XII Congresso Nazionale AIMI

Associazione Infermieri Malattie Infettive

SIMIT Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali

Forum AIMI- SIMIT

INFERMIERI E MEDICI A CONFRONTO

STATI GENERALI DI MALATTIE INFETTIVE. L'integrazione dei servizi nella cura della persona

Catanzaro, 8 - 10 Giugno 2010

Abstract book

Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro
Campus Universitario "Salvatore Venuta" - Germaneto

UMG

Volume degli Atti del
XII Congresso Nazionale AIMI-SIMIT
realizzato con il contributo
dell'Azienda Ospedaliera
"Mater Domini" Catanzaro

In copertina: Mimmo Rotella
La lezione di anatomia, 1987. Sovrapittura su décollage su lamiera, cm 150 x 300
Courtesy Fondazione Marconi, Milano - Si ringrazia la Fondazione Mimmo Rotella

XII Congresso Nazionale AIMI
STATI GENERALI DI MALATTIE INFETTIVE
L'integrazione dei servizi nella cura della persona

Forum AIMI – SIMIT
Infermieri e Medici a confronto

Catanzaro, 8-10 Giugno 2010
Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro
Campus Universitario "Salvatore Venuta" - Germaneto

Presidente del Congresso
Vincenzo Guadagnino

Presidente AIMI
Maria Grazia Tajé

Presidente SIMIT
Evangelista Sagnelli

Comitato Scientifico
A. Cargnel, Milano
A. Chirianni, Napoli
F. Ghinelli, Ferrara
F. Mazzotta, Firenze
M.S. Mura, Sassari
A. Orani, Lecco
A. Paffetti, Roma
G. Rizzardini, Milano
G. Stagni, Perugia
M. Toti, Grosseto

Segreteria Scientifica
Cattedra – U.O. Malattie Infettive
Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro
Via Salvatore Venuta, Loc. Germaneto – 88100 Catanzaro
Tel. +39.09613647203
Fax +39.09613647544
E-mail: vguadagnino@unicz.it
E-mail: segreteria@aimi.it

Segreteria Organizzativa – Provider ECM n. 8461
T.M.T. Srl – Divisione Congressi
Via Mecenate 12 – 20138 Milano
Tel. +39.0258012822
Fax +39.0258028245
E-mail: congress@tmtworld.it
Web site: www.tmtworld.it

SOMMARIO

RELAZIONI

Pag. 17

COMUNICAZIONI

Pag. 31 Sessione tematica
Malattie a trasmissione aerea nell'emergenza e nella routine

Pag. 48 Sessione tematica
Gestione del paziente immunocompromesso

Pag. 60 Sessione tematica
Epidemiologia e prevenzione
delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali

Pag. 63 Sessione tematica
Management multidisciplinare
del paziente con patologie infettive in carcere

Pag. 69 Simposi tematici
Percorsi trasversali correlati alle patologie infettive

POSTER

Pag. 79 Poster

Programma Scientifico

Martedì 8 Giugno

Ore 12.00 **Registrazione Partecipanti**

Ore 14.00 **SEDUTA INAUGURALE** ***Aula Magna A, B***

Aule L, P

INTRODUZIONE AL CONGRESSO

V. Guadagnino, Presidente del Congresso
M.G. Tajé, Presidente AIMI

Saluto delle Autorità

Ore 15.00 **Introduzione ai lavori**
M. Piazza

Ore 15.10 **LETTURA**

Le Malattie Infettive tra memoria e contemporaneità
R. Cauda

Ore 15.40 SESSIONE TEMATICA
MALATTIE A TRASMISSIONE AEREA NELL'EMERGENZA E NELLA ROUTINE

Moderatori: F. Ghinelli, R. Verdoliva

Riemergenza della tubercolosi e problematiche diagnostico-terapeutiche
G. Ippolito

Pandemia influenzale 2009: prove generali di efficienza di un moderno sistema sanitario
G. Rezza

Discussione

Ore 16.30 **COMUNICAZIONI ORALI**

Moderatori: M. Toti, G. Carta

Sorveglianza della malattia tubercolare:
ruolo della ASL e della Azienda Ospedaliera nella gestione dei contatti
C. Tagliaferro

Valutazione dell'impatto emozionale della pandemia H1N1
C. Segura Garcia

La vaccinazione per l'H1N1 in Lombardia
e la risposta protettiva nei pazienti HIV+ afferenti
al Dipartimento di Malattie Infettive dell'Ospedale Luigi Sacco
V. Passoni

L'influenza A/H1N1 nella Regione Campania
A. Menna

Discussione

Ore 17.15 **TAVOLA ROTONDA**

Influenza e Media: non solo informazione
Conduttore: C. Gaeta

Partecipanti: B. Cristiano G Todaro, G. Rizzo, V. Portelli,
R. Rondina, A. Lucchini, C.Segura Garcia

Ore 18.30 **Chiusura dei lavori**

Mercoledì 9 Giugno

Ore 9.00 **LETTURA** ***Aula Magna A, B***

Aule L, P

Moderatore: M.S. Mura

Il paziente con HIV: studi clinici e linee guida
A. Antinori

Ore 9.30 SESSIONE TEMATICA
GESTIONE DEL PAZIENTE IMMUNOCOMPROMESSO

Moderatori: G. Stagni, V. De Falco

Infezione da HIV e neoplasie correlate
V. Montesarchio

Il rischio infettivo nelle terapie intensive
B. Caroleo

Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in UTI
L. Camponovo

Discussione

Ore 10.30 *Coffee Break*

Ore 11.00 **COMUNICAZIONI ORALI** ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

Moderatori: G. Foti, B. Crivelli

L'insostenibile leggerezza dell'essere
A.R. Dionisi

Il materiale "monopaziente":
esempi di utilizzo nella pratica assistenziale
A. Balzer

Implicazioni assistenziali
nel paziente sieropositivo sottoposto a chemioterapia
R. Izzo

Discussione

Ore 11.40 **LETTURA**

Moderatore: G. Rizzardini

Gestione delle infezioni nel paziente sottoposto a trapianto
P. Grossi

Ore 12.10 **COMUNICAZIONI ORALI** ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

Moderatori: A. Paffetti, A. Mongirulli

Trapianto epatico in paziente con infezione da HIV
C. Magnani

Prevalenza dell'infezione da virus epatico C e correlati clinici in una popolazione di tossicodipendenti afferente ai Ser.T.
O. Staltari

Esperienza di integrazione tra U.O. Malattie Infettive e Dipartimento Dipendenze nella gestione del paziente tossicodipendente con patologia infettiva
M. Poli

Discussione

Ore 13.00 **SESSIONE POSTER**

Ore 14.00 **LETTURA** ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

Moderatore: A. Chirianni

L'integrazione ospedale-territorio nella gestione delle malattie infettive
F. Mazzotta

Ore 14.30 **LETTURA**

Moderatore: F. Castelli

Patogeni emergenti
A. Focà

Ore 15.00 SESSIONE TEMATICA
EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI

Moderatori. M. Pavia, R. Rondina

Infezioni dei cateteri e delle protesi vascolari
N. Petrosillo

Infezioni delle protesi articolari
O. Armignacco

Infezioni delle vie urinarie
in pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza
L. Gerardi

Discussione

Ore 16.10 **COMUNICAZIONI ORALI** ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

Moderatori: A. Cargnel, A.R. Dionisi

Gestione degli isolamenti in ambito ospedaliero
D. Scifo

Osteomieliti e infezioni delle protesi articolari
T. Ascione

Discussione

Ore 16.30 SESSIONI TEMATICHE PARALLELE

LA TERAPIA DELLE EPATITI CRONICHE VIRALI ALLA LUCE DELLE ULTIME LINEE GUIDA ***Aula Magna B***

Moderatore: G. Filice

Epatite cronica da HBV
B. Cacopardo

Epatite cronica da HCV
G. Taliani

Discussione

Ore 16.30 **GESTIONE DEL PAZIENTE** ***Aule L, P, M, N***
CON PRIORITÀ ASSISTENZIALI INFERMIERISTICHE
Working Group – I Parte
Definizione di percorsi terapeutici-assistenziali

Counselling e sieropositività
Promuovere l'adesione ai trattamenti a lungo termine
La gestione del sintomo febbre
La gestione del sintomo diarrea

Conduttore: P. Arcadi
Coordinatori: G. Carta, V. De Falco, T. Re, MG. Tajé

Ore 18.00 **Assemblea Soci AIMI** ***Aula Magna A***

Chiusura dei lavori

Giovedì 10 Giugno

Ore 09.30 SESSIONE INTERATTIVA ***Aule L, P, M, N***

GESTIONE DEL PAZIENTE
CON PRIORITÀ ASSISTENZIALI INFERMIERISTICHE
Working Group – II Parte
Definizione di percorsi terapeutici-assistenziali

Counselling e sieropositività
Promuovere l'adesione ai trattamenti a lungo termine
La gestione del sintomo febbre
La gestione del sintomo diarrea

Conduttore: P. Arcadi
Coordinatori: G. Carta, V. De Falco, T. Re, MG. Tajé

Ore 10.45 SESSIONE TEMATICA ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

MANAGEMENT MULTIDISCIPLINARE
DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE INFETTIVE IN CARCERE

Moderatori: S. Babudieri, F. Coinu

Sovraffollamento e salute in carcere
L. Lucania

Gestione infermieristica del paziente in carcere
I. Grazini

Malattie infettive in ambito penitenziario: gestione e problematiche
G. Starnini

Integrazione professionale
per la gestione dei tossicodipendenti detenuti
R. Mingardo

Discussione

Ore 12.15 **COMUNICAZIONI ORALI** ***Aula Magna A e B***

Aule L, P

Moderatori: N. Abrescia, D. Berto

Gestione infermieristica della terapa antiretrovirale in carcere
M. Aragona

La terapia interferonica in ambito penitenziario
A.M. De Cicco

"Topo Gigio va in prigione":
la pedagogia della salute anche in ambito carcerario
T. Costagli

Discussione

Ore 13.00 **SESSIONE POSTER**

Buffet Lunch

Ore 14.00 SIMPOSI TEMATICI PARALLELI
PERCORSI TRASVERSALI CORRELATI ALLE PATOLOGIE INFETTIVE

GESTIONE MULTIDISCIPLINARE ***Aula Magna A***
DELLE INFEZIONI NEL PAZIENTE ONCOLOGICO
Coordinatore: P. Doldo

Proposta di un modello organizzativo
di Day Service per la gestione dei pazienti con HIV
V. Tolomeo

Come prevenire e sorvegliare le infezioni correlate ai cateteri vascolari
(Gestione dei sistemi impiantabili e prevenzione delle infezioni)
C. Lochiatto

Il protocollo operativo per la prevenzione delle infezioni
in Sala Operatoria.
Linee guida in caso di soggetti con HIV
S. Renda, G. Rizzuti

Il CASE MANAGEMENT nelle patologie AIDS correlate in Ginecologia
M.C. Falbo

Il ruolo del fisioterapista nella presa in carico
del paziente con malattia infettiva da HIV – AIDS
M.T. Inzitari

ASSOCIAZIONI INFERMIERISTICHE A CONFRONTO:
L'IDEA DEL SAPERE CONDIVISO ***Aule L, P, I, M, N, O***

LE EVIDENZE NEL WOUND CARE
AISLEC - Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee

A. Moscatelli, V. Maniaci

LE INFEZIONI IN MEDICINA INTERNA
ANIMO - Associazione Nazionale Infermieri Medicina Interna Ospedalieri

F. Calabria, A. Martini, MG. Donà

POLITICHE AZIENDALI PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE: RUOLO DELL' INFERMIERE ADDETTO AL CONTROLLO INFEZIONI
ANIPIO - Associazione Nazionale Infermieri per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere

C. Masia, L. Camponovo

IL REPROCESSING IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA E IL RISCHIO INFETTIVO
ANOTE - Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche

M. Bonetti, P. Vaccaro

LO SVILUPPO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA TRA FORMAZIONE E ORGANIZZAZIONE: UNO SGUARDO AL FUTURO
ASI - Accademia Scienze infermieristiche

P. Arcadi, C. Botter, P. D'Aloia, S. Nobile

IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE: RISCHI E RESPONSABILITA'
EASY - Associazione Esperti di Asepsi e Sterilizzazione in Italia

E. Panni

Ore 15.30 **LETTURA** ***Aula Magna A***

Aule L, P

Moderatore: R. Russo

Verso una società multietnica: concetto bio-culturale di salute e di malattia
P. Viganò

Ore 16.00 **Premi "R. Fadda" AIMI 2010**

Premi SIMIT 2010

Ore 17.00 **CONCLUSIONI E CHIUSURA DEL CONGRESSO**
V. Guadagnino

Ore 18.00 **CERIMONIA SATELLITE** ***Aula Magna B***

"Omaggio a Mimmo Rotella"

Nel corso della Cerimonia saranno premiati Allievi dell'Accademia di Belle Arti di Catanzaro partecipanti alla Mostra, concomitante al Congresso, "Malattia e Arte".

RELAZIONI

IL RISCHIO INFETTIVO IN UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA

Benedetto Caroleo
UO Malattie Infettive Policlinico Universitario di Catanzaro

Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (**ICPA**) costituiscono la più comune complicanza che si sviluppa in pazienti ospedalizzati (1). Le infezioni acquisite in Unità di Terapia Intensiva (**UTI**) sono la maggior parte delle ICPA (2); esse sono molte e eterogenee: polmoniti da ventilazione, infezioni del tratto urinario catetere-correlate, infezioni da catetere venoso centrale, infezioni del sito chirurgico, diarree da Clostridium difficile, ecc.
Un recente studio internazionale sulla prevalenza e l'evoluzione delle infezioni in UTI ha rilevato un tasso di prevalenza del 51%; lo stesso studio ha rilevato che il 71% dei pazienti era stato sottoposto a terapia antibiotica (3). Le ICPA in UTI sono correlate ad un alto tasso di morbidità, mortalità e determinano un notevole incremento dei costi economici (4).
Il rischio di ICPA è correlato alla durata della degenza, alla ventilazione meccanica, all'uso inappropriato degli antibiotici, all'uso di dispositivi medicali e, da quanto emerge da una recente pubblicazione, all'impiego di sedativi ed analgesici; questi ultimi attraverso diversi meccanismi accrescono il rischio infettivo: microaspirazioni, alterazioni della motilità intestinale, effetti sul microcircolo, effetti immunomodulatori (5).
Per le infezioni causate da batteri multi-antibiotico resistenti, come l'MRSA o lo Pseudomonas aeruginosa, è necessario porre attenzione alla diffusione orizzontale dell'infezione in UTI; l'uso appropriato degli antibiotici ed il rafforzamento delle precauzioni standard sono fondamentali per il controllo delle fonti endogene ed esogene di infezione e per arginarne il rischio di sviluppo (6); opportuno infine, implementare infine strategie di sedazione atte a ridurre la durata della ventilazione meccanica .

1. Burke JP et al, N ENGL J MED 2003, 348: 651-656
2. Hugonnet S et al; CRIT CARE 2007, 11:R80
3. Vincent JL et al; JAMA 2009, 302(21): 2323-9
4. Esteban A et al; CRIT CARE MED 2007; 35(5): 1284-1289
5. Nseir S et al; CRIT CARE 2010, 14(2):R30
6. Sadfar N et al ; CRIT CARE MEAD 2008, 36 : 933-940

MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN UTI

Camponovo L.
Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

Da tempo è noto che l'ospedale può rappresentare un luogo a rischio per l'acquisizione di infezioni da altri pazienti[1], dal personale, da attrezzature/ presidi contaminati o dallo stesso ambiente. In particolare le Unità di terapia intensiva (UTI) sono i reparti a più alto rischio di infezioni ospedaliere a causa del concorrere di molteplici fattori: le condizioni critiche del paziente, ricorso a procedure invasive, uso di farmaci immunosoppressori, pressione antibiotica che seleziona microrganismi resistenti.
Rispetto ad altre aree di degenza, la frequenza di infezioni nosocomiali nelle UTI è significativamente più elevata. E' indispensabile mettere in atto strategie efficaci per cercare di contenere il rischio:

- adottare le misure barriera e le precauzioni standard,
- implementare interventi formativi mirati e specifici,
- eliminare pratiche la cui efficacia non è dimostrata.

Nella relazione si affronta nel dettaglio ciascuno dei punti al fine di dimostrare come le strategie indicate possano contenere il fenomeno infettivo.

1 M.L.Moro, Dossier 104-2005, Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Francesco Mazzotta
U.O.C. Malattie Infettive, Ospedale Santa Maria Annunziata, Azienda Sanitaria Firenze

Vari sono i motivi che in questi anni hanno portato ad una diversa integrazione ospedale-territorio, rispetto al passato per far fronte alle nuove necessità, nella gestione delle malattie infettive.
Tra questi si sottolinea il cambiamento dell'andamento clinico dei pazienti affetti da infezione da HIV che ha portato ad una drastica riduzione delle necessità di ricovero per tale patologia, così come ad una netta riduzione degli accessi presso il domicilio dei pazienti, se questo era affidato al servizio di assistenza domiciliare.
Si rileva viceversa un aumento delle necessità assistenziali in regime di ricovero per altre patologie come ad esempio quelle delle fasi finali delle malattie virali epatiche o per le patologie opportunistiche, non HIV correlate, interessanti in particolare la cute, l'apparato respiratorio, l'apparato gastroenterico, legate anche all'aumento della vita media, con nuove modalità di assistenza anche territoriali.
La necessità di rendere fruibile il servizio di malattie infettive, in particolare per la popolazione immigrata, ha fatto sì che si stanno territorializzando le attività ambulatoriali, tradizionalmente svolte a livello ospedaliero per facilitare l'accesso a tali pazienti.
L'assistenza presso il carcere, passata al Servizio Sanitario Nazionale è un altro esempio di come siano mutati i rapporti tra ospedale e territorio.
La relazione propone alcune soluzioni che l'U.O.C. di Malattie Infettive dell'Azienda Sanitaria di Firenze sta attuando per le mutate necessità assistenziali.

LE INFEZIONI ASSOCIATE A CVC

Nicola Petrosillo
UOC Infezioni Sistemiche e dell'Immunodepresso
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani", IRCCS-Roma

L'uso di cateteri venosi centrali (CVC) per l'accesso vascolare e per il monitoraggio emodinamico è divenuto una parte centrale della medicina moderna. Sfortunatamente i CVC sono dispositivi associate a possibili complicanze, tra le quali predominano quelle infettive. Le batteriemie associate ai CVC rappresentano le più gravi complicanze infettive nei pazienti sottoposti a cateterismo vascolare e si verificano nel 3%-15% dei pazienti con CVC. La prevenzione è il punto cardine nel controllo di queste infezioni; resta aperto il problema della terapia più corretta da porre in essere in caso di infezione, considerando anche l'importanza di utilizzare antibiotici che penetrino nel biofilm prodotto dai microrganismi sul dispositivo stesso.

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE IN PAZIENTI PORTATORI DI CATETERE VESCICALE: PROTOCOLLO DI STUDIO

*L.Gerardi, N. Airaghi, G.Colusso, M.G. Marnati, S. Romano, P. Vigano **
Servizio Igiene, Epidemiologia e Controllo Infezioni Ospedaliere (SIECIO)
* Coordinatore Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere (CCIO)
Azienda Ospedaliera – Ospedale Civile di Legnano

Introduzione

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresentano per frequenza la prima causa d'infezione nei pazienti sottoposti ad assistenza sanitaria. Esse costituiscono circa il 40% di tutte le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA), e l'80% di queste sono connesse all'uso dei cateteri urinari.
Il cateterismo, funzionale alle diverse esigenze mediche e alle caratteristiche del paziente, deve essere effettuato tenendo conto dei fattori di rischio che tale procedura implica e dalle evidenze scientifiche mediche ed infermieristiche di "good practice" che consentono una riduzione anche dei rischi infettivi catetere-correlati.
La tipologia del catetere, la modalità di cateterizzazione, l'uso del circuito aperto/ chiuso, la durata di cateterismo, ecc., sono fra i principali fattori di rischio che determinano l'insorgenza di IVU.
Per la progettazione di interventi utili alla prevenzione di queste infezioni, diventa indispensabile conoscerne il tasso per determinarne la *"baseline"* ed identificarne le criticità correlate.

Obiettivi

- ✓ Stimare il rischio infettivo nella popolazione sottoposta a cateterismo a permanenza
- ✓ Coinvolgere il personale sanitario
- ✓ Elaborare un protocollo aziendale per il cateterismo vescicale

Metodi operativi

Con l'autorizzazione del CCIO è stata avviata un'indagine prospettico-osservazionale dal 1 febbraio al 31 maggio 2010, che ha coinvolto 8 Unità Operative (UU.OO) di Area Medica, 6 di Area Chirurgica, 2 di Area Intensiva e 1 di Cure Palliative per un totale di 400 posti letto.
Sono stati oggetto di studio tutti i pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza da 24 ore, inserito al momento del ricovero o nel corso della degenza, e ricoverati da più di 24 ore nelle UU.OO selezionate
I criteri d'inclusione dei pazienti nello studio e di definizione di IVU nosocomiale sono corrispondenti agli standards proposti dai Centers for Disease Control e

dalla Joint Commission for Accreditation of Hospital (JCAH).
Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza già in situ al momento del ricovero e tutti coloro con IVU al momento della cateterizzazione.
La raccolta dei dati è stata effettuata in collaborazione con il personale medico ed infermieristico dei reparti in studio.
I dati raccolti saranno inseriti nel data base EPIINFO 2005 dei Center for Disease Control ed elaborati a cura del SIECIO.

Il coinvolgimento del personale sanitario è avvenuto attivando nelle UU.OO coinvolte i "gruppi di miglioramento" (GdM) come modalità di formazione sul campo, in collaborazione con l'Ufficio Formazione e Sviluppo Risorse Umane dell'Azienda e in linea con quanto indicato dalla Regione Lombardia. La finalità dei GdM è la revisione delle procedure in atto nelle proprie UU.OO in funzione delle evidenze scientifiche disponibile e dei dati emersi dall'indagine.
Tutta l'attività svolta dai GdM, avrà come obiettivo finale la produzione di un documento operativo a valenza aziendale.

LA GESTIONE DI UN REPARTO DI MEDICINA PROTETTA

Isabella Grazini
Ospedale Belcolle, Viterbo

La presentazione nasce dall' esperienza di lavoro maturata in un ambiente diverso e parallelo quale. quello penitenziario.
L'intento è quello di mostrare questa parte di società che, proprio perché contenuta, scompare dalla collettività.
Quando entra nel mondo del carcere, perde la libertà ma mantiene, ineluttabile, il diritto alla: tutela della salute.

Alla luce di questa considerazione si sono realizzate UU.OO. ospedaliere destinate al ricovero di pazienti-detenuti che integrano la complessa organizzazione penitenziaria con quella di un reparto ospedaliero pluri specialistico.
Si richiama il diritto alla tutela della salute nei cittadini privi di libertà personale, descrive la struttura e l'organizzazione del reparto di Viterbo, il ruolo svolto dalla Polizia Penitenziaria in collaborazione con il comparto sanitario.
Viene trattato il *care del paziente recluso* con le molteplici difficoltà che presenta; mancanza di fiducia nelle Istituzioni, emarginazione, dipendenza, devianza.
Le attività di formazione espletate che, pur integrando quelle sanitarie previste per gli operatori, sono state formulate per la specificità della struttura e tese a promuovere la realizzazione di un gruppo di lavoro.
Vorrei inoltre sottolineare l'importanza etica del trattare tale tipo di pazienti, la cui natura giuridica implica una maggiore attenzione anche negli aspetti medico legali all' acquisizione del consenso informato e del segreto professionale.

VERSO UNA SOCIETÀ MULTIETNICA: CONCETTO BIO-CULTURALE DI SALUTE E MALATTIA

Paolo Viganò
U.O. Malattie Infettive, A.O. Ospedale Civile di Legnano

"Come va?". "Tutto bene, grazie!" … è il saluto cantilenante che accompagna, con un sorriso, l'incontro in tanti villaggi dell'Africa subsahariana sulle piste assolate della savana come alla cassa di un affollato supermercato di Abidjan.
La stessa risposta e lo stesso sorriso, un po' affaticato, ti accolgono in Ospedale durante la visita ai malati.
Nel 1946 l'OMS definiva la salute: "Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità".
La centralità della persona con il suo vissuto, nel suo contesto, con le risposte che ne derivano sul piano dei comportamenti individuali e collettivi, costituisce il cuore della Antropologia medica.
Valorizzazione della persona e conoscenza della sua storia da una parte, rigore scientifico e capacità di comunicazione dall'altra, sono i presupposti per un incontro e una solida alleanza tra "malato" e "terapeuta" in una società che mette ripetutamente a confronto storie che vengono da molto lontano e che sono destinate a continuare in persone concrete, impegnate a camminare insieme.
Assenza di malattia o assenza di salute non sono più i sinonimi di una contrapposizione salute – malattia in quanto la salute viene intesa come concezione dinamica e multiculturale.
In questa situazione, diventa fondamentale indagare quanto di "sano" vi sia nella malattia e quanto di "malato" vi sia nella salute poiché ogni persona, in ogni contesto sociale, interpreta ed affronta la malattia e la salute con modalità strettamente connesse al vissuto personale e all'ambiente socio-culturale cui appartiene.
Nella cultura occidentale la concezione del corpo è prevalentemente di tipo biologico e culturale. Nella visione biologica del corpo intervengono le idee di tipo meccanico secondo le quali l'organismo è assimilabile, per struttura e funzione, ad una macchina. Le metodiche diagnostiche a disposizione tendono a diffondere l'idea di un corpo telematizzato, controllabile e gestibile con sistemi di tipo robotica, mentre le tecniche di bioingegneria preconizzano scenari di manipolazione in grado di stravolgere l'essenza della persona.
A livello culturale si affermano sempre più le tendenze devianti verso una visione del corpo come idolo e feticcio: corpo inteso come immagine da esibire e porre al centro dell'attenzione.
Di contro, il corpo globalizzato, nell'ambito di una visione cosmologica, costituisce l'habitat psicologico in cui si contestualizza il concetto di malattia nella cultura africana. La credenza che ogni elemento della natura possiede un'anima procede di pari passo con la venerazione degli spiriti degli antenati.
In questo contesto diventa inconcepibile la separazione tra i vari organi del corpo, tra corpo e psiche, tra corpo e ambiente, tra malato e società. Allo stesso modo non è possibile per l'africano tracciare una linea di demarcazione tra l'animato e l'inanimato, tra il naturale e il sovrannaturale, tra il materiale e lo spirituale, tra il cosciente e l'incosciente.

Il corpo viene percepito come insieme di flussi, energie, umori e non come organi assimilabili a pezzi meccanici di una macchina complessa. Il dolore non è la conseguenza dell'attrito tra "pezzi meccanici non coincidenti o non ben lubrificati", ma un malessere generale, diffuso, non localizzato, che spesso "scorre per le vene e per i nervi".
Allo stesso modo le cause di malattia possono essere distinte in umano, sovrumano o sopranaturale: divinità in collera che puniscono, antenati e spiriti che si sentono trascurati, stregoneria, violazione di un tabù, perdita dello spirito, intrusione di uno spirito o di un oggetto nel corpo, perdita di equilibrio fondamentale dell'organismo, malocchio, …
In relazione a queste cause si dispiegano i rimedi: restituzione dell'anima, estrazione dell'oggetto, estrazione dello spirito, esorcismo, trasferimento dello spirito, espiazione, magia riparatrice, …
L'attribuzione di senso alla malattia è quindi propedeutica ad ogni tipo di intervento che potrà trovare i suoi punti di forza nel sistema biomedico "ufficiale" come in pratiche alternative o in un efficace sincretismo terapeutico.
I codici culturali dei sistemi terapeutici, sia delle tradizioni locali che della medicina "ufficiale", possono essere riconosciuti e interpretati solo all'interno di un inquadramento socio-culturale più ampio che tenga conto delle dinamiche relazionali e dei contenuti valoriali e normativi del suo specifico contesto sociale.
Nella società multietnica, che si sta progressivamente realizzando, la medicina transculturale obbliga il sanitario ad uscire dall'etnocentrismo, a vedere il paziente nella sua interezza abbandonando la visione meccanicistica e riduttiva del corpo-macchina riscoprendo il valore aggiunto del paziente come corpo-mente-anima, cioè "persona".

COMUNICAZIONI

Sessione tematica:
Malattie a trasmissione aerea nell'emergenza e nella routine

SORVEGLIANZA DELLA MALATTIA TUBERCOLARE: RUOLO DELLA ASL E DELLA A.O. NELLA GESTIONE DEI CONTATTI

Tagliaferro Cristina, Sorte Valeria
Dipartimento di Prevenzione Medica Parabiago ASL MILANO1 Lombardia

PREMESSA

La sorveglianza delle malattie infettive prevede un processo di raccolta continua e sistematica di dati, con relativa analisi, interpretazione e diffusione delle informazioni acquisite. Tale processo è necessario per intraprendere provvedimenti adeguati per il controllo delle malattie infettive.
Gli obiettivi prioritari della sorveglianza sono quelli di orientare gli interventi di sanità pubblica e valutarne l'efficacia, verificare l'incidenza di una determinata patologia e la sua distribuzione geografica e temporale ed analizzare le caratteristiche individuali per specifiche patologie con lo scopo di orientare nella maniera più opportuna adeguati interventi preventivi e di educazione sanitaria.
In Regione Lombardia la sorveglianza per la tubercolosi è normata dalla DGR VII/19767 del 10.12.2004 e comprende:

- lo studio epidemiologico della malattia,
- l'analisi dei singoli casi,
- l'individuazione di focolai e/o casi secondari
- la valutazione della circolazione del bacillo di Koch nei gruppi a rischio.

A livello locale, la sorveglianza si attua mediante diversi strumenti che, con diversi ruoli, coinvolgono le Strutture di diagnosi e cura, i Laboratori di Microbiologia e il Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL.
Gli strumenti utilizzati sono:

- segnalazione della malattia, tramite apposito modello, da parte dei clinici per tutti i casi anche solo sospetti, polmonari e non, nuovi o recidive con invio immediato al Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL.
- inchiesta epidemiologica, indispensabile per definire e validare il caso, ricercare la possibile fonte di contagio, individuare e classificare i contatti, inviare dati e informazioni ad altre strutture coinvolte nel caso, attuare la sorveglianza per individuare eventuali casi secondari.
- sorveglianza di laboratorio, attraverso il flusso al Dipartimento di Prevenzione Medica dei referti degli esami di identificazione dei micobatteri allo scopo di una rilevazione completa dei casi Tubercolosi.
- monitoraggio terapia, attraverso l'invio delle schede di inizio e fine terapia ed esito del trattamento, alla ASL di competenza da parte delle Aziende Ospedaliere

SORVEGLIANZA DEI CONTATTI

La ricerca attiva, la sorveglianza e il trattamento dei contatti di casi di TB sono tra le più importanti misure preventive per la tubercolosi al fine di ridurne la diffusione nella popolazione.

La valutazione dei contatti è il metodo più produttivo per identificare quelle persone che possono aver contratto l'infezione dopo il contatto con il caso indice e essere quindi a rischio di malattia oppure per individuare altri casi di tubercolosi attiva.
Dopo la segnalazione del caso e l'inchiesta epidemiologica, deve esser fatta, nel più breve tempo possibile, la valutazione dei contatti considerando gli elementi di seguito riportati.

1. *La contagiosità del caso indice* legata al numero di bacilli presenti nell'escreato, alla presenza o meno della tosse, all'effettuazione di manovre diagnostiche quali broncoscopia, induzione dell'espettorato, a pratiche terapeutiche quali fisiokinesiterapia, aerosol.
2. *L'ambiente di contatto* in funzione della concentrazione dei bacilli nell'aria dei luoghi chiusi condivisi con il malato.
3. *Il tipo di contatto* in funzione del tempo trascorso e la vicinanza con il caso indice.
4. *Fattori di rischio dell'esposto* quali la presenza di malattie immunosoppressive, eventuali terapie in corso, età.

Sulla base della valutazione di tali elementi i soggetti esposti al caso di tubercolosi vengono posizionati in 3 cerchi concentrici che definiscono i livelli di priorità di intervento, il successivo iter per gli eventuali controlli e il loro tempo di esecuzione.
La combinazione dei vari elementi permette di classificare i contatti in:
stretto quando si condivide per un tempo lungo, un volume di aria ridotto; sono quindi contatti stretti i conviventi, i compagni di classe…
regolare quando si condivide regolarmente uno spazio chiuso per un periodo di tempo limitato; sono quindi contatti regolari i compagni di viaggio che utilizzano abitualmente lo stesso mezzo, ecc.
occasionale quando si condivide occasionalmente uno spazio chiuso per un breve periodo di tempo.
Dopo la valutazione del rischio di trasmissione vengono messi in atto gli interventi più appropriati iniziando dai soggetti appartenenti al cerchio 1 e successivamente passando al cerchio 2 ed eventualmente al cerchio 3.
In Regione Lombardia nella gestione di un caso di tubercolosi, ASL e Azienda Ospedaliera rivestono ruoli diversi.
Alla ASL compete la sorveglianza attraverso la segnalazione e la notifica alla Regione, l'inchiesta epidemiologica con **individuazione, valutazione e gestione dei contatti**, l'identificazione dei casi di infezione e il loro eventuale trattamento in regime di gratuità., l'acquisizione delle schede di terapia e degli esiti di trattamento.
Alle Aziende Ospedaliere compete la diagnosi e la cura, la segnalazione al Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL dei nuovi casi o delle recidive, l'invio delle schede di inizio ed esito di terapia, l'effettuazione degli accertamenti di secondo livello ai contatti inviati dalle ASL, l'effettuazione della chemioprofilassi e l'istruttoria per le pratiche pensionistiche ed indennità per tubercolosi. Ai laboratori compete l'invio alle ASL degli isolamenti del micobatterio tubercolare e degli antibiogrammi e l'invio del ceppo al laboratorio di riferimento regionale. La ASL stipula apposite convenzioni con le A.O. che provvedono, alla fornitura delle prestazioni in regime di gratuità per l'utenza, alle richieste per il follow up (visite,

rx, prescrizioni di chemioprofilassi ecc.) del contatto stesso, facilitando l'accesso dell'utente attraverso un flusso preferenziale, per favorirne la compliance.
In Regione Lombardia gli interventi di controllo per i contatti sono stabiliti dalla DGR n° 7/19767 del 10.12.2004 .
Tali interventi si differenziano in base alla collocazione dei soggetti nei vari cerchi ed in base al dato anamnestico di positività o negatività al test di Mantuox come descritto nella procedura di controllo della succitata DGR.
La gestione dei contatti è compito del Dipartimento di Prevenzione Medica della ASL, che provvede ad eseguire i test di Mantuox alle scadenze previste e a seguire i casi per tutto il periodo della sorveglianza.
Nella ASL MILANO1 è stata stipulata nel maggio 2006 la convenzione con le due Aziende Ospedaliere – A.O. di Legnano e A.O. di Garbagnate - presenti sul territorio comprendenti 5 Presidi Ospedalieri; presso i suddetti Presidi sono stati identificate un totale di nove Unità Operative alle quali l'utenza può afferire per ricevere le prestazioni specialistiche.
E' da segnalare che, già nel periodo antecedente la convenzione, presso le Aziende Ospedaliere era in vigore comunque una modalità di accesso per le prestazioni di secondo livello.
Vengono riportati nella Tabella 1 i dati relativi all'attività di controllo dei contatti di tubercolosi riferiti al periodo 2005-2009 nella ASL MILANO1.
Il numero dei casi di tubercolosi riportati sono la somma dei casi indici (residenti e non) i cui contatti sono residenti nella ASL MILANO1.
Nella Tabella 2 è riportato il numero dei casi di tubercolosi diagnosticati nel territorio della ASL MILANO1 ed il numero dei casi diagnosticati ai residenti nel territorio della ASL MILANO1 nel decennio 2000-2009, estratti dal sistema informatizzato MAINF della Regione Lombardia che evidenzia l'andamento di tale patologia nel territorio.

TABELLA 1

ANNO	CASI TBC (relativi alle prestazioni)	MANTOUX 1° Livello	INVII AL 2° LIVELLO	CHEMIO PROFILASSI	VISITE SPECIALISTICHE	RX TORACE
2005	102	830	142	90	224	190
2006	113	1134	205	121	374	279
2007	149	1880	352	190	612	410
2008	104	699	162	114	311	238
2009	124	1280	205	111	356	253

TABELLA 2

ANNO INIZIO SINTOMI	2000	2001	20002	20003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TUBERCOLOSI DIAGNOSTICATI ASL MILANO 1	78	65	58	71	67	78	50	53	34	44
TUBERCOLOSI RESIDENTI ASL MILANO 1	77	62	57	74	65	78	83	81	65	61

CONCLUSIONI

Sebbene AO e ASL rivestono ruoli diversi nella gestione della tubercolosi, è evidente che il fine ultimo rimane comunque il controllo della Tubercolosi stessa in tutti i suoi aspetti.
Le azioni dell'una e dell'altra rivolte allo stesso caso- paziente e/o contatti – devono favorire il miglior esito possibile in termini di efficacia ed efficienza per arrivare al quale bisogna mettere in atto una serie di interventi mirati.
A questo scopo le linee guida, i protocolli e le convenzione, approntate sulla base dell'evidenza scientifica, dell'efficace dell'evidenza e dell' appropriatezza devono essere finalizzate anche al coinvolgimento attivo e consapevole da parte dei pazienti facilitandone accessi, accoglienza e disponibilità; al di là delle regole, quindi, è fondamentale la comprensione del fine ultimo delle azioni per il controllo della tubercolosi da parte degli operatori coinvolti a tutti i livelli del processo, soprattutto di quelli che sono a contatto diretto con i pazienti e le loro esigenze.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO EMOZIONALE DELLA PANDEMIA H1N1

**Segura García C; °Aiello V; *De Fazio; °Guadagnino V.*
*Cattedra di Psichiatria; °Cattedra di Malattie Infettive.
Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università Magna Graecia di Catanzaro.

INTRODUZIONE

Il virus influenzale A(H1N1)v è comparso per la prima volta nell'aprile 2009 in Messico dove è stato il responsabile di un elevato numero di infettati e morti. L'elevata contagiosità che lo caratterizza ha determinato la sua rapida diffusione in tutto il mondo (WHO 19 marzo 2010) accompagnata da una crescente preoccupazione nella popolazione generale e nei mas-media.

OBIETTIVI

lo studio ha indagato le reazioni psicologiche e comportamentali degli studenti iscritti ai Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia (II e V anno) e di Infermieristica (I anno) nei confronti della pandemia da virus A(H1N1)v e la possibile relazione con le strategie di coping e tratti di personalità ipocondriaci.

METODO

151 studenti (50M: 101 F), età media 22,35 anni hanno compilato: (1) un questionario anonimo riguardante la preoccupazione per il contagio del virus A(H1N1)v e i rischi per la propria salute, quella dei pazienti e quella dei familiari; (2) Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) per valutare le strategie di coping; (3) scala di Ipocondria (Hy) del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) per valutare l'eventuale tratto ipocondriaco; (4) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) per valutare l'ansia di stato e di tratto.

RISULTATI

Il 78% del campione, indipendentemente del sesso, non considera che la pandemia desti maggiore preoccupazione per la popolazione rispetto alle precedenti infezioni come SARS ed influenza aviaria. Più preoccupati risultano essere gli studenti del V anno di Medicina sia per la popolazione generale che per un proprio possibile contagio. Circa la metà degli intervistati, sia uomini che donne, si sente preoccupata di essere vettore di infezione, specialmente gli allievi infermieri. Il vaccino antinfluenzale è considerato utile dal 65% donne e dagli studenti del V anno di Medicina, i quali lo consigliano specialmente per i soggetti con comorbilità. La quasi totalità degli intervistati che consiglierebbe il vaccino ai pazienti lo ritiene utile anche per i propri familiari, e più del 30% di quelli che non consiglierebbero il vaccino lo ritiene comunque utile per i familiari.
Il sesso femminile correla positivamente con il livello di ipocondria, l'ansia di stato e di tratto e le strategie di coping emozionale e di evitamento del problema. Gli studenti di Medicina più vicini alla laurea utilizzano strategie di coping improntate all'azione (task-oriented) mentre gli studenti di Infermieristica usano più strategie di tipo emozionale. L'ipocondria non è correlata alla paura dell'influenza. Non è stata riscontrata nessuna associazione tra la preoccupazione per la pandemia e i tratti psicologici studiati.

CONCLUSIONI

Gli studenti hanno risposto alla pandemia come ad un'influenza stagionale e la paura e l'ansia associate non si sono dimostrate decisive nel modificare i comportamenti socio-professionali. Risultano più preoccupati gli studenti del V anno del CdL di Medicina e Chirurgia i quali hanno dimostrato di reagire ed agire nei confronti del problema. Le differenze registrate tra gli studenti di Infermieristica e di Medicina possono trovare spiegazione in funzione del diverso background formativo.

LA VACCINAZONE PER H1N1 IN LOMBARDIA E LA RISPOSTA PROTETTIVA NEI PAZIENTI HIV+ AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI MALATTIE INFETTIVE DELL' OSPEDALE LUIGI SACCO DI MILANO

Confalonieri Lorena, Pellegrini Michela, Boreggio Gabriella, Castagnoli Laura, Molinari Lara, Bartezzaghi Fausto, Angela Tiraboschi, Bonini Anna, Paoli Cecilia, Carta Genesia e Giovanna Orlando
Dipartimento di Malattie Infettive Ospedale Luigi Sacco, Milano

Le indicazioni nazionali e internazionali per la vaccinazione per anti influenzale 2009-2010 causata dall' H1N1 suggerivano una singola iniezione di vaccino adiuvato per la popolazione di età inferiore a 60 anni, pazienti immuni depressi compresi. Il Ministero della Salute aveva indicato la opportunità di effettuare la vaccinazione dei pazienti HIV positivi presso i Centri clinici di riferimento per non sovraccaricare le ASL che si trovavano a fronteggiare l'emergenza pandemica in concomitanza con la campagna vaccinale stagionale.
Vengono qui riportati i dati globali relativi alla vaccinazione in regione Lombardia con il vaccino monovalente A/California/2009(H1N1) adiuvato con MF59, i risultati ottenuti tra i pazienti HIV positivi vaccinati e i dati relativi all'aspetto organizzativo dell'ambulatorio vaccinale presso il dipartimento di Malattie Infettive dell'Ospedale L Sacco di Milano.
Per quanto riguarda la regione Lombardia nella tabella sottostante sono riportati i dati globali relativi al numero di vaccinazioni al 18 aprile 2010

	Totale
Personale sanitario	35870
Forze dell'ordine e personale non sanitario addetto ai servizi essenziali	6757
Donne in gravidanza	6541
Donne madri < di 6 mesi/ famigliari di malati	1412
Donatori sangue	283
Categorie esenti	101490
da 0 a 17 aa	1714
Totale	154067

Venendo alla esperienza diretta presso il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Ospedale L Sacco di Milano, l'organizzazione di un ambulatorio specificamente dedicato alla vaccinazione ha consentito di vaccinare, nel periodo ottobre-dicembre 2009, 496 pazienti HIV positivi. I pazienti, dopo avere firmato un consenso informato, sono stati registrati in un data base per la notifica della vaccinazione alla Regione, sono stati sottoposti ad un prelievo basale, a vaccinazione e a

sorveglianza post vaccinale per almeno 30 minuti. Gli stessi pazienti sono stati sottoposti ad un secondo prelievo dopo 21 giorni dalla somministrazione del vaccino per poterne valutare l'efficacia. Una sieroconversione (definita come incremento del titolo anticorpale di almeno 4 volte rispetto al valore basale, valutato con test per inibizione dell' emoagglutinazione), verificata solo su 253 dei 496 pazienti vaccinati, era presente in 82,61% dei casi. Globalmente una risposta definita protettiva (test di inibizione dell'emoagglutinazione positivo con un titolo uguale o superiore a 1:40) era presente 92.49% dei pazienti valutati.
Complessivamente l'esperienza della campagna vaccinale presso un dipartimento clinico è stata positiva, con la possibilità di effettuare un numero elevato di vaccinazioni in aggiunta alla normale attività clinica, per la notevole collaborazione da parte del personale medico e infermieristico del Dipartimento.

L'INFLUENZA A/H1N1 NELLA REGIONE CAMPANIA

**C. Maiorino, **F.S. Faella, ***R. Pelella, °C. Esposito, °A. Di Spirito, °°M. Miniero,°°°V. Capobianco e coll. ^, A. Menna,^ R. Gnarini.*
*Direzione Sanitaria A.O.D.Cotugno, ** I Divisione, *** Anest. e Rianimazione, °Serv. Virologia °° UPTSP, °°°S.I.T.
^ SOD

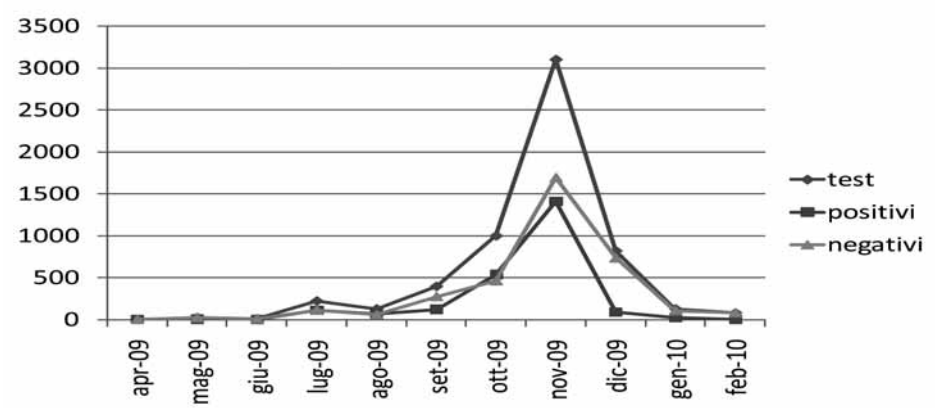
L'influenza H1/N1 è una malattia respiratoria acuta, di natura infettiva, causata da virus influenzali del tipo A. Si caratterizza per l'insorgenza improvvisa e per un corredo di sintomi che comprende tosse, dispnea, febbre e prostrazione
Nelle forme non complicate, la guarigione dall'influenza A è rapida e completa. Altrettanto rapido è l'interessamento dell'apparato respiratorio con manifestazioni patologiche che, nella maggior parte dei casi, regrediscono completamente. Fanno eccezione le forme più gravi dipolmonite acuta, che possono essere mortali.

A.O.D.Cotugno Napoli
Dati epidemiologici influenza A/H1N1 - Regione Campania
Aprile 2009 – Febbraio 2010

Utenti afferiti n° 5728

Mese	Test	Pos.	%	Neg	%
Aprile	3	0	0	3	100
Maggio	25	2	8	23	92
Giugno	11	0	0	11	100
Luglio	222	108	48,64	114	51,36
Agosto	127	67	52,76	60	47,24
Settembre	396	120	30,3	276	69,69
Ottobre	999	536	53,65	463	46,35
Novembre	3103	1411	45,47	1692	54,53
Dicembre	820	85	10,36	735	89,64
Gennaio	12	2	1	10	99
Febbraio	10	0	0	10	100
totale	5728	2331	40,8	3397	59,2

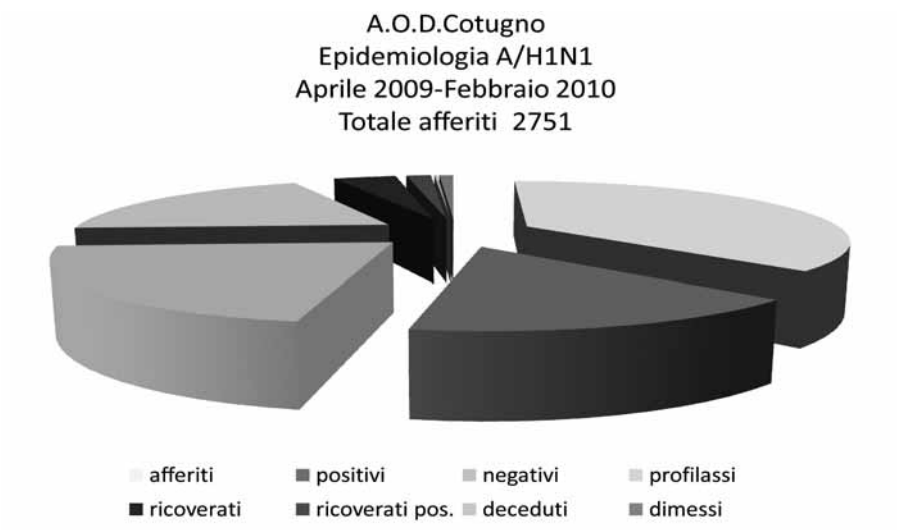
I primi 3 test effettuati il 28-04-09 dopo 3gg dall'allarme OMS
I primi 2 casi positivi il 23-05-09
Dati forniti da UOC Virologia A.O.D.Cotugno. Direttore ff Dott. Ciro Esposito

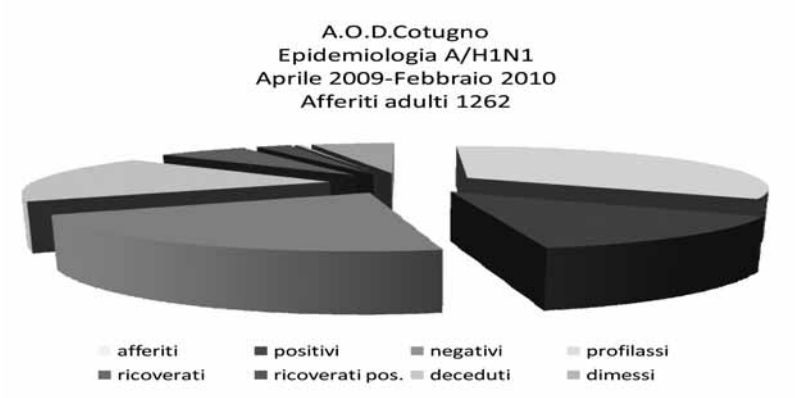


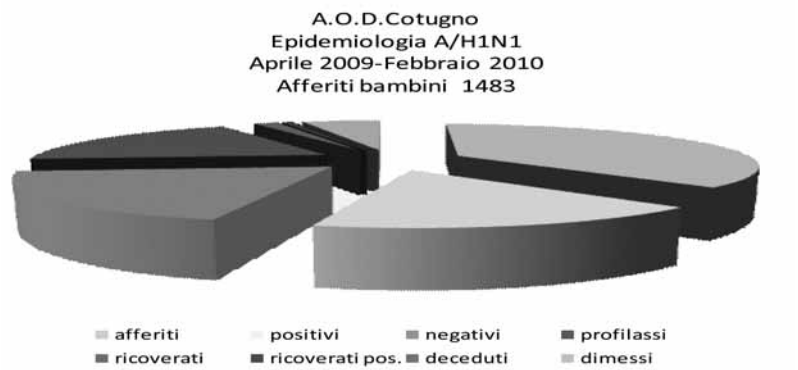
A.O.D.Cotugno
Epidemiologia Influenza A/H1N1
Aprile 2009/febbraio 2010

Utenti totali afferiti all'A.O.D.Cotugno n°2751

	afferiti	Posit.	Negat.	profilassi	ricoverati	Ricoverati positivi	Deceduti Rianim.	Dimessi Rianim.
adulti	1262	516	800	682	228	90	14	7
bambini	1483	664	771	750	66	26	0	0
totale	2751	1180	1571	1432	294	116	14	7



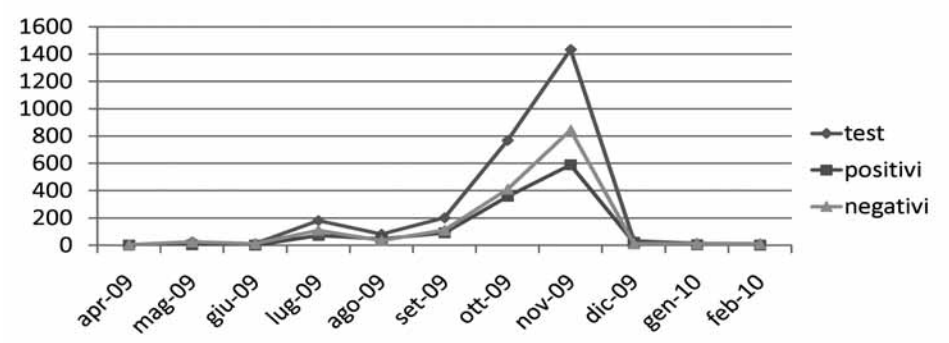




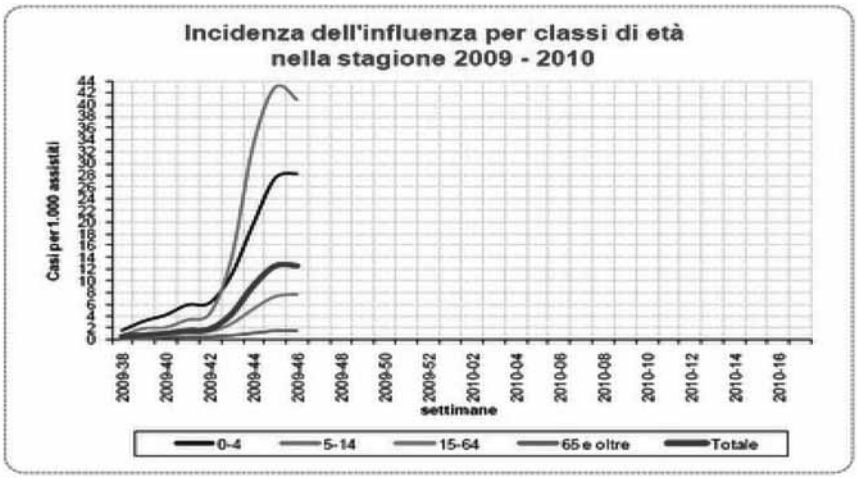
A.O.D.Cotugno
Epidemiologia Influenza A/H1N1
Aprile 2009/febbraio 2010

Utenti totali afferiti all'A.O.D.Cotugno n° 2751 positivi - negativi

Mese	Test	Pos.	%	Neg	%
Aprile	3	0	0	3	100
Maggio	25	2	8	23	92
Giugno	11	0	0	11	100
Luglio	180	72	40,00	108	60,00
Agosto	80	47	58,75	33	41,25
Settembre	200	90	45,00	110	55,00
Ottobre	767	357	46,54	410	47,29
Novembre	1432	589	41,13	843	58,87
Dicembre	31	21	67,34	10	32,26
Gennaio	12	2	1	10	99
Febbraio	10	0	0	10	100
totale	2751	1180	44,89	1571	57,1

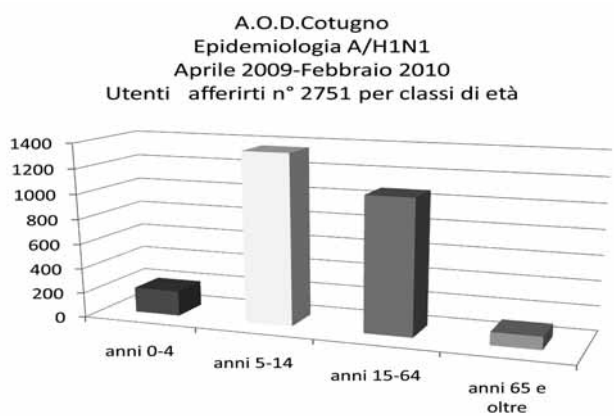


Per quanto riguarda le classi di età riportiamo la tabella elaborata dall'ISS che ha messo a confronto 4 classi di età vs 1000 abitanti in Italia.

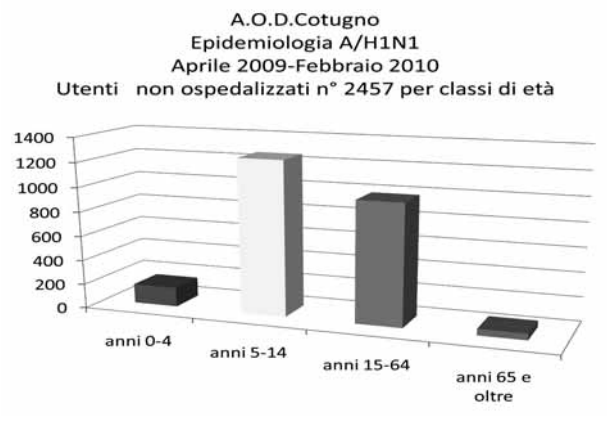


Allo stesso modo abbiamo elaborato istogrammi utilizzando le stesse classi di età vs:

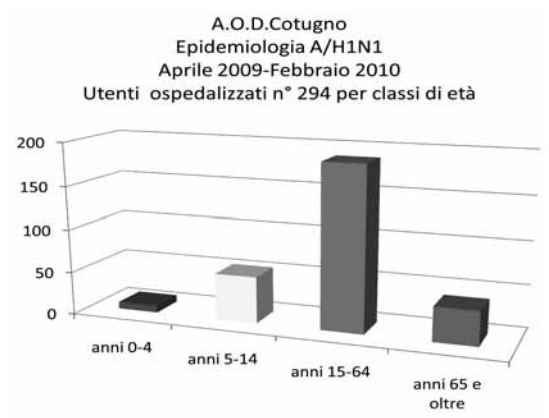
a) n° totale utenti afferiti 2751



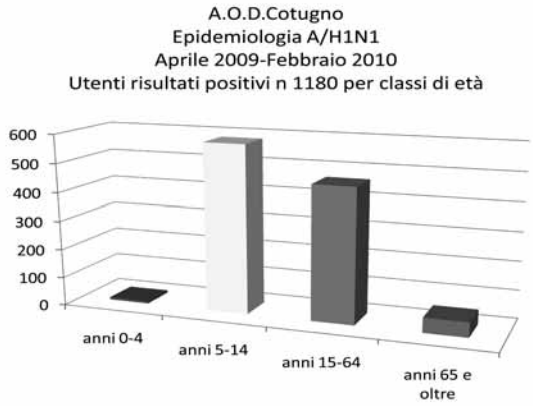
b) n° utenti non ospedalizzati 2457



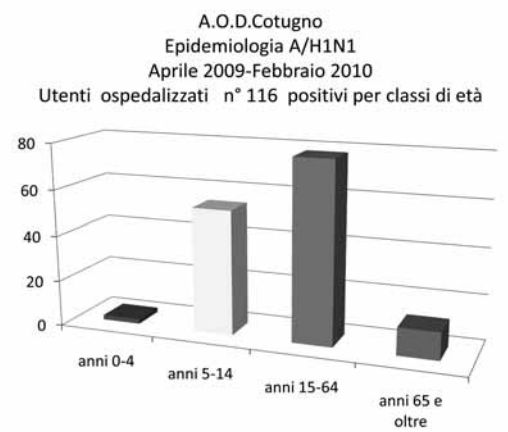
c) n° utenti ospedalizzati 294



d) n° utenti risultati positivi 1180



e) n° utenti ospedalizzati positivi 116



A.O.D.Cotugno Napoli
Personale sottoposto a vaccinazione

• Medici	48 –	50%
• Infermieri	27 –	12%
• OSS	10 –	25%
• Sanitari laureati non medici	2 –	10%
• Ruolo tecnico sanitario	4 –	10%
• Amministrativi	8 –	10%
• Cappellano	2 –	100%
Totali	**101**	

Dati forniti dal Servizio UPTSP : Responsabile Dott M.Miniero

Servizio Ospedalizzazione Domiciliare

Pazienti HIV+ in ospedalizzazione domiciliare
sottoposti a vaccinazione per influenza A/H1N1

Casa Famiglia Raucci Pazienti 8/8
Casa famiglia Riario Pazienti 4/4
Ospedalizzati proprio domicilio 15/16

In seguito al riscontro di un caso di positività A/H1N1 in due pazienti (uno in Casa famiglia Riario Sforza, l'altro in Casa famiglia Raucci), già sottoposti a vaccinazione presso questo Servizio insieme a tutti gli altri pazienti residenti presso le due case alloggio in data 5/11/09, presumendo che non si fosse ancora instaurata una protezione immunitaria adeguata, è stata proposta ed accettata ,con consenso informato, la profilassi a tutti i residenti , pazienti ed operatori, delle due Case alloggio.

A.O. D. Cotugno Napoli

Pazienti afferiti in gravi condizioni cliniche
e ricoverati presso il Servizio Di Rianimazione

n°.	paziente	età	esito	ingresso	uscita	diagnosi
1	D.G	52	exitus	01/09/09	04/09/09	I.R.A. in obeso. Sepsi da staf. Aureus B.P. A/H1N1
2	SG	76	exitus	10/09/09	13/09/09	I.R.A. - B.P. Diabete miocardiopatia dil. A/H1N1
3	BM	79	Trasferito	24/09/09	25/09/09	K polm. e metastasi cerebrale Polmonite .A/H1N1
4	CD	31	Trasferito	21/10/09	27/10/09	Polmonite. Infl. A/H1N1 post parto
5	BP	54	Trasferito	24/10/09	08/11/09	Influenza A/H1N1
6	ER	33	Exitus	26/10/09	16/11/09	Insuff. resp. A/H1N1- obesità
7	PC	56	Exitus	27/10/09	27/10/09	Ins. Resp. Severa in paz. Nefropatico. Polm. bilat. Virus A/H1N1
8	BS	43	Exitus	27/10/09	02/11/09	Insuff. cardio resp.- grave broncopneumopatia bilat.Infl. A/H1N1
9	CM	50	Exitus	27/10/09	29/10/09	Insuf. Resp. A/H1N1 diabetico, obeso, BPCO preg.-cardiopatia post ischem.
10	EF	65	Exitus	28/10/09	28/10/09	Insuf. Resp. Broncopneumopatia bilat. Inf. A/H1N1 candida albicans cachessia
11	CE	73	Exitus	28/10/09	29/10/09	Insuf. Resp. Polm. Interstiz. A/H1N1 BPCO. Ipertensione arteriosa.
12	MT	19	Trasferito	29/10/09	30/10/09	Infl. Virus A/H1N1
13	LM	53	Exitus	31/10/09	03/01/10	Insuf. Resp. Broncopneumopatia bilat. sepsi M.O.F. infl. A/H1N1
14	DS	19	Trasferito	31/10/09	19/01/10	Polmonite bilat. Insuf.Resp. A/H1N1 .Epilessia
15	GF	52	Exitus	01/11/09	15/12/09	Insuf. Resp. B.Pneumopatia bilat. Sepsi e M.O.F. infl. A/H1N1
16	IP	53	Exitus	02/11/09	18/11/09	Insuf. Resp. Polm. Bilaterale Obesità –Ipertensione –e-infl. A/H1N1
17	AE	52	Trasferito	08/11/09	09/11/09	B.Polm. in inf. A/H1N1 diabete mellito ipert. arteriosa
18	PR	24	Trasferito	07/11/09	09/11/09	Insuf, resp. in paz. Infl. A/H1N1
19	SE	30	Exitus	09/11/09	18/11/09	Insuf. Resp. Broncopolm. bilat. Inf. A/H1N1 retino blastoma occhio sx .Deficit psico-intellettivo
20	LL	46	Exitus	10/11/09	19/11/09	Insuf. Resp. in paz. Meningoencefalite a liquor limpido inf. A/H1N1
21	LG	22	Exitus	12/12/09	12/12/09	Insuf. Resp. in paz. Epatite acuta pregressa. Polmonite A/H1N1

L’attento esame delle diagnosi porta alle seguenti osservazioni:

21	pazienti ricoverati in gravissime condizioni
3/21	pazienti con più di 65 anni (età media 74,5)
18/14	pazienti nella fascia di età 15/64 (età media 46,5)
20/21	pazienti con comorbilità importanti (neoplastiche,cardiache,metaboliche,renali,etc)
14	pazienti deceduti
1/14	Paziente,senza evidenti comorbilità di base, di anni 46 deceduto per complicanze da Influenza A/H1N1 e ,nello specifico, per grave insufficienza respiratoria e meningoencefalite .
7	pazienti dimessi

Sessione tematica:
Gestione del paziente immunocompromesso

L'INSOSTENIBILE LEGGEREZZA DELL'ESSERE

Anna Rita Dionisi, Emanuela Nicoletti, Sabrina Candolfi
U.O.C. di Malattie Infettive, Ospedale Belcolle, Viterbo

Introduzione

All'incremento dell'obesità nella popolazione mondiale, non sempre corrisponde l'adeguatezza delle strutture sanitarie nell'assistenza di questi individui, spesso derivante da carenza di presidi e di personale sanitario. In particolare gli infermieri si trovano spesso di fronte a difficoltà di tipo tecnico, assistenziale e psicologico che non trovano soluzioni immediate.
Descriviamo il caso di una grande obesa ricoverata per meningite acuta batterica il cui decorso, nonostante l'esito favorevole, ha messo in evidenza tali difficoltà.

Caso clinico

Ad aprile 2009 una donna di 40 anni, con peso di circa 237 Kg, viene trasportata in Pronto Soccorso con febbre, cefalea, vomito e stato di agitazione psicomotoria. L'ipotesi diagnostica è di meningite batterica. Inizialmente viene ricoverata in rianimazione per grave insufficienza respiratoria: i tentativi di rachicentesi sono infruttuosi, la movimentazione ed il posizionamento a letto richiede l'impiego di otto unità del personale. Dopo 6 giorni la paziente viene trasferita presso il nostro Reparto dove, nonostante il decorso favorevole, si sono presentate difficoltà gestionali superiori a quelle abituali. Le cure igieniche, la gestione dei cateteri, dei prelievi hanno richiesto l'impegno di un numero superiore di infermieri e tempi più prolungati. Di alcuni presidi (per es. la padella, il letto standard di degenza) era impossibile l'utilizzo, creando spesso imbarazzo tra operatore e paziente. Inoltre una caduta accidentale dal letto ha creato ulteriori disagi e richiesto l'apporto di presidi di difficile reperimento.

Conclusioni

Le soluzioni ai problemi posti da pazienti con grande obesità necessitano di preparazione, strutture, e presidi specifici a disposizione del personale sanitario per garantire una assistenza adeguata da parte del sistema sanitario.

IL MATERIALE "MONOPAZIENTE": UTILIZZO NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

Balzer Andrea
A.O. Ospedale Civile di Legnano

Il comportamento degli operatori sanitari rispetto alle misure da adottare durante l'attività assistenziale è di fondamentale importanza per prevenire o limitare i rischi di esposizione a patogeni trasmissibili.
Il rischio derivante dall'esposizione ad agenti biologici costituisce un fenomeno di interesse emergente anche a causa della comparsa di nuove modalità di infezione e per il "riemergere" di patologie infettive .
L'introduzione nella pratica assistenziale di materiale "monopaziente" rappresenta uno strumento per garantire la tutela sia del paziente che degli operatori con lo scopo di innalzare la qualità dell'assistenza, razionalizzare gli interventi sanitari e contenere i costi.
Il rischio di una contaminazione incrociata di pazienti e personale sanitario tramite oggetti apparentemente innocui può avvenire per esempio con l'utilizzo dei bracciali riutilizzabili per la misurazione della pressione arteriosa che possono trasmettere batteri come Klebsiella pneumoniae, Scabbia norvegese, Staphylococcus aureus e miceti.
Questi sono tutti microrganismi altamente patogeni con elevate resistenze; i seri rischi per la salute di pazienti sono sempre maggiori in ambiti ospedalieri dove per esempio i bracciali per la rilevazione della pressione sono considerati da tutti veicoli di infezione, ma il problema rimane di difficile soluzione.
All'interno di un reparto, sempre più spesso si trovano strumenti di monitoraggio di case produttrici diverse o sfigmomanometri che adottano bracciali riutilizzabili propri, di difficile pulizia o di difficile garanzia di totale disinfezione.
Anche se la soluzione potrebbe essere quella di munirsi di monitor tutti uguali all'interno dello stesso reparto, sarebbe sempre impossibile eseguire misurazioni della pressione al paziente in posti diversi (sale operatorie, raggi X o altri contesti).
Un possibile superamento di questo gap è la standardizzazione degli attacchi dei bracciali che permette l'utilizzo di un unico bracciale in tutti i setting assistenziali.
Infatti i sistemi presenti per la rilevazione della pressione arteriosa potranno essere convertiti con un singolo attacco ad aggancio rapido dove l'adattamento con i sistemi presenti in ospedale dovrà prevedere solo l'aggiunta di un tubo compatibile con il monitor presente, e terminerà in modo univoco.
Si verrà a creare così un "percorso paziente" tutelato contro le infezioni, per esempio già dall'ingresso del paziente in pronto soccorso .
L'utilizzo nella pratica assistenziale di questo dispositivo monopaziente (Welch Allyn FlexiPort™) potrà ridurre i rischi delle infezioni crociate in tutte le aree dell'ospedale poichè lo stesso bracciale verrà utilizzato con apparecchi diversi e non con pazienti diversi.

IMPLICAZIONI ASSISTENZIALI NEL PAZIENTE SIEROPOSITIVO SOTTOPOSTO A CHEMIOTERAPIA

Rosanna Izzo
VII Divisione HIV/AIDS (Donne), A.O. D. Cotugno, Napoli
hanno collaborato M. D'abbraccio M. Figoni, V. De Falco A. Mongirulli, G. Tarantino, M. Tamburino.

Introduzione

I successi terapeutici della terapia HAART hanno migliorato la qualità di vita delle persone sieropositive e abbassato la mortalità. Questo però ha fatto si che aumentasse il tasso di incidenza della patologia neoplastica in questi soggetti.
L'infermiere si ritrova sempre più frequentemente in una dimensione assistenziale complessa costituita da molteplici elementi , quali coinvolgimento emotivo del soggetto, il rispetto delle procedure e dei protocolli il contesto in cui opera.

Obiettivi

- Identificare le problematiche del paziente sieropositivo oncologico,
- Elaborare un progetto di miglioramento assistenziale,
- Sviluppare competenze tecnico professionali, come offerta alla domanda dell'utente, attivando strategie assistenziali idonee per ogni caso clinico.
- Addestramento del personale Infermieristico finalizzato a ridurre i rischi di infezione correlati alla somministrazione di antiblastici

Materiale e Metodi

- Questionari (Monitorare i risultati dei processi assistenziali)
- Osservazione diretta
- Applicazione della mappa concettuale
- Valutare la qualità percepita del cliente (custom satisfaction)

Risultati Attesi

- Ridurre ansie e tensioni del paziente sieropositivo oncologico ricoverato,
- Migliorare il processo assistenziale attraverso la formazione del personale Infermieristico
- Ridurre il trasferimento di batteri e la riduzione dei fattori di rischio, che possono determinare la formazione di germi multi-resistenti.

Conclusioni

La gestione dei pazienti sieropositivi oncologici richiede un'assistenza molto qualificata da parte del personale sanitario, che deve essere supportata dalle innovazioni fornite dalla ricerca. Il ruolo chiave dell'infermiere è:

- individuare i fattori di rischio,
- analizzare la domanda di salute dell'utente nella sua individualità,
- esser in grado di fornire una risposta assistenziale tempestiva, competente, ed efficace.

TRAPIANTO EPATICO IN PAZIENTE CON INFEZIONE DA HIV

Magnani Carlo
U.O. Malattie Infettive, A.O. Ospedale Civile di Legnanoù

Si vuole portare a conoscenza un caso clinico di una paziente con infezione da HIV e concomitante patologia epatica ad eziopatogenesi multifattoriale, sottoposta a febbraio 2009 a trapianto epatico orto topico presso il centro di riferimento per il Nord-Italia di Udine .

- **Racconto anamnestico:**

Paziente di sesso femminile, anno di nascita 1960, nota per **infezione da HIV dal 1985.** In anamnesi patologica remota riferita **pancreatopatia cronica (fin dall'adolescenza)**.
Ha assunto per brevi periodi una terapia antiretrovirale NON altamente attiva (**mai IP o NNRTI**) e sempre con aderenza subottimale pur se puntuale ai controlli. In anamnesi periodi di depressione per la quale fu sottoposta anche a cure specialistiche psichiatriche con stabilizzatori dell'umore e sali di litio per "cefalea cronica".
Nel 1997 effettua controlli per **riscontro di alterazione degli indici epatici ai quali risulta una**
concomitante infezione da HCV con segni di pregressa infezione da HBV (HBsAg neg, cAb +). **Viene sottoposta a biopsia epatica, alla quale emerge il dato di <u>ECA moderata da HCV</u> (1997).**
Dal 1998 al 2001 viene seguita con continuità presso altro centro specialistico e assume terapia antiretrovirale con ZDV e 3Tc con regolarità (sempre senza mai accettare di sottoporsi a terapia HAART) ed efficacia (viremia comunque soppressa e livelli CD4 ottimali)
Nel 2001 decide di sospendere TARV, pur sottopondendosi a controlli regolari.
In aprile 2004 giunge per la prima volta alla nostra osservazione per peggioramento della funzione epatocitaria e viene ricoverata per accertamenti e approfondimenti:
Si rilevano
- Segni importanti di sofferenza cronica bilio-pancreatica, colelitiasi,
- Presenza di immunocomplessi circolanti positivi a titolo elevato ma senza positività autoanticorpali.

Maggio 2004: ristadiazione istopatologica mediante biopsia epatica alla quale emerge un q**uadro compatibile con "cirrosi epatica con componente col estatica, con alcune caratteristiche tipiche di una epatopatia a genesi autoimmune"**
I livelli di CD4 sono pari a 146 (6%) con HIVRNA in deciso incremento motivo per cui si decide di proporre una HAART che la paziente decide questa volta di accettare; a tale cura si propone introduzione di UDCA.
La scelta terapeutica di utilizzare tenofovir+lamivudina+nelfinavir (quest'ultimo a dosaggio ridotto del 40% sulla base di un TDM effettuato) viene condivisa con la

paziente che però, dopo soli 2 mesi, e nonostante il dosaggio ridotto, sospende nelfinavir per “intolleranza soggettiva” e rifiuta ogni proposta di assumere un terzo farmaco, convinta della efficacia (anche in relazione alla sua propria precedente esperienza) di una duplice terapia nel caso specifico (!).
Nel mese di Ottobre 2004 la paziente viene ritrovata in netto miglioramento sotto tutti i profili, con
indici di funzionalità epatica pressoché normali stadio A6 secondo la classificazione CPT(per modesto allungamento del PT). I livelli CD4 superano in quel periodo i 1000/mmc (20%).

In aprile 2005 la paziente parte per un prolungato viaggio-soggiorno in Thailandia e India, che in qualche modo risulterà per lei deleterio sotto il profilo della patologia in quanto, dopo temporanea autosospensione di ogni terapia, si assiste a rapido deterioramento della funzione epatica e caduta dei livelli CD4+ quasi fino a valori pre-terapia.
Nel Dicembre 2005 viene ricoverata presso la nostra U.O. in grave e prolungato (7 giorni) stato di **coma epatico iperammoniemico,** con transaminasi > 1000 UI/ml, complicanza respiratoria (polmonite) e iniziale stato settico.
Durante il ricovero viene sottoposta a terapia intensiva, emoderivati, supporti e nutrizione parenterale, con aggiunta, per un breve intervallo di tempo (13 giorni in tutto) anche di una terapia
steroidea, alla quale si apprezza risposta decisa e la paziente, al risveglio dal coma e in progressiva
ripresa, viene nuovamente sottoposta a stadiazione per HIV e concomitanti patologie ad azione
epatolesiva.
Si osserva in particolare:
HCVRNA a titolo elevato, genotipo 1b, HBsAg positivo al cut-off (con HBVDNA positivo ad alto titolo), HIVRNA circa 100000 copie/ml,CD4 470/mmc (13%). La paziente accetta definitivamente la terapia antiretrovirale, che si riprende con tenofovir ed emtricitabina.
Al controllo ambulatoriale di Marzo 2006 si è di fronte ad una paziente sieropositiva per HIV, 46 anni, affetta da cirrosi epatica post-virale C, HBVDNA soppresso e HBsAg al cut off, in stadio **CPT B8, HIVRNA 11.000 cp/ml, CD4 560/mmc (15%), asintomatica.** (nel frattempo una EGDS aveva escluso anche la presenza di varici esofagee).

Nell’ Aprile 2006: finalmente con una migliore compliance dopo i recenti eventi, la disponibilità e il buon sostegno da parte della famiglia, accetta di sottoporsi a iter clinico-strumentale per possibile **candidatura a trapianto epatico**, che viene completato nel luglio successivo. Nel frattempo la paziente perde definitivamente la positività per HBsAg; completato il percorso diagnostico e in assenza di controindicazioni maggiori, viene inviata al colloquio preliminare per accedere alla lista di attesa sperimentale per trapianto epatico, attiva presso l’ospedale di Udine, dove i colleghi optano per un breve ricovero (dicembre 2006). Ritorna alla nostra osservazione per follow up, e vista la precocità dello stadio clinico e il discreto compenso, non viene posta in lista d’attesa per trapianto ma in monitoraggio.

Tutto ben sostanzialmente fino al settembre 2009, epoca in cui inizia a manifestare sintomi di interessamento respiratorio con dispnea da sforzo, fatigue, non febbre, ma con riduzione del performance status e sensazione di malessere. Dopo alcuni accertamenti ambulatoriali**, in ottobre 2008** viene ricoverata presso la nostra U.O. per dispnea ingravescente e dimessa dopo un paio di settimane circa con diagnosi di **"sindrome epato-polmonare".**
Alla luce di tale diagnosi la paziente viene rivalutata per il **trapianto epatico e posta in lista di attesa prioritaria e operata in data 9 febbraio 2009.**
Dimessa circa un mese dopo senza grosse complicazioni, pur ancora in ossigenoterapia continua, subì diverse modifiche alla terapia immunosoppressiva e alle terapie antretrovirali per varie complicazioni quali un diabete iatrogeno da tacrolimus, una compromissione renale da ciclosporina, con pesanti interazioni farmacologiche tra immunosoppressori e inibitori della proteasi.
Solo nell'estate 2009 riesce ad abbandonare l'ossigenoterapia, dopo aver raggiunto un buon compenso respiratorio, la terapia antiretrovirale in corso va a regime, HIVRNA è soppresso e si osserva anche un certo recupero dal punto di vista immunitario.
Dopo alcune settimane di osservazione per una tendenza a rialzo di transaminasi, la paziente **veniva ristudiata mediante agobiopsia epatica per escludere un possibile rigetto. La conclusione diagnostica fu di "riattivazione di malattia da HCV, motivo per cui le fu proposto di iniziare una terapia a base di IFN e ribavirina (dicembre 2009).**
Tale terapia, modificata nei dosaggi, è attualmente ancora in corso e con risultati più che discreti, vista la raggiunta normalità dei livelli transaminasi, con HCVRNA (real-time PCR) a 68 cp/ml dopo 16 settimane di terapia. Tale terapia è stata integrata nell'ultimo mese con fattori di crescita per globuli rossi e leucociti, ben tollerati.

PREVALENZA DELL'INFEZIONE DA VIRUS EPATICO C E CORRELATI CLINICI IN UNA POPOLAZIONE DI TOSSICODIPENDENTI AFFERENTE AI SER.T.

Staltari O[a], Caroleo B[a], Mellace V[b], Montesano F[b], Grande B[c], Audino MG[c], Cristiano F[a], Guadagnino V[a].
[a]Cattedra di Malattie Infettive, Università degli Studi di Catanzaro
[b]U.O.C. Ser.T. di Soverato
[c]U.O. Ser.T. di Catanzaro

Introduzione L'infezione da virus epatitico C (HCV) è oggi la causa più frequente di malattia cronica del fegato, di cirrosi ed epatocarcinoma in tutto il mondo occidentale Tra le modalità di trasmissione del contagio dimostrate e sospettate le più frequenti sono la tossicodipendenza, i trattamenti estetici e le cause nosocomiali.
L'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa e le abitudini tossicomaniche ad esso correlate costituiscono importanti modalità di propagazione del virus rappresentando una delle principali vie di trasmissione dell'epatite C nella popolazione tra i 15 ed i 44 anni.
Il rischio di infezione da HCV, correlato allo scambio di aghi e siringhe o degli strumenti necessari per la preparazione e la somministrazione della droga, aumenta parallelamente con la durata della tossicodipendenza.
Scopo di questo studio è verificare la prevalenza dell'infezione cronica da HCV, i fattori di rischio e la condizione di epatopatia in una popolazione di tossicodipendenti afferenti presso 2 servizi per le tossicodipendenze calabresi (U.O.C. Ser.T. di Soverato; U.O. Ser.T. di Catanzaro), in rapporto anche alle coesistenti infezioni da HBV ed HIV, alle condizioni di etilismo e di "poly-drug abuse".

Metodi e risultati Tra il settembre 2009 ed il gennaio 2010 sono stati arruolati 354 soggetti afferenti presso due Ser.T. calabresi (U.O.C. Ser.T. di Soverato; U.O. Ser.T. di Catanzaro), 328 maschi e 26 femmine (rapporto M/F 12,6). L'età media della popolazione studiata è di anni 33 (range 17-63) [Fig.1]. Allo start-point i soggetti riferivano, all'anamnesi tossicologica, di aver avuto le prime esperienze con le sostanze d'abuso ad un'età media risultata di anni 19 $\pm$ 6 (range 13-34); la durata media della loro storia di tossicodipendenza era 7.5 $\pm$ 4 anni. Dei 354 soggetti 102 riferivano anche abitudine al potus (28.8%), mentre 65 soggetti (18.3%), per la contemporanea assunzione di eroina, cocaina ed alcool potevano essere considerati "poly-drug-abusers"; i cannabinoidi erano utilizzati da 292 soggetti (82,4%). Non è stato possibile suddividere tutta la popolazione studiata per attività lavorativa e scolarità, poiché tali dati non risultavano aggiornati dalle schede cliniche o per scarsa collaborazione dei soggetti alla raccolta dati. Tuttavia si è rilevato che 230 soggetti (65%) non avevano avuto possibilità di impiego lavorativo, 78 (22%) avevano un lavoro saltuario, 28 (7.8%) dichiaravano occupazione regolare. Riguardo la scolarità la maggior parte dei soggetti riferiva di aver conseguito la licenza media inferiore È stata valutata nei soggetti esaminati la prevalenza di anti-HCV, HbsAg, anti-HIV e dei marcatori

di pregressa infezione HBV. La funzionalità epatica è stata valutata con il dosaggio delle transaminasi (AST, ALT), gammaGT, bilirubinemia, albuminemia, attività protrombinica. Sono stati valutati i fattori di rischio per l'infezione da HCV attraverso i parametri: sesso, età, istruzione, attività lavorativa (disoccupati – stabili), storia di tossicodipendenza (maggiore o minore di 5 anni), coinfezione con HIV, positività per marcatori di HBV. Le alterazioni degli indici bioumorali di epatopatia sono stati studiati in rapporto alla positività per Anti-HCV, considerando le eventuali condizioni associate di etilismo e di "poly-drug abuse".

Le caratteristiche sierologiche per i virus nel campione esaminato sono sintetizzate nella tabella 1. L'antiHCV è risultato positivo in 99 soggetti (33.7%); fra questi 3 pazienti sono risultati positivi per HbsAg, 6 per antiHIV; anticorpi antiHBs erano presenti in 59 soggetti; anticorpi HBsAb/HBcAb in 13; anticorpi Anti-HBc in 17. Nel gruppo dei 194 soggetti antiHCV-negativi non erano presenti pazienti HbsAg+ e HIV+; anticorpi antiHBs erano presenti in 140 soggetti; anticorpi HBsAb/HBcAb IgG in 1. Nel gruppo degli antiHCV-positivi nessun utente presentava una coinfezione HCV-HbsAg-HIV; 6 pazienti del gruppo degli antiHCV positivi presentava coinfezione HCV-HIV.

Nella distribuzione per età la classe di età dell'utenza positiva per anti-HCV maggiormente rappresentata è quella 40-44 anni. [Fig. 2].

Le caratteristiche sierologiche dei soggetti positivi per anti-HCV sono sintetizzate nella tabella2.

Per lo studio dei fattori di rischio per l'infezione da HCV sono state considerate le variabili: sesso, età (maggiore o minore di 30 anni), livello di istruzione (basso-alto), condizione lavorativa (disoccupato-stabile), storia di tossicodipendenza (maggiore o minore di 5 anni), coinfezione con HIV, presenza di marcatori di HBV. L'incompletezza di dati non ha consentito una valutazione complessiva, tuttavia nei soggetti testati per HCV (N=293) la positività sembrerebbe correlare con età superiore a 30 anni e storia di tossicodipendenza superiore a 5 anni.

La condizione della funzione epatica in rapporto alla positività all'HCV ha mostrato una maggiore frequenza di alterazione degli indici bioumorali di malattia nel gruppo degli antiHCV-positivi rispetto ai negativi. I parametri più frequentemente alterati sono risultati le ALT, le AST e la GammaGT. L'ipertransaminasemia è stata valutata inoltre sia nei soggetti HCV+ che in quelli HCV- in rapporto con altri fattori: etilismo, condizione di "poly-drug abuser", markers di HBV e positività all'HIV. In tutti e due i gruppi la presenza di etilismo sembrerebbe associarsi con l'ipertransaminasemia e con malattia epatica evoluta.

Conclusioni Lo studio condotto ha dei limiti secondari al fatto che dei 354 soggetti transitati al servizio tossicodipendenze e arruolati solo 272 hanno accettato di sottoporsi agli screening virologici (HBV, HCV, HIV) e bioumorali e ad una precisa raccolta dei dati anamnestici. Non sono stati sottoposti a test Anti-HCV 61 soggetti; non sono stati sottoposti a test HBV 81 soggetti; 82 soggetti non hanno accettato di sottoporsi a test Anti-HIV. Tuttavia la casistica è sufficientemente

ampia per poter confermare il dato già ampiamente rappresentato in letteratura, cioè l'elevata prevalenza nei tossicodipendenti di positività per l'HCV, che nel nostro gruppo è di 33.7% (99/293), attestandosi su livelli medio-alti. Lo studio dei marcatori dell'HBV ha dimostrato presenza di pregresse infezioni (N° 18 Anti-core Positivi:) a fronte di solo 3 soggetti positivi per l'HbsAg di età rispettivamente: 43 anni (2); 36 anni. Relativamente bassa la prevalenza dell'HIV (6/272) nei soggetti sottoposti al test. Lo studio dei fattori di rischio per l'infezione da HCV ha riscontrato una condizione positiva nell'età > 40 anni, la condizione lavorativa di disoccupati, una storia di tossicodipendenza di oltre 5 anni.

Per quanto riguarda la funzionalità epatica solo un modesto numero di soggetti ha presentato alterazione di bilirubinemia, albuminemia e attività protrombinica. Una considerevole percentuale di pazienti ha invece presentato elevati valori di transaminasi e di gammaGT. Nel confronto tra i soggetti HCV-positivi e quelli HCV-negativi le transaminasi e la gammaGT sono significativamente più elevate nel gruppo dei pazienti HCV+ rispetto ai negativi. Ciò potrebbe indicare nel virus dell'epatite C la principale causa di ipertransaminasemia nel tossicodipendente. Tuttavia in considerazione della percentuale di soggetti HCV+ con transaminasi normali e la contemporanea presenza di soggetti HCV- con transaminasi al di sopra della norma, nei limiti dei dati disponibili, è stata valutata l'ipertransaminasemia in rapporto ad altri possibili fattori di rischio, identificando l'abitudine al potus e la condizione di "poly-drug abuser" come possibili cause.

Dall'analisi dei nostri risultati possiamo affermare che: l'esposizione ai virus epatitici HBV e HCV nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffusa rispetto all'infezione da HIV; l'HCV è l'infezione più frequente nel tossicodipendente. Relativamente alla diffusione del virus dell'epatite virale C allo stato attuale abbiamo riscontrato un basso utilizzo del test per HCV soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi per le tossicodipendenze ma anche un'esigua pratica nella verifica dell'esistenza dello stato viremico per HCV nei soggetti positivi.

Figura 1. Distribuzione percentuale per età dei 354 pazienti arruolati

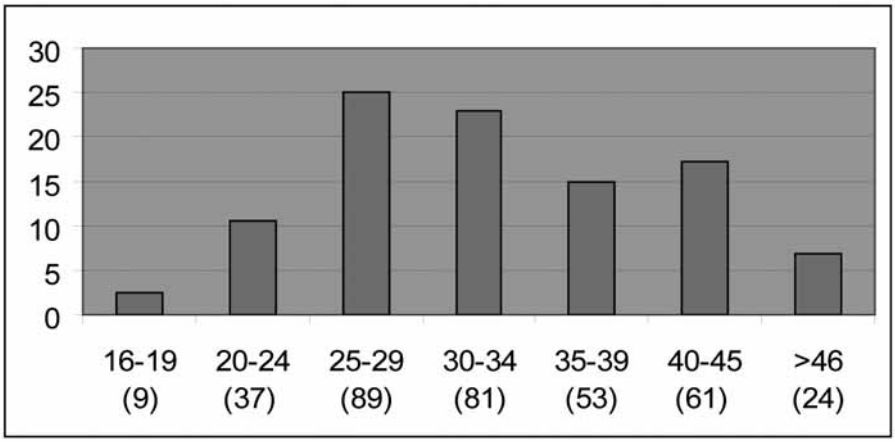


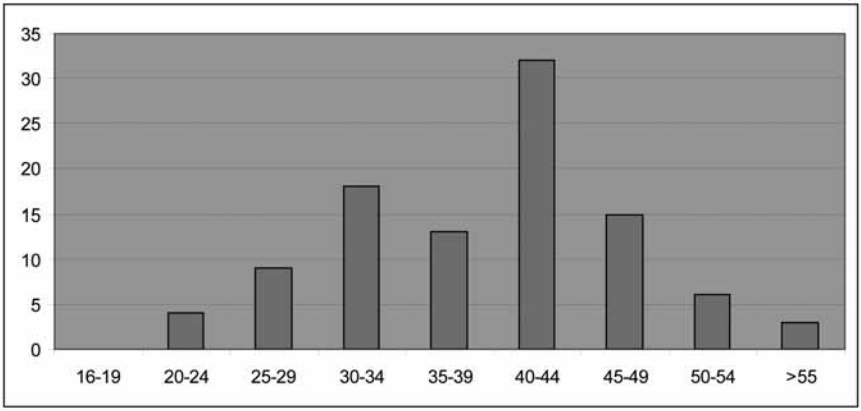
Tabella 1. Caratteristiche sierologiche dei 354 soggetti arruolati.

	Anti-HCV	HBsAg	HBcAb IgG	Anti-HIV
Positivi	99	3	18	6
Negativi	194	270	252	266
Test non effettuati	61	81	81	82

Tabella 2. Caratteristiche sierologiche dei soggetti positivi per Anti-HCV

	Anti-HCV +	Anti-HCV+/ HBsAg +	AntiHCV+/ AntiHIV +	AntiHCV+/ HBcAb IgG+
HCV- RNA Positivo	45	2	3	8
HCV- RNA Negativo	41	1	1	4
HCV-RNA non noto	13	0	2	5
Totale	99	3	6	17

Figura 2. Distribuzione percentuale dell'utenza positiva al test anti-HCV per classi di età.



ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA UO MALATTIE INFETTIVE E DIPARTIMENTO DIPENDENZE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE CON PATOLOGIA INFETTIVA.

Marco Poli, Jacopo Brazzini, Alessandra Poggi, Lia Bacchi, Lucia Lascialfari
UO Malattie Infettive, Dipartimento Dipendenze - Azienda Sanitaria di Firenze

L'abuso di sostanze iniettive è strettamente correlato alla probabilità di contrarre malattie infettive, quali l'infezione da HIV, l'epatite C, l'epatite B; conseguentemente la popolazione tossicodipendente rappresenta un serbatoio ad alta prevalenza d'infezione. Negli ultimi anni, a fronte di un aumento progressivo del numero dei pazienti seguiti (4739 nel 2008) nei 10 presidi Ser.T dell'Azienda Sanitaria di Firenze, si assiste ad una riduzione del numero dei pazienti tossicodipendenti che afferiscono alle strutture dell'UO di Malattie Infettive. L'analisi della popolazione tossicodipendente seguita nei Ser.T ha evidenziato una riduzione della percentuale di pazienti in cui è stata effettuata la ricerca dei marcatori di infezione: per HIV nel 21,7% (con positività al test del 20%), per HBV nel 45,8% (con vaccinazione nel 20,4%), per HCV nel 46,2%(con una positività dell'81,2%). Per affrontare questo problema è stato elaborato un progetto: "Ambulatorio itinerante" con obiettivo generale di migliorare la diagnostica e la gestione delle patologie infettive nel tossicodipendente. Il progetto si articola in 3 fasi:

- Prima fase :aggiornamento su patologie emergenti (HIV, HBV, HCV) nell'ambito di incontri - dibattiti strutturati come corso di aggiornamento
- Seconda fase: parte centrale del progetto, effettuata come "Giornata di incontro " sulle patologie infettive all'interno di ciascun Ser.T. , con coinvolgimento attivo degli operatori che distribuiscono materiale informativo e "preparano" i pazienti all'evento e con coinvolgimento degli operatori di Malattie Infettive (medico e infermiere) che svolgono attività di counselling, di informazione sulle patologie e sugli scopi e finalità dei programmi terapeutici; vengono effettuati esami ematici di screening (HIV, HBV, HCV) ed esami di controllo in pazienti con positività nota. Dal mese di settembre sono state effettuate sette giornate di "ambulatorio itinerante" con alto interesse ed elevata partecipazione da parte dei pazienti; hanno richiesto counselling ed informazioni il 42% dei pazienti afferenti al Ser.T ed effettuato prelievo ematico il 38%.
- La terza fase del progetto segue in ogni Ser.T la giornata di incontro ed è costituita dalla collaborazione operativa tra le due strutture sanitarie nella gestione dei pazienti adattando il percorso clinico terapeutico alle necessità del paziente e garantendo un monitoraggio continuo del processo.

Sessione tematica:
Epidemiologia e prevenzione
delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali

GESTIONE DEGLI ISOLAMENTI IN AMBITO OSPEDALIERO

Gestione delle differenti tipologie di isolamenti

II° Divisione di Malattie Infettive – Dipartimento di Malattie Infettive, Ospedale L Sacco- Azienda Ospedaliera, Polo Universitario. Milano

Introduzione:

Negli ultimi anni nei nostri reparti ci si è trovati a gestire pazienti con patologie che richiedevano isolamenti di diversa natura. Da tutto ciò ne consegue che, tutti gli operatori sanitari devono usare routinariamente idonee misure di precauzione per i pazienti e per se stessi.

L'esigenza di aggiornare i protocolli già esistenti in reparto, è nata dal fatto che ultimamente il turn-over degli infermieri è aumentato, quindi la formazione degli stessi è diventata una priorità. Queste precauzioni fanno parte della normativa vigente. Tuttavia, recentemente sono state sottoposte da parte dei CDC di Atlanta ad aggiornamento che ne estende la validità.

Gli scopi principali per cui il CDC ha aggiornato le precedenti linee guida sono i seguenti:

- ✓ migliorare la validità epidemiologica
- ✓ garantire una protezione dalle infezioni trasmissibili attraverso aria, goccioline o contatto
- ✓ semplificare l'uso delle procedure
- ✓ operare una corretta separazione fra sistemi di controllo e sistemi di isolamento dell'infezione

Gli ambiti di precauzione contemplano:

precauzione standard:

da adottate nella cura di tutti i pazienti indipendentemente dalla diagnosi o dal presunto stato di infezione

precauzioni da trasmissione:

basate sulle misure da adottare con i pazienti di cui si conosce o si sospetta una infezione da parte di patogeni importanti dal punto di vista epidemiologico che può essere trasmessa attraverso:

- ✓ aria
- ✓ goccioline
- ✓ contatto

Obiettivo:

formazione dei nuovi infermieri

fasi del progetto: visione delle ultime linee guida dei CDC di Atlanta
revisione delle indicazioni gestionali degli isolamenti

metodologia: Il progetto è iniziato con una rivalutazione di quelli che erano i metodi per segnalare i diversi tipi di isolamenti (cartelli), i dispositivi di protezione individuale (DPI)

sono stati aumentati (soprattutto durante i ricoveri per l'infezione da AH1N1). Priorità assoluta è stato formare i nuovi infermieri, facendo prender loro visione dei protocolli.

Conclusioni: l'obiettivo è stato raggiunto, i nuovi infermieri hanno acquisito conoscenze sull'uso dei dispositivi di protezione individuali affinché qualsiasi tipo di isolamento sia efficace nella prevenzione delle patologie trasmissibili. Non meno importante, in base alle ultime normative riguardanti la prevenzione e protezione degli operatori (D. Lgs.vo 81/08), l'uso corretto degli isolamenti e dei DPI.

Sessione tematica:
Management multidisciplinare
del paziente con patologie infettive in carcere

OSTEOMIELITI E INFEZIONI DELLE PROTESI ARTICOLARI

T. Ascione
V Divisione di Malattie Infettive, Ospedale “D. Cotugno”, Napoli

L’aumento della vita media e l’incremento dei traumi della strada hanno comportato un incremento delle manovre invasive su osso fratturato e un aumento anche degli interventi di protesizzazione articolare. Si calcola che negli Stati Uniti nel solo 2006 sono stati praticati circa 800.000 impianti di protesi articolare e che questi siano stati praticati principalmente a carico dell’articolazione dell’anca e del ginocchio.
Le infezioni sono tra le principali ragioni di fallimento degli impianti protesici articolari complicando tra lo 0,8% e l’1,9% degli impianti articolari a carico del ginocchio e tra lo 0,3% e l’1,7% degli impianti a carico dell’anca, con un numero assoluto sempre più alto di casi osservati in relazione all’aumento del numero di procedure protesiche totali praticate. L’impiego ormai di routine della profilassi antibiotica preoperatoria e il miglioramento delle procedure di asepsi perioperatorie non sembrano in grado di eliminare i rischi infettivi.
I fattori di rischio che favoriscono l’insorgenza di una infezione osteoarticolare sono numerosi. Tra questi, la storia di precedenti interventi chirurgici sul sito della protesi, lo stato di immunodepressione, l’età avanzata, il diabete mellito, la cateterizzazione prolungata, i lunghi tempi di ospedalizzazione pre-intervento, le infezioni della cute o dei tessuti molli contigui alla protesi protesi sono stati associati al rischio di infezione sulla base di numerose evidenze epidemiololgiche.
Le Infezioni Artro-Protesiche (IAP) si definiscono in base al tempo di insorgenza in precoci (entro 6 mesi) e tardive (dopo 6 mesi). I patogeni coinvolti sono principalmente i Gram positivi, in particolare, *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis (*coagulasi negativo), e, meno frequentemente, *Enterococcus spp.* I Gram negativi sono osservati in un minor numero di casi così come hanno minore peso le infezioni sostenute da flora polimicrobica.
Le IAP costituiscono una complicanza post-operatoria onerosa sia in termini di morbilità che economici poiché determinano un aumento dei costi legato all’allungamento dei tempi di degenza ed alla necessità di utilizzare farmaci attivi su germi ospedalieri multi resistenti. In questi casi, la precoce individuazione dell’agente eziologico, è fondamentale per instaurare precocemente una terapia antibiotica mirata e diminuire l’incidenza di fallimenti terapeutici.
L’attuale interesse degli specialisti ortopedici, microbiologi ed infettivologi è concentrato sulla capacità dei germi di formare il biofilm (matrice extracellulare nella quale sono intrappolati i batteri responsabili dell’infezione). La formazione del biofilm rappresenta uno dei principali meccanismi impiegati per sfuggire all’azione degli antibiotici in quanto la sua formazione è correlata al fallimento terapeutico anche quando vengono somministrati farmaci apparentemente attivi *in vitro*.
Le infezioni osteoarticolari sono caratterizzate da aumento degli indici di flogosi sistemica (VES, PCR, Fibrinogeno, D-Dimero) e dalla positività alla diagnostica per immagini di almeno una delle seguenti indagini: PET/TC total body, Scintigrafia ossea con leucociti marcati, RMN, TC. La terapia antibiotica di associazione è di circa 8-12 settimane. I pazienti sono considerati rispondenti alla terapia antibiotica in presenza di negatività degli indici infiammatori e di tutti gli esami radiologici al termine della terapia e dopo 3-6 mesi di follow-up post-terapia.

LA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO INTERFERONICO IN CARCERE

Antonio Marcello De Cicco

Il trattamento Interferonico in carcere, rappresenta un esempio di gestione di una terapia complessa e di un paziente altrettanto complesso, in una struttura che non è nata prioritariamente per dare salute.

Va premesso che, tale trattamento si e' fatto e si fa ormai da diversi anni e che in ciò, strutture come OPERA di Milano o il C.D.T di Viterbo hanno storicamente rappresentato un riferimento per tutta l' infettivologia intrapenitenziaria.
Ciò in ragione delle professionalita' che operano all' interno, ma anche delle specifiche e consolidate caratteristiche organizzative e strutturali, di queste realta' sanitarie penitenziarie.
Si deve però dire che l'eccellenza non e' per sua natura espressiva della regola e quindi non e' sempre indicativa della situazione più generale della sanità in carcere.

Presso la C.C. di Reggio Cal in questi anni, piu' volte abbiamo dovuto gestire pazienti in corso di trattamento interferonico e quindi abbiamo adeguato la nostra struttura organizzativa alle esigenze contingenti.
Nello specifico voglio citare due casi che sono giunti alla nostra attenzione entrambi il 10/10/2009, e che possono essere ritenuti, in qualche maniera rappresentativi, o meglio paradigmatici delle specificità gestionali in carcere.

Paziente	M.A.	A.O
Data di nascita	4/1/79	16/01/67
Genotipo	3a	1a
Terapia	Peg- Intron 100 Ribavirina200 2 +2 Per 6 mesi di P.T.	Pegasys 180mcg Ribavirina200 3+2 Per 12 mesi di P.T.
Inizio Ter.	9/09	2/09

Organizzazione Interna C.C. di Reggio Cal.

Calendarizzazione esami: (Emocromo completo ogni settimana ,il giorno prima della eventuale somministrazione del farmaco, routine completa e carica virale dopo circa un mese di trattamento,la routine viene ripetuta ogni mese ,carica virale ogni tre mesi con funzionalità tiroidea, pannello autoanticorpi e malattie correlate).

Approvvigionamento esterno farmaci: (che viene effettuata previa presentazione del piano terapeutico alla farmacia ospedaliera di riferimento)

Figura di riferimento e' l' Infermiere professionale di ruolo (dipendente ex Mistero di Giustizia , oggi del S.S.N.) ,che ha il compito di coordinare l' attivita' degli altri infermieri (turnisti o a parcella) e di provvedere agli adempimenti burocratici che regolano i rapporti con l'A.S.P. ai fini della acquisizione dei farmaci richiesti.

Va detto che tale organizzazione ,pure apparentemente semplice non e' pero' scontata in carcere, poiche' si tratta di operare in strutture spesso vecchie e obsolete ,in cui situazioni contingenti come il sovraffollamento e la cronica carenza di personale di custodia ,finiscono con l' accentuare le difficolta' gestionali sanitarie.

Nel merito si deve dire che entrambi i pazienti hanno evidenziato persistente normalizzazione delle transaminasi ,con negativizzazione della carica virale . Di contro non sono emerse alterazioni del quadro ematochimico che hanno dovuto comportare modifiche o addirittura l' interruzione della terapia.

Il soggetto M.A. ha manifestato disturbi del sonno, irritabilita'e sbalzi dell' umore ed una incipiente sindrome depressiva, per questo motivo e' stato sottoposto a valutazione psichiatrica, dimostrandosi peraltro sempre lucido e ben orientato in senso T/S.
Ha lamentato il perdurare della sintomatologia simil-influenzale che si e' protratta per tutto il periodo in cui e' stato posto alla nostra cura.

Il soggetto M.A. e' stato tradotto il 28/11/09 in corso di trattamento, dopo circa due mesi ,in relazione al suo percorso giudiziario e' stato di nuovo rivisto presso la nostra C.C..All'anamnesi e' emerso che nel Gennaio del 2010 ha autonomamente sospeso la terapia e dagli esami si evidenziavano transaminasi nella norma e carica virale negativa.

Il soggetto A.O. è stato tradotto il 29/12/09 in corso di trattamento e di lui non abbiamo avuto, a tutt' oggi notizie in merito.

LA SALUTE IN CARCERE

ESIGENZE di GIUSTIZIA

Medico Penitenziario

DIRITTO INALIENABILE alla SALUTE

In questa rappresentazione le due esigenze appaiono entrambe " Assolute e Necessarie" e vengono raffigurate come due linee parallele.
Il perche' e' presto detto, infatti questi due percorsi sono spesso l' uno autonomo ed indipendente dall' altro.

Il paziente preso in carico dal sanitario ha un suo percorso giudiziario per il quale può essere in qualsiasi momento “Tradotto in altro Istituto”, scomparendo temporaneamente o definitivamente dalla sua cura.
Ciò, naturalmente ha un peso rilevante, in un trattamento come quello in oggetto, che si sviluppa nel medio - lungo periodo e che potenzialmente può far male.

Nella gestione di un siffatto paziente si devono perciò considerarne fra le caratteristiche proprie, la Mobilità o meglio la Volatilità dello stesso, inoltre a ciò, l’assenza di un rapporto fiduciario (il medico è imposto e non scelto) , è un elemento che indubbiamente, condiziona **la Compliance** e
quindi l’Aderenza alla terapia.
Il contesto ambientale influenza il quadro psicologico del detenuto, poiché la privazione della libertà può fare emergere di per se comportamenti e patologie di pertinenza psichiatrica .Questo assume naturalmente ancora più peso in un paziente che e’ in terapia con un farmaco che, fra i suoi effetti collaterali prevede una sindrome dissociativa di tipo psicotico ed un non elevato, ma previsto rischio suicidario.

CONCLUSIONI

La complessità del trattamento Interferonico e le specificità ambientali della Sanità in carcere richiedono a mio giudizio, una corretta organizzazione interna, per le esigenze di monitoraggio ematochimico, diagnostico e di approccio terapeutico,oltre che di un idoneo supporto psicologico al paziente. La movimentazione del detenuto inoltre, legata alle istanze giudiziarie , necessita una omogeneizzazione degli standard operativi ed organizzativi interni a tutte le strutture distribuite sul territorio nazionale.
Infine, l’avvenuto inserimento della Sanità Penitenziaria nel S.S.N. impone, a mio parere, un compiuto e definito rapporto con le strutture già operanti in esso.
Questo per l’Infettivologo intrapenitenziario si traduce in una collaborazione fattiva e sinergica, con l’Unita’ Operativa di Malattie Infettive, nei riguardi della quale, egli rappresenta un ponte fra l’ interno e l’ esterno della dimensione carceraria, e che rimane peraltro per lui, un faro e un riferimento imprescindibile nella gestione di questi malati.
Tutto ciò in una dimensione di complementarietà fra Ospedale e Territorio, che definisce una corretta gestione di quel variegato mondo che è “Il Sistema Salute “.

“TOPO GIGIO VA IN PRIGIONE: LA PEDAGOGIA DELLA SALUTE ANCHE IN AMBITO CARCERARIO”

Costagli Tiziana
Istituto Penitenziario Cure Primarie USL7 Siena Alta Val d’Elsa

La sanità penitenziaria nel passaggio dal Ministero di Grazie e Giustizia al SSN ha comportato dei cambiamenti organizzativi e gestionali per gli operatori sanitari che operano in carcere. Tali cambiamenti non sono però stati accolti con fiducia e hanno avuto una notevole resistenza ad essere accettati.
Le due organizzazioni coinvolte, quella sanitaria e quella giudiziaria, pur non essendo in contrapposizione, sono in attrito in quanto hanno mission, obiettivi e regole diverse.
Infatti i principali problemi sono legati sia alla carenza cronica degli agenti penitenziari che al sovraffollamento carcerario.
Le buone pratiche assistenziali, che devono tendere al miglioramento della qualità dei servizi ovunque questi vengano svolti, sono di difficile introduzione a causa di questi problemi.
Comunque anche se in difficili condizioni nell’Istituto Penitenziario di San Gimignano sono stati messi in atto alcuni progetti per migliorare la situazione sanitaria, uno di questi é l’adozione della STU (Scheda Terapia Unica) che consente una certezza nella prescrizione e una tracciabilità del farmaco. Oltre a questo sono state anche adottate diverse procedure aziendali importanti come quella per l’acquisizione del “consenso informato” per le richieste di erogazione del test HIV.
Le malattie infettive, difatti, sono una vera e propria emergenza sanitaria all’interno del carcere in quanto, tra i detenuti, molti sono tossicodipendenti e sieropositivi e nonostante la presenza degli operatori del SerT quasi quotidiana, questi presentano diversi problemi dal punto di vista sanitario.
Per tale motivo sono in progetto all’interno della struttura eventi informativi e formativi sulla trasmissione delle malattie infettive e sui sistemi di prevenzione da utilizzare per contenere la trasmissione di queste patologie all’interno della comunità carceraria

SIMPOSI

Percorsi trasversali correlati alle patologie infettive

PROGETTO DI ELABORAZIONE DI RACCOMANDAZIONI DI COMPORTAMENTO CLINICO SULL'USO DELLE MEDICAZIONI A BASE DI ARGENTO NELLA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE CON COLONIZZAZIONE CRITICA E/O INFEZIONE"

Annalisa Moscatelli
S.I.T.R.A, A.O. Ospedale Civile di Legnano

L'utilizzo dell'argento come agente antimicrobico ha un passato molto antico; risale agli antichi greci e romani ed è documentato nel periodo che và a partire dal 750 d.C. Dopo il 1960 l'uso di prodotti a base di argento tornò in auge attribuito all'aumentato livello di resistenza batterica agli antibiotici tradizionali e all'isolamento di organismi con sensibilità minima agli antibiotici come i ceppi MRSA VRE. L'argento è un antimicrobico efficace dovuto alla relativa capacità di legarsi con il DNA dei batteri e delle spore riducendone la loro azione. E' segnalato essere efficace contro quasi tutti i batteri conosciuti compreso i funghi ed alcuni virus.
Da diversi anni la ricerca in ambito sanitario in generale, e nel Wound Care in particolare, ha permesso l'introduzione di nuovi prodotti che sfruttano i moderni principi di medicazione, permettendo il raggiungimento di notevoli risultati in termini di outcomes e di qualità dell'assistenza ed incidendo nel contempo positivamente sui costi generali del trattamento e sulla soddisfazione degli operatori.
Allo scopo di valutare e supportare, con maggior efficacia, l'introduzione e l'utilizzo di prodotti di medicazione specifici per il trattamento topico delle lesioni con colonizzazione critica e/o infezione, che siano in grado di contribuire a migliorare sia la salute del cittadino, sia il rapporto costo-beneficio delle cure, si è costituito un Panel multidisciplinare, che, attraverso la revisione critica della letteratura, ha prodotto Raccomandazioni di comportamento clinico utilizzando la metodologia prevista dal "Metodo GRADE"1.
Il sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) nasce da un'informale collaborazione di esperti con l'interesse di dare un indirizzo agli attuali sistemi di valutazione della salute e delle cure. Adottato dalla World Health Organization (WHO) e da un crescente numero di organizzazioni mondiali a livello sanitario, il nuovo approccio metodologico GRADE inaugura un percorso strutturato di analisi della qualità dell'evidenza clinica, orientato a definirne i parametri ed i criteri di valutazione secondo una semplificata indicazione di efficacia (strong/weak/recommended), basata sul differente rapporto tra fattori primari che influiscono sul processo diagnostico-terapeutico (beneficio/rischio/peso/costi).
Il presente Progetto ha perseguito gli obiettivi appena sopra descritti ed ha valutato, utilizzando gli strumenti comunemente accettati dalla comunità scientifica, l'efficacia clinica dei prodotti di medicazione che sono caratterizzati dalla presenza di Argento come principio attivo nella loro composizione.
Le Raccomandazioni in tal modo prodotte permetteranno di evidenziare la corretta pianificazione ed organizzazione dell'assistenza, garantendo ai fruitori ultimi: i pazienti, ed ai decisori sanitari e non, l'utilizzo di prodotti che rispondano a requisiti di qualità, sicurezza, efficacia, appropriatezza e rapidità di risoluzione della problematica ulcerativa quando complicata da colonizzazione critica e/o infezione.

CREAZIONE DI PERCORSI SICURI PER I CASI SOSPETTI/ACCERTATI DI INFLUENZA A/H1N1 ALL'OSPEDALE SAN GERARDO DI MONZA

Camponovo L., Di Marino O., Lanfranco P.
Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

La trasmissione interumana del virus influenzale dell'influenza A/H1N1 avviene per via diretta attraverso le goccioline di secrezioni respiratorie e di saliva emesse tosse e starnuti o per via indiretta attraverso le mani, che vengono in contatto con oggetti e superfici contaminate da secrezioni di persone infette; l'osservanza scrupolosa delle misure di isolamento pertanto è ritenuta efficace nella prevenzione della diffusione del virus influenzale. La Circolare del Ministero della Salute del 27/07/2009 ha fornito indicazioni riguardo alle misure di isolamento da attuare nei confronti di pazienti con sospetta influenza. Presso l'Azienda Ospedaliera S. Gerardo sono state predisposte alcune procedure per definire i percorsi del paziente con sospetta influenza, dall'accesso al pronto soccorso alla sua dimissione e per le indicazioni in merito ai dispositivi di protezione individuale da adottarsi da parte dei pazienti e degli operatori.

MATERIALI E METODI

Predisposizione di procedure specifiche per:

- ⇒ donne gravide, che accedono al pronto soccorso ginecologico,
- ⇒ bambini, che accedono al pronto soccorso pediatrico,
- ⇒ utenti, che accedono al pronto soccorso,
- ⇒ personale addetto al trasporto (ambulanze),
- ⇒ operatori, che devono assistere pazienti con influenza A/H1N1.

CONCLUSIONI

L'introduzione delle procedure sopra riportate, pubblicate e rese fruibili attraverso la rete aziendale, si è rivelata strategica nel guidare il comportamento degli operatori alla corretta gestione del caso sospetto o accertato e nel limitare l'iniziale smarrimento che la diffusione della nuova influenza ha generato.

INFERMIERE ADDETTO AL CONTROLLO DELLE INFEZIONI NEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA. L'ESPERIENZA PRESSO L'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA DI MILANO

Caterina Masia
I.C.I. Direzione Sanitaria Aziendale, Istituto Europeo di Oncologia - Milano

Assicurare un ambiente di cura sicuro, prevenire i rischi di infezione, operare secondo professionalità e competenza, è una responsabilità complessiva del sistema.
La circolare ministeriale 52/1985 indica i percorsi più appropriati da seguire per la sorveglianza del fenomeno infettivo attraverso l'istituzione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), del Gruppo operativo (GO) e della figura dell'Infermiere addetta al controllo delle infezioni (ICI).
Infection Control Nurse (I.C.I) o Infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere è definita dalla C.M. n. 52/85 figura fondamentale per la sorveglianza delle I.O, professionista con esperienza consolidata nel lavoro di reparto e coinvolta nel programma di controllo, istituendo un rapporto posti letto/ ICI di 250-400 per ogni figura infermieristica a tempo pieno e ne sottolinea le seguenti funzioni:

- ✓ Sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
- ✓ Educazione-insegnamento
- ✓ Collegamento tra il comitato per le Infezioni Ospedaliere e le diverse aree ospedaliere;
- ✓ Modificazione dei comportamenti del personale di assistenza.

L' ICI nel sistema di sorveglianza è il cardine del sistema stesso. Gestisce situazioni di criticità e nella veste di osservatore, rilevatore, formatore e informatore è il traid union tra le diverse realtà del mondo sanitario e di feed back tra unità operative e CIO.

In tema di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere IEO ha sviluppato un sistema di sorveglianza, in costante miglioramento, delle seguenti infezioni nosocomiali:

- polmoniti nosocomiali sia nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica che nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in anestesia generale;
- batteriemie correlate ad infezione del catetere venoso centrale;
- infezioni della ferita chirurgica;
- infezioni delle vie urinarie

La sorveglianza e il controllo delle infezioni ospedaliere in IEO avviene mediante un sistema di monitoraggio degli eventi, basato sulla rilevazione di indicatori per ciascuna tipologia di infezione nosocomiale, utilizzati per la costruzione di specifiche carte di controllo, ispirandosi alla metodica per il controllo statistico della qualità che prevede l'utilizzo delle carte di controllo di Shewhart, al fine di valutare l'andamento puntuale del fenomeno.
Questo sistema di monitoraggio ha la finalità di evidenziare scostamenti rispetto

ad andamenti attesi e di individuare il momento in cui si verifica un fattore specifico che porta un andamento atteso fuori controllo o quando si verifica un evento non desiderato.
Ciascuna carta di controllo riporta per l'indicatore monitorato: il dato osservato, la media nel periodo osservato, i limiti di controllo superiore (UCL) e inferiore (LCL, solo se positivo), il valore atteso.
Il processo viene definito fuori controllo quando interviene una delle seguenti condizioni:

- uno o più punti osservati escono dai limiti di controllo superiore (UCL) o inferiore (LCL);
- almeno otto punti consecutivi cadono al di sopra o al di sotto della media;
- l'andamento mostra sei osservazioni in crescendo o in decrescendo (trend analisi).

La carta di controllo, anche se non è ideata allo scopo di permettere un confronto con altri contesti, riportando i dati attesi consente di vedere quanto l'andamento osservato si discosta da uno standard di riferimento (letteratura scientifica, dati di altra struttura ospedaliera, ecc…). Pertanto standardizzando le modalità di rilevazione, le carte di controllo potrebbero favorire anche un confronto, per indicatori condivisi, tra diverse strutture ospedaliere tra loro simili e quindi promuovere il benchmarking.

SORVEGLIANZA DEGLI OPERATORI ESPOSTI A CASI DI TUBERCOLOSI CONTAGIOSA

L. Camponovo, T. Saporito, P. Lanfranco
Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

INTRODUZIONE

Dalla seconda metà degli anni ’80 si sta assistendo ad un progressivo incremento della malattia tubercolare nei paesi industrializzati. Il fenomeno, che in precedenza mostrava un trend in diminuzione, è attribuibile a molteplici fattori quali la diffusione, in costante crescita, dell’infezione da HIV, la comparsa di nuovi flussi migratori provenienti da aree endemiche, il progressivo aumento della sopravvivenza della popolazione con conseguente “calo fisiologico” delle difese immunitarie.
Nell’attuale realtà del S.Gerardo di Monza, la possibilità che operatori sanitari entrino in contatto con un soggetto affetto da malattia tubercolare contagiosa è quanto mai reale: i casi di notifica di TB polmonare sono andati aumentando, passando dai 10 casi nel 2006 ai 40 nel 2009.

MATERIALI E METODI

Presso l’A.O.S.Gerardo si è deciso di costruire un questionario da somministrare agli operatori, durante la fase di indagine epidemiologica, che consenta a ciascun soggetto che è entrato in contatto con il caso di TB, di poter rispondere in modo preciso sui tempi e sulle modalità di esposizione avuta.
Il questionario compilato viene poi attentamente esaminato e sulla base delle risposte date si classificano i contatti: stretto, regolare, occasionale, nessun contatto. Secondo la Deliberazione della regione Lombardia N.VII/19767 del 10/12/2004 infatti la classificazione dei contatti è da effettuarsi in relazione alla durata e alla modalità del contatto avuto.

CONCLUSIONI

L’introduzione del questionario ha permesso di evitare di sottoporre ad una sorveglianza post-esposizione operatori che non hanno avuto contatti “a rischio” e viceversa sottoporre a sorveglianza tutti gli operatori che hanno avuto contatti “a rischio”.

LO SVILUPPO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA TRA FORMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE: UNO SGUARDO AL FUTURO

*P. Arcadi, C. Botter, P. D'Aloia, S. Nobile**
Accademia Scienze Infermieristiche, Milano

L'evoluzione dei contesti sanitari e la domanda dei cittadini di avere Servizi sempre più efficaci ed efficienti per rispondere ai problemi di salute, ha determinato una crescita della professione infermieristica grazie all'acquisizione di competenze, tanto da renderla un professionista fondamentale nei percorsi assistenziali, con un conseguente impegno nell'offrire una figura sempre più preparata ed esperta sia negli ambiti clinici, formativi e gestionali. L'attuale situazione formativa della professione infermieristica in Italia si articola su tre livelli: laurea triennale, la laurea magistrale (due anni) e il dottorato di ricerca (minimo 3 anni). Sono inoltre previsti master annuali di primo livello e master di secondo livello. La formazione odierna in Italia risponde alle richieste del Sistema Sanitario del nostro Paese? Il percorso di "specializzazione" trova nelle organizzazioni il terreno fertile dove potersi esprimere?

Sicuramente è grazie alla Legge n. 42/99 che si sostanzia il riconoscimento della formazione nell'esercizio professionale, definendo che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie … è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici". Questa norma sottolinea il concetto di competenze diverse tra professionisti dello stesso profilo in possesso di percorsi formativi post base e riconosce una distinzione tra i vari professionisti, classificandoli in Coordinatori (professionisti in possesso del master in management per le funzioni di coordinamento), Specialisti (in possesso del master di 1° livello per le funzioni specialistiche) e Dirigenti (in possesso della Laurea Specialistica).

L'evoluzione normativa professionale e formativa consente di affermare che gli infermieri laureati, responsabili dell'Assistenza Infermieristica generale e gli infermieri Specialisti in possesso di specifici Master hanno competenze e livelli di responsabilità diverse ma non sempre le realtà organizzative riconoscono i diversi livelli di competenza in termini di riconoscimento contrattuale, progressioni di carriera e trattamento economico. Oggi la professione infermieristica prevede diversi livelli di responsabilità e autonomia professionale che devono essere documentate e dichiarate nell'organizzazione, utilizzando strumenti di analisi delle competenze per la gestione moderna dell'organizzazione, in un momento storico che vede un cambiamento radicale nella concezione stessa di organizzazione delle Aziende Ospedaliere. In particolare, stiamo assistendo alla nascita di nuovi ospedali ed alla riorganizzazione degli esistenti sulla base dei principi strutturali e gestionali derivanti dal modello per "intensità di cure", che scardina la logica dell'accorpamento dei pazienti per "reparto" o per "patologia", ma bensì si fonda su elementi quali il case management, l'allocazione dei pazienti per settori in aree funzionali e l'allocazione delle risorse in relazione ai livelli di complessità

assistenziale, misurati in riferimento al livello di dipendenza dei pazienti stessi nel soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica. L'ospedale per intensita' di cure impone di porre particolare attenzione ai meccanismi quotidiani di coordinamento interprofessionali, di proporre strumenti di integrazione professionale, di consolidare l'offerta territoriale e di presidiare la fase di dimissione.
In questo scenario l'infermiere riveste un ruolo strategico ed è per tale motivo che occorrerà sempre più sviluppare competenze cliniche e gestionali avanzate; finalità che l'attuale formazione cerca di perseguire. Tutto ciò ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità del capitale umano. I cittadini vedranno aumentate le loro garanzie sulla competenza delle figure professionali sanitarie e quindi il rispetto dei valori dichiarati nella carta dei servizi delle nostre Aziende Sanitarie.

IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE: RISCHI E RESPONSABILITA'

Eleonora Panni

Per sterilizzazione si intende qualsiasi processo, fisico o chimico, che porta alla distruzione di tutte le forme di microrganismi viventi, comprese le spore.
La sterilizzazione è processo speciale, e il concetto di sterilità è probabilistico non potendo essere confermato.
Il processo di sterilizzazione, come si deduce dal nome, è una sequenza di azioni che comprende: la decontaminazione, il lavaggio - manuale o automatico -, il confezionamento, la sterilizzazione e lo stoccaggio dei dispositivi medici riutilizzabili.
Ogni singola fase deve essere controllata o, meglio, convalidata mediante il rispetto di normative che garantiscono i requisiti di qualità (a tale scopo il lavaggio manuale viene altamente sconsigliato non essendo riproducibile nel tempo e quindi non convalidabile).
Nel 2008 è stata pubblicata la normativa ISO 17665 che convalida tutto il processo a partire dal lavaggio che rappresenta il primo importante passo per garantire la sterilità del prodotto.
La gestione del rischio clinico riduce le probabilità di errore che possono causare danni all'utente/paziente, mentre l'ottemperanza del D.Lgs. 81/08 limita i rischi collegati all'utilizzo delle apparecchiature che si utilizzano nel processo di sterilizzazione.
La filosofia del Risk Management applicata al servizio di sterilizzazione, infatti, deve abbattere tutti quei rischi di procurare danni al paziente che in termini pratici si concretizzano in infezioni. L'attuazione quindi di sistemi di controllo, la condivisione delle procedure e l'accurata formazione del personale sono alcune delle pratiche che permettono il riconoscimento e l'eliminazione di errori, umani o istituzionali, che causano eventi dannosi e indesiderati.
In termini invece di sicurezza del lavoratore, l'attuazione del D.L. 81/08,attraverso la valutazione dei rischi, consente di individuare i metodi per impedire lesioni all'operatore di una centrale di sterilizzazione. Nelle diverse fasi del processo, riconducibili anche alle diverse zone in cui un servizio centralizzato di sterilizzazione è suddiviso, l'applicazione di norme di sicurezza, come l'utilizzo di DPI, possono evitare rischi da contatto di materiale biologico e chimico, rumore, calore, movimentazione dei carichi, uso di videoterminali.
La responsabilità del processo di sterilizzazione è a carico di diverse figure professionali: medico di Direzione Medica, Direzione Infermieristica (per l'assegnazione del personale), infermiere responsabile di centrale, operatori di centrale, tecnici e ingegneri di uffici tecnici e ingegnerie cliniche, perché tutti concorrono alla corretta esecuzione del processo.
Essendo inoltre le strutture sanitarie produttori di materiale in forma sterile, la normativa ISO 13485 ("requisiti per la produzione dei dispositivi in forma sterile") evidenzia quanto sia importante provvedere, da parte delle figure sopra menzionate, alla formulazione di protocolli, alla rilevazione di tutte le azioni e dei rischi ad esse correlate, e alla formazione adeguata per il personale incaricato del processo di sterilizzazione, nonché della sua continua valutazione che consente di realizzare competenza e professionalità.

POSTER

IL LIVELLO DI CONOSCENZA DEI RISCHI DI TRASMISSIONE DEL VIRUS HIV NELLA POPOLAZIONE SIEROPOSITIVA

Carta G, Passerini S, Zucchi P, Coen M, Signoroni L, Passoni V.
I Divisione Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Luigi Sacco di Milano

OBIETTIVO: valutare a oltre 20 anni dall'inizio dell'epidemia, il grado di conoscenza dell'infezione da HIV, ed in particolare delle vie di trasmissione, in soggetti affetti da tale infezione

METODO: abbiamo somministrato ad un gruppo di pazienti con infezione da HIV sia ricoverati che seguiti ambulatorialmente un questionario per identificare il loro grado di conoscenza sulle modalità di contagio dell'infezione e per prevenirne la diffusione.

RISULTATI: il questionario è stato somministrato a 42 pazienti , di cui 11 femmine e 31 maschi, il 93 % di nazionalità italiana; 32 con età inferiore a 50 anni e 10 con età superiore.

La metà dei soggetti ha un titolo di studio di grado superiore (diploma o laurea), mentre il 48% è seguito da almeno 10 anni.

L'indagine ha evidenziato un buon livello di conoscenza sul rischio di trasmissione del virus attraverso rapporti vaginali e anali non protetti e scambio di siringhe (circa 90%) mentre più confusa appare la conoscenza in termini di non trasmissione con bacio profondo, contatto con feci ed urine e sudore dove le risposte corrette sono nel 60-70 % dei casi. Un quarto dei soggetti (n=11) intervistati non utilizza sempre il preservativo ma di questi solo 1 delle11 donne e ben 10 di 31 maschi. Se si considerano i soggetti che hanno risposto correttamente a tutte le domande poste sulla trasmissione, si osserva che il livello di conoscenza è statisticamente più significativo nei soggetti con scolarità di grado superiore (84 vs 30%; x^2 = 0.03) e nei soggetti seguiti da > 10 anni (65 vs 32%; x^2 = 0.03).

CONCLUSIONI: Il campione è ridotto e questo introduce alcuni errori significativi rispetto alla generalizzazione dei risultati; tuttavia si possono trarre alcune indicazioni riguardo le modalità di trasmissione

- buona informazione su trasmissione sessuale e uso di siringhe
- Informazione errata e non risposte su contatto con altri materiali biologici

Inoltre i fattori che sembrano condizionare una informazione corretta sono la scolarità e la durata dell'infezione/follow up ed infine una consistente proporzione di pazienti, soprattutto maschi, non usa il preservativo.

Pertanto l'informazione e consapevolezza rimangono punti chiave non solo nel colloquio con persone a rischio ma anche con persone positive che possono mettere in atto comportamenti "pericolosi" per altri, appare la necessità di ribadire le modalità di contagio ed infine l'informazione su questo tema dovrebbe essere affrontata su fasce di età più giovani (scuola media).

IL TESTO UNICO SICUREZZA 81/08: RIFLESSI SUL PERSONALE SANITARIO

Vincenzo De Falco
V Divisione, A.O. D. Cotugno, Napoli

Introduzione

Il D.Lgs 81/08 mette in primo piano la figura del lavoratore come soggetto attivo con diritti e doveri, cosciente dei rischi del proprio lavoro ma anche dei metodi per prevenirli.
È in vigore dal 15 maggio 2008, sostituendo completamente il precedente e ormai famoso D. Lgs. 626/94. Si compone di 13 titoli e 52 allegati.
La struttura della legge è impostata prima con la *individuazione dei soggetti responsabili* e poi con la descrizione delle *misure gestionali* e degli *adeguamenti tecnici* necessari per ridurre i rischi lavorativi.

Obiettivi

- Fornire indicazioni relative al nuovo D. Lgs 81/08 a tutto il personale sanitario.
- Sviluppo delle competenze appropriate.
- Valutazione scala dei rischi ed applicazione delle relative misure di sicurezza.

Materiale e Metodi

- Questionari
- Opuscoli informativi
- Osservazione diretta

Risultati Attesi

- Ridurre i rischi all'interno delle organizzazioni sanitarie.
- Migliorare il processo assistenziale attraverso la formazione del personale Infermieristico.
- Corretta applicazione dei DPI.

Conclusioni

Addestrare e Uniformare i comportamenti dei professionisti sanitari in un'Azienda consente di ridurre i rischi correlati alla sicurezza del personale migliorando così la qualità assistenziale.

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE ASSOCIATE A CATETERISMO VESCICALE

Martini L.
INMI L. Spallanzani IRCCS, Roma

Le infezioni ospedaliere si distribuiscono in quattro principali localizzazioni: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche. Tra queste spiccano, al primo posto per frequenza, le infezioni delle vie urinarie (IVU), che rappresentano circa il 40% delle infezioni acquisite in ospedale. Inoltre il 30-40% delle batteriemie ospedaliere da gram negativi fa seguito ad un'infezione delle vie urinarie.
Il 75-80% circa delle IVU è associato all'uso di catetere vescicale ed un altro 5-10% ad altre manipolazioni del tratto urinario. es. cistoscopia.
L'elevata frequenza di IVU è attribuibile, da una parte, all'enorme diffusione del catetere vescicale in paz. ospedalizzati (in media tra il 15 e il 25% dei paz. ricoverati è cateterizzato durante il ricovero) e dall'altra alla vulnerabilità del presidio "catetere vescicale" alla contaminazione.
La frequenza di IVU (batteriurie asintomatiche e IVU sintomatiche) nei pazienti ospedalizzati è pari a 1-2%. In seguito a singola cateterizzazione il rischio di infezione avviene nell'1-3%; nei pazienti sottoposti a cateterizzazione 4 giorni con sistema di drenaggio a circuito aperto, l'incidenza di batteriuria virtualmente arriva al 100%, con sistema di drenaggio a circuito chiuso può arrivare al 25%. Tra i pazienti HIV tasso IO è del 6,3%, le infezioni delle vie urinarie IVU rappresentano il 30,5%, il tasso di incidenza di IVU nosocomiali è 1,2 per 1000 giorni-paziente. Nel 12,5% dei pazienti con HIV viene inserito un catetere vescicale con appropriatezza della cateterizzazione del 57% rispetto alle linee guida nazionali.
Nei pazienti cateterizzati, i patogeni responsabili dell'infezione possono far parte della *flora endogena* del paziente o da *fonti esogene*
Le principali fonti di infezione urinaria sono, costituite da:

1. *L'area periuretrale*. Man mano che aumentano i giorni di colonizzazione si rileva anche un cambiamento della flora colonizzante, da gram positiva a gram negativa.
2. Le *mani del personale* durante l'inserzione o la gestione del sistema di drenaggio, per trasporto di germi provenienti da altri pazienti infetti o colonizzati o attraverso la contaminazione di detergenti o soluzioni antisettiche per le mani. *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* e *Citrobacter freundii* sono gli agenti più'frequenti in corso di cluster epidemici; nei casi sporadici, invece, il microrganismo più frequentemente in causa è *Escherichia coli*. Nelle infezioni appartenenti a "cluster", sono in genere più frequenti i ceppi antibioticoresistenti. Nei paz. cateterizzati per lunghi periodi (+ di 30 giorni), fino al 95% delle IVU sono polimicrobiche e, tra i germi più frequenti vi sono E. Coli, P. aeruginosa, P. mirabilis e morganella morganii.
3. *Strumenti o attrezzature contaminate*. Sono state descritte epidemie causate da cistoscopi, attrezzature per urodinamica, contenitori per urine, padelle contaminate.

I possibili punti di accesso dei microrganismi nel sistema di drenaggio urinario sono:
- il rubinetto della sacca di drenaggio al momento in cui questa viene svuotata, se non vengono rispettate misure di asepsi;
- l'anello di gomma per il prelievo di campione urinari, se non manipolato in asepsi;
- il punto di connessione tra sacca di drenaggio e catetere, se questo viene aperto;
- lo spazio tra catetere ed uretra.

Misure preventive
Possono essere divise in:
- misure mirate a ridurre l'uso di catetere vescicale,
- misure mirate a prevenire le infezioni endogene (colonizzazione dell'area periuretrale e infezione per via ascendente extraluminale),
- misure mirate a prevenire le infezioni esogene (batteri provenienti per via ascendente intraluminale da sacca di drenaggio o tubo contaminati).

Il cateterismo dovrebbe essere inserito solo alla presenza di condizioni cliniche per le quali esistano chiare indicazioni all'uso del catetere e dovrebbe essere rimosso appena tali condizioni siano più soddisfatte.
Per ridurre il rischio di complicanze infettive dell'apparato urinario, sono stati proposti metodi alternativi alla cateterizzazione con drenaggio uretrale a permanenza, quali ad esempio il cateterismo a intermittenza, la cateterizzazione sovrapubica e il "condom".

– Prevenzione delle infezioni endogene.
Queste infezioni sono causate dalla risalita in vescica, per via extraluminale, di germi che colonizzano il meato uretrale.
Negli ultimi anni sono state proposte diverse misure mirate a prevenire le infezioni a partenza endogena (eradicazione dei microrganismi che colonizzano l'area periuretrale, prevenzione dell'adesione dei batteri alla superficie del catetere, ma né studi sull'efficacia della disinfezione giornaliera del meato uretrale, né dell'impiego di cateteri al silicone o di quelli impregnati di ioni d'argento hanno, dimostrato evidenze di efficacia protettiva.
L'irrigazione vescicale con soluzioni antisettiche, peraltro studiata da vari autori, none' di alcuno beneficio, ma al contrario può aumentare il rischio di batteriuria, a causa della frequente disconnessione del catetere, il cambiamento della flora batterica e l'incremento di ceppi resistenti, oltre ad avere effetti istiolesivi sulla mucosa vescicale.

- Prevenzione delle infezioni esogene.
Una volta che il catetere è stato inserito, vi sono solo due misure di dimostrata efficacia: l'impiego e l'utilizzo corretto di un sistema di drenaggio a circuito chiuso ed il lavaggio delle mani.
Il drenaggio chiuso sterile rappresenta la misura preventiva più importante nei pazienti cateterizzati. I circuiti chiusi vanno però utilizzati come tali, senza disconnettere mai la sacca per tutto il tempo della cateterizzazione. Il sistema

di drenaggio può essere contaminato anche nel momento dello svuotamento della sacca di drenaggio (impropria manipolazione del rubinetto di svuotamento, utilizzo improprio di contenitori per lo svuotamento), pertanto vuotare la sacca solo attraverso il rubinetto distale ed avendo cura di non contaminare il rubinetto con le mani o con la superficie del contenitore utilizzato per svuotarla.
Le mani si possono contaminare con urine infette e possono rappresentare il principale veicolo di trasmissione delle infezioni nell'ambito di fenomeni epidemici. Le mani devono, quindi, essere accuratamente lavate ed asciugate prima di manipolare i sistemi di drenaggio urinario e dopo essere stati a contatto con urine o attrezzature contaminate con urine.
Molti studi hanno dimostrato che una quota consistente delle IVU (il 40% circa) è prevenibile migliorando l'aderenza a standard professionali per quanto concerne sia il ricorso al cateterismo urinario, che l'assistenza prestata al paziente cateterizzato.
Per questi motivi, diventa indispensabile in ambiente ospedaliero implementare un programma mirato a prevenire i casi di infezioni delle vie urinarie ospedaliere attribuibili a problemi di qualità dell'assistenza.

NUOVE TECNOLOGIE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI ASSOCIATE A CATETERI VASCOLARI

Martini L.
INMI L. Spallanzani, Roma

Negli USA le infezione associate al catetere intravasale nelle terapie intensive TI sono più di 200.000 giorni/anno (250.000 di cui 80.000 nelle TI). La % media di infezioni va da 2.8 - 12,8% per 1000 giorni catetere per tutte le Terapie Intensive, e % media di 4,5 - 6,1 casi d'infezioni / 1000 giorni catetere per le TI medico chirurgiche.
Il costo attribuibile per le infezioni è stimato di $ 34.508 - $ 56.000; il costo anno per l'assistenza di pazienti con infezione associata a CVC varia tra $ 296 milioni a $ 2,3 miliardi. La mortalità inoltre va dal 12% al 25% con 9.600 - 20.000 decessi circa.
Le Batteriemie sono al quarto posto tra le infezioni ospedaliere; il 44% sono CVC correlate; pur non avendo un'incidenza estremamente elevata hanno un'alta incidenza di letalità, nelle TI, che va da 35% - 40%. Il 70% dei ricoverati nelle TI italiane è portatore di CVC (circa 500.000 -700.000).
Sulla base della bibliografia consultata, utilizzando come fonte principale le raccomandazioni del CDC di Atlanta, pubblicate 2002 e le linee guida EPIC pubblicate nel 2007, vengono estrapolate le nuove tecnologie per la prevenzione delle infezioni associate a cateteri vascolari, in particolare PICC (*Peripherally Inserted Central Catheters*) ed Midline quali sistemi venosi a medio termine, destinati ad un utilizzo sia continuo che discontinuo, sia intra- che extra-ospedaliero, per un periodo di tempo di norma compreso tra 1 settimana e 3 mesi.
Le stesse linee guida *CDC2002 di Atlanta* raccomandano fortemente (*categoria IB*) l'utilizzo di cateteri PICC o Midline quando la durata della terapia endovenosa sarà con probabilità più lunga di 6 giorni.
I vantaggi dei PICC e Midline sono:

- Accesso venoso a medio termine stabile, sicuro, per infusioni centrali e periferiche anche a flussi abbastanza sostenuti
- Possibilità di impianto (tecnica ecoguidata) anche in pazienti con patrimonio venoso esaurito (vene non visibili e non palpabili)
- Impianto sicuro (abbattimento complicanze meccaniche all'inserzione)
- Impianto Infermieristico
- Rimozione "non chirurgica", praticabile in maniera estremamente agevole anche in ambulatorio o a domicilio
- Presidi a costo relativamente basso
- Alto gradimento da parte dei pazienti
- Ottima gestibilità (emergenza del catetere nella zona più "comoda" da medicare)
- Riduzione delle complicanze infettive legate al catetere
- Posizionamento a metà braccio, esclusivamente ecoguidato: grande possibilità di successo al primo tentativo
- Fuoriuscita del catetere su una superficie "comoda", che permette una gestione ottimale (cura del sito di emergenza, fissaggio con statlock, impiego di biopatch e membrane trasparenti)

- Fuoriuscita del catetere in una zona cutanea (terzo medio del braccio) meno colonizzata rispetto ad altre zone (collo, parte anteriore del torace, inguine
- Posizionamento preferenziale in pazienti ad alto rischio infettivo: immunodepressi, neoplastici, HIV positivi, pz. con recente infezione da CVC a breve/lungo termine

Tecnica di inserzione eco guidata che comporta:
- riduzione delle complicanze meccaniche
- riduzione degli insuccessi
- incremento dei successi al primo tentativo.

Dispositivi per la gestione della linea infusionale…
Needlefree connectors: trattasi di sistemi 'chiusi', connessione senza utilizzo di aghi che permette la riduzione delle punture accidentali da ago;
- Riduzione delle contaminazioni con sangue e farmaci
- Riduzione delle possibilità di ostruzione
- Migliore barriera contro le contaminazioni batteriche per via intraluminale
- Maggiore protezione del catetere (si evita l'utilizzo di clamp)
- Maggiore semplicità delle manovre di gestione della linea infusionale

Presidi per una medicazione efficace…
- Clorexidina 2% Disinfettare la cute con clorexidina gluconato al 2% in soluzione alcolica (alcool isopropilico al 70%) prima dell'impianto di un accesso venoso centrale (A)
- La disinfezione del sito di inserzione va effettuata con clorexidina gluconato (preferibilmente in soluzione alcolica). La soluzione acquosa va impiegata se le istruzioni del produttore non consentono l'impiego dell'alcool (A)
- Preferibili confezioni monouso di disinfettanti (D)
- Per la disinfezione di deflussori e linee infusionali, impiegare clorexidina al 2% (preferibilmente in soluzione alcolica, a meno che non controindicato dal produttore) (D/GPP La clorexidina è dunque l'antisettico di riferimento per la prevenzione delle infezioni associate a catetere intravascolare

Medicazioni trasparenti
Per il sito di inserzione, impiegare preferibilmente medicazioni sterili, trasparenti, semipermeabili in poliuretano (D). Le medicazioni trasparenti andrebbero sostituite ogni 7 giorni o prima se sporche o deteriorate Se il paziente presenta una profusa sudorazione o il sito di inserzione sanguina o secerne, impiegare garze tradizionali; cambiarle quando è necessario ispezionare il sito di inserzione o quando esse sono sporche, bagnate o rovinate. Passare comunque a medicazioni trasparenti appena possibile (D/GPP)
Le infezione associate a cateteri vascolari sono frequenti, costose ma ampiamente prevenibili
Per la prevenzione:
Applicazione delle linee guida
Elaborazione di "bundles" specifici
Implementazione delle nuove tecnologie e, tra queste:
Implementazione dei cateteri a medio termine (PICC e Midline) ad inserzione brachiale con tecnica ecoguidata + microintroduttore

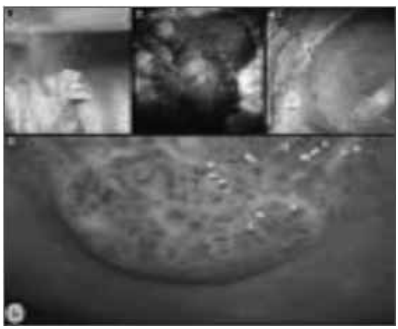
INFEZIONI DA HIV + E NEOPLASIE CORRELATE

A. Menna, M. Sardo, M. Piccirillo, A. Galano, A. Riccio, R. Gnarini
Azienda Ospedaliera D. Cotugno, Napoli

Nei pazienti con infezione da HIV si riscontrano con maggior frequenza rispetto alla popolazione generale, alcune malattie neoplastiche quali sarcoma di Kaposi (KS), linfomi e carcinoma invasivo della cervice uterina. In queste neoplasie, si riconosce un agente virale, come elemento patogenetico iniziale. Il sarcoma di Kaposi è una neoplasia endoteliale, determinata dall'infezione del virus erpetico HHV-6, trasmesso abitualmente per via sessuale o attraverso contatto con sangue. Il tumore inizia generalmente come una piccola area simil-ecchimotica della cute che evolve in noduli o placche. L'infezione può rimanere localizzata alla cute o alle mucose, oppure evolvere in maniera metastatica a tutti i visceri. I linfomi AIDS-correlati sono generalmente a cellule B (più raramente a varietà T) e derivano da una coinfezione con il virus EBV. La manifestazione clinica più frequente è rappresentata dal linfoma primitivo dell'encefalo che si manifesta abitualmente come lesione occupante spazio, da porre in diagnosi differenziale con l'encefalite toxoplasmica.Il carcinoma invasivo della cervice uterina è stato inserito tra le neoplasie AIDS-correlate a partire dal 1993, a seguito del riconoscimento della rapida progressione neoplastica delle lesioni HPV-correlate della cervice dell'utero. I sierotipi più frequentemente coinvolti sono il 16 e il 18.

Sarcoma di KAPOSI

Carcinoma della cervice uterina



L'impiego del profilattico acquista un ulteriore funzione protettiva in relazione alla considerazione che il carcinoma invasivo della cervice uterina è indicato nelle moderne classificazioni come una patologia AIDS correlata e che le infezioni genitali da HPV il cui ruolo patogenico nel carcinoma cervicale è indiscusso, sono molto più frequenti nelle donne HIV+ .una spiccata immunosoppressione concomitante ad infezione HIV potrebbe facilitare la progressione di anomalie pre-cancerose della cervice uterina a carcinoma in situ e successivamente invasivo .**Il Ruolo del virus HIV nella patogenesi delle neoplasie cervicali mette in rilievo l'importanza di un adeguato controllo perinatale e del monitoraggio ginecologico (tamponi vaginali, pap-test ,esame colpo citologico, colposcopia) nelle donne gravide HIV+**

CASO CLINICO

Gli A.A. riportano il caso di un paziente maschio, S.A., di anni 37, affetto da "Infezione da HIV-1 cat. C3. Linfoma non Hodgkin a cellule B – Burkitt like, del cavo orale".

Nel dicembre 2009, nell'ambito delle visite effettuate dal SOD presso la Casa Famiglia "Sisto Riario Sforza" di Napoli, dove il paziente è domiciliato, i sanitari notavano, all'esame obiettivo del cavo orale, in assenza di sintomatologia alcuna, la presenza di una neoformazione dell'emipalato destro, al limite tra palato duro e molle, del diametro di circa tre cm. Consultato l'oncologo, quest'ultimo consigliava di effettuare una TAC total body con mdc, che documentava: "presenza, a livello del massiccio facciale, a destra, di una formazione solida, ad incremento densitometrico prevalentemente periferico, al limite tra palato duro e molle, delle dimensioni di circa 22mm, in assenza di altre alterazioni in ambito toracico ,addominale e pelvico" ed una consulenza ORL per l'esecuzione di una biopsia escissionale. La biopsia, effettuata dopo la TAC, era positiva per la presenza di cellule neoplastiche; il quadro microscopico ed immunoistochimico deponeva per un linfoma maligno "B" di alto grado con aspetti immunofenotipici intermedi tra un linfoma tipo Burkitt e la variante inclassificabile con aspetti intermedi tra il linfoma diffuso "B" a grandi cellule e il linfoma di Burkitt. All'epoca della diagnosi, il paziente, in HAART, aveva una conta di linfociti CD4+ pari a 200 cell/uL ed era virosoppresso (HIV-RNA < 20 copie/ml). Successivamente, il paziente si ricoverava pertanto presso la Divisione di Oncologia della nostra Azienda Ospedaliera al fine di completare l'iter diagnostico ed iniziare la chemioterapia. Nel marzo ultimo scorso, il paziente ha iniziato la polichemioterapia, a cadenza trisettimanale e tutt'ora in corso, con Ciclofosfamide, Epirubicina, Etoposide e Vincristina; alla fine del terzo ciclo, la lesione appare notevolmente ridotta di dimensioni (vedi foto).

S.A. paziente affetto da" **Inf. HIV+ 1 Cat.C3 Linfoma non Hodgkin a cellule B – Burkitt like, del cavo orale"**assistito dal Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare presso la Casa famiglia Sisto Riario Sforza

Paziente al III ciclo di polichemioterapia (Ciclofosfamide, Epirubicina , Etoposide e Vincristina;)

LA LEGIONELLOSI NEL TERRITORIO: PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E GESTIONE DEI CASI

Valeria Sorte
ASL Provincia di Milano 1, Dipartimento di Prevenzione Medica, UOC Igiene e Sanità Pubblica

La legionellosi è una malattia infettiva sostenuta da un batterio, la legionella e caratterizzata da due distinte manifestazioni cliniche: la "la malattia del legionario" e "la febbre di Pontiac". È una malattia endemica con possibilità di epidemie;
Delle 52 specie finora isolate, la *Legionella Pneumophila* è responsabile di oltre il 90% delle infezioni nell'uomo ed il suo sierogruppo 1 è quello maggiormente riscontrato.
Il batterio è stato isolato con temperature tra 5.7°C e 63°C, ma è tra i 35°C e i 45°C che trova le condizioni ideali per la proliferazione. Il contagio avviene tramite inalazione di aerosol contaminati; non sono stati segnalati casi di contagio interumano. La malattia è ubiquitaria e può manifestarsi con epidemie dovute ad un'unica fonte o con una serie di casi isolati indipendenti e sporadici. I più importanti fattori predisponenti alla malattia, che colpisce con maggior frequenza il sesso maschile, sono: deficit immunologici, età avanzata, tabagismo, malattie croniche.
Nel 1993, con la prima Circolare Ministeriale, l'Italia inizia a regolamentare il controllo della Legionella; in Regione Lombardia la più recente direttiva è del 24 febbraio 2009.
Il Sistema Informativo delle malattie infettive impone per la Legionella la denuncia obbligatoria di classe II, a segnalazione immediata ed è prevista una sorveglianza speciale. Per la validazione del caso si seguono i criteri previsti dalla UE (caso Possibile, Probabile o Confermato) ed il flusso informativo per la Regione Lombardia prevede l'inserimento dei casi notificati in un data base (MAINF), dal quale vengono successivamente trasmessi all'ISS. Parallelamente al sistema di sorveglianza dei casi italiani ne esiste uno internazionale – EWGLI – che raccoglie i dati relativi ai casi di legionella associati ai viaggi contratti da cittadini europei sia in Italia che all'estero.
Il caso può essere anche definito come nosocomiale o come comunitario in base al luogo di contagio.

L'inchiesta epidemiologica si pone come obiettivo primario la ricerca della probabile fonte di esposizione al fine di impedire l'insorgenza di nuovi casi. Durante l'inchiesta epidemiologia devono essere acquisite informazioni relative ad un'eventuale esposizione al rischio nelle due settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi e alla presenza di fattori predisponenti. Si dovrà inoltre verificare la presenza di altri soggetti a rischio, fornire indicazioni igienico-sanitarie, ricercare i soggetti esposti alla stessa fonte.
I dati rilevati hanno lo scopo di fornire indicazioni sulla necessità o meno di successivi interventi: la ricerca di altri soggetti esposti alla probabile fonte e quindi la presenza o meno di ulteriori casi, la sorveglianza degli esposti, l'indagine ambientale. Quest'ultima è finalizzata a individuare le criticità degli impianti e i punti in cui effettuare i campionamenti.

La prevenzione della legionellosi si basa sulla stesura ed attuazione dei protocolli di manutenzione degli impianti e sul controllo attivo da parte delle strutture predisposte e su interventi di formazione al personale di strutture di ricovero e cura e di strutture turistico-alberghiere.

Conclusioni

Vi è un'importante attenzione sia a livello legislativo che preventivo nei confronti della legionellosi, anche in relazione alle trasformazioni socio-demografiche e sanitarie in atto negli ultimi decenni — prolungamento della vita, aumento dei soggetti con malattie croniche, incremento dei soggiorni turistici e dell'utilizzo di ambienti condizionati.

Molti sono i riferimenti legislativi nazionali e regionali relativi alla prevenzione della legionellosi che risulta essere una malattia impegnativa ma, con interventi mirati, prevenibile.

L'azione degli operatori coinvolti ai vari livelli per la prevenzione della legionellosi risulterà tanto più efficace ed efficiente quanto più sarà congiunta e coordinata.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE
E SVILUPPO DELLA RETE OSPEDALE-TERRITORIO

Bocchi F., Gramegna A., Salvucci G., Viale P.
Istituto Malattie Infettive S. Orsola, Bologna

Attualmente l'Istituto di Malattie Infettive di Bologna, composto da due reparti di degenza per complessivamente 32 posti letto, ha attivato sei percorsi di Dimissioni Controllate per pazienti che necessitano di ulteriori cure assistenziali, dalla Fisioterapia di recupero all'assistenza infermieristica di tipo igienico e/o terapeutico.
I sei possibili percorsi sono i seguenti:
1) Trasferimento di pazienti presso strutture di Cure Intermedie: tutti i pazienti
2) Accesso all'assistenza extraospedaliera AIDS: pazienti HIV+
3) Trasferimento presso gli Hospice di Bologna e Provincia: pazienti oncologici
4) Trasferimento presso il Day Hospital: tutti i pazienti
5) Gestione extra-ospedaliera della tubercolosi
6) Gestione multidisciplinare delle infezioni di ossa ed articolazioni

1) Trasferimento di pazienti presso strutture di Cure Intermedie: tutti i pazienti
Le strutture Intermedie sono:

- Reparti P.A.R.E. (Post Acuzie e Riabilitazione Estensiva) per pazienti con quadro clinico stabilizzato che necessitano di elevata assistenza infermieristica con trattamenti riabilitativo di tipo estensivo. Trasferimento gestito dagli infermieri con cartella infermieristica e diagnosi infermieristiche al seguito.
- Reparti Lungodegenza con Case di Cura Convenzionate (4) per pazienti con quadro clinico stabilizzato che necessitano di riposo prolungato a letto e con progetto di recupero prolungato, anche in attesa di istituzionalizzazione definitiva in Casa di Riposo Protetta. Trasferimento gestito dal Medico con cartella medica e dagli infermieri con cartella e diagnosi infermieristiche al seguito.
- RSA per pazienti anziani che necessitano di convalescenza con finalità di recupero e mantenimento delle abilità residue tramite assenso dei famigliari per prognosi di un massimo di 30 + 30 giorni. Trasferimento gestito dal Medico con cartella medica al seguito.

2) Accesso all'assistenza extraospedaliera AIDS: pazienti HIV+
L'attivazione del trattamento assistenziale extraospedaliero AIDS è richiesto dal Medico di Reparto con prosecuzione delle cure assistenziali presso il proprio domicilio, presso una Comunità Terapeutica, presso una Casa Alloggio o presso il Centro Diurno: la valutazione del tipo di inserimento viene effettuato da personale infermieristico addetto all'assitenza domiciliare e da un Assistente Sociale del Centro Diurno: l'iter procedurale è di circa due settimane. Trasferimento gestito dal Medico con relazione clinica e dagli infermieri con cartella e diagnosi infermieristiche al seguito.

3) Trasferimento presso gli Hospice di Bologna e Provincia: pazienti oncologici
Il trasferimento presso le strutture assistenziali degli Hospice bolognesi (strutture gestite esclusivamente da infermieri) viene realizzato per pazienti con patologie oncologiche terminali e non. Trasferimento gestito dagli infermieri con cartella, diagnosi infermieristiche e piani terapeutici per il dolore al seguito.

4) Trasferimento presso il Day Hospital
Sono presenti due Day Hospital gestiti centralmente dal nostro Istituto: uno presso i reparti di degenza e uno presso l'Osp. Maggiore per un totale di 10 posti letto. Tramite accordi con il personale medico vengono trasferiti quei pazienti dimessi autosufficienti o semiautosufficienti che necessitano di ulteriori terapie endovena. Trasferimento gestito dal Medico con relazione clinica e dagli infermieri con schede di terapia al seguito.
5) Gestione extra-ospedaliera della tubercolosi
Tutti i pazienti per i quali viene esclusa una condizione di potenziale contagiosità, vengono gestiti *ab initio* in regime di day hospital o ambulatoriale nel contesto di uno specifico percorso assistenziale gestito da personale medico ed infermieristico dedicato. Per i pazienti con tubercolosi bacillifera, se sussistono condizioni familiari e culturali idonee ad isolamento domiciliare, dopo due settimane di trattamento in regime di ricovero e di isolamento restrittivo si procede a dimissione e si dà corso a gestione ambulatoriale con afferenza settimanale. In prospettiva è in corso di attuazione un progetto di Directly Observed Therapy domiciliare gestito autonomamente dalla clinica, che si propone di contrarre ulteriormente il periodo di ricovero ospedaliero.

6) Gestione multidisciplinare delle infezioni di ossa ed articolazioni
Dalla collaborazione tra divisioni di ortopedia e clinica di malattie infettive sono stati messi in atto percorsi assistenziali integrati per le infezioni di artroprotesi e le osteomieliti vertebrali. In estrema sintesi vi è una fase decisionale comune infettivologica-ortopedica inerente la tipologia di percorso gestionale cui avviare ogni singolo soggetto. Definito questo, non appena terminata la fase chirurgica, il paziente viene preso in carico dalla clinica di malattie infettive che si occupa della gestione della terapia antimicrobica e della definizione di out come. Una volta raggiunta la ragionevole certezza di eradicazione dell'infezione in paziente viene nuovamente affidato alle cure dell'ortopedia per la eventuale seconda fase chirurgica.

GESTIONE TERAPEUTICA DI PSORIASI SEVERA IN SOGGETTO CON INFEZIONE DA HIV

Caroleo B[a], Staltari O[a], Bottoni U[b], Luongo C[a], Guadagnino V[a].
[a]Cattedra di Malattie Infettive e [b]Cattedra di Dermatologia , Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro.

Introduzione I pazienti con infezione da HIV affetti da psoriasi spesso presentano manifestazioni cutanee severe e refrattarie ai trattamenti topici. Molti farmaci efficaci per la psoriasi quali azatioprina, steroidi, micofenolato, ciclosporina, sono immunodepressivi. La terapia HAART per i pazienti con infezione da HIV è molto impegnativa, esigendo accurata considerazione dei rischi e dei benefici potenziali ed un meticoloso monitoraggio per la possibile insorgenza di eventi avversi.

Caso clinico Maschio di anni 52 seguito presso l'U.O. di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro dal Giugno 2006, proveniente da altra Struttura, dove dal 1991 era seguito per infezione da HIV. La trasmissione della malattia era avvenuta per via eterosessuale. Il Nadir di CD4 veniva raggiunto nel 2000 con 245 cell/mmc; in tale epoca iniziava terapia HAART (NNRTIs-based: Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz) che proseguiva con ottima aderenza fino all'Aprile 2008 quando, per insorgenza di anemia macrocitica, iperlipemia e iperuricemia veniva modificato il precedente regime terapeutico con sostituzione di Zidovudina/Lamivudina con Tenofovir/ Emtricitabina; per ottenere maggiore semplificazione del regime HAART, constatata l'ottima tollerabilità ed efficacia della terapia in corso, si effettuava successivamente passaggio a regime terapeutico in monosomministrazione giornaliera con Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir. Sin dal 2000 si era ottenuta non rilevabilità della carica virale con un discreto recupero immunologico con conta CD4 persistentemente maggiore di 400 cell/mmc.
Sin dall'età di 8 anni il paziente era affetto da psoriasi. Negli anni tale dermopatia è divenuta generalizzata ed ingravescente, nonostante i numerosi trattamenti topici effettuati. Considerata la refrattarietà della patologia cutanea ai diversi trattamenti attuati e l'insorgenza di depressione ad essa reattiva e, soprattutto, a causa dell'idea manifestata dal paziente di interrompere la terapia HAART, di concerto con specialista dermatologo, si è deciso di iniziare trattamento con Ciclosporina. Nel Novembre 2009 il paziente iniziava pertanto Ciclosporina soluzione orale: 1 ml prima di colazione ed 1 ml prima di cena.
Durante il trattamento si aveva un progressivo miglioramento delle lesioni cutanee, sino alla loro quasi totale scomparsa dopo 4 settimane in assenza di alcun effetto collaterale od evento avverso; non si rilevava modifica del quadro viroimmunologico per HIV.

Considerazioni conclusive La terapia topica è raccomandata per le forme lievi e moderate di psoriasi; per le forme severe può esserci indicazione alla terapia con farmaci immunosoppressivi. Nei soggetti con infezione da HIV, il trattamento topico e la terapia HAART spesso determinano un soddisfacente controllo delle

forme moderate-severe della psoriasi. In alcuni casi, però, come quello riportato, si ha purtroppo refrattarietà della patologia cutanea all'associazione terapeutica di formulazioni topiche ed HAART per cui vi è tendenza del paziente a reagire con uno stato depressivo che comporterebbe inevitabilmente una riduzione dell'aderenza alla terapia HAART con rischio di sviluppo di resistenze dell'HIV e insorgenza di infezioni opportunistiche o neoplasie. In questi casi, per quanto molto impegnativo, è indicato un trattamento immunosoppressivo.
Nel caso da noi riportato, l'assunzione di Ciclosporina ha determinato una risoluzione del quadro dermatologico, ed insieme con essa anche di quello reattivo psichico, con ricaduta favorevole sul prosieguo della terapia e del monitoraggio dell'infezione da HIV; nel contempo non sono stati registrati eventi avversi né modifiche del quadro viroimmunologico o clinico soprattutto per ciò che attiene l'insorgenza di infezioni opportunistiche.

ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA U.O. MALATTIE INFETTIVE E DIPARTIMENTO DIPENDENZE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE CON PATOLOGIA INFETTIVA.

Nicoletta Marino, Marco Poli, Jacopo Brazzini, Alessandra Poggi, Francesco Mazzotta
UO Malattie Infettive, Dipartimento Dipendenze - Azienda Sanitaria di Firenze

L'abuso di sostanze iniettive è strettamente correlato alla probabilità di contrarre malattie infettive, quali l'infezione da HIV, l'epatite C, l'epatite B; conseguentemente la popolazione tossicodipendente rappresenta un serbatoio ad alta prevalenza d'infezione. Negli ultimi anni, a fronte di un aumento progressivo del numero dei pazienti seguiti (4739 nel 2008) nei 10 presidi Ser.T dell'Azienda Sanitaria di Firenze, si assiste ad una riduzione del numero dei pazienti tossicodipendenti che afferiscono alle strutture dell'UO di Malattie Infettive. L'analisi della popolazione tossicodipendente seguita nei Ser.T ha evidenziato una riduzione della percentuale di pazienti in cui è stata effettuata la ricerca dei marcatori di infezione: per HIV nel 21,7% (con positività al test del 20%), per HBV nel 45,8% (con vaccinazione nel 20,4%), per HCV nel 46,2%(con una positività dell'81,2%). Per affrontare questo problema è stato elaborato un progetto: "Ambulatorio itinerante" con obiettivo generale di migliorare la diagnostica e la gestione delle patologie infettive nel tossicodipendente. Il progetto si articola in 3 fasi:

- Prima fase :aggiornamento su patologie emergenti (HIV, HBV, HCV) nell'ambito di incontri - dibattiti strutturati come corso di aggiornamento
- Seconda fase: parte centrale del progetto, effettuata come "Giornata di incontro " sulle patologie infettive all'interno di ciascun Ser.T. , con coinvolgimento attivo degli operatori che distribuiscono materiale informativo e "preparano" i pazienti all'evento e con coinvolgimento degli operatori di Malattie Infettive (medico e infermiere) che svolgono attività di counselling, di informazione sulle patologie e sugli scopi e finalità dei programmi terapeutici; vengono effettuati esami ematici di screening (HIV, HBV, HCV) ed esami di controllo in pazienti con positività nota. Dal mese di settembre sono state effettuate sette giornate di "ambulatorio itinerante" con alto interesse ed elevata partecipazione da parte dei pazienti; hanno richiesto counselling ed informazioni il 42% dei pazienti afferenti al Ser.T ed effettuato prelievo ematico il 38%.
- La terza fase del progetto segue in ogni Ser.T la giornata di incontro ed è costituita dalla collaborazione operativa tra le due strutture sanitarie nella gestione dei pazienti adattando il percorso clinico terapeutico alle necessità del paziente e garantendo un monitoraggio continuo del processo.

SISTEMA DI FINANZIAMENTO A DRG E ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELLE ASL IN REGIONE LOMBARDIA

Valeria Sorte
ASL Provincia di Milano 1, Dipartimento di Prevenzione Medica, UOC Igiene e Sanità Pubblica

PREMESSA

Il sistema di classificazione dei Ricoveri Ospedalieri per Gruppi Omogenei (DRG, Diagnosis Related Group) è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti basato su raggruppamenti omogenei di diagnosi; introdotto in Italia dal 1995 per effetto del Decreto Legge 502/92 e successive modificazioni, viene utilizzato come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere.
I DRG hanno dato origine a nuove prospettive su cui applicare le cure e le modalità di erogazione delle stesse.
In Lombardia ogni Asl riceve dalla Regione fondi sulla base della quota capitaria pesata; con questi finanziamenti la ASL copre i costi dell'attività socio-sanitaria e di prevenzione, provvede alla spesa farmaceutica, retribuisce i medici di medicina generale e acquista le prestazioni sanitarie dalle strutture erogatrici pubbliche o private accreditate.
A partire dal 1997 con la legge 31 —che ha stabilito la parità fra la strutture pubbliche e private— in Regione Lombardia sono stati introdotti sistemi di verifica e di controllo attraverso l'istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC) e l'esame di una quota di cartelle di ricoveri e/o di prestazioni ambulatoriali.
Nell'organizzazione aziendale delle ASL le attività di controllo afferiscono a strutture collocate all'interno del Dipartimento PAC (Programmazione, Acquisto e Controllo) e dipendenti direttamente dalla Direzione Generale, con attività centralizzate, operatori dedicati e figure multiprofessionali (medici, legali, infermieri, assistenti sanitari, amministrativi).

EVOLUZIONE DEL MODELLO DI SANITÀ

L'attuale modello di Sanità si è evoluto a partire da un sistema sanitario di tipo mutualistico affidato a sistemi di copertura assicurativa e pertanto contraddistinto dalla differenziazione delle prestazioni sanitarie per classi economiche e sociali.

La prima riforma si è avuta con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) costituito con la Legge 833/78 nella quale furono individuati tre livelli di governo ben distinti:

- lo Stato a cui vennero affidati compiti di programmazione sanitaria nazionale, di coordinamento generale e di finanziamento dell'intero assetto assistenziale tramite il Piano Sanitario Nazionale
- le Regioni a cui si attribuì la programmazione sanitaria regionale ed il controllo della spesa
- gli Enti locali con compiti amministrativi; le USL, strutture operative dei Comuni senza personalità giuridica, avevano l'obbiettivo di gestire l'Ospedale e i servizi territoriali

Ogni fine anno lo Stato ripianava i disavanzi della sanità. Questo meccanismo permise un progressivo accumulo di deficit nell'ambito dell'organizzazione della salute e un'impossibilità di governo della spesa e della domanda. Il finanziamento necessario a una determinata struttura, veniva commisurato sulla scorta della spesa sanitaria storica a prescindere dai livelli di assistenza resi e dai risultati di gestione ottenuti. Dopo alcuni interventi tampone (es. introduzione dei ticket), dagli anni '90 è stato dato l'avvio ad un continuo processo di ridefinizione dell'assetto organizzativo ed istituzionale al sistema sanitario pubblico con l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria e di ridare efficienza al sistema.

La seconda riforma, avviata dal D.Lgs. 502/92 modificato ed integrato dal D.Lgs. 517/93, intervenne principalmente sugli assetti organizzativi e gestionali con obiettivi di razionalizzazione dell'organizzazione del S.S.N., il controllo della spesa, il miglioramento globale della qualità dell'assistenza.
Fu prevista una programmazione generale da parte dello Stato tramite il Piano Sanitario Nazionale e un secondo livello di piano affidato alle Regioni; vennero inoltre individuate due tipologie di strutture erogative: le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere con attribuzioni di personalità giuridica pubblica, di autonomia e responsabilità estesa anche all'utilizzazione delle risorse.
Vennero rivisti il sistema di finanziamento, i meccanismi di trasferimento e quelli di copertura delle spese (finanziamento a prestazione), la definizione di un mercato del settore sanitario (attori, prezzi, prestazioni, regole di accesso), l'indicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).
L'entità del finanziamento delle Aziende fu dettata dagli obiettivi fissati dalla programmazione nazionale e da quella regionale, tenendo conto dei livelli quali-quantitativi consolidati.
Il D.Lgs. 502/92 prevedeva inoltre il trasferimento alle Regioni della responsabilità per disavanzi delle Aziende Sanitarie, attraverso la cosiddetta "regionalizzazione" del sistema sanitario. Fu introdotto il principio di concorrenzialità regolata al fine di perseguire una maggiore efficacia e qualità dei servizi delle diverse aziende. Con la nuova normativa le Aziende Sanitarie vengono finanziate tramite quota capitaria pesata, finanziamenti mirati ad obiettivi ed entrate proprie.
Il finanziamento delle Aziende Ospedaliere è invece basato sulle tariffe cosiddette prospettiche (spese medie attese), laddove il costo del sistema è basato sul valore delle prestazioni erogate, classificate secondo i DRG a cui ogni Regione ha il compito di associare una tariffa secondo criteri generali fissati dal Ministero. L'applicazione di questo metodo retributivo, introdotto per rendere più razionale la gestione delle risorse economiche e responsabilizzare il personale deputato ad intervenire in tale processo decisionale, ha comportato che i fornitori di prestazioni diventino soggetti a remunerazione calcolata in proporzione all'attività effettivamente svolta a beneficio degli assistiti.

Alla fine degli anni '90 si è messa in atto la terza riforma con i D.Lgs. 229/99, 56/2000 e successivi, che hanno ridisegnato l'architettura del Sistema della Salute attraverso la decentralizzazione della finanza pubblica, e delegato alle Regioni la responsabilità del reperimento delle risorse finanziarie atte a garantire un corretto esercizio dei compiti istituzionali inerenti la gestione della salute.

DRG E SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Dal 1995, pertanto, a seguito del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, si è introdotto in Italia il sistema di rimborso in base alla classificazione per DRG.
Le attività ospedaliere per acuti, quelle riabilitative e di lungodegenza effettuate da soggetti pubblici e privati vengono remunerate secondo il principio del finanziamento a prestazioni, con tariffe predefinite assegnate ad ogni DRG.

I DRG sono differenziati per complessità dell'assistenza, per livello (DH o Ordinario) e per tipologia assistenziale (acuti, riabilitazione, lungodegenza).
Un finanziamento aggiuntivo ai singoli DRG viene erogato alle strutture dotate di Pronto Soccorso e/o di Rianimazione per coprire i costi delle attività non tariffabili ma indispensabili.

Il sistema DRG è stato sviluppato negli USA dagli anni '70: fu introdotto per definire gruppi di pazienti simili al fine di valutare l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta e dell'assorbimento di risorse nell'attività clinica ospedaliera; in un secondo tempo fu utilizzato anche per il finanziamento prospettico degli ospedali.

La logica di attribuzione di un caso a uno specifico DRG si basa sulla diagnosi principale di dimissione e sulla presenza o meno d'interventi o procedure.
Sia la diagnosi che gli interventi e le procedure vengono riportati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), obbligatoria in Italia dal 1991, tradotti in codici alfa-numerici secondo l'ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) dell'OMS.

Tali codici, inseriti in un software specifico (Grouper), permettono in prima istanza l'assegnazione del caso ad uno solo dei Gruppi di Diagnosi Principali (MCD – Major Diagnostic Category) che formano la struttura della classificazione DRG, e successivamente ad uno specifico DRG medico o chirurgico, (ve ne sono circa 500). Il DRG è attribuito tenendo in considerazione la diagnosi principale, le diagnosi secondarie, gli interventi e le procedure effettuate.

Per diagnosi principale s'intende la situazione patologica che ha comportato il maggior assorbimento di risorse durante il ricovero ospedaliero; le diagnosi secondarie rappresentano le complicazioni e/o comorbilità per le quali sono state effettivamente consumate risorse durante il ricovero ospedaliero.
Le diagnosi secondarie permettono in alcuni casi l'attribuzione di un DRG "con complicazioni" più remunerativo. Per l'attribuzione del DRG sono considerate anche altre variabili quali l'età del paziente, lo stato alla dimissione, il sesso, il peso alla nascita.
Pertanto i DRG identificano le risorse medie assorbite durante i ricoveri attribuiti allo stesso gruppo diagnostico.

Ogni DRG è caratterizzato da una determinata degenza media (costo) e da un peso relativo che esprime l'intensità di assistenza assorbita. Nei DRG medici la durata di degenza media si è dimostrata il miglior predittore dei costi, mentre nei DRG chirurgici il sistema di classificazione tiene conto anche dei costi associati

alla procedura diagnostico-terapeutica. Per esempio il DRG 483 (tracheostomia) ha un peso relativo elevato che non è dovuto alla procedura in sé ma al riconoscimento degli elevati costi assistenziali dovuti alla gravità dei pazienti e della gestione iniziale della tracheostomia.

Per ogni DRG esiste un valore soglia, espresso in giornate, che esprime il valore oltre il quale un caso è considerato fuori soglia, cioè si discosta in modo statisticamente rilevante da quello dell'insieme di pazienti che presentano caratteristiche simili. Per ciascun DRG oltre soglia si applica una remunerazione aggiuntiva a giornata, corrispondente al costo marginale sostenuto dall'Ospedale quando viene superato tale valore soglia.

L'invecchiamento della popolazione e l'espansione dell'offerta di nuova tecnologia, negli ultimi anni ha indotto un aumento della richiesta di prestazioni sanitarie con la conseguente tendenza ad un aumento dei costi superiore al livello di incremento degli stanziamenti dal fondo sanitario nazionale. Il monitoraggio, la verifica ed il controllo della appropriatezza clinica sono divenuti essenziali per il governo del sistema.
Il tema dell'appropriatezza delle prestazioni tariffate è particolarmente sentito in Lombardia, dato l'ampio utilizzo del sistema di finanziamento a tariffa per prestazione.

Nel 1997 è stato istituito il NOC (Nucleo Operativo di Controllo) regionale per il controllo delle attività sanitarie accreditate (pubbliche e private).
Il controllo, di natura campionaria, si è concentrato su:

- i DRG particolarmente remunerativi
- la durata della degenza anomala (sia significativamente più bassa che più alta rispetto al valore medio regionale DRG specifico)
- la frequenza dei casi (ovvero sui DRG la cui frequenza si è particolarmente modificata durante il periodo di applicazione del nuovo sistema di finanziamento)
- la frequenza dei ricoveri ripetuti

La Regione ha successivamente decentrato a livello di ASL l'azione di controllo, con l'attivazione di NOC aziendali, mantenendo comunque un'azione di controllo a livello regionale.

La pianificazione dei controlli delle prestazioni sanitarie nelle ASL lombarde è regolamentata per l'anno 2009 dalla DGR N.VIII/8501 del 26.11.2008 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009". È fatto obbligo per ciascuna ASL di predisporre un piano annuale dei controlli sanitari, del quale deve essere trasmessa copia al servizio competente della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di competenza.

La DGR N.VIII/8501 all'allegato 10 "attività di controllo", fissa le regole per tale attività nell'anno 2009, in cui si ribadisce l'obbligo − ai sensi della Legge finanziaria 2009 − per ogni ASL di verificare almeno il 10% degli episodi di ricovero avvenuti

nel territorio di propria competenza (di cui il 6.5% mirato e il 3.5% casuale).
Inoltre, l'allegato 3 della DGR N. VIII/9014 del 2009 ha definito gli elementi essenziali affinché la cartella clinica assolva le proprie funzioni, tali elementi sono indispensabili per la rimborsabilità delle prestazioni.
Pertanto la normativa vigente prevede per l'anno 2009 l'implementazione dell'attività di controllo garantendo la verifica delle cartelle cliniche in percentuale del 10% sui ricoveri effettuati (nel corso dell'anno 2008 la percentuale indicata era del 5%).
La DGR 4799/07 prevede un controllo dei ricoveri erogati ai residenti da parte di strutture lombarde site fuori dal territorio ASL.

Nel gennaio 2009 è stato approvato il piano annuale dei controlli sanitari per l'anno 2009 della ASL MI1 sulla base di quanto indicato si è provveduto a programmare i controlli nelle varie strutture. I dati SDO di riferimento per il calcolo del 10% è il definitivo validato regionale SDO anno 2008. Il campione mirato è estratto secondo criteri predefiniti quali gli indicatori regionali e le risultanze di criticità rilevate nel corso dei controlli degli anni precedenti. Verrà inoltre attentamente valutato il carteggio sanitario che compone la cartella sanitaria al fine del riconoscimento economico degli episodi di ricovero.

I controlli sui DRG hanno le seguenti finalità:

- verifica dell'appropriatezza delle attività di ricovero
- verifica della corretta rappresentazione delle prestazioni erogate (congruenza)
- verifica della corretta compilazione della cartella clinica
- implementazione del controllo interno da parte delle direzioni sanitarie
- miglioramento delle qualità della prestazione
- verifica dell'appropriatezza della durata della degenza e dell'appropriatezza del livello di assistenza erogato

La gestione dei controlli è così sintetizzabile:

1. Campionamento delle cartelle da verificare (campione mirato e casuale)
2. Programmazione Operativa
3. Comunicazione agli erogatori ed invio elenco della documentazione da predisporre
4. Verifica ispettiva
5. Verbalizzazione
6. Esposizione delle risultanze e contraddittorio con la struttura per i DRG non avvallati
7. La Struttura concorda le valutazioni della ASL
8. Invio alla Regione nei tempi previsti delle pratiche esaminate (debito informativo Regionale)

Se la Struttura non concorda le valutazioni, dovrà inviare alla ASL una relazione con le controdeduzioni entro 30 giorni dalla verbalizzazione.
La ASL, dopo averle valutate, ha facoltà di accoglierle e verbalizzare la decisione alla Struttura entro i tempi previsti (60 giorni).

Se la Struttura erogatrice non fa pervenire le controdeduzioni o non rispetta la tempistica, la ASL considera accolta la modifica del DRG.
La ASL invia poi in Regione le risultanze di tale verifica.

BENEFICI E RISCHI DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO A DRG

L'introduzione dei DRG ha portato diversi mutamenti di carattere politico, culturale e organizzativo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra i vantaggi del sistema DRG si possono elencare:

- miglior controllo della spesa sanitaria
- minori liste d'attesa
- riduzione della degenza, in quanto il sistema di pagamento a prestazione spinge ad un sostanziale riduzione della durata della degenza accompagnata da una contrazione delle risorse impiegate
- specializzazione delle attività
- aumento dell'appropriatezza e dell'uso di risorse
- efficienza operativa
- equità nella distribuzione delle risorse ad ogni ospedale

I rischi connessi con il sistema DRG possono essere:

- l'aumento dei ricoveri impropri
- la selezione dei pazienti
- la dimissione precoce
- la riduzione dei servizi necessari
- lo spostamento dell'attività verso livelli più remunerativi
- comportamenti opportunistici da parte delle strutture in fase di codifica del ricovero

Tutto ciò porta ad un efficiente uso dell'ospedale solo se i risultati sono anche efficaci in termini di salute.
In conclusione si può affermare che i DRG possono rilevarsi uno strumento utile per implementare l'appropriatezza clinica e per uno sviluppo qualitativo dei controlli a tutela del cittadino.
La comunità scientifica è chiamata a rivestire un ruolo importante rispetto l'utilizzo dei DRG in quanto può indirizzare gli operatori sul corretto uso dei codici e l'aggiornamento degli stessi.

L'INFERMIERE "REFERENTE DI SETTORE" ESPERTO NELLA GESTIONE DELLE "FERITE DIFFICILI": CAPACITÀ, COMPETENZE MODELLI ORGANIZZATIVI

Di Mauro Barbara
U.O. Malattie Infettive Ospedale Civile di Legnano

Da circa dieci anni, attraverso la collaborazione e l'attività svolta in diverse Unità Operative ed in particolare con l'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Ospedale di Legnano, emerge come la consulenza infermieristica e l'acquisizione di conoscenze, capacità tecniche e organizzative siano lo strumento fondamentale per trattare alcune tematiche quali l'infezione da virus HIV, tubercolosi e ferite infette.
Sulla base di un progetto aziendale per la creazione di un gruppo di Infermieri Referenti di Settore sono stati formati infermieri esperti nella cura delle " lesioni difficili" in grado di fornire una consulenza infermieristica specifica nell'ambito del proprio settore di appartenenza .
Nella pratica clinica il frequente riscontro di ferite porta a definirle come " difficili" sia nel trattamento sia nella guarigione.
La difficoltà è evidente anche per il notevole impiego di risorse umane esperte e competenti, risorse materiali,tempo dedicato; di conseguenza un impegno economico non indifferente che seppur valutato come tale dà l'idea del lavoro che si deve svolgere giornalmente per trattare questi pazienti che si trovano a combattere continuamente con una situazione invalidante, seppur limitata nel tempo, con la modifica delle abitudini, dello stile di vita.
Tutto ciò crea un ostacolo alla vita sociale e un frustrante disagio psicologico.
Non dimentichiamo che la maggior parte delle ferite interessano gli arti inferiori e sono per natura molto dolorose e contribuiscono ad aumentare la sofferenza del paziente anche dal punto di vista fisico.
Il lungo processo di guarigione porta il paziente ad una situazione statica dove esiste solo la ferita, le medicazioni da eseguire, gli accessi continui in ambiente ospedaliero, dolore, disagio (a volte queste ferite sono molto estese e infette quindi maleodoranti), solitudine e apatia. Queste situazioni portano a continui sbalzi umorali che si ripercuotono sul benessere psico-fisico rendendo il soggetto più suscettibile a malattie di tipo sistemico.
Dobbiamo considerare che l'età dei pazienti colpiti da "ferita difficile" varia dai 40 anni agli 80 anni e chi soffre di questa patologia tende spesso ad avere recidive creando un disagio non solo per i soggetti interessati ma anche al gruppo di famigliari che ne ruotano intorno favorendo purtroppo, importanti riflessioni socio-economiche.
Essendo questa tipologia di lesioni una delle problematiche assistenziali più diffuse, si ritiene che le conoscenze acquisite dagli operatori in questo specifico ambito, debbano essere messe a disposizione del gruppo di lavoro ed estese a tutti gli operatori che si trovano ad affrontare situazioni particolarmente complesse con indecisione, scarsità di nozioni e poca capacità valutativa.
Un operatore esperto e competente diventa quindi fondamentale per migliorare la qualità assistenziale utilizzando le risorse disponibili per ottimizzare i tempi di assistenza e ridurre i costi.
L'adottare una politica di contenimento della spesa sanitaria diviene penalizzante

e il professionista sanitario che deve erogare assistenza di qualità, deve essere in grado di rispondere ai bisogni dell'utente in termini di adeguatezza, efficacia, efficienza e qualità.
Da una parte il professionista deve rigorosamente mettere a disposizione dell'utenza conoscenze tecnico scientifiche e abilità generali e specifiche secondo indicatori di qualità; dall'altra lo stesso professionista deve barcamenarsi nel reperire ed utilizzare risorse scarse, deve garantirle a tutti gli assistiti e deve fare delle scelte operative per poter permettere la giusta distribuzione di queste risorse a tutti.
L'esperienza sul campo unita alla formazione prevista dalla normativa vigente si deve abbinare ai
percorsi formativi post-base previsti in ambito sanitario.
Il professionista deve miscelare tutte le proprie competenze per fornire un forte contributo innovativo in termini di assistenza.
La centralità del paziente e l'approccio olistico assumono un ineguagliabile valore etico e professionale giocando un ruolo fondamentale per ottenere dei risultati di qualità intesi anche dal punto di vista economico.
L'adottare modelli organizzativi che prevedano l'approccio totale del paziente in base alla sua complessità assistenziale, evidenzia come l'individualizzazione dell'assistenza faccia emergere i bisogni del malato mantenendo l'unicità e la soggettività dell'individuo nel rispetto della personalità e dell' essenzialità del paziente.
La standardizzazione dell'assistenza e la divisione dell'operatività per compiti e non per ruoli e funzioni, garantiva la distribuzione delle risorse sanitarie in modo generico, "…un po' a tutti…"; senza tenere conto della unicità e irripetibilità dell'individuo.
Ogni individuo, unico e irripetibile (seppur nella sua totalità ha gli stessi bisogni di tutti gli altri individui) ha la peculiarità di esprimere i propri bisogni in modo differente anche in termini di intensità.
L'infermiere non può sottrarsi dal garantire assistenza infermieristica senza considerare ogni individuo a sé, attuare una diagnosi infermieristica che tenga assolutamente conto delle esigenze di ogni singolo.
Deve adottare metodi operativi differenti pur avendo a disposizione le stesse risorse per tutti.
Anche nell'ambito della vulnologia, tale approccio è indispensabile anche se non ancora ben evidenziato nella realtà aziendale sanitaria.
Il *wound care* è ancora poco diffuso e le competenze dell'Infermiere Referente nella cura delle ferite dette difficili è ancora un'innovazione.
L'infermiere Referente esperto in *wound care* può divenire fondamentale per raggiungere obiettivi di qualità professionale e utilizzando la propria competenza e se fortemente motivato, può raggiungere un ottimo livello di auto-realizzazione sul campo. La specializzazione in ambito infermieristico deve implementare la volontà di operare in settori specifici della professione migliorando un aspetto assistenziale che, collegato ad altri specialisti, deve convergere verso la missione che sta alla base della professionalità dell'infermiere: l'approccio globale a la personalizzazione dell'assistenza.
Affinché:
"…la piaga da decubito…" non sia più "…la vergogna dell'infermiere…"
(F.Nightingale, 1820-1910)

IL RISCHIO INFETTIVO NELLE TERAPIE INTENSIVE, QUALE NODO DELLA SCELTA DI UN INTERVENTO EFFICACE?

Martini L.
INMI L. Spallanzani, Roma

Le infezioni correlate alla pratica assistenziale rappresentano un evento frequente (dal 5% al 10% dei pazienti ospedalizzati contrae una infezione), grave (la letalità di una sepsi può arrivare al 40%), che comporta notevoli costi sia in termini economici sia di salute. L'area critica rappresenta, per le dimensioni che il fenomeno infezioni correlate alla pratica assistenziale assume, il punto di partenza di ogni intervento di sorveglianza e l'area nella quale è più urgente arrivare ad una standardizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche. I pazienti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva (TI) sono solo una piccola parte di tutti i pazienti ospedalizzati, ma in essi si realizzano circa il 25% di tutte le IO. Lo studio di prevalenza Europeo EPIC, rileva che il 44,8% dei pazienti ricoverati in TI nel giorno dello studio ha almeno una infezione: di queste infezioni il 3,7% è comunitaria, il 9,7% è di origine nosocomiale ed il 20,6% è acquisita in TI. Appare evidente come le infezioni acquisite in TI siano particolarmente frequenti e, d'altro canto, gravi poiché insorgono in pazienti in condizioni già compromesse dalla patologia che ha portato al ricovero in TI. Altri fattori che concorrono nel determinare un elevato rischio di infezioni nosocomiali in TI, sono:

- Il frequente ricorso a procedure diagnostico/terapeutiche invasive;
- La presenza contemporanea in una area limitata di pazienti altamente suscettibili e/o di pazienti infetti;
- L'uso di farmaci immunodepressori;
- La selezione di microrganismi multiresistenti di difficile eradicazione.

I microrganismi più spesso identificati quali responsabili di infezione acquisita in TI, non sono sempre gli stessi ma cambiano nel tempo a seconda dei paesi e delle singole TI. La prevalenza dei batteri Gram positivi è aumentata negli ultimi anni, probabilmente in conseguenza della pressione di selezione esercitata dall'uso delle cefalosporine a spettro allargato e dei fluorochinoloni e dell'aumentato ricorso a manovre o a strumenti invasivi. Fra i Gram negativi gli enterobatteri portatori di resistenze multiple (Pseudomonas sp, acinetobacter sp, stenotrophomonas maltophilia), rappresentano le specie emergenti e possono essere all'origine di situazioni di endemia o epidemia fra i pazienti critici. Anche le infezioni micotiche sono oggi largamente diffuse: candida sp, rappresentava il 17,1% degli isolati nello studio EPIC mentre, nell'ambito delle sepsi severe microbiologicamente documentate in TI, l'incidenza di tale micete viene riportata con frequenze variabili, comprese tra 4 e 9%. I maggiori problemi di alterazione dei profili di chemiosensibilità in ambito ospedaliero sono rappresentati dalla resistenza alla meticillina negli stafilococchi e dalla resistenza ai glicopeptidi negli enterococchi. Nel 1980 i CDC di Atlanta, hanno pubblicato delle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni nosocomiali. Tenendo presente che gli studi sull'efficacia delle misure di controllo evolvono di anno in anno, le raccomandazioni esistenti, così come gli studi pubblicati in letteratura servono a conoscere quali

siano gli standard ottimali di comportamento per prevenire l'insorgenza delle infezioni. Negli ultimi anni abbiamo avuto up to date delle linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (CDC 2009), prevenzione delle infezioni correlate ai cateteri intravascolari (EPIC 2007 e Draft CDC 2009), prevenzione infezioni sito chirurgico (NICE 2008, SHEA 2008 e OMS 2008). Per ridurre significativamente la frequenza di complicanze infettive nell'area critica è necessario attivare sistemi continui di monitoraggio sia delle infezioni che delle prassi assistenziali, individuare le attività assistenziali che più si discostano da quelle raccomandate, attivare programmi formativi specifici. Nell'ambito dei programmi di valutazione della qualità dell'assistenza, l'esistenza e la costante attività di un sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate alla pratica assistenziale viene considerato uno degli aspetti che caratterizzano lo standard assistenziale di un ospedale. In qualche modo è indispensabile "intervenire" per controllare il fenomeno infezioni nosocomiali, ed intervenire vuol dire modificare o cambiare dei comportamenti. Una volta affrontato il nodo della scelta di un intervento efficace e di aver "modellato" le verifiche e le procedure di audit, restano da definire e rafforzare i fattori che concorrono a indurre e modificare i cambiamenti: le motivazioni a cambiare, la consapevolezza dell'inadeguatezza del comportamento in atto, una visione chiara delle nuove proposte, la possibilità di mettere in pratica il nuovo comportamento in condizioni ottimali e, infine, l'opportunità che il cambiamento venga in qualche modo incentivato.

L'ATTIVITÀ DELLO SCREENING IN ANONIMATO PER HIV IN REGIONE CAMPANIA-ANNI 1989/2009

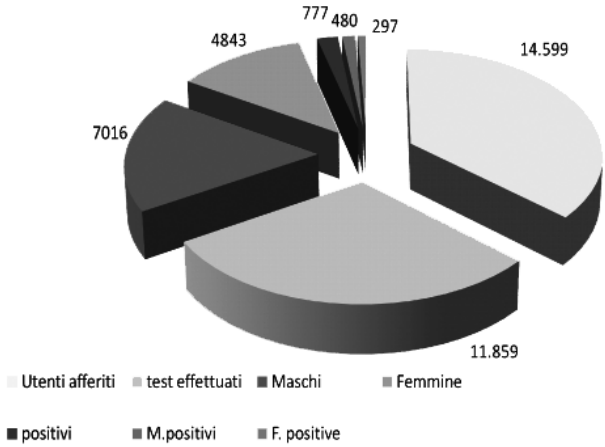
Menna A. Galano A. Riccio A. Gnarini R.
SOD, A. O. D. Cotugno, Napoli

Gli A.A presentano l'attività del Centro di Screening in anonimato per HIV attivo presso L' A.O di Cotugno di Napoli dal 1989.
Gli utenti afferiti in questi anni vengono studiati così come di seguito descritto.

Servizio di Ospedalizzazione Domiciliare
Screening in anonimato per HIV+

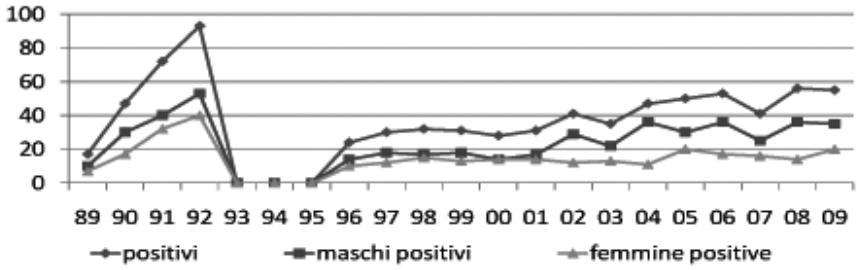
ANNO	UTENTI AFFERENTI	TEST EFFETTUATI	MASCHI	FEMMINE	POSITIVI	MASCHI HIV+	FEMMINE HIV+
1989	450	383	200	183	17	10	7
1990	1350	1252	800	452	47	30	17
1991	1560	1450	900	550	72	40	32
1992	1650	1679	850	829	93	53	40
1996	430	296	180	116	24	14	10
1997	600	450	300	150	30	18	12
1998	700	526	350	176	32	17	15
1999	624	431	248	183	31	18	13
2000	582	467	252	215	28	14	14
2001	623	482	280	202	31	17	14
2002	655	455	265	190	41	29	12
2003	700	465	276	189	35	22	13
2004	650	452	291	161	47	36	11
2005	680	476	228	248	50	30	20
2006	684	572	384	188	53	36	17
2007	941	691	382	309	41	25	16
2008	850	562	320	242	56	36	14
2009	850	770	510	260	55	35	20
TOTALI	14.599	11859	7016	4843	777	480	297

Utenti afferiti –(femmine – maschi)

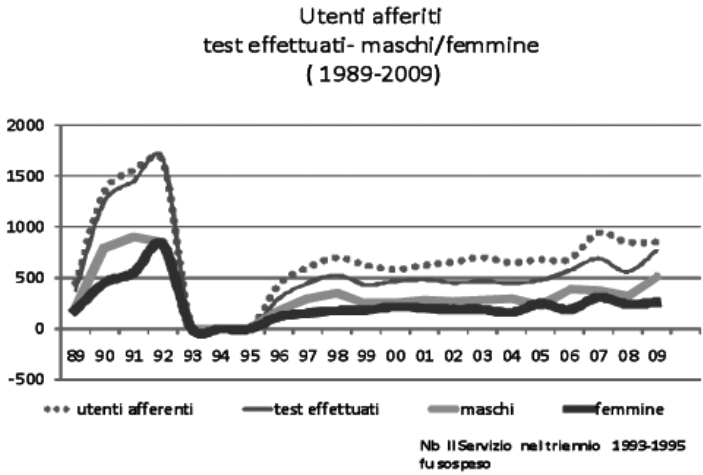


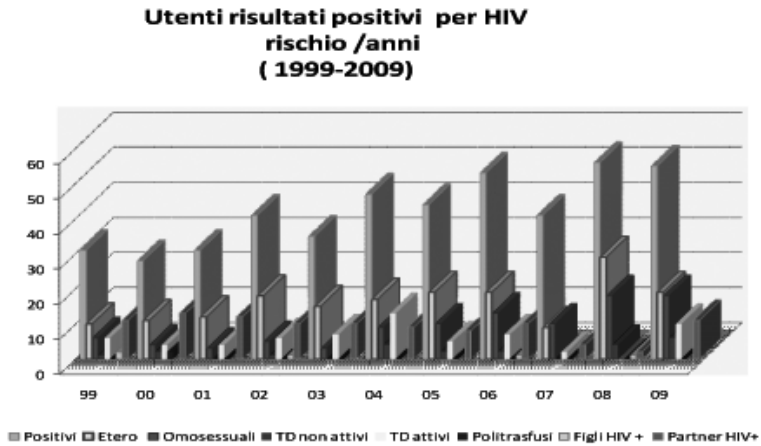
Utenti afferiti n°14.599	Test effettuati n° 11.859	Femmine n°4.843	Maschi n°7.016
	Positivi n° **777** (6,55)%	Femmine positive n° **297** (6,13) %	Maschi positivi n° **480** (6,84)%

Test positivi per HIV maschi -femmine (1989-2009)



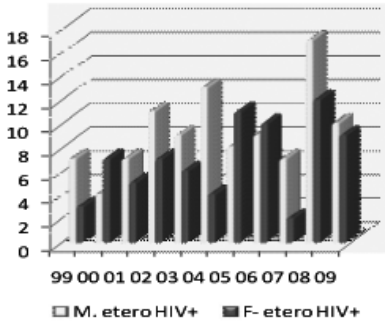
Nb Il Servizio nel triennio 1993-1995 fu sospeso



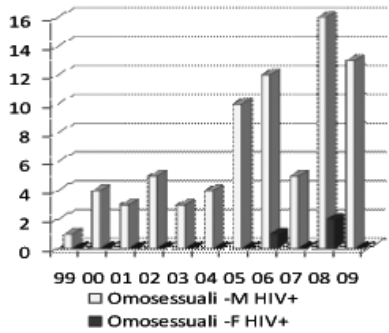


anno	Positivi	Partner HIV+	Etero	Omosessuali	TD drug free	TD attivi	Politrasfusi	Figli HIV +
1999	31	11	10	6	1	6	0	2
2000	28	11	11	4	2	4	2	0
2001	31	12	12	3	0	4	0	0
2002	41	10	18	5	1	6	0	1
2003	35	10	15	3	0	7	0	0
2004	47	9	17	9	4	13	0	0
2005	50	8	19	10	2	5	0	0
2006	53	10	19	13	2	7	0	1
2007	41	4	9	10	0	2	0	0
2008	56	2	29	18	4	0	0	1
2009	55	11	19	18	6	10	0	0
TOT	468	98	178	99	22	64	2	5

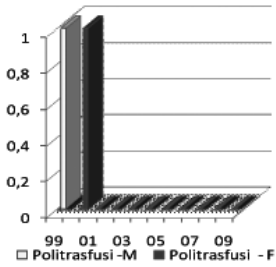
eterosessuali positivi
maschi/femmine
(1999/2009)



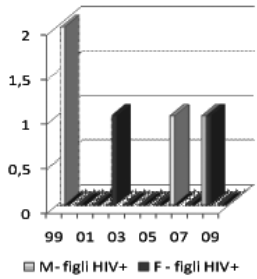
omosessuali positivi
maschi/femmine
(1999/2009)



Politrasfusi positivi
maschi /femmine
(1999/2009)

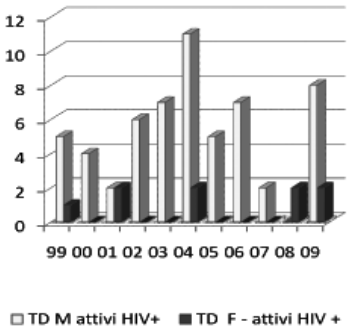


Figli di persone HIV+ positivi
maschi –/femmine
(1999/2009)

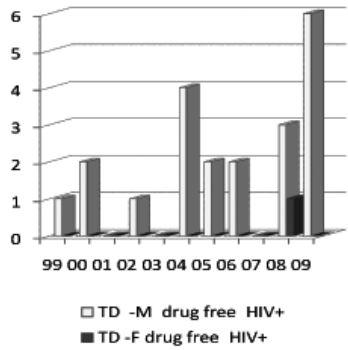


Nb: 3 bambini di anni 9 - 1 bambino di anni 1

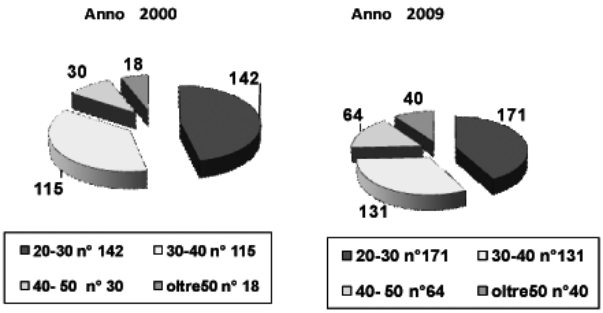
TD attivi
maschi / femmine positivi
(1999/2009)



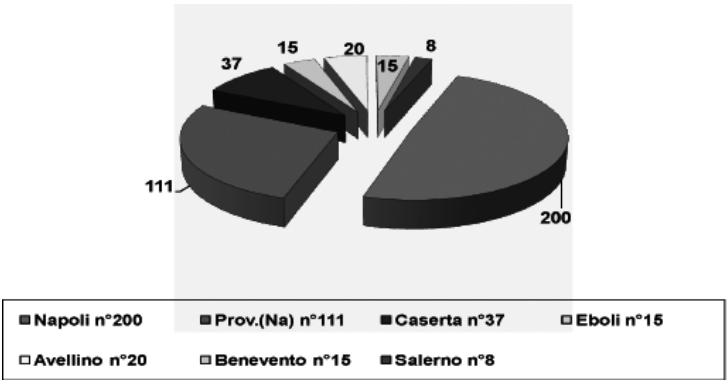
TD drug free
maschi e/femmine positivi
(1999/2009)



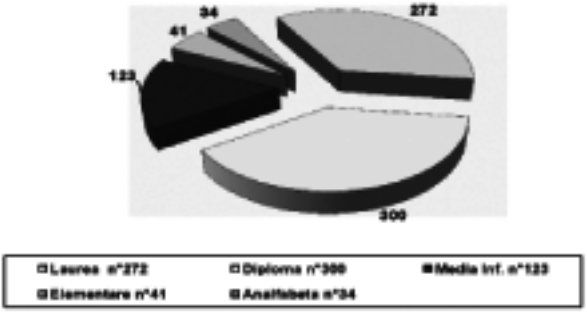
Utenti suddivisi per fasce di età
anni campione
anno 2000 / anno 2009



Città e province di provenienza



Utenti suddivisi per scolarità
anno campione 2009



I MIEI FUTURI COLLEGHI E L'INFEZIONE DA HIV/AIDS

Riccardo Rondina
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

In occasione del primo incontro che gli studenti del corso di laurea in infermieristica hanno avuto con una collega docente, ho chiesto ed ottenuto l'autorizzazione alla somministrazione di un questionario per poter valutare quelle che sonno le loro conoscenze relativamente al problema dell'hiv/AIDS. Queste persone sono in parte fresche di studi, altre più mature e quindi mi stimolava molto l'idea di mettere a confronto quelle che possono essere definite due generazioni. I risultati sono stati assai deludenti, ancora una volta le informazioni sono inesatte e la percezione dell'infezione da hiv è superficiale, classista. I risultati emersi meritano un approfondimento.

VIAGGIO ATTRAVERSO LE EPIDEMIE

Alessandra Clementi, Annalisa Marnati
U.O. Malattie Infettive A.O. Ospedale Civile di Legnano

Per *epidemia* si intende " la diffusione rapida, in una zona più o meno vasta, di una malattia contagiosa" la quale, inevitabilmente, modifica la storia dell'umanità condizionando la decaduta o la supremazia di imperi, la decimazione di popoli con improvvisi crolli demografici e conseguenze sull'economia, sugli assetti politici e sulle dinamiche sociali …

La prima epidemia della quale abbiamo testimonianza scritta risale al II millennio a.C. durante la guerra tra egiziani ed ittiti; fu trasmessa dai prigionieri egizi con conseguenze devastanti sulla civiltà ittita che vide la sua decadenza.

Tucidite nel 430 a.C. descrive con accuratezza l'epidemia che colpì Atene per circa due anni determinando cambiamenti sostanziali per la città che, fino a quel momento, era la più potente del Mediterraneo. Ebbe un esordio improvviso e provocò la morte di decine di migliaia di abitanti; per paura le famiglie abbandonavano i "contagiosi" e i cadaveri venivano bruciati.

Nei secoli successivi, la *peste nera*, che inizialmente colpì l'Asia e che in pochi anni raggiunse Messina e tutta l'Europa, ebbe conseguenze importantissime sotto ogni aspetto ma soprattutto determinò pesanti condizionamenti sociali e culturali. La paura del contagio era tangibile ovunque e insieme a questo sentimento cresceva la sfiducia nella medicina che si ritrovava impotente davanti a questa catastrofe. Iniziarono così a scatenarsi persecuzioni contro ebrei, maghi, streghe, considerati responsabili del contagio…la paura genera la necessità di trovare a tutti i costi un colpevole da "fermare". E' caccia agli untori!
Il condizionamento sociale è tale che persino la letteratura non può sottrarsi dal descrivere questi scenari, basti pensare a Boccaccio nel Decameron e Manzoni nei Promessi Sposi.

Anche la Rivoluzione Francese è stata possibile grazie ad un'epidemia: l'esercito prussiano che doveva soffocare la rivolta si trovò annientato dai così detti *"flussi di ventre".*

Dopo la prima Guerra Mondiale, tra il 1918 e il 1919, la *"spagnola"* ha causato un numero maggiore di morti dello stesso conflitto favorita dalle condizioni precarie dei reduci, dalle pessime condizioni igieniche e dalla cattiva e scarsa alimentazione di quel momento. Il ricordo di questa influenza epidemica è tuttora vivo: l'intera popolazione mondiale ha vissuto con ansia ed allarmismo la notizia dall'influenza H1N1 temendo una nuova epidemia incontrollabile.

L'uomo fa tesoro dei suoi ricordi e del suo passato, anche del più remoto, non deve perdere di vista da dove arriva così da vivere il presente con più consapevolezza e razionalità .

PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI SULLA PREPARAZIONE PER FRONTEGGIARE E GESTIRE LE EMERGENZE DA MALATTIE ALTAMENTE CONTAGIOSE

Martini L.
INMI L. Spallanzani IRCCS, Roma

Sono pochi gli studi a disposizione sulle attitudini degli operatori sanitari durante una pandemia influenzale e la gestione di malattie altamente contagiose. Lo scopo di questa indagine era esplorare la conoscenza, gli atteggiamenti e i comportamenti degli OS durante la pandemia di influenza.

Metodi

È stato elaborato un questionario composto da 14 domande, ed è stato somministrato al personale infermieristico dell'Istituto durante i corsi ex legge 135/90 svolti nell'anno 2009, mentre iniziava l'epidemia dell'influenza A H1N1.
Gli outcome principali erano la formazione intesa come grado di preparazione, la quantità e qualità dei dispositivi di protezione individuale e l'organizzazione.

Risultati

Sono stati distribuiti 250 questionari , sono stati valutati correttamente 202 questionari.
Il nostro studio ha evidenziato che il 43% degli infermieri si sente pronto a rispondere all'emergenza pandemica, il 62% si sente adeguatamente protetto a fronteggiare una pandemia nel proprio ambiente di lavoro, ma il 59% non si sente adeguatamente formato per fronteggiare pandemia e malattie altamente contagiose. Il 66% ritiene che lo Spallanzani abbia programmi adeguati a rispondere alla gestione di pandemia e malattie altamente contagiose.
La maggior parte degli infermieri ritiene che le forniture di DPI siano adeguate e che l'Istituto supporta i lavoratori impegnati in assistenza con protocolli, linee guida, internet etc.

Conclusioni

Abbiamo identificato un problema che potrebbe compromettere anche il migliore dei piani di pandemia, ovvero quella percentuale di infermieri che non si sente adeguatamente formato a gestire pazienti con malattie ad alta contagiosità. Durante la pandemia sono stati svolti diversi corsi di formazione specifica ed elaborate procedure e istruzioni di lavoro. Oggi, durante i corsi 135.90 anno 2010, una intera giornata l'abbiamo dedicata alla formazione delle infezioni emergenti e ri-emergenti, confidando nello strumento essenziale nella gestione delle risorse umane.

LA V.A.C. THERAPY
NELLA CURA AVANZATA DELLE FERITE

Di Mauro B, Longoni L., Re S.
U.O. Malattie Infettive, Ospedale Civile di Legnano

V.A.C (Vacuum Assisted Closure) è un sistema non invasivo ed integrato nato nella prima metà degli anni 90 per il trattamento delle ferite che utilizza una pressione sub-atmosferica, localizzata e controllata, continua o intermittente per promuoverne il processo di guarigione.
Questa integrazione è costituita da tre elementi: una unità terapeutica che esercita una pressione negativa controllata, misurata, monitorata e registrata; una medicazione in schiuma con forme e dimensioni adattabili a tutti i tipi di ferite e una fonte di aspirazione.
Il principio che sta alla base della terapia topica a pressione negativa consiste nel posizionare sulla ferita una medicazione inerte, collegarla alla fonte di aspirazione mediante un dispositivo forato che raccordato alla unità terapeutica è in grado di esercitare una pressione negativa tale da innescare il processo di proliferazione cellulare.
Per questo motivo la V.A.C. Therapy è stata definita una nuova, potente terapia non farmacologia capace di modulare il processo di guarigione, è indicata per varie tipologie di ferite dalle croniche alle acute, deiscenti, ustioni, innesti cutanei e trasposizione di lembi ed è sconsigliata in caso di presenza di tessuto necrotico (escara), di fistole non enteriche inesplorate, lesioni di natura maligna, osteomieliti non in trattamento antibiotico.
In anamnesi occorre valutare la presenza di episodi emorragici pregressi, trattamenti sistemici con terapia anticoagulante orale e una eventuale incapacità di emostasi della lesione.
Attenzione particolare và data alla sede anatomica da trattare osservando se in prossimità sono presenti vasi sanguigni, organi o tendini esposti, tessuti particolarmente fragili o appena suturati,
frammenti ossei o bordi acuminati e se sono presenti lesioni addominali con fistole enteriche.
I meccanismi di azione alla base della terapia topica hanno diverse azioni sulla ferita perché creando un micro-ambiente umido e chiuso riduce l'edema localizzato rimuovendo l'essudato e il liquido interstiziale in eccesso favorendo l'eliminazione di quelle molecole che potrebbero inibire e ostacolare il processo di guarigione. L'aspirazione procura una " pulizia" meccanica del fondo della ferita incrementando la perfusione locale attraverso la deformazione dei tessuti dovuta al collabimento della medicazione in schiuma adesa al tessuto cutaneo sottostante; ciò favorisce la proliferazione cellulare attraverso l'attivazione delle integrine (proteine della membrana cellulare) che, per azione meccanica modificano la struttura del citoscheletro velocizzando il processo di angiogenesi, aumentando la replicazione dei fibroblasti garantendo la crescita del nuovo tessuto di riparazione.
Un ulteriore vantaggio di questa terapia è dato dalla pellicola semi-permeabile che, adesa alla medicazione in schiuma è in grado di mantenere un microambiente

con un giusto grado di umidità
atto a prevenire la disidratazione cellulare, favorire gli scambi gassosi e impedire la morte precoce delle cellule, garantendo un effetto barriera contro gli insulti esterni in termini di variazioni di umidità, temperatura e agenti patogeni in grado di creare infezione.
Per tutte queste peculiarità, la terapia V.A.C. risulta oggi un notevole passo avanti nell'ambito della vulnologia ed è una tecnica sperimentata ed applicata in grado di dare risultati in termini di efficacia di trattamento e rapidità di azione.

PATOLOGIE INFETTIVE IN POPOLAZIONE DI ORIGINE CINESE: ATTIVITA' DI UN AMBULATORIO DI MALATTIE INFETTIVE

Marino Nicoletta, Poli Marco, Brazzini Jacopo, Alessandra Poggi, Mazzotta Francesco
U.O. Malattie Infettive – Azienda Sanitaria Firenze

Introduzione - L'aumento dei flussi migratori sta interessando in maniera sempre più diffusa i paesi occidentali inducendo la necessità di adeguare l'assistenza sanitaria alla crescente presenza di cittadini stranieri. Nella provincia di Firenze sono attualmente residenti circa 100.000 immigrati extracomunitari di cui la popolazione cinese con 11.000 presenze regolari e oltre 30.000 stimate rappresenta l'etnia prevalente. Si tratta di un'immigrazione a carattere prevalentemente familiare, con scarse conoscenze riguardanti la lingua e l'organizzazione del paese di accoglienza e con conseguente isolamento all'interno del gruppo di appartenenza. Le problematiche sanitarie sono gestite all'interno della Comunità facendo ricorso a pratiche mediche e terapie legate alla cultura cinesę.

Materiali e metodi **–** Nell'ambito di interventi di prevenzione e terapia delle patologie infettive nella popolazione immigrata, nel 2004 è stato istituito un ambulatorio di Malattie Infettive presso il Distretto Sanitario Le Piagge (zona di Firenze Nord) con accesso alla struttura diretto e gratuito. Gli operatori sanitari sono coadiuvati da mediatori culturali.

Risultati - Dal gennaio 2004 al gennaio 2010 sono stati valutati 918 pazienti di origine cinese. I pazienti vengono inviati alla struttura da sanitari operanti nei Distretti e da assistenti sanitarie della Comunità cinese. Le patologie prevalenti osservate sono rappresentate da tubercolosi (8%), lue (2,5%), epatite cronica B (89,5%). Nei pazienti HBsAg positivi è stato programmato un iter diagnostico con ricerca di HBeAg, HBeAb, HDV, PCR-HBV (Cobas Amplicor HBV Monitor) ed è stato effettuato lo screening dei conviventi: (HbsAg, antiHBs, antiHBc). Nei pazienti pediatrici è stato effettuato il controllo della schedula vaccinale. 89% dei pazienti presentano marcatori di post esposizione al virus HBV (anti-HBc positivi:). Il 49% presenta marcatori sierologici di risolta infezione B ; il 39,4% risulta HbsAg positivi. Il 43,6% dei pazienti HbsAg positivi risulta HbeAg + con viremia B positiva nel 100%. Il 98% dei conviventi di soggetti HBsAg positivi presenta antiHBc positività. In nessun paziente è stata riscontrata infezione con il virus HCV. Nei soggetti con epatite cronica B viene programmato un iter terapeutico con buon livello di aderenza.

Discussione **-** Nella popolazione cinese afferente all'ambulatorio di malattie infettive
è stata riscontrata un'elevata prevalenza di epatite cronica B; le caratteristiche linguistiche e culturali costituiscono per il singolo paziente una rilevante difficoltà per l' accesso alle strutture sanitarie, ma tramite un intervento mirato che tenga conto della specifica realtà etnica e culturale, è possibile favorire l'accessibilità ai servizi sanitari.

A.O: Ospedale Civile Legnano – Unità Operativa malattie infettive
Presentazione a cura di Alessandra Clementi e Annalisa Marnati

DALLA PAURA

Vienna1881: Primo intervento di gastroresezione da parte di Billroth, indossava camice bianco ma non portava ne mascherina ne COPRICAPO

1883: Introdotto cappello in sala operatoria da Gustave Neuber

COPRICAPO

ANGELO DELLA PESTE (1360)

MASCHERA

A forma di testa d'anatra per:
Proteggere il volto;
Evitare contagio attraverso medicamenti contenuti nel lungo becco come Sali, spezie ed essenze(rosmarino aglio ginepro)

Austria 1890: il polacco Johann Von Mikulicz introduce uso di mascherina in sala operatoria

TUNICA
Cerata lunga e chiusa

1860: i chirurghi indossavano lunghe vesti nere con decorative macchie di sangue esposte con orgoglio e mantenute per anni.
1865: Lister utilizza camici bianchi.

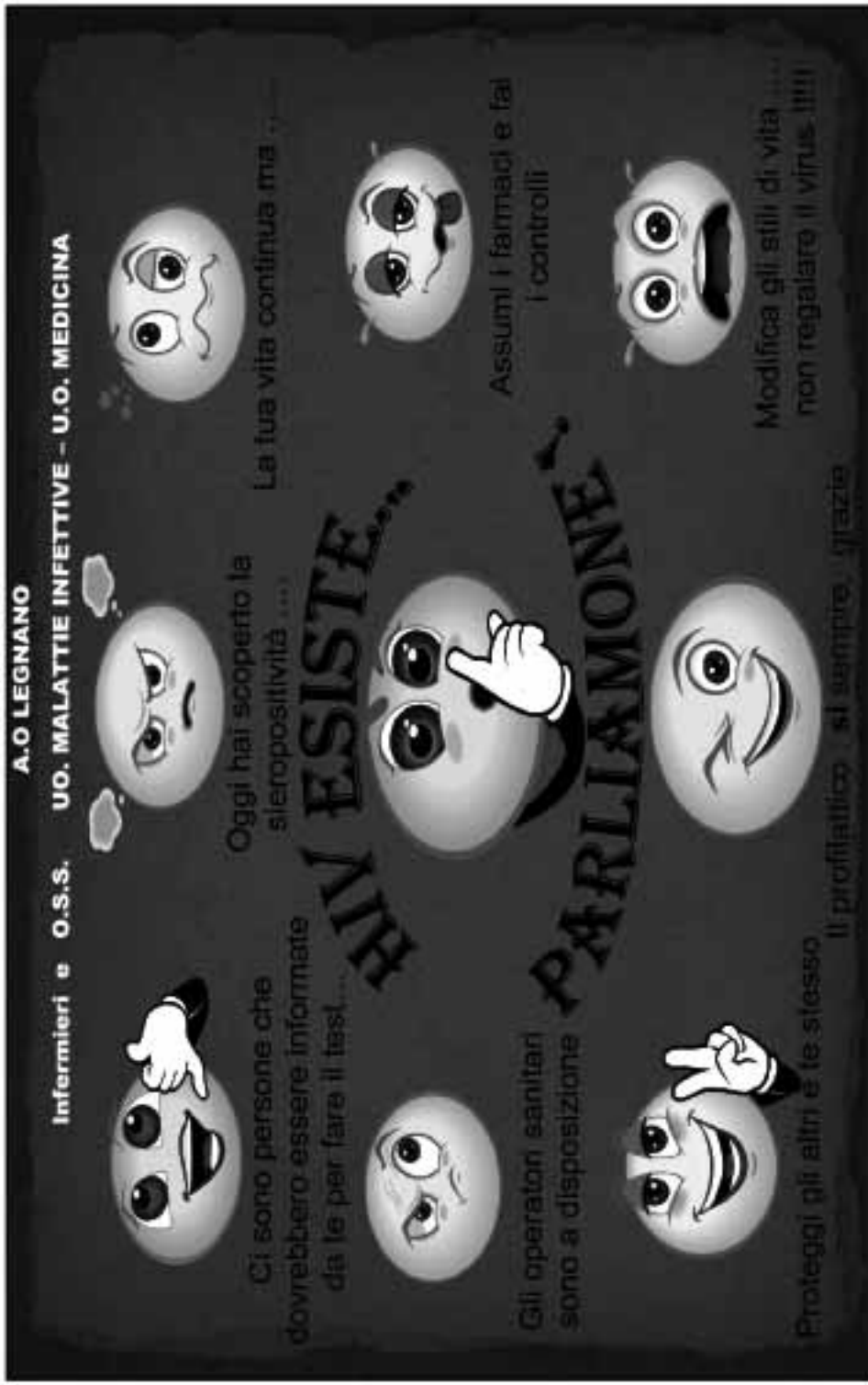
BACCHETTA
Per sollevare indumenti e coperte dei malati

GUANTI
Lunghi

USA 1889: William Halsted commissionò alla fabbrica Goodyear dei GUANTI di gomma per proteggere le mani di una sua ferrista e che aveva sviluppato una dermatite da contatto. Gli stessi guanti saranno poi utilizzati dai chirurghi.

STIVALONI

ALLA PREVENZIONE … E STERILITA'


A.O LEGNANO
Infermieri e O.S.S. UO. MALATTIE INFETTIVE – U.O. MEDICINA
Ci sono persone che dovrebbero essere informate da te per fare il test...
Oggi hai scoperto la sieropositività ...
La tua vita continua ma ...
HIV ESISTE...
PARLIAMONE
Gli operatori sanitari sono a disposizione
Assumi i farmaci e fai i controlli
Proteggi gli altri e te stesso
Il profilattico si sempre grazie
Modifica gli stili di vita ... non regalare il virus !!!!!