



È evidente che...

Le misure di isolamento in ospedale: precauzioni standard e aggiuntive

MD Adriana Capalbio*,
MD Luigia Caldera**

...l'isolamento dei malati infettivi è una pratica antica: ve ne è traccia nella Bibbia e, più recentemente, nella letteratura di Manzoni e Camus, che narrano le vicissitudini di persone coinvolte in un'epidemia, nonché in Mann, con "La montagna incantata"...

Se da sempre si è riservato un trattamento particolare alle persone infette solo a partire dall'Ottocento, le scoperte scientifiche hanno permesso di giustificare comportamenti che prima erano solo empirici, rendendo l'assistenza sanitaria dignitosa per la persona malata e garantendo sicurezza per gli operatori e la comunità in cui si vive.

Le prime raccomandazioni scientifiche prodotte dai Centres of Diseases Control (CDC) di Atlanta su come prevenire la trasmissione di agenti infettivi in ambito ospedaliero risalgono al 1970. In tale documento si proponeva un sistema di isolamento per categorie¹ all'interno delle quali venivano classificati i pazienti considerati infetti. A seconda della categoria venivano raccomandate alcune precauzioni da mettere in atto per prevenire la trasmissione dell'infezione.

Nel 1983 questo approccio viene modificato seppur non in maniera sostanziale; le precauzioni da adottare vengono comunque scelte sulla base della malattia infettiva diagnosticata. La categoria "Precauzioni per sangue" viene estesa ad altri liquidi organici, l'isolamento protettivo viene cancellato a fronte di studi che ne dimostravano una limitata utilità, viene introdotto l'isolamento tuberculare.

Nel 1985 le misure di isolamento vengono integrate dalle cosiddette Precauzioni Universali che, in risposta allo sviluppo dell'epidemia da virus HIV

ed alle conseguenti preoccupazioni per la tutela degli operatori, introducono per la prima volta il concetto di misure protettive da applicarsi non per pazienti specifici ma verso tutti i soggetti, indipendentemente dall'accertamento del loro stato infettivo.

Queste precauzioni, riprese poi dalla legislazione italiana degli anni '90, non si applicavano però a tutti i liquidi organici. Rimanevano esclusi urine, feci, vomito, escreato, sudore, secrezioni nasali, lacrime, a meno che fossero visibilmente contaminati da sangue. Questo costituiva il principale limite di questa sistematizzazione; si lasciava aperta la possibilità, seppur non sostenuta da evidenze scientifiche, che i liquidi organici esclusi potessero essere mezzo di trasmissione di virus epatitici o HIV o altre malattie.

Negli anni successivi vennero proposte altre misure fra le quali il Body Substance Isolation che prevedeva l'isolamento nei confronti di tutti i liquidi organici indipendentemente dallo status del paziente, infettivo o meno.

Pur garantendo una maggior copertura queste misure erano insufficienti nel prevenire la trasmissione di malattie trasmesse per via aerea o per goccioline.

Si arriva così al 1996 quando i CDC rivedono le raccomandazioni producendo il documento di cui trattiamo in questo numero di Agorà e che ad oggi è considerato il principale, se non unico, riferimento scientifico relativamente alle misure di isolamento in ambito ospedaliero; anche una revisione più ampia della letteratura ha evidenziato che i documenti prodotti successivamente, sia a livello nazionale che internazionale, fanno riferimento alle linee-guida americane cercando di contestualizzarne i contenuti.

¹ Isolamento stretto, isolamento respiratorio, isolamento da contatto, isolamento enterico, isolamento protettivo, precauzioni per sangue, precauzioni per ferite e cute, precauzioni per drenaggi



Questa linea-guida costituisce un tentativo di sintesi dei sistemi di classificazione precedenti con l'obiettivo di superarne i limiti ed integrarne gli aspetti positivi in un sistema semplice e facile da attuare.

Oggi, per prevenire la trasmissione delle infezioni in ambito ospedaliero, si propone di adottare:

- precauzioni standard - nell'assistenza a tutti i pazienti;
- precauzioni aggiuntive - per alcuni pazienti con infezioni (sospette o documentate) altamente trasmissibili o sostenute da patogeni di rilevanza epidemiologica. Queste ultime vengono classificate in tre categorie a seconda della via di trasmissione (via aerea, tramite goccioline, per contatto). Possono essere associate per quelle patologie che prevedono vie multiple di trasmissione; sono comunque sempre in aggiunta alle precauzioni standard.

Di seguito, dopo alcune definizioni introduttive, vengono riportate le raccomandazioni dei CDC, integrate da ulteriori contributi professionali e da alcune personali riflessioni (in corsivo). La forza di tutte le raccomandazioni è di **Categoria IB** vale a dire che le indicazioni fornite sono "Fortemente raccomandate per tutti gli ospedali e riconosciute efficaci da esperti nel campo e con il consenso dell'HICPAC², sulla base di saldi presupposti razionali e forti evidenze, anche se non sono disponibili studi scientifici conclusivi".

Definizioni

La trasmissione delle infezioni in ospedale richiede "il contributo" di tre elementi: una fonte di microrganismi infettivi, un ospite suscettibile ed un mezzo di trasmissione per il microrganismo.

Analizziamo ciascun elemento.

LA FONTE: le fonti dei microrganismi infettivi in ospedale possono essere i pazienti, il personale sanitario o i parenti e possono includere persone con malattie acute, persone durante il periodo di incubazione di una malattia, persone colonizzate da un agente infettivo, ma che non manifestano malattia apparente o persone che sono portatrici croniche di un agente infettivo.

Altre fonti di microrganismi infettivi possono essere la flora batterica endogena del paziente stesso,

gli oggetti inanimati che sono stati contaminati e che comprendono gli strumenti e materiali per l'assistenza.

L'OSPITE: la capacità di resistenza ai microrganismi patogeni da parte delle persone è molto variabile. Alcune persone possono essere immuni all'infezione o sono in grado di resistere alla colonizzazione di agenti infettivi; altre, esposte al medesimo agente, possono stabilire un rapporto commensalistico con il microrganismo infettivo e diventare portatrici asintomatiche, altre ancora possono sviluppare la malattia.

Alcuni fattori possono rendere i pazienti più suscettibili alle infezioni: l'età, le malattie concomitanti, i trattamenti con antibiotici, cortisonici, immunosoppressori, le terapie radianti e la violazione dei meccanismi di difesa causati da interventi chirurgici, anestesia, cateterismi.

LA VIA DI TRASMISSIONE: i microrganismi vengono trasmessi in ospedale attraverso varie modalità ed i medesimi microrganismi possono essere trasmessi per più vie. I CDC hanno stabilito cinque principali vie di trasmissione: contatto, goccioline, aerea, veicoli comuni e vettori.

1. La **TRASMISSIONE PER CONTATTO** è il più importante e frequente modo di trasmissione delle infezioni ospedaliere e si divide in due sottogruppi:

- a. **contatto diretto:** comporta un contatto da superficie corporea a superficie corporea e un trasferimento fisico di microrganismi fra una persona infetta o colonizzata ed un ospite suscettibile, come avviene nel corso di alcune procedure assistenziali (igiene al letto, mobilitazione, ecc.). La trasmissione per contatto diretto può avvenire anche fra due pazienti uno dei quali fonte di microrganismi infettivi e l'altro ospite suscettibile;
- b. **contatto indiretto:** comporta il contatto fra un ospite suscettibile ed un oggetto contaminato che fa da intermediario (es. strumenti contaminati, indumenti, guanti che non sono stati cambiati fra un paziente e l'altro).

2. La **TRASMISSIONE ATTRAVERSO GOCCIOLINE** implica la deposizione sulle congiuntive, muco-

² HICPAC: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Il Comitato fu fondato negli USA nel 1991 quale organo di consultazione dei CDC circa le politiche di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali negli ospedali statunitensi



sa nasale e orale di goccioline contenenti il microrganismo espulse dal soggetto infettante durante il parlare, la tosse, gli starnuti o l'esecuzione di procedure quali la broncoscopia o la broncoaspirazione. In questo caso le goccioline sono di dimensioni superiori ai 5 micron il che ne impedisce la sospensione nell'aria, favorendone la deposizione a breve distanza (circa un metro) dal soggetto infetto. La trasmissione si può quindi verificare solo attraverso uno stretto contatto fra soggetto infettante ed ospite suscettibile.

3. La **TRASMISSIONE PER VIA AEREA** avviene attraverso la disseminazione sia di nuclei di goccioline (di dimensioni uguali o inferiori a 5 micron che possono rimanere sospese nell'aria per lunghi periodi di tempo) che di particelle di polvere contenenti l'agente infettivo. I microrganismi così trasportati vengono disseminati dalle correnti d'aria e possono essere inalati da un ospite che sia suscettibile entro la stessa stanza o in una più lontana dal paziente infetto; questo tipo di trasmissione, essendo fortemente influenzata dai fattori ambientali, rende necessari, ai fini della prevenzione, particolari trattamenti dell'aria e della ventilazione.
4. La **TRASMISSIONE TRAMITE VEICOLI COMUNI** riguarda i microrganismi trasmessi da elementi quali cibo, acqua, farmaci, dispositivi e strumenti.
5. La **TRASMISSIONE TRAMITE VETTORI**, poco significativa in ospedale, avviene per l'intervento di zanzare, mosche, ratti ed altri parassiti che trasmettono microrganismi.

Precauzioni standard

Le **PRECAUZIONI STANDARD** devono essere applicate indistintamente nell'assistenza a tutti i pazienti.

Esaminiamo di seguito ogni elemento.

A. LAVAGGIO DELLE MANI: va effettuato accuratamente ed immediatamente dopo essere entrati in contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati anche se l'operatore indossa i guanti. Lavare immediatamente le mani dopo la rimozione dei guanti, tra il contatto con un paziente e l'altro e tutte le volte che è indicato per evitare la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente. Potrebbe essere neces-

sario lavare le mani anche dopo alcune procedure effettuate al medesimo paziente, per prevenire infezioni crociate in sedi diverse del suo corpo.

Usare un semplice detergente per il lavaggio sociale delle mani

Usare un agente antimicrobico per specifiche procedure (es. procedure invasive, epidemie).



B. GUANTI: indossare i guanti (puliti e non sterili) quando si toccano sangue, fluidi biologici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati. Indossare guanti puliti dopo aver toccato mucose e cute non integra. Cambiarli dopo aver effettuato procedure allo stesso paziente, dopo il contatto con materiale che potrebbe essere altamente contaminato. Rimuovere immediatamente i guanti dopo l'uso, prima di toccare oggetti non contaminati e superfici ambientali, prima di assistere un altro paziente e lavare immediatamente le mani per evitare la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente. *I guanti debbono essere disponibili, nelle taglie necessarie, affinché gli operatori che effettuano i prelievi possano farne il giusto uso.*

È stata segnalata sia in Italia che in altri Paesi la difficoltà da parte degli operatori di eseguire i prelievi con i guanti. Pertanto, pur rimanendo valida l'indicazione di utilizzare i guanti per i prelievi, la decisione delle condizioni in cui impiegarli può essere delegata alla responsabilità degli operatori stessi. L'uso dei guanti per effettuare i prelievi è però obbligatorio quando gli operatori presentano tagli o abrasioni, o altre soluzioni di continuità della cute, nelle situazioni in cui un operatore preparato giudica che può verificarsi la contaminazione delle mani con il sangue, per esempio quando si effettua un prelievo ad un paziente non collaborante, per effettuare prelievi da dita o lobi auricolari di neonati o bambini, durante l'istruzione del personale all'esecuzione dei prelievi.

Se un guanto si rompe, o si verifica una puntura o un altro incidente, il guanto deve essere rimosso e



sostituito con un guanto nuovo appena possibile in rapporto alle condizioni del paziente; l'ago o lo strumento causa dell'incidente debbono essere rimossi dal campo sterile.

C. MASCHERA, PROTEZIONE PER OCCHI, SCHERMO FACCIALE: indossare maschera e protezione per gli occhi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante le procedure e le attività assistenziali che possono facilmente generare schizzi o spruzzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni.

D. CAMICE: indossare il camice (pulito e non sterile) per proteggere la cute e per evitare di sporcarsi gli abiti durante le procedure e le attività assistenziali che possono facilmente generare schizzi o spruzzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni. Scegliere un camice appropriato secondo l'attività e la sostanza che sarà trattata. Rimuovere il camice sporco quanto prima possibile e lavare le mani per evitare la contaminazione di pazienti o dell'ambiente.

E. STRUMENTI PER L'ASSISTENZA: utilizzare gli strumenti sporchi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di abiti e la contaminazione di altri pazienti e dell'ambiente. Assicurarsi che gli strumenti non riutilizzabili non siano usati per altri pazienti prima di averli opportunamente puliti e trattati. Assicurarsi di smaltire correttamente gli strumenti monouso.

Le procedure standard di sterilizzazione, disinfezione e decontaminazione, normalmente raccomandate in ambiente ospedaliero, sono idonee alla decontaminazione ed alla sterilizzazione di apparecchiature, presidi, superfici e materiali contaminati da sangue ed altre liquidi biologici dai microrganismi veicolati attraverso il sangue.

È imperativo che il materiale e gli strumenti, che debbono essere sterilizzati o disinfettati ad alto livello, vengano accuratamente puliti prima della procedura.

Prima della pulizia è però necessario porre gli strumenti per 30 minuti in un disinfettante chimico.

F. CONTROLLO DELL'AMBIENTE: assicurarsi che

l'ospedale abbia adeguate procedure per l'assistenza di base, la pulizia e la disinfezione di superfici, letti ed accessori, barelle ed altre superfici che si toccano frequentemente ed assicurarsi che le procedure siano effettivamente osservate.

G. BIANCHERIA: maneggiare, trasportare e gestire la biancheria sporca di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni così da evitare l'esposizione e la contaminazione di cute, mucose ed abiti e la contaminazione di altri pazienti o dell'ambiente.

H. TUTELA DELLA SALUTE degli operatori e patologie trasmissibili col sangue: per prevenire lesioni, fare attenzione quando si usano aghi, bisturi ed altri strumenti taglienti; quando si maneggiano strumenti dopo le procedure, quando si puliscono gli strumenti usati e quando si smaltiscono.

- Non reincappucciare gli aghi usati, né manipolarli utilizzando entrambe le mani, né usare ogni altra tecnica che indirizzi la punta dell'ago verso parti del corpo; piuttosto usare una tecnica "ad una mano" o meglio eliminare l'ago negli appositi contenitori.
- Non rimuovere l'ago usato dalla siringa monouso con le mani, non piegarlo, romperlo o manipolarlo in altro modo.
- Riporre siringhe e aghi monouso utilizzati, bisturi e gli altri oggetti taglienti in contenitori appropriati, collocati nella zona dove gli strumenti vengono usati e riporre le siringhe e gli aghi riutilizzabili in un contenitore resistente, per essere trasportate presso la sede dove devono essere trattati.

Negli ambiti dove è previsto il materiale necessario per la rianimazione, usare boccagli, AMBU ed altri presidi per la ventilazione in alternativa ai metodi di rianimazione bocca a bocca.

I. COLLOCAZIONE DEL PAZIENTE: collocare il paziente che contamina l'ambiente o che non collabora (o che si presume non collabori) nel mantenimento dell'igiene appropriata o nel controllo ambientale, in una stanza singola. Se questa non è disponibile, consultarsi con gli addetti al controllo delle infezioni per valutare soluzioni alternative.



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

Trasmissione per via aerea		Trasmissione attraverso goccioline	Trasmissione per contatto
Collocazione del paziente	➤ camera singola, possibilmente con servizi igienici ➤ pressione negativa dell'aria con 6-12 ricambi all'ora ➤ scarico esterno dell'aria o filtrazione monitorata dell'aria della stanza prima dell'immissione in altre zone dell'ospedale ➤ tenere la porta della stanza chiusa e mantenere il paziente in camera ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione, salvo diversa raccomandazione clinica.	➤ camera singola ➤ non sono necessari particolari trattamenti dell'aria ➤ la porta della stanza può rimanere aperta ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione; qualora non fosse possibile, garantire una distanza di almeno 1 metro fra il paziente infetto e gli altri pazienti presenti in camera (oltre che dai visitatori).	➤ camera singola con servizi igienici ➤ qualora non fosse disponibile una camera singola, sistemare il paziente in una camera con un paziente che presenti la medesima infezione; qualora non fosse possibile individuare la collocazione più idonea possibile a contenere il rischio di trasmissione considerando la tipologia dell'agente infettante. <i>Potrebbe essere utile ridurre al minimo il numero degli operatori che si occupano del paziente e fare in modo che le procedure assistenziali vengano svolte dopo l'assistenza ai restanti pazienti.</i>
	Come per le precauzioni standard		➤ Guanti e lavaggio delle mani come per le precauzioni standard ➤ Indossare sempre i guanti quando si entra nella stanza del paziente (puliti, non necessariamente sterili) ➤ Cambiare i guanti ogni qualvolta si viene in contatto con materiale infetto (es. feci) che può contenere alte concentrazioni del microrganismo ➤ Rimuovere i guanti prima di lasciare la stanza ed effettuare lavaggio antisettico delle mani quindi evitare di toccare superfici o oggetti all'interno della camera di degenza.
	Camicie	Come per le precauzioni standard	➤ Indossare un camice prima di entrare nella stanza se si prevede il contatto con il paziente e/o i suoi liquidi biologici o se il paziente è incontinenza, presenta diarrea, ha un ileo/colostomia o un drenaggio non coperto da medicazione ➤ Rimuovere il camice prima di uscire dalla stanza e prima della rimozione dei guanti e del lavaggio delle mani.
		Come per le precauzioni standard	➤ Quando è possibile assegnare il materiale assistenziale di base (sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro, laccio emostatico, ecc.) ad un singolo paziente o a gruppi di pazienti che presentano la medesima patologia ➤ Se non è possibile, trattare adeguatamente il materiale prima del loro riutilizzo.



È evidente che...



PRECAUZIONI AGGIUNTIVE

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE		Trasmissione per contatto
Trasmissione per via aerea	Trasmissione attraverso goccioline	
Indossare protezione respiratoria quando si entra in una stanza di un paziente con: ▣ tubercolosi polmonare attiva, sospettata o certa ▣ varicella o morbillo, solo per gli operatori non immuni. Per gli operatori immuni essa non è necessaria Se sono disponibili operatori immuni, si raccomanda di evitare l'ingresso nella stanza di un paziente con accertata o sospetta varicella o morbillo di operatori suscettibili a tali infezioni. In caso di paziente con TBC polmonare attiva il tipo di mascherina da utilizzare deve avere un elevato potere filtrante. Di norma si utilizzano le seguenti tipologie di mascherine (conformi alla norma europea EN 149): ▣ FFP2S - potere filtrante >94% - per attività di assistenza diretta ▣ FFP3S1 - potere filtrante >98% - durante procedure che determinano una più elevata dispersione di micobatteri (es. broncoscopia, induzione espettorato, ecc.).	▣ Indossare una mascherina chirurgica se si lavora a meno di un metro di distanza dal paziente	Come per le precauzioni standard
Protezione Respiratoria		
Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.	Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.	Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.
Trasporto del paziente	Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente fargli indossare una mascherina chirurgica per minimizzare la dispersione dei microrganismi	Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.
Trasporto del paziente	Sarà altresì necessario informare il personale addetto al trasporto e la struttura presso la quale il paziente viene trasferito affinché possano essere applicate le misure di isolamento idonee	Limitare gli spostamenti del paziente dalla camera di degenza Qualora fosse indispensabile trasferire il paziente (lavaggio mani, sanificazione superfici contaminate, trattamento attrezzature, uso DPI) per minimizzare il rischio di trasmissione ad altri pazienti o la contaminazione di superfici ambientali e dispositivi medici.
Esempi di patogeni	Infezioni virali (rosolia, influenza, adenovirus, parotite epidemica) Polmonite da micoplasma Infezioni da Neisseria Meningitidis (meningite, polmonite e sepsi) Infezioni da Haemophilus influenzae (meningite, polmonite e sepsi)	Infezioni enteriche sostenute da Clostridium Difficile, Virus Epatite A, Rotavirus, Shigella Infezioni cutanee come difterite cutanea, herpes simplex virus, impetigine Ascessi di grandi dimensioni aperti Pediculosi Scabbia

*Per maggiori approfondimenti sulle misure di isolamento da adottare in caso di TBC si veda la linea guida prodotta dai CDC dal titolo "Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tu-berculosis in health care setting" (ultima revisione anno 2005), disponibile su www.cdc.gov

Oltre alle precauzioni standard ed aggiuntive le linee guida dei CDC elencano specifiche sindromi cliniche o condizioni che destano forte sospetto di infezione ed identificano appropriate precauzioni basate sul tipo di trasmissione, da usare su base empirica, temporanea sino a che sia stata effettuata una diagnosi. Anche queste precauzioni empiriche, riportare nella tabella 1, devono essere usate in aggiunta alle precauzioni standard.

Considerazioni conclusive

L'argomento trattato nell'articolo permette di sollevare numerosi spunti di riflessione e approfondimenti legati al problema delle infezioni ospedaliere, tematica che da sempre assilla il personale sanitario, per i suoi risvolti professionali e deontologici, gli amministratori, per l'incremento dei costi che queste determinano, ma soprattutto le persone ricoverate, danneggiate da una sanità che, anziché guarire, provoca nuove malattie...

Dall'articolo esposto è possibile evincere le responsabilità assistenziali degli infermieri nel controllo della diffusione delle infezioni. Queste responsabilità incominciano col SAPERE, cioè con la conoscenza

approfondita del problema; poi col SAPER FARE, cioè con la competenza tecnica nell'adottare le precauzioni idonee, giustificando scelte e azioni secondo norme e standard aggiornati. Ed inoltre col SAPER ESSERE, per i risvolti legati al comportamento prudente, discreto ed uniforme a cui gli infermieri devono attenersi nel rispettare, ad esempio, la riservatezza dei dati di una persona con patologia infettiva che richiede l'isolamento (AIDS, tubercolosi...), per gestire le informazioni da fornire a parenti e visitatori, al personale di supporto, a quello che svolge le pulizie... Vi sono inoltre attenzioni particolari da dedicare alla persona isolata, per l'impatto sociale negativo che può avere, perché non sia segregata ma abbia la garanzia di assoluto rispetto senza pregiudizio e le siano forniti i mezzi per condurre una degenza dignitosa (si pensi alle esigenze dei bambini e degli anziani).

Nel campo organizzativo, la tematica delle misure di isolamento in ospedale riporta all'importanza dell'infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI) che, nella maggior parte dei casi, svolge la sua attività con il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere.

Tabella 1

SINDROME O CONDIZIONE CLINICA	POTENZIALI PATOGENI	PRECAUZIONI EMPIRICHE
DIARREA		
diarrea acuta di probabile origine infettiva in pazienti incontinenti o con pannolone	patogeni enterici	contatto
diarrea in adulti recentemente trattati con antibiotici	Clostridium difficile	contatto
ERUZIONI CUTANEE O ESANTEMI GENERALIZZATI DI Eziologia sconosciuta		
petecchie/ecchimosi con febbre	Neisseria meningitidis	goccioline
vescicole cutanee Varicella		aerea e per contatto
lesione maculopapulosa con rinite e febbre	Morbillo	aerea
INFEZIONI DELLA CUTE O DELLE FERITE		
ascessi o ferite con drenaggio che non può essere protetto	Stafilococco aureo Streptococco di gruppo A	contatto
INFEZIONI RESPIRATORIE		
tosse, febbre, infiltrato nel lobo polmonare superiore, in paziente HIV negativo o in paziente a basso rischio di infezione da HIV	Mycobacterium tuberculosis	aerea
tosse, febbre, infiltrato nel lobo polmonare superiore, in paziente HIV infetto o in paziente ad alto rischio HIV	Mycobacterium tuberculosis	aerea
tosse parossistica o persistente durante il periodo di maggiore incidenza della pertosse	Bordetella pertussis	goccioline
infezioni respiratorie in particolare bronchioliti e croup, in neonati e bambini	Virus respiratorio sinciziale o virus parainfluenzale	contatto
MENINGITE	Neisseria meningitidis	goccioline
RISCHIO DA MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI AI FARMACI		
storia di infezione o colonizzazione con microrganismi multiresistenti ai farmaci	batteri resistenti	contatto
infezioni della cute, delle ferite o del tratto urinario in pazienti recentemente ospedalizzati o assistiti a domicilio ove erano frequenti microrganismi multiresistenti ai farmaci	batteri resistenti	contatto



Secondo una recente indagine svolta dall'Istituto Superiore di Sanità, risulta che le ICI sono presenti solo in un terzo degli ospedali sottoposti ad indagine (oltre 500 presidi), dedicando però solo una parte del loro tempo lavoro a questa attività (prevalentemente sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere e stesura di protocolli). Conforta pensare che quasi il 70% delle ICI ha seguito una specifica formazione ma fa pensare che, la durata, è stata molto variegata (18% circa un anno di corso, 24% meno di un mese). Questi dati permettono di interrogarsi sulla rilevanza delle politiche sanitarie, sulle scelte economiche e sulla gestione delle risorse umane da parte dei gestori della salute...

Un altro aspetto rilevante, infine, è l'obbligo da parte dei responsabili di strutture, organizzazioni ecc. di rendere edotti i propri operatori sui rischi legati all'esposizione e di assicurare la disponibilità dei mezzi di protezione per la loro tutela. D'altro canto, anche gli operatori, e dunque anche gli infermieri, devono osservare le norme previste per controllare le infezioni, utilizzando i dispositivi di protezione e comunicando l'eventuale esposizione per le opportune procedure conseguenti. È evidente che c'è da fare molta strada, anche se, dai tempi di Nightingale e Semmelweis, molto si è compiuto, senza comunque dimenticare che siamo nani sulle spalle di giganti.

Il lebbroso colpito dalla lebbra porterà vesti strappate e il capo scoperto, si coprirà la barba e andrà gridando: "Immondo! Immondo!". Sarà immondo finché avrà la piaga; è immondo, se ne starà solo, abiterà fuori dell'accampamento.

(Levitico 13, 45-46)

⁴ Rapporti ISTISAN 01/4 (2001) Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. CDC - Centres for Diseases Control and Prevention - (1996) Guideline for Isolation Precautions in Hospitals- At-lanta, disponibili su www.cdc.gov.
2. Commissione per la lotta contro l'HIV 6 settembre 1989 Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV.
3. Decreto Ministro della Sanità 28 settembre 1990 Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.
4. Delibera Regione Lombardia VII/19767 del 10/12/2004 Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tuber-colare.

* A.O. Sant'Anna Como - Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA

** A.O. Sant'Anna Como - Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

