

Contumacia.....???



Marisa Pegoraro

Ringrazio il Dr. Lombardi per avermi coinvolto e stimolato nella riflessione sul tema della contumacia "SÌ/NO/NI" dei pazienti positivi per virosi da HCv e HBv.

La mia quasi trentennale esperienza di lavoro in dialisi, NON si è mai svolta in realtà in cui esistesse un'area contumaciale. Eppure sono grandi ospedali, strutture universitarie e cliniche a gestione pubblica, italiane ed estere.

Allora? Bene: non credo che questi servizi abbiano avuto un tasso di *cross-infection* maggiore di quelli con le aree contumaciali. Non ho dati da citare in bibliografia, posso solo fare appello alla memoria di lavoro sul campo.

Ritengo che, da un punto di vista professionale, l'enfasi sulla contumacia ambientale, nei servizi dialisi italiani, sia oggi "obsoleta". Poteva avere senso quando, 50 anni fa, i trattamenti di dialisi avevano un bagno comune per due o tre pazienti (i vasconi) e le condizioni ambientali erano discutibili, il 90% delle dialisi nacque negli scantinati o nei livelli più bassi degli edifici per problemi (reali o presunti) di idraulica, e quando la disponibilità di presidi monouso era limitata, inesistente la disponibilità di vaccini e minore la cultura del benessere, la preparazione e la consapevolezza del personale sanitario. Senza togliere nulla ai nostri padri, semplicemente alcune cose non si "sapevano" o non erano disponibili.

L'EDTNA/ERCA fece, negli anni '80, una grande campagna informativa contro la diffusione dell'epatite, mettendo già allora molta enfasi sulle buone pratiche clinico-assistenziali. Con il Dr. Lombardi, la Filiale Italiana ha curato una pubblicazione sull'argomento.

In questi ultimi 50 anni, sono cambiate anche molte altre cose nell'ambito dei nostri servizi, della nostra società e delle nostre professioni. Io credo che tutto sia cambiato in meglio.

Per quanto riguarda la professione che svolgo, e che rappresento, vorrei ripercorrere alcune componenti che considero importanti nell'espletamento della buona pratica clinica, di quella pratica che ci permette di considerare tutti i pazienti potenzialmente infetti e tutte le manovre diagnostiche, terapeutiche e assistenziali potenzialmente contaminanti, indistintamente dagli ambiti clinici e, soprattutto, per le sale dialisi.

Disinfezione apparecchiature: quando arrivai alla fine degli anni '80 nel centro dialisi dove ancora lavoro, era pratica comune dei miei colleghi non disinfettare le macchine tra il turno del mattino e quello del pomeriggio, "per risparmiare tempo!": il ciclo di disinfezione durava circa 50 minuti. Dovetti fare una campagna etica chiedendo ai miei colleghi

di dare le stesse opportunità di sicurezza ai pazienti del pomeriggio come a quelli del mattino. Ci volle un anno e la collaborazione del coordinatore per cambiare le regole. Oggi, le apparecchiature sono settate in modo che, se la disinfezione non è avvenuta, la modalità dialisi non si attiva di *default* o solo bypassando le sicurezze, a rischio e responsabilità dell'operatore, manovre che nessuno oggi si permetterebbe di fare senza un motivo di vita/morte. I preparati chimici di disinfezione sono, oggi, cocktail chimici molto attivi e permettono tempi di disinfezione più brevi ed efficaci, per i quali non esiste una ragione per non fare una disinfezione ad ogni trattamento.

Guanti: nei primi anni di lavoro, i guanti monouso e la loro tipologia erano limitati. La disponibilità non contingentata di guanti e la tipologia degli stessi (*no latex*, no talco, codice colore, taglie) sono elementi per cui oggi non usare i guanti quando è indicato dalle procedure e dai protocolli è un vero atto di sabotaggio professionale.

Gel antisettico: la disponibilità di gel antisettico da frizionare sulle mani, tra una manovra e l'altra prima di mettere i guanti, è un'altra importante acquisizione. Non sono certa che sia una prassi disponibile ancora in tutti i centri dialisi, ma è una prassi che ha delle evidenze scientifiche RCT e osservazionali sul campo. Il lavaggio e la disinfezione delle mani si è riappropriato della storica centralità: noi che lavoriamo con le mani dobbiamo avere la consapevolezza della potenza non solo tecnica, ma anche microbiologica delle stesse.

Divise: che dire del servizio di lavanderia che, nel tempo, ha aumentato il numero delle divise disponibili e provvede a lavarle e a disinfettarle con consegne settimanali, nel peggior dei casi, e giornaliera al *top*? Anche questo, oltre al decoro professionale, concorre a limitare i "germi circolanti". Invito tutti gli operatori anche medici a indossare le divise quando in servizio, con o senza camice bianco, che, comunque, va cambiato con la stessa frequenza delle divise.

Criteri di Accreditamento: la distanza minima tra i letti non è solo ottimale per poter espletare le manovre di pronto intervento, ma ha anche una ragione di "decontaminazione" fisica data dalla distanza che il singolo agente patogeno deve percorrere, sia esso veicolato da aria, persone o cose, per raggiungere un'altra destinazione fisica. La disponibilità crescente di centri dialisi fa sì che si possa agevolmente aderire ai requisiti ergonomici richiesti senza penalizzare a priori la disponibilità dei posti dialisi per la cittadinanza.

Rapporto operatori/pazienti: oggi è largamente acquisito il numero di 1 infermiere per 3 pazienti in CAL e di 1 a 4 in ospedale, dove maggiori sono le professionalità presenti. A questo aggiungerei che i criteri di organizzazione del personale

dovrebbero privilegiare la continuità assistenziale (devi conoscere bene chi assisti) e la gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei propri pazienti. Oltre a questo, per esaltare i criteri di efficienza, in alcune realtà sono stati studiati dei “percorsi operativi” che limitano la circolazione del personale addetto alle diverse aree assistenziali, limitando, conseguentemente, la veicolazione dei patogeni in senso lato.

Il pre-dialisi: con l’educazione terapeutica e la conoscenza dei pazienti che iniziano il trattamento dà molte opportunità per conoscere lo stato vaccinale di partenza e agire conseguentemente. Il pre-dialisi è un percorso sempre più sostenuto dalle Linee Guida ed è sempre più applicato per una serie di motivi organizzativi e clinici ormai noti.

Obbligatorietà della vaccinazione: quella dell’epatite B è tra le vaccinazioni obbligatorie dal primo trimestre di vita, con richiami successivi, da circa 20 anni. Per cui, la popolazione italiana in generale ha, di base, un certo livello di protezione.

Kit sterili di attacco/stacco: certo non sono questi a limitare la diffusione dei microorganismi, ma effettivamente sono un componente che crea e preserva microaree di bassa presenza microbica, che permettono al personale di agire e muoversi con cautela, precisione ed efficienza: componenti essenziali per limitare la veicolazione dei patogeni.

Formazione del personale: dobbiamo fare tutti la “raccolta punti” ECM. Vale la pena di organizzare sempre più momenti di aggiornamento sul campo e gruppi di miglioramento, in cui i dati dei singoli servizi siano presentati, valutati e discussi in modo trasparente. Le competenze specifiche e avanzate sono da esplicitare e sostenere. La creazione di gruppi multidisciplinari che abbiano *focus* diversi (per esempio, accessi A-V, infezioni, apparecchiature, ferite e piaghe) migliora le *performance* di tutti attraverso lo stimolo a un vero e sano aggiornamento, contrasta il *burn-out* di un quotidiano che a volte è molto esigente, genera sentimenti di appartenenza e gruppo, che concorrono a creare ambienti di lavoro emotivamente e professionalmente arricchenti.

Alla fine di questa carrellata di situazioni assistenziali e cliniche, direi che, comunque, nei servizi è necessario avere dei posti dialisi o aree assistenziali “protetti” a disposizione di tutti i pazienti che ne abbiamo temporaneamente bisogno: disagi fisici, psichici e clinici sono evenienze “della vita” dei nostri pazienti.

L’ambiente dialitico dove essere *a priori* un ambiente in cui personale e pazienti sono adeguatamente immunizzati, cioè con uno stato vaccinale aggiornato. Ho la sensazione, data dal numero di lavori presentati ai congressi e di articoli presenti nelle varie riviste di settore, che, in questi ultimi

anni, l’attenzione allo stato vaccinale sia un po’ diminuita. Questo può essere dato dal fatto che “*non è più un problema*” perché lo abbiamo sotto controllo. D’altro canto, avendo una popolazione sempre più multi-etnica, spesso proveniente da sistemi sanitari carenti o inesistenti, il “problema epatite”, se non monitorato correttamente, potrebbe riemergere. L’attenzione deve rimanere al giusto livello: il protocollo di controllo ed esecuzione dello *screening* vaccinale deve essere primario per i pazienti incidenti.

Fatte queste premesse, secondo me, il problema scatta per i pazienti che NON abbiano ancora acquisito i livelli di immunità necessaria (*early referral* anziani, pazienti stranieri, retaggi religiosi...). Sono loro, oggi, a essere più a rischio nelle fasi iniziali del trattamento. Per loro e per i casi di fragilità *in itinere*, è giustificata e necessaria la presenza di aree assistenziali protette. Questo significa un uso efficiente delle risorse e del personale: quando serve e come serve, con una valutazione periodica del come e quanto si è stati all’altezza delle situazioni, di quando si è stati “bravi” e di quanto e dove si può ancora migliorare.

Se, nell’immediato, non possiamo/vogliamo cambiare la legislazione, possiamo, però, raccogliere evidenze scientifiche e riportare i dati dei centri che applicano la contumacia e di altri che, invece, non la applicano: confrontiamo gli esiti e agiamo di conseguenza. Potrebbe essere un progetto multidisciplinare e multicentrico che potrebbe coinvolgere le società scientifiche di infermieri e medici. I dati, certamente, sarebbero di grande utilità a entrambi... e oltre. Magari il Dr. Lombardi, con la “scienza e la coscienza” che lo caratterizzano, potrebbe riuscire a far decollare un simile progetto. Io ci sono.

Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.
Conflict of interest: The author has no conflict of interest.

Marisa Pegoraro

Presidente, EDTNA/ERCA Filiale Italiana

Indirizzo per la corrispondenza:

Marisa Pegoraro
c/o CAL CORSICO
Via Travaglia 5
20094 Corsico (MI)
marisa_pegoraro@fastwebnet.it

Published online: June 23, 2015