
	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--


**Prevenzione e controllo della trasmissione di infezione da  
Clostridium Difficile (CDAD)**

Data	Revisione	Redazione	Validazione	Approvazione
01/09/2018	I (prossima revisione: settembre 2023)	Direzione Medica POC Dr.ssa V.M.Vinci  Malattie Infettive POC Dr. G. Buccoliero  Patologia Clinica POC Dr.ssa E. Morelli  SIO POC Dott.ssa G. Suma	Direttore Medico POC Dr.ssa M. Leone  Direttore Medico PO Orientale Dr.ssa I. Pandiani  Responsabile Rischio Clinico Dr. M. Chironi	Direttore Sanitario ASL Dott. V.G. Colacicco

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---

**INDICE:**


1. Premessa	pag.4
2. Scopo	pag. 4
3. Campo di applicazione	pag. 4
4. Terminologia, abbreviazioni, definizioni	pag. 5
5. Responsabilità	pag. 5
6. Epidemiologia	pag. 5
7. Modalità di trasmissione	pag. 6
8. Decorso clinico	pag. 7
9. Diagnosi	pag. 8
10. Invio del campione al laboratorio di microbiologia	pag. 9
11. Terapia	pag. 10
12. Misure di controllo	pag. 11
13. Bibliografia	pag. 14
Allegati	pag. 16-18

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

DA DIFFONDERE A:

Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero	
Dirigenti SIO di presidio ospedaliero	
S.C. e S.S. di degenza	Direttori e Coordinatori
S.C. Patologia Clinica	Direttore e Coordinatore
Direzioni di Distretto	Direttori e Coordinatori
E per il loro tramite a tutto il personale interessato	

DISTRIBUITO IL .....

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

## **1. PREMESSA**

Le infezioni da Clostridium difficile costituiscono un problema rilevante nelle Strutture Sanitarie in quanto negli ultimi anni si è osservato un aumento di incidenza dovuto principalmente all'uso improprio della terapia antibiotica (soprattutto con l'utilizzo di Cefalosporine di terza generazione e dei Fluorochinoloni), ed oggi rappresenta il maggior responsabile di diarrea infettiva

Il Clostridium Difficile è un batterio Gram positivo, anaerobio, sporigeno che vive nell'intestino umano e fa parte della flora batterica intestinale; si può trovare come contaminante anche nell'ambiente nella sua forma più difficile da eliminare, la spora, che può sopravvivere per settimane. Il Clostridium difficile si introduce per via orale, raggiunge l'intestino e produce le tossine A e B nel momento in cui trova un ambiente favorevole al proprio sviluppo.

La tossina A è una enterotossina con lieve attività citotossica, provoca danno alle mucose, infiammazioni e secrezioni intestinali. fino all'erosione.


La tossina B è una citotossina tra le più potenti; agisce distalmente all'intestino, oltrepassando la mucosa intestinale danneggiata. I principali effetti citotossici sono : perdita di potassio intracellulare, inibizione della sintesi proteica e degli acidi nucleici.

## **2. SCOPO**

Scopo della presente procedura uniformare a livello aziendale le procedure per la prevenzione, l'individuazione precoce dei portatori e il controllo dell'infezione da clostridium difficile nel paziente degente.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura si applica a tutti i presidi ospedalieri, nonché alle RSA e RSSA accreditate presenti sul territorio della ASL Taranto.

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

#### 4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

CIOT	Comitato Infezioni Ospedale e Territorio
CDAD	Clostridium Difficile Associated Disease
DM	Direzione Medica di Presidio
CD	Clostridium Difficile

#### 5. RESPONSABILITA'


- L'applicazione delle suindicate misure precauzionali deve avvenire sistematicamente in ogni caso accertato o sospetto di diarrea da clostridium difficile.
- Il Direttore ed il Coordinatore del reparto di ricovero devono verificare l'adozione delle misure di prevenzione, ne sono personalmente responsabili, e devono documentare l'avvenuta comunicazione delle informazioni agli operatori.
- Il Dirigente della Microbiologia è responsabile della comunicazione dei casi accertati al reparto e Al Gruppo Operativo CIO.
- Il Direttore Medico di Presidio ed il Dirigente SIO di Presidio devono verificare l'applicazione della procedura.

#### 6. EPIDEMIOLOGIA

Il problema delle CDI rappresentano una grossa criticità in ambito infettivologico è oggi una delle due urgenze assolute in infettivologia.

Il paziente colonizzato/infetto è la fonte primaria di Clostridium difficile :

- nei soggetti ospedalizzati il numero di colonizzati raggiunge il 7 – 25%, con percentuale di ceppi produttori di tossina del 2 – 8 %.
- I portatori asintomatici rappresentano un reservoir di Clostridium difficile che può contribuire alla sua disseminazione nell'ambiente.
- I neonati, sino ad 1 anno, spesso sono portatori asintomatici, ma non sviluppano la malattia. La colonizzazione pare essere favorita dalla immaturità della flora batterica intestinale, mentre la

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---

mancata evoluzione verso la malattia è dovuta all'incapacità della tossina di legarsi ai ricettori degli enterociti che sono ancora immaturi.

## 7. MODALITA' DI TRASMISSIONE

Il Clostridium può contaminare l'ambiente che diventa fonte secondaria di diffusione, assumendo un ruolo importante nella trasmissione in ambito assistenziale.

E' importante sottolineare che le modalità con le quali un paziente può essere esposto all' infezione in ambito assistenziale sono tre:

1. contatto con Operatori Sanitari portatori di colonizzazione transitoria delle mani;
2. contatto con superfici ambientali contaminate;
3. contatto diretto con un paziente con infezione da Clostridium difficile.


**I fattori di rischio sono intrinseci ed estrinseci.**

**Gli intrinseci** rappresentano le condizioni cliniche del paziente che, come già accennato, sono quasi sempre critiche o subcritiche.

- tutte le età sono a rischio, ad esclusione dei bambini di età inferiore ad 1 anno (immaturità recettori); pazienti di età superiore ai 60 anni hanno un rischio maggiore, che diventa più significativo oltre gli 80 anni ;
- riduzione delle difese immunitarie;
- co-morbidità qual insufficienza renale cronica, fibrosi cistica, chirurgia del tratto intestinale e biliare, neoplasie ematologiche, morbo di Crohn, colite ulcerativa, ecc;

**Gli estrinseci** sono gli interventi terapeutici in corso. Quelli in grado di predisporre alla CDI sono:

- Terapia antibiotica
  - **alto rischio:** Clindamicina, Cefalosporine di III, Fluorochinoloni
  - **rischio medio:** Amoxicillina-clavulanato / Piperacillina-tazobactam / Ampicillina-sulbactam  
Carbapenemici (Imipenem)
  - **rischio basso o minimo:** Metronidazolo, Vancomicina, Aminoglicosidi, Nitrofurantoina  
Metenamina, Fosfomicina, Sulfonamidi, Tetracicline
- Terapia con inibitori di pompa
- Presenza di sondino nasogastrico o PEG
- Recente chirurgia di qualsiasi tipo
- Ricovero in struttura sanitaria assistita o ospedalizzazione prolungata
- Terapia immunomodulante

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---

## 8. DECORSO CLINICO

Clinicamente la malattia si manifesta generalmente in forma lieve con un quadro di enterocolite (diarrea acquosa, perdita di appetito, dolori addominali); in altri casi, invece, il quadro clinico può essere importante sino ad avere complicanze gravi come la colite pseudomembranosa con complicazioni gravi: megacolon tossico, ileo, perforazione, sepsi.

Possiamo distinguere tre diversi quadri clinici distinti per grado di severità (A, B, C), più il quadro clinico relativo alle recidive (D). Per la definizione di diarrea è necessario far riferimento alla scala di *Bristol* (vedi punto 10).

**A) Malattia con gravità medio-moderata- Diarrea da CD (acquosa e frequente) non associata a segni o sintomi di gravità in particolare:**

- GB < 15000 cell/mmc, creatinina v.n. oppure < di 1,5 volte il valore precedente l'inizio della sintomatologia

**B) Malattia severa- Diarrea da CD (acquosa e frequente) associata ad uno dei seguenti segni o sintomi di gravità:**

- GB > 15000 cell/mmc, creatinina > 1.5 v.n. albuminemia < 3g/dl febbre >38.5 C


**C) Malattia severa / complicata Diarrea/infezione non diarroica da CD (acquosa e frequente) associata ad uno dei seguenti segni o sintomi di gravità:**

ipotensione/shock con o senza la necessità di supporto inotropo, alterazione dello stato mentale

GB > 35000 o < 2000 cell/mmc, lattati > 2,2 mmol/l, IRA, febbre >38.5 C, distensione colica

Imaging con colon trasverso > 6 cm (colite pseudo membranosa, megacolon tossico, perforazione), necessità di ricovero in I.C.U.

**D) Recidive.** Il 10 -20 % dei pz con infezione da Clostridium difficile, anche se correttamente trattati, può andare incontro a recidiva. Tipicamente, il "picco" delle recidive si manifesta a 24 giorni dall'esordio clinico e a 10 giorni dalla fine del trattamento, ancorché sia possibile considerare recidive gli episodi fino a 8 settimane dalla fine del trattamento. Dopo la prima recidiva il rischio di recidive multiple varia tra il 40 % e il 65%. La recidiva può essere causata dallo stesso ceppo o da un differente ceppo e dipende dallo stato immunitario del pz e/o dall'alterazione del microbiota intestinale.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---

## 9. DIAGNOSI

Una diagnostica di laboratorio precoce, sensibile e accurata gioca un ruolo fondamentale sia per la prognosi del paziente che per la sorveglianza della diffusione del microrganismo all'interno della struttura sanitaria.

In linea generale, in assenza di altra potenziale causa di diarrea, va sospettata l'origine infettiva: nei pazienti ricoverati da 2-3 giorni, o in quelli provenienti da altre strutture di degenza, l'agente causale più probabile è proprio il CD.

***Sono da sottoporre al test:***

degenti con

- diarrea al momento del ricovero non attribuibile a causa nota,
- diarrea entro le prime 48 h da pazienti provenienti da Residenza Sanitaria Assistita (RSA) o lungo degenza o da un precedente ricovero,
- diarrea insorta da più di 48- 72 h dal ricovero;

ambulatoriali con

- diarrea e dimessi da un ospedale da non più di 4-8 settimane,
- diarrea grave.


La diagnosi si basa sul quadro clinico e sulla ricerca della tossina A e B nelle feci diarroiche.

La ricerca delle tossine va effettuata prontamente in tutti i casi di diarrea nosocomiale di n.d.d. e per tutti i pazienti che giungono in ospedale con diarrea acquisita in comunità.

Non ha valore effettuare il test di ricerca dopo il trattamento farmacologico, a conferma della guarigione.

Si ripete il test solo nel caso in cui si sospetti una recidiva per escludere altre potenziali cause di diarrea.



	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---







## 10. INVIO DEL CAMPIONE AL LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA

Utilizzare per la raccolta gli appositi contenitori sterili per coprocultura con tappo a vite; il materiale da inviare sarà costituito da feci diarroiche liquide di volume di circa 2-3 ml.

### Esecuzione del prelievo


- La raccolta dovrebbe precedere l'inizio del trattamento antibiotico
- raccogliere le feci al momento dell'evacuazione avendo cura di non contaminarle con urina e acqua del water
- raccogliere 2-5 ml di materiale, compreso sangue e/o muco, se presenti
- trasferire il campione in barattolino sterile, identificato con nome, cognome, data di nascita e data della raccolta

**Saranno accettati solo campioni di FECI DIARROICHE (tipo 7scala di bristol)**

<p>Tipo 1 </p>	<p>Granuli separati fra loro, come ceci (diffili da espellere)</p>
<p><b>Scala di bristol</b>      0 di consistenza, ma a da granuli ancora teneri</p>	
<p>Tipo 3 </p>	<p>Forma da salame, ma con crepe sulla sua superficie</p>
<p>Tipo 4 </p>	<p>Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida</p>
<p>Tipo 5 </p>	<p>Pezzi separati morbidi zen bordi come tagliati/spazzati; chiara (facile da evacuare)</p>
<p>Tipo 6 </p>	<p>Pezzi soffici/pastosi con bordi irregolari, non pastosa</p>
<p>Tipo 7 </p>	<p>Acquosa, nessun pezzo solido Completamente liquida</p>

### Raccomandazioni per l'invio:

- consegnare il contenitore **rapidamente** al laboratorio di microbiologia (con gli attuali metodi di indagine a disposizione non è possibile la conservazione del campione in quanto la tossina è termolabile) (orario: turno mattina solo feriali)
- nell'impossibilità di consegnare il campione negli orari previsti, lo stesso può essere conservato in frigorifero per 12 ore al massimo, anche se si rammenta che è preferibile il campione fresco.
- specificare nella richiesta cartacea il quesito diagnostico, ricerca tossina di Clostridium difficile, ed eventuale terapia antibiotica in atto;
- il codice di prenotazione da apporre sulla etichetta è **2388** per il Laboratorio di Microbiologia del Presidio "SS. Annunziata".

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

## 11.TERAPIA

### QUADRO CLINICO (A) - GRAVITÀ MEDIO/MODERATA

In caso di forte sospetto clinico d'infezione da CD in attesa della conferma di laboratorio:-

- sospendere quanto prima possibile ogni terapia antibiotica non necessaria,
- considerare l'alto rischio di recidive nei pz che devono continuare la terapia antibiotica, in tal caso selezionare classi antibiotiche con minor impatto sul microbiota intestinale come aminoglicosidi, cotrimoxazolo, macrolidi, tetracicline, glicopeptidi.

**Trattamento di prima scelta:** metronidazolo 500 mg per os x 3 al giorno per 10 giorni.

In caso di NON RISPOSTA dopo 5/ 7 giorni: sostituire metronidazolo con vancomicina 125 mg x os x 4 al giorno.

Nei pazienti con intolleranza / allergia al metronidazolo e nelle donne in gravidanza somministrare vancomicina 125 mg x os x 4 al giorno.

Evitare farmaci antiperistaltici poiché possono mascherare l'aggravarsi della malattia e delle complicanze

### QUADRO CLINICO (B) - MALATTIA SEVERA

Terapia antibiotica: Vancomicina 125 mg x os x 4 al giorno x 10 giorni – cosiddetta terapia *low dose*

In alternativa, Vancomicina 500mg x os x 4 al giorno x 10 giorni – cosiddetta terapia *high dose* - oppure Fidaxomicina 200mg x 2 x 10 giorni.

Nei pz nei quali la somministrazione x os non è possibile (intervento secondo Hartmann, ileostomia), somministrare Vancomicina 500mg in 100 ml di soluzione fisiologica x clistere 4 volte al giorno.

In assenza di ileo paralitico l'alimentazione x os deve essere continuata

### QUADRO CLINICO (C) - MALATTIA SEVERA O COMPLICATA

Terapia antibiotica nei pz senza significativa distensione addominale: Vancomicina 125mg x os x 4 x 10 giorni più Metronidazolo 500mg e.v. x 3 x 10 giorni

Terapia antibiotica nei pz con significativa distensione addominale con ileo paralitico o colon tossico: Vancomicina 500mg x os o x sondino naso gastrico x 4 e per clistere rettale (500mg in 100ml di soluzione fisiologica x 4 al giorno ) più Metronidazolo 500 mg e.v. x 3 al giorno


### QUADRO CLINICO (D) – RECIDIVE

Trattare la **prima recidiva** con Vancomicina 125 mg x os x 4 al giorno x 10 giorni o con Fidaxomicina 200mg x 2 x 10 giorni.

La **seconda recidiva** deve essere trattata con Vancomicina a scalare cioè:

o Vancomicina 125mg x os x 4 x 10 giorni -> a seguire 125-500 mg/giorno ogni 2-3 gg per almeno 3 settimane, oppure

o Vancomicina 125mg x os x 4 x 10 giorni -> a seguire ridurre progressivamente le dosi, fino a arrivare a 125 mg/giorno, per almeno 3 settimane.

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

o in alternativa, la seconda recidiva può essere trattata con Fidaxomicina 200mg x os x 2 volte al giorno x 10 giorni (B-II ESCMID 2013)

Per recidive multiple il trapianto fecale (FMT) è l'opzione con maggior forza ed evidenza – attualmente non erogato in ospedale (progetto aziendale in corso) - associato alla terapia

## 12. MISURE DI CONTROLLO

La sistematica applicazione delle misure di seguito riportate è in grado di interrompere la catena di trasmissione e quindi di prevenire la comparsa di nuovi casi di infezione:

- **Stretto isolamento da contatto con comportamenti come in allegato 3**
- collocare il paziente con diarrea da Clostridium difficile in stanza singola o dove non è possibile applicare le precauzioni per impedire la trasmissione da contatto;
- assegnare al paziente un bagno ad uso personale. Se il paziente è allettato utilizzare una padella personalizzata con copri padelle monouso;
- l'isolamento può essere revocato dopo 48 h in assenza dei sintomi e con normalizzazione della peristalsi intestinale.

### **ALLESTIMENTO AREA ISOLAMENTO**

Segnalare la presenza del pz in isolamento – precauzioni standard + contatto (**BOLLINO ROSSO** in bacheca).


#### **Allestimento stanza:**

- a. DPI (sovracamice con maniche lunghe);
- b. Presidi monouso se possibili o poliuso personalizzati (sfigmomanometro, termometro, etc.);
- c. Biancheria sufficiente alle necessità assistenziali (almeno per un turno, meglio per 12/24 ore);
- d. Contenitori per rifiuti sanitari (ROT).

#### **Organizzazione dell'assistenza:**

- a. personalizzata o sempre al termine delle altre attività assistenziali programmabili;
- b. eseguire le pratiche assistenziali senza alcuna interruzione per evitare la dispersione dei microorganismi contaminanti nell'ambiente;
- c. prima di recarsi nella stanza per qualsiasi attività, compreso la somministrazione di farmaci, preparare tutto il materiale necessario per evitare inutili spostamenti.

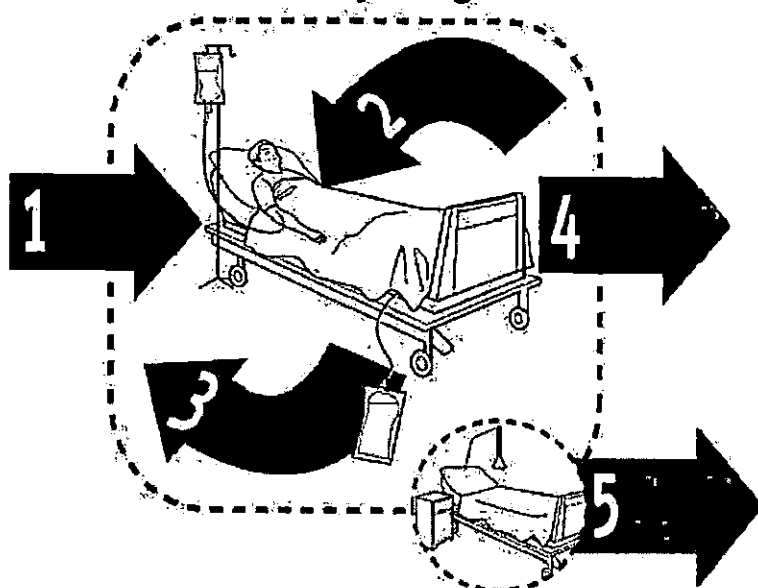
### **IGIENE DELLE MANI**

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

Effettuare Igiene accurata delle mani con acqua e sapone frizionando bene per rimuovere eventuali spore.

L'antisettico in soluzione alcolica non deve essere usato poiché non risulta efficace sulla distruzione delle spore.

### I 5 momenti per l'igiene delle tue mani




#### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

- utilizzare i guanti monouso ogni volta che vi sia contatto con il paziente o con biancheria, superfici, oggetti e dispositivi medici;
- utilizzare il sovra camice monouso se è previsto il contatto diretto con il paziente. Il sovra camice va tolto subito dopo l'utilizzo e smaltito nel ROT posto nella stanza del paziente;
- i guanti vanno indossati sopra il camice monouso
- i guanti vanno rimossi immediatamente dopo l'uso in modo corretto (evitando il contatto tra i guanti sporchi e la cute della mano) ed eliminati nel ROT posto nella stanza del paziente

I **dispositivi medici riutilizzabili** (sfigmomanometro, fonendoscopio, ECG), se non dedicati ad un singolo paziente, subito dopo l'impiego devono essere lavati e disinfettati con Disinfettante a base di cloro.

#### PRECAUZIONI PER LO SPOSTAMENTO E IL TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI

	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

- Limitare quanto più possibile gli spostamenti alle esigenze diagnostico terapeutiche indispensabili.
- Segnalare le condizioni del pz al personale addetto al trasporto per la sanificazione di quanto utilizzato
- Avvisare il personale del servizio ricevente per evitare stazionamenti inopportuni
- In caso di trasferimento interno ad altra struttura, segnalare per iscritto, anche in caso di risoluzione della patologia, l'infezione da CD per la sorveglianza clinica (frequenti recidive)

### **IGIENE AMBIENTALE**

E' largamente documentato che in presenza di CDI si ha contaminazione ambientale (forme vegetative e spore), tanto più se il pz ha scariche diarroiche o è incontinente. E' altrettanto documentata la correlazione tra contaminazione ambientale e trasmissione di C. difficile in ambito sanitario.


Le forme vegetative di C. difficile sopravvivono nell'ambiente per breve tempo su superfici asciutte (circa 15') ma possono rimanere vitali per alcune ore in presenza di umidità. Le spore batteriche sono invece molto resistenti e, in assenza di adeguato trattamento, sopravvivono per tempi anche molto lunghi (mesi).

La contaminazione ambientale è la causa della trasmissione del germe anche a distanza di tempo. L'attenzione alla decontaminazione ambientale ha quindi un ruolo cardine nella prevenzione.

- Manipolare con attenzione la biancheria sporca, non poggiarla a terra, ma depositarla direttamente nel sacco rosso biodegradabile per biancheria infetta;
- la pulizia/sanificazione delle suppellettili presenti nella stanza deve essere effettuata accuratamente due volte al giorno con soluzione detergente e successivamente con Amuchina; prestare massima attenzione alla sanificazione di: letto, comodino, campanello di chiamata.
- La pulizia/sanificazione del bagno va effettuata almeno due volte al giorno e comunque ogni volta che se ne ravvisi la necessità con soluzione detergente e successivamente con Disinfettante a base di cloro, prestando attenzione non solo al pavimento e alle pareti ma, soprattutto ai sanitari, i rubinetti, gli interruttori, le maniglie della porta.
- Spazzare ad umido e lavare i pavimenti con soluzione detergente e successivamente con disinfettante a base di cloro.
- il contenitore dei rifiuti (ROT) deve esser chiuso prima di uscire dalla stanza di isolamento a fine turno

### **RACCOMANDAZIONI PER I FAMILIARI**


- Limitare il più possibile il numero di visitatori, a cui si raccomanda l'uso del camice monouso e dei guanti quando entrano nella stanza. Prima di lasciare la stanza devono togliere camice e guanti, smaltirli nel ROT e lavare le mani;
- Il personale deve dare informazione ai familiari/care giver sulle buone pratiche per l'isolamento da contatto.

	<p><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	---------------------------

### **13. BIBLIOGRAFIA**


European surveillance of Clostridium difficile infections, Versione 2.3, ECDC2017

Prevenzione e controllo delle infezioni da clostridium difficile, GIMPIOS 2011

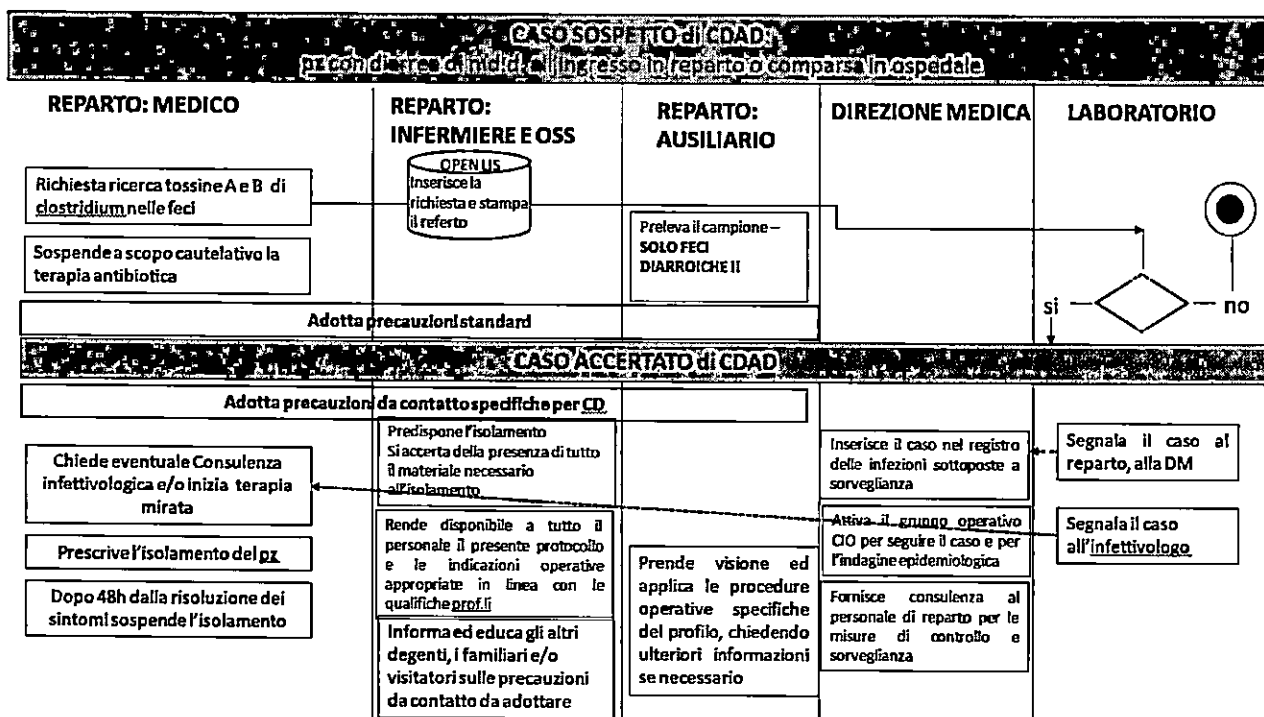
	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

**ALLEGATO 1: PUNTI DA RICORDARE PER LA DIAGNOSI DEL PAZIENTE CON  
SOSPETTO DI DIARREA DA C.D.**


- **Eseguire il test solo su feci diarroiche.**
- **Non eseguire il test su pazienti ASINTOMATICI per controllo**
- **Sospendere la ricerca delle tossine non appena viene posta la diagnosi**
- **Ripetere il test anche in caso di negatività delle tossine A/B e B se è forte il sospetto clinico**
- **Quando si sospetta una RECIDIVA ripetere il test, ma valutare anche le altre possibili cause di diarrea**
- **Dopo il trattamento, NON eseguire il test per la conferma della guarigione**

	<b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b>  <b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b>	<b>ASL TARANTO</b>
---	--	--------------------

## ALLEGATO 2: DIAGRAMMA FLUSSO ATTIVITÀ





	<p align="center"><b>PROCEDURA OPERATIVA AZIENDALE</b></p> <p align="center"><b>Prevenzione e controllo trasmissione infezione da Clostridium Difficile</b></p>	<p align="center"><b>ASL TARANTO</b></p>
---	---	--

**ALLEGATO 3: DEPLIANT PER L'ISOLAMENTO DA CONTATTO**

## Isolamento da contatto



**• Lavaggio delle mani**



**• Disinfezione delle mani con gel idroalcolico**  
 N.B. Nel caso di Clostridium difficile non utilizzare il gel che non distrugge le spore



**• MODALITA' DI LAVAGGIO**

- Bagnare ed insaponare le mani;
- Strofinare accuratamente per 1 minuto anche spazi ungueali e interdigitali;
- Risciacquare con acqua corrente;
- Asciugare bene con carta.

- Presidi monouso o dedicati
- Sanificazione dell'ambientale e degli arredi
- Isolamento: stanza singola con bagno o isolamento per coorte usare padelle e pappagalli monouso o personalizzati
- Effetti lettereschi: conferirli negli appositi sacchi idrosolubili ben chiusi.
- Rifiuti smaltirli nei contenitori ROT.



- Mantenere le unghie corte,
- Usare regolarmente una crema idratante,
- Usare acqua tiepida,
- Asciugare completamente le mani prima di indossare i guanti



• Indossare guanti e sovracamici ogni volta sia possibile un contatto diretto col paziente... vanno indossati prima di entrare nella stanza, rimossi e poi lavaggio delle mani



NO

- Unghie artificiali e smalto
- Capelli sciolti
- Anelli, bracciali, orologi da polso
- Telefoni cellulari

