

Le infezioni ospedaliere (I.O.) sono per definizione un problema di sanità pubblica molto importante, non solo per le gravi ripercussioni sull'utente/paziente ma anche e soprattutto per quanto attiene il controllo di qualità delle prestazioni che vengono erogate dai professionisti della Sanità.

La possibile prevenzione di questo fenomeno, abbondantemente studiato e anche definito da studi internazionali, dimostra come interventi ben precisi in tal senso si possano tradurre in effettivi risparmi della spesa sanitaria.

La considerazione di questo importante problema non è ancora sufficientemente elevata né tra gli operatori sanitari e né tra gli utenti del SSN, determinando così un basso livello di richiesta di intervento e di relative risposte adeguate.

La possibilità di prevenire le I.O. è correlata a procedure assistenziali di ampia diffusione quali il lavaggio delle mani, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, la disinfezione e la sterilizzazione dei presidi sanitari.

La tutela degli ammalati e del personale assistenziale stesso di fronte ai rischi delle infezioni ospedaliere sta acquisendo sempre maggiore importanza.

La prevenzione in questo ambito implica comportamenti costantemente corretti ed omogenei in un vasto complesso di attività quotidiane, quali la sterilizzazione del materiale chirurgico, il trattamento delle ferite chirurgiche e il lavaggio delle mani che, proprio nella loro ripetitività trovano l'insidia di frequenti disattenzioni (quando non addirittura ignoranza delle regole) e conseguenti comportamenti scorretti. Da più di un secolo è noto che l'ospedale può rappresentare un luogo a rischio per l'acquisizione di infezioni da altri pazienti, dal personale, da attrezzature/presidi contaminati o dallo stesso ambiente (Moro et al., 1986; Moro, 1993).

In particolare, le Unità di terapia intensiva (UTI) sono i reparti a più alto rischio di infezioni ospedaliere per il concorrere di molteplici fattori (Curti et al., 1999):

- le condizioni spesso critiche del paziente;
- il frequente ricorso a procedure diagnostico-terapeutiche invasive;
- la presenza contemporanea in un'area limitata di pazienti altamente suscettibili alle infezioni e di pazienti infetti;
- l'uso di farmaci immunodepressori;
- la pressione antibiotica, con la conseguente selezione di microrganismi resistenti difficili da eradicare.

Rispetto ad aree di degenza non intensive, la frequenza di I.O. nelle Unità di terapia intensiva è significativamente più elevata, con una prevalenza pari a 21% (Vincent et al., 1995) e un'incidenza pari a 34% (Ippolito et al., 1990).

Oltre che a rischio di I.O., i pazienti ricoverati in UTI sono anche ad alto rischio di contrarre un'infezione sostenuta da ceppi resistenti: il rischio di acquisire un patogeno resistente è dal 3% al 25% più elevato, a seconda del tipo di microrganismo, rispetto a pazienti ricoverati in aree non intensive (Fridkin et al., 1999; Fridkin, Gaynes, 1999).

Il problema infezione

Il problema delle I.O. nasce con l'ospedale, nel quale si cominciano a raggruppare gli individui affetti dalle patologie che nei secoli hanno segnato il cammino dell'uomo ed anche i numerosi feriti delle varie guerre.

È proprio Florence Nightingale che, durante la propria attività volontaria nel corso della guerra di Crimea,

ripete instancabilmente che “ogni infermiera deve badare a lavarsi le mani frequentemente nella giornata”.

Le strategie di prevenzione perseguite fino a pochi decenni orsono individuavano nella presenza del microrganismo l'elemento necessario e sufficiente all'insorgenza dell'infezione. Tutta l'attenzione dell'organizzazione e della struttura ospedaliera era quindi indirizzata nel controllo del soggetto malato in quanto in grado di disseminare nell'ambiente i germi responsabili di infezioni nella comunità sociale e/o ospedaliera.

Negli ultimi 20 anni il fenomeno I.O. si è sviluppato ulteriormente anche a causa dell'aumento delle persone responsabili del trattamento dei pazienti in ospedale, dell'aumento della suscettibilità dei pazienti ed infine dell'aumento delle esposizioni a rischio.

Studi epidemiologici controllati mettono sostanzialmente in evidenza 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. Inoltre, viene evidenziata una correlazione sempre più stretta tra acquisizione di nuove tecnologie e insorgenza di infezioni ospedaliere: fino a pochi anni fa non sarebbe stato possibile alimentare in forma sostitutiva soggetti affetti da gravi patologie neoplastiche dell'apparato digerente; oggi purtroppo dobbiamo fare i conti con un rischio molto elevato di infezioni sistemiche correlato ai sistemi intravascolari.

Ad ogni nuova introduzione tecnologica si associa un rischio infettivo che deve essere di volta in volta valutato, misurato e sul quale occorre fare valutazioni di costo-beneficio, o meglio ancora di costo-efficacia, se non addirittura di appropriatezza del ricorso alla procedura stessa.

Evidenze scientifiche ben precise hanno identificato una serie di fattori di rischio, sia generali che specifici per la 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.

Essenziali risultano il tempo di esposizione ad una procedura a rischio, ad esempio per quanti giorni il paziente è portatore di catetere vescicale o catetere venoso, il grado di invasività della procedura ma soprattutto la mancata adozione delle misure di controllo generali (lavaggio delle mani, schemi appropriati di pulizia, corrette politiche di disinfezione e sterilizzazione).

Oggi quindi le politiche di prevenzione e contenimento delle I.O. tendono ad esaltare 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.

Le attuali strategie di prevenzione passano attraverso l'appropriatezza del ricorso alla procedura, quante esposizioni possono essere evitate, nonché attraverso l'applicazione delle misure di controllo generali e la gestione dell'assistenza affidata allo staff infermieristico, al fine di ridurre al minimo il relativo rischio di infezione.

Assistenza infermieristica e infezioni ospedaliere

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 ricondotta ad una funzione esecutiva, il ruolo che questi riveste nell'attività di prevenzione delle I.O. 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 individuano l'infermiere come centro di prevenzione delle infezioni.

La responsabilità che deriva dalla gestione di aspetti importanti del controllo delle I.O. come ad esempio la certificazione e validazione dei processi di sterilizzazione, la corretta preparazione dei pazienti e dei materiali per le procedure invasive, il corretto ed oculato impiego delle sostanze antisettiche e disinfettanti, la formazione e l'indirizzo del personale neoassunto e non da ultimo il controllo della asepsi dei parenti visitatori fanno di questo professionista una risorsa rilevante nel contenimento delle I.O.