando l'apposita scheda (allegato 1 alla Circolare Ministeriale del 24/7/09) acclusa al presente elaborato.
- La Direzione Sanitaria, acquisita la suddetta scheda provvede alla trasmissione della stessa alla UOPC di Diagnosi entro le 12 ore dalla segnalazione.