

Cardiology SCIENCE® *cardionursing*

Organo ufficiale della



“L’attività professionale delle figure non mediche che operano nel comparto cardiologico e cardiocirurgico ha negli ultimi anni acquistato un peso e una rilevanza sempre maggiori. Di conseguenza la necessità di aggiornamento professionale, che va di pari passo con lo sviluppo delle competenze, deve trovare lo spazio necessario anche nella SICOA. Cardiology Science mette a disposizione del personale non medico (infermieri, tecnici fisioterapisti, psicologi, tecnici di sala operatoria ecc.) queste pagine, numero che nell’economia della rivista è da giudicare rilevante, per la formazione, l’aggiornamento e la comunicazione, che saranno gestite in piena autonomia.”

Infezioni associate all’assistenza sanitaria. Lavaggio delle mani: linee guida evidence-based - Parte prima

Inf. Angelo Galeandro

Azienda Sanitaria ASL n. 4 - Matera
Servizio Emergenza/Urgenza 118 Basilicata Soccorso

Definizione ed epidemiologia

Il termine **infezione ospedaliera** o nosocomiale (in seguito: IO) comprende varie entità nosologiche e segnatamente: “infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell’ingresso e che si rendono evidenti dopo 48 ore o più dal ricovero e le infezioni successive alla dimissione, ma **causalmente** riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero medesimo”. Le infezioni contratte dal personale sanitario nell’assistenza ai malati sono anch’esse da ricomprendere nell’ambito delle IO e nella fattispecie sono definite **nosocomiali occupazionali**. Qualcuno afferma che il problema dell’IO nasce con l’ospedale, luogo in cui cominciano a “raggrupparsi” individui affetti da quelle patologie che nei secoli, di fatto, ne segneranno l’esistenza. E soprattutto quando diviene struttura organizzata, ad esempio nei periodi bellici per la cura delle ferite di guerra. Da quei tempi, fino a qualche decennio fa, la quasi totale responsabilità dell’insorgenza delle IO veniva attribuita alla presenza dei microrganismi che le provocavano e di conseguenza le strategie di intervento tendevano al controllo del soggetto malato in

quanto in grado di disseminare nell’ambiente i germi responsabili delle infezioni nella comunità sociale e/o ospedaliera. Oggi giorno studi epidemiologici controllati mostrano sostanzialmente che, direttamente correlata all’insorgenza delle infezioni, non è più la presenza del microrganismo nell’ambiente, ma la modalità con cui il microrganismo viene a contatto con un ospite suscettibile, e che quindi risultano vincenti tutti i provvedimenti che vengono intrapresi per evitare la trasmissione di questi microrganismi.

Evidenze scientifiche hanno quindi identificato una serie di fattori di rischio, sia generali che specifici per localizzazione di infezione, distinguibili in fattori di rischio modificabili, legati all’assistenza, e fattori di rischio scarsamente modificabili, legati alla situazione clinica del paziente e alla sua patologia di base. L’aumento del numero di pazienti suscettibili a contrarre infezioni è correlato direttamente alla maggiore sopravvivenza di pazienti con gravi malattie di base, grazie agli sviluppi in campo diagnostico e terapeutico, e al più diffuso uso di farmaci ad azione immunosoppressiva.

Il maggior numero di procedure invasive utilizzate a scopo diagnostico e terapeutico rappresenta un altro dei meccanismi principali alla base del rischio d’in-



fezione in ospedale; infine, l'antibioticoterapia condiziona la selezione di ceppi resistenti e, più in generale, una modificazione dell'ecosistema batterico in ospedale.

Oggi quindi le politiche di prevenzione e contenimento delle IO enfatizzano più la protezione del soggetto suscettibile (soggetto a rischio) che l'isolamento del soggetto malato, analizzando in modo approfondito più che l'agente etiologico delle malattie infettive, la loro modalità e meccanismi di trasmissione. Che l'infermiere sia da sempre la figura sanitaria che passa più tempo a "contatto" con l'utente sanitario è cosa talmente risaputa da essere ormai diventata patrimonio dell'immaginario collettivo. Il sempre crescente sviluppo della professione dell'infermiere, con conseguente ampliamento delle attività che egli svolge durante la sua pratica assistenziale (legate anche al già descritto aumento delle procedure invasive utilizzate nell'assistenza sanitaria) e collaborativi con altre figure professionali, attualmente pone questo professionista sanitario in una condizione di tutto interesse all'interno dei processi relativi alla trasmissione delle IO, e conseguentemente delle strategie finalizzate alla loro prevenzione e controllo. L'infermiere nel proprio contesto operativo svolge, di fatto, funzioni di educatore sanitario, di anello di congiunzione tra le diverse professionalità e di referente costante per l'utente. Nonostante la situazione lavorativa dell'infermiere in molte strutture sia ancora ricondotta ad una funzione prevalentemente esecutiva, il ruolo che questi riveste nell'attività di prevenzione delle IO è importante e diviene determinante nel momento in cui bisogna controllare queste patologie, intendendo per controllo la capacità di mantenere i casi ad un livello accettabile sia nella quantità (quanti nuovi casi nel tempo), che nella loro gravità (quali sono le localizzazioni, quali i pazienti colpiti).

Le numerose procedure assistenziali che ogni giorno vengono effettuate sui pazienti ospedalizzati, a volte anche con funzione vicariante di altre figure professionali, individuano l'infermiere come centro nevralgico di prevenzione delle infezioni e come professionista in grado di rispondere al bisogno di ambiente sicuro di tutti i pazienti, in particolare dei pazienti più a rischio.

La responsabilità che deriva dalla gestione di aspetti importanti del controllo delle IO, che hanno un elevato impatto sulla popolazione ospedaliera, come ad esempio la certificazione e validazione dei pro-

cessi di sterilizzazione, la corretta preparazione dei pazienti e dei materiali per le procedure invasive, il corretto ed oculato impiego delle sostanze antisettiche e disinfettanti, ed a volte anche la loro scelta per determinati impieghi, nonché la formazione e l'indirizzo del personale neoassunto e di supporto, fanno di questo professionista una risorsa rilevante nel contenimento delle infezioni ospedaliere. La conoscenza approfondita e la comprensione dei principali meccanismi d'insorgenza delle infezioni ospedaliere rendono l'infermiere consapevole del proprio ruolo di garante del paziente, soprattutto assicurando l'adozione uniforme e costante di misure realmente efficaci nel controllo delle IO a discapito di misure non più sostenute da evidenze scientifiche. Tuttora la cultura sanitaria è ancora fortemente orientata alla cura più che alla prevenzione, aspetto che influenza pesantemente i comportamenti professionali anche infermieristici: la principale misura di controllo delle infezioni sta nel ridurre il numero d'esposizioni a livello strettamente indispensabile. Il dato deludente, e per certi versi allarmante, è che sono passati oltre venti anni dall'ultimo grande studio epidemiologico italiano e la prevalenza di polmoniti, infezioni del tratto urinario, sepsi e infezioni della ferita chirurgica contratte durante il ricovero in ospedale è rimasta la stessa: 6,8% nel 1983, 6,7% oggi, secondo i risultati del più grande studio di prevalenza (INF NOS 2) condotto negli ultimi venti anni nel nostro paese.

(La seconda parte dell'articolo apparirà sul n° 25 di Cardiology Science Cardionursing)

