

RIASSUNTO

L'incremento dei casi di tubercolosi polmonare in Italia e l'avvento di nuove patologie a trasmissione aerea (es. SARS) ha determinato la necessità, a livello regionale e locale, di dover ridefinire le strategie di prevenzione per limitare la diffusione di tali malattie.

Il Pronto Soccorso rappresenta uno dei principali ingressi del cittadino alla struttura sanitaria ospedaliera; a questo livello, in cui l'infermiere gioca un ruolo fondamentale, la promozione di sistematiche azioni preventive per identificare precocemente i casi, sospetti o accertati, rappresenta una strategia vincente nel controllo della diffusione di M. tuberculosis.

SUMMARY

Increase of tuberculosis' cases in Italy and the advent of new airborne transmission illness (es. SARS) has determined the need of define new strategy for prevent transmission of M. tuberculosis, in regional and local level.

The Emergency Rescue is a primary entrance in the hospital for patients. At this side, nurses' role is most important for promote preventing actions and early identification tuberculosis' cases certain or suspect.

PAROLE CHIAVE:

Tubercolosi, assistenza infermieristica, Pronto Soccorso

KEYWORDS: tuberculosis, nursing, Emergency Rescue

Il ruolo infermieristico nella prevenzione e nel controllo della tubercolosi in pronto soccorso

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 (1), quali la diffusione, in costante crescita, dell'infezione da HIV, la comparsa di nuovi flussi migratori provenienti da aree endemiche, che spesso comporta l'obbligo per la popolazione immigrata di vivere (o sopravvivere) in condizioni di povertà e di emarginazione, in ambienti sovraffollati e poco salubri, il progressivo aumento della sopravvivenza della popolazione, con conseguente calo "fisiologico" delle difese immunitarie, che porta alla creazione di nuovi gruppi "a rischio" di sviluppo dell'infezione tubercolare (anziani ricoverati in strutture per lungodegenti, in comunità,...). Un elemento ulteriore favorente la diffusione di M. tuberculosis è rappresentato alla scarsa adesione alla terapia, protratta per lungo periodo, che implica la comparsa di ceppi multiresistenti.

Nell'attuale realtà ospedaliera, la possibilità che operatori sanitari (o gli stessi utenti afferenti alla struttura) entrino a contatto con un soggetto affetto da malattia tubercolare contagiosa è quanto mai reale.

La Regione Piemonte, a seguito del recepimento delle Linee Guida nazionali per il controllo della malattia tubercolare e fermo restando gli obblighi di legge e le direttive emanate dagli organi competenti (ISPSEL, sPreSAL), ha ritenuto opportuno emanare nell'anno 2000 protocolli operativi atti a promuovere azioni a livello locale per il controllo della diffusione della malattia tubercolare (2), oltre a provvedere, contestualmente, al potenziamento del sistema di sorveglianza regionale.

Sulla base di tali direttive, le singole aziende sanitarie locali ed ospedaliere della Regione hanno promosso una serie di attività tese ad arginare il fenomeno in espansione, coinvolgendo anche aree in cui, tradizionalmente, il problema poteva essere considerato di secondaria importanza, quali i settori dell'emergenza ospedaliera.

Il Pronto Soccorso, una delle principali "porte d'ingresso" del cittadino alla struttura ospedaliera, rappresenta un'area ad elevata criticità in rapporto alla controllabilità

del rischio di trasmissione di M. tuberculosis.

Il seguente articolo individua e definisce, a partire dalla descrizione di un caso esemplificativo, quali sono le misure organizzative e comportamentali riconosciute efficaci nella prevenzione e nel controllo dell'infezione tubercolare in Pronto Soccorso, oltre a focalizzare le principali competenze che l'infermiere deve possedere, per poter esercitare le specifiche attività - schematizzate in apposite griglie - richieste dal proprio ruolo, ai fini di una corretta gestione del problema di salute dell'utente e, contemporaneamente, per limitare la diffusione intraospedaliera di M. tuberculosis.

IL CASO (I parte)

Il giorno 24/11/2004, alle ore 11.30, il Sig. Anselmo, di anni 78, si presenta in Pronto Soccorso per un problema di tipo respiratorio: lamenta infatti da alcuni giorni tosse, lieve dispnea (in particolare sotto sforzo) e febbricola. Il Sig. Anselmo, che vive in un pensionato da diversi anni, è particolarmente preoccupato, perché tre anni prima è stato sottoposto a lobectomia per neoplasia polmonare e teme il ripresentarsi del problema. Allo sportello di triage ci sono altri quattro utenti in coda, per cui, nonostante il livello d'ansia sia considerevolmente elevato, il Sig. Anselmo si mette in fila.

Dopo un'attesa di circa 10 minuti giunge finalmente il suo turno, e può così esporre il suo problema all'infermiera presente in triage.

Dai dati raccolti emerge anche un'anamnesi positiva per malattia tubercolare, curata all'età di 20 anni.

L'infermiera, dopo aver rilevato i dati, indossa un respiratore FFP2S, fa indossare al sig. Anselmo una mascherina chirurgica e lo accompagna in camera d'isolamento.

IL PERCORSO CLINICO IN PRONTO SOCCORSO**1° STEP: IL TRIAGE**

L'accesso al triage deve essere agevolato per l'utente che presenta un rischio di patologia trasmissibile per via aerea: infatti, la permanenza prolungata del soggetto in un'area affollata può determinare la possibile esposizione al rischio di trasmissione per l'utenza che sosta in

Massimo Bonfanti,
Infermiere addetto alla sorveglianza ed al controllo delle Infezioni Ospedaliere, ASL 3 di Torino.

Daniele Di Leo,
Infermiere Coordinatore, U.O.a. Pronto Soccorso, Ospedale Maria Vittoria, ASL 3 di Torino.

tale area. Per ovviare a tale problematica è consigliabile predisporre una specifica cartellonistica (vedi fig.1), da apporre in maniera visibile all'ingresso del Pronto Soccorso, che permetta il generarsi di flussi differenziati per utenti con segni/sintomi respiratori indice di potenziale malattia trasmissibile.

L'infermiere addetto al triage rappresenta, generalmente, l'operatore che per primo entra in relazione con l'utente che si rivolge al Pronto Soccorso.

Questo momento è decisivo per identificare se il soggetto presenta un problema di salute connesso ad un rischio di trasmissione di malattia tubercolare.

Per poter effettuare una corretta valutazione l'infermiere deve disporre di specifiche conoscenze.

Cenni di eziologia ed epidemiologia

in tabella 1.

Deve essere considerato caso sospetto – quindi essere sottoposto immediatamente ad Rx torace ed alla ricerca di BK su escreato – un soggetto che presenta:

- tosse ed espettorato da più di due settimane
- emoftoe
- astenia e febricola
- toracoalgie
- precedenti anamnestici di malattia tubercolare (trattata o meno)

I criteri valutativi (4,5) che devono "allertare" l'infermiere di triage sono rappresentati, in prima battuta, dalla pre-

1. ISOLAMENTO CULTURALE

è stato isolato M. tuberculosis o M. bovis o M. africanum da coltura di materiale biologico proveniente dalle vie aeree (escreato, broncoaspirato, BAL)

2. DIAGNOSI MICROSCOPICO - CLINICA

• è evidente la presenza di bacilli alcool - acido resistenti (BAAR) all'esame microscopico diretto di materiale biologico proveniente dalle vie aeree (escreato, broncoaspirato, BAL)

• sono presenti segni clinico - radiologici suggestivi di TB attiva e/o è in corso una terapia antitubercolare con due o più farmaci

3. DIAGNOSI CLINICA

Si rileva la presenza di un quadro clinico sospetto associato a:

- TAC torace / Rx torace suggestivi per tubercolosi attiva
- Risposta dopo terapia specifica con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico entro 90 giorni)
- Test tubercolinico (Mantoux) positivo

senza di una **sintomatologia di tipo respiratorio**, che deve indurre il valutatore ad un approfondimento dell'anamnesi, tesa ad individuare:

a) i fattori di rischio correlati all'insorgenza di TB polmonare:

- storia pregressa di TB polmonare (trattata o meno)
- immigrazione da meno di 2 anni
- soggiorni in istituti di ricovero per lungodegenti
- presenza di raccordi con condizioni patologiche favorevoli l'infezione tubercolare (infezione da HIV, immunocompromissione, cirrosi scompensata, tossicodipendenza, alcoolismo)
- particolari condizioni sociali, quali l'assenza di fissa dimora oppure il recente soggiorno in carcere

b) l'approfondimento delle caratteristiche della sintomatologia dichiarata:

- presenza di tosse da più di due settimane
- episodi di emoftoe
- presenza di febbre o febricola
- segni di dimagrimento

Interventi infermieristici

Per agevolare la rilevazione dei dati e l'interpretazione, l'infermiere si avvale di una scheda "ad hoc" (vedi fig.2), il cui obiettivo consta nel definire se il soggetto è o può essere contagioso.

In caso di accertata o sospetta infezione polmonare di tipo tubercolare, indipendentemente dall'attribuzione del codice di gravità, l'infermiere deve immediatamente attuare gli interventi necessari per limitare il potenziale contagio (6); in particolare:

- deve indossare una **protezione respiratoria efficace**

Fig.1
Cartello
informativo



Tabella 1
TB polmonare:
criteri
diagnostici

La tubercolosi (TB) è una malattia contagiosa trasmissibile per via aerea, sostenuta da Mycobacterium tuberculosis e, occasionalmente, da M. bovis e M. africanum (germi conosciuti anche come "bacilli di Koch" - BK). Il contagio, che avviene in fase di malattia conclamata, è determinato dall'immissione nell'ambiente di batteri tubercolari da parte di un soggetto affetto da TB attraverso colpi di tosse, starnuti o, semplicemente, parlando. È stato calcolato che un colpo di tosse o parlare per 5 minuti da parte di un paziente con espettorato positivo dà origine a circa 3000 droplets nuclei carichi di germi. Le particelle che veicolano i BK hanno un diametro compreso tra 1 e 5 micron e, in condizioni di normale ventilazione ambientale, permangono a lungo in sospensione aerea e possono diffondersi anche a distanza dal luogo di emissione (1,3).

La probabilità che una persona esposta, ovvero che inali droplets nuclei contaminati dall'aria ambiente, possa infettarsi con BK dipende dalla concentrazione aerea di tali particelle, dallo stato immunitario del soggetto, dallo stato nutrizionale e dalle caratteristiche ambientali (circolazione dell'aria, calore,...)

Criteri diagnostici

Un soggetto è da ritenersi sicuramente contagioso - caso accertato - quando presenta una tubercolosi polmonare attiva rispondente ad uno dei criteri diagnostici riportati

nei confronti del BK (è necessario adottare un filtrante facciale di categoria FFP2S o superiore, la sola mascherina chirurgica è insufficiente viste le dimensioni dei droplets nuclei)

• deve fare indossare all'utente una **mascherina di tipo chirurgico** (o comunque un respiratore FFP2, solo se non dotato di valvola espiratoria), sempre che le condizioni cliniche lo permettano, e accompagnarlo in un locale adibito a **camera d'isolamento**, o, se non è possibile usufruire di tale locale, allontanarlo dagli altri utenti in attesa.

La capacità relazionale ed educativa dell'infermiere (7), nonché l'attivazione di efficaci ed efficienti flussi di comunicazione, rappresentano in questa fase l'elemento basilare per la corretta gestione dell'assistito.

È fondamentale, infatti, produrre una relazione con l'utente volta a fargli comprendere le necessità di rispettare le precauzioni adottate (uso corretto della mascherina, rigore della limitazione spaziale,...), congiuntamente all'attivazione di meccanismi tesi a contenere i livelli d'ansia derivanti dalla potenziale percezione determinata dall'associazione dei comportamenti adottati dall'operatore ad un livello elevato di gravità del problema di salute.

Nel contempo, diventa prioritario comunicare tempestivamente ai membri dell'équipe la presenza di un utente potenzialmente contagioso ed attivare alacramente l'accesso alla valutazione del caso da parte del medico di Pronto Soccorso.

Le persone significative (parenti, amici, compagni ...) che hanno accompagnato l'utente in Pronto Soccorso, se gestiti correttamente attraverso una valida informazione - nel rispetto della privacy e del segreto professionale - e la corretta istruzione al rispetto delle norme precauzionali, rappresentano un'importante risorsa per l'infermiere e per l'utente, anche se l'accesso all'area d'isolamento deve essere limitato quanto più possibile.

IL CASO (II parte)

Al sig. Anselmo vengono rilevati i parametri vitali: T° 38., sat. 96%, PAO nella norma. Durante l'esecuzione di tali operazioni il sig. Anselmo, visibilmente contrariato del trattamento subito, chiede spiegazioni in merito alla necessità di indossare una maschera.

L'infermiera spiega che, in relazione a quanto dichiarato in precedenza, esiste la possibilità che sia affetto da una malattia respiratoria contagiosa, e che sono necessari ulteriori accertamenti per confermare questa ipotesi. Spiega inoltre che esistono specifiche procedure in vigore nell'ospedale che prevedono l'adozione di tali precauzioni fino al completamento dell'iter diagnostico.

Il sig. Anselmo viene invitato ad attendere la visita del medico. Dopo circa 15 minuti entra nella stanza d'isolamento il medico, che provvede al completamento della rilevazione anamnestica ed all'esame obiettivo.

Il sig. Anselmo viene accompagnato in Radiologia per eseguire un Rx del torace; alla lastra si evidenziano lesioni apicali specifiche, per cui si provvede alla raccolta dell'espettorato per esame microscopico diretto e colturale.

2° STEP – ASSISTENZA IN CAMERA D'ISOLAMENTO

La camera di isolamento (8,9) è composta da tre distinte aree separate e messe in comunicazione con porte a chiusura ermetica:

a) **locale di degenza temporanea**, con locale servizi igienici annessi: quest'area, dedicata al soggiorno temporaneo del soggetto in isolamento, è attrezzata come una vera e propria camera di degenza. Sono presenti gli arredi (letto, comodino), gli impianti di erogazione dell'ossigeno e del vuoto centralizzato, gli impianti di chiamata (interfono e "campanello"). L'impianto di aerazione è condizionato ed è a pressione negativa: ciò consente di limitare la propagazione di droplets nuclei all'esterno della camera in caso di apertura della porta. All'interno del locale è presente il materiale sanitario - monouso, conservato in armadio chiuso - utile all'assistenza. Sono inoltre dislocati i contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Dipartimento di Emergenza e Accettazione	
SCHEDA DI TRIAGE	
PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE TRASMISSIBILI PER VIA AEREA	
data _____ ora _____	
Cognome _____	Nome _____ Data nascita _____ Luogo _____
RISCHIO TB	
Segni e sintomi	
<input type="checkbox"/> Tosse da più di due settimane <input type="checkbox"/> Emoftoe <input type="checkbox"/> Febbre o febricola <input type="checkbox"/> Dimagrimento	
Fattori di rischio	
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> Alcolista <input type="checkbox"/> Progressiva TB <input type="checkbox"/> Immigrato <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Carcerato	
<input type="checkbox"/> Patologie associate (diabete, immunocompromissione, cirrosi scompensata) <input type="checkbox"/> Precedente ricovero in reparto lungodegenti	
Accertamenti radiologici	
<input type="checkbox"/> Esito RX Torace per TB: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> SOSPETTO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	
Valutazione	
<input type="checkbox"/> l'utente riferisce oltre la tosse almeno uno dei segni/sintomi indicati e/o la radiografia del torace risulta positiva o sospetta per TB	
→ ADOTTARE MISURE DI ISOLAMENTO PER PATOLOGIE TRASMISSIBILI PER VIA AEREA	

Fig.2
scheda di triage per valutazione rischio di patologia trasmissibile per via aerea

Griglia 1
Interventi
infermieristici
previsti in triage
per la gestione
di soggetto con
potenziale malattia
trasmissibile per
via aerea

Interventi di natura tecnica	Interventi di natura relazionale	Interventi di natura educativa
<ul style="list-style-type: none"> •Valutazione del problema di salute •Valutazione, attraverso conduzione di intervista strutturata, della relazione esistente tra problema di salute e fattori di rischio, segni, sintomi indice di possibile infezione tubercolare •Adozione delle misure di protezione respiratoria individuale (FFP2S) •Attivazione delle misure di prevenzione volte al contenimento della diffusione ambientale del microrganismo (mascherina chirurgica per l'utente e accompagnamento in camera di isolamento o in luogo separato dall'utenza in attesa) 	<ul style="list-style-type: none"> •Ascolto attivo •Capacità di ispirare fiducia 	<ul style="list-style-type: none"> •Educare il paziente alla corretta adozione delle precauzioni (mascherina, limitazione spaziale) fino al completamento dell'accertamento diagnostico, facendogli comprendere le motivazioni che sostengono tali comportamenti. •Nei confronti delle persone significative per l'utente, volti a informarle in merito al potenziale rischio di contagiosità del problema presentato, nel rispetto del segreto professionale e della privacy dell'individuo, ed alla necessità dell'adozione di misure precauzionali, senza peraltro creare allarmismi ingiustificati

Tabella2
precauzioni
aggiuntive per
malattie a tra-
missione aerea

b) **Locale filtro:** in quest'area è stoccato il materiale sanitario, in particolare i dispositivi di protezione (FFP2S, camici monouso, guanti,...) che il personale deve indossare prima di accedere al locale di degenza. Inoltre, sono presenti i farmaci per l'urgenza e, anche in quest'area, i contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, necessari in particolare per lo smaltimento dei dispositivi di protezione respiratoria individuale (DPRI) dopo la conduzione di manovre assistenziali nell'area di degenza.

c) **Locale "di sorveglianza":** in quest'area, attigua alla zona filtro, il personale infermieristico staziona quando non presta assistenza diretta al soggetto in isolamento. E' presente un interfono, che consente di comunicare con l'assistito, un telefono ed una postazione informatizzata. In quest'area è svolta l'attività burocratica - amministrativa legata al soggetto isolato; in tal modo si evita di introdurre nell'area d'isolamento materiale non direttamente utile all'assistenza ma potenzialmente veicolante microrganismi (cartella clinica, registri, ...)

Interventi infermieristici

Nell'area di isolamento avviene la prima visita da parte del medico, tesa alla definizione del/i problema/i di salute del soggetto; nel contempo l'infermiere garantisce la corretta attivazione dell'iter diagnostico, volto alla conferma della diagnosi di tubercolosi (Rx del torace, prelievo di materiale proveniente dalle basse vie aeree per esame culturale e microscopico diretto, eventuale intradermoreazione di Mantoux).

È necessario rammentare che, in caso di riscontro di sospetta o accertata malattia tubercolare, il medico curante ha l'obbligo di notificare il caso al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica attraverso apposita modulistica (Scheda di notifica di malattia infettiva, classe III). All'infermiere potrà essere richiesta la collaborazione con l'organizzazione sanitaria per promuovere l'identificazione dei soggetti venuti a contatto stretto e/o regolare con il soggetto contagioso, che dovranno essere valutati per essere eventualmente sottoposti a sorveglianza epidemiologica.

Prima dell'accesso nell'area in cui soggiorna l'utente, il personale indossa un respiratore FFP2S, che, una volta superata la prova di tenuta, non deve mai essere rimosso o riassetato durante la permanenza nell'area di degenza. Una volta abbandonata l'area, il dispositivo va rimosso nella zona filtro ed eliminato nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Durante l'assistenza diretta in camera d'isolamento, gli operatori, oltre ad attenersi alle precauzioni standard (9), devono adottare le precauzioni aggiuntive per patologie

a trasmissione aerea, riportate in tabella 2.

In aggiunta alle precauzioni standard applicare le precauzioni a seguito riportate per i pazienti con sospetta o nota patologia a trasmissione aerea (TBC, Morbillo, Varicella, Zoster, ecc..).

- Tenere porte chiuse
- Favorire il ricambio dell'aria nella stanza verso l'esterno (se non presente sistema di condizionamento)
- Limitare le visite
- Indossare DPI specifico per TBC (FFP2)
- Utilizzare camice protettivo se vengono compiute manovre in cui sia previsto contatto il paziente
- Limitare i trasferimenti del paziente
- Praticare il lavaggio antisettico delle mani all'uscita dalla stanza e dopo aver rimosso il filtrante facciale ed i dispositivi di protezione individuale

Nei casi in cui sia necessario trasportare il soggetto al di fuori dell'area d'isolamento, come avviene, ad esempio, per l'esecuzione degli esami radiografici, l'infermiere provvede:

- ad avvertire preventivamente gli operatori del servizio cui l'utente è destinato;
- ad identificare il percorso più breve di accesso al servizio, avendo cura di non far transitare l'utente in momenti di flusso elevato di persone;
- a promuovere l'ottimizzazione dei tempi d'esecuzione dell'esame, evitando la sosta del soggetto nelle sale d'attesa, a contatto con l'utenza in sosta;
- a far indossare al soggetto una mascherina chirurgica, che dovrà mantenere fino al rientro nell'area di isolamento, e che dovrà essere sostituita, in caso di prolungamento dei tempi dell'esame, almeno ogni 30 minuti.

La corretta informazione fornita al soggetto, in particolare riguardante la condizione morbosa e le motivazioni che sostengono la necessità di mantenere le precauzioni d'isolamento, il ruolo empatico dell'infermiere, la disponibilità all'ascolto, la capacità di ispirare fiducia, la celebrità nella trasmissione delle informazioni, rappresentano elementi fondamentali per la corretta gestione del caso.

IL CASO (III parte)

Dopo circa due ore giunge il referto dell'esame microscopico diretto sull'escreato, che risulta positivo. Pertanto, si dispone il ricovero presso l'U.O. di Malattie Infettive.

1_la prova di tenuta di un DPI FFP2S consiste nel provocare, dopo averlo indossato, un'inspirazione forzata (o espirazione, a seconda dei modelli e delle indicazioni fornite dalle case costruttrici); se si avverte una pressione positiva (o, nel caso dell'espirazione, negativa) all'interno del respiratore, esso risulta essere indossato correttamente. In caso di fallimento della prova è necessario riposizionare sul volto il DPI.

Interventi di natura tecnica	Interventi di natura relazionale	Interventi di natura educativa
<ul style="list-style-type: none"> •Adozione delle precauzioni aggiuntive per patologie trasmesse per via aerea durante l'assistenza diretta al soggetto •Collaborazione con il medico nella programmazione dell'iter diagnostico: <ul style="list-style-type: none"> -prelievo di materiale proveniente dalle basse vie respiratorie per esame colturale e microscopico per la ricerca di BK; -rx del torace. -intradermoreazione di Mantoux; •Attuazione e valutazione del corretto iter diagnostico •Programmazione, attuazione e valutazione degli interventi farmacologici ed assistenziali connessi al problema di salute (gestione della sintomatologia respiratoria, del dolore toracico, dell'ipertermia,...) 	Instaurazione della relazione d'aiuto con l'utente, privilegiando i seguenti aspetti (10): <ul style="list-style-type: none"> •ascolto attivo •empatia •sostegno emotivo •potenziamento del coping dell'utente 	Nei confronti dell'utente, rivolti a fornire: <ul style="list-style-type: none"> •le corrette informazioni in rapporto alla malattia sostenuta dal bacillo tubercolare, con particolare riferimento ai meccanismi di trasmissione del germe •le motivazioni che rendono necessaria l'adozione delle misure d'isolamento

Griglia 2
Interventi infermieristici previsti nell'area di isolamento per la gestione di soggetto con potenziale malattia trasmissibile per via aerea

La permanenza del paziente in Pronto Soccorso, nonostante l'attivazione tempestiva delle procedure previste, è stata di sei ore.

3° STEP - IL TRASFERIMENTO

Interventi infermieristici

L'attivazione delle procedure tese ad indirizzare il soggetto verso la successiva destinazione prevista per la gestione del problema (reparto di Malattie Infettive, in questo caso) rappresenta un momento cardine nel percorso dell'utente.

Valutata la disponibilità all'accoglienza da parte dell'unità di destinazione, la fase del trasferimento deve prevedere:

- l'informazione all'utente, che deve avvenire in maniera celere, per permettere l'eventuale presa dei contatti con i familiari;
- l'accertamento della corretta trasmissione delle informazioni all'unità di destinazione, per permettere all'équipe di cura di pianificare correttamente l'assistenza;
- la verifica della completezza della documentazione clinica dell'utente;
- la programmazione del trasferimento fisico.

In rapporto a quest'ultimo aspetto, è necessario informare gli addetti al trasporto in merito alla necessità di adottare apposite misure precauzionali; essi dovranno, infatti, indossare un respiratore FFP2S e, nel caso di trasporto in ambulanza, provvedere ad evitare il trasporto del paziente in promiscuità con altri utenti.

Alla dimissione, la camera di isolamento dovrà essere trattata secondo la normale procedura di sanificazione (non sono previsti trattamenti specifici od aggiuntivi in relazione al soggiorno del caso di TB); gli operatori che provvederanno alle operazioni di pulizia e sanificazione dovranno indossare, durante l'espletamento delle stesse, una protezione respiratoria efficace verso M. tuberculosis. (8,9)

Conclusioni

La recrudescenza della patologia tubercolare, come pure il fenomeno SARS nel 2003, ha contribuito alla necessità di dover ridiscutere strategie ed azioni professionali mirate per limitare il rischio di diffusione di agenti patogeni aerei, in particolare proprio in quelle aree deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, quali le strutture ospedaliere.

Interventi di natura tecnica	Interventi di natura relazionale	Interventi di natura educativa
<ul style="list-style-type: none"> •Programmazione del trasferimento dell'utente attraverso l'attivazione di efficaci flussi comunicativi con i servizi interessati •Programmazione del ricondizionamento del materiale riutilizzabile impiegato nell'assistenza •Programmazione e valutazione del ricondizionamento della camera d'isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> •Risoluzione della relazione d'aiuto •Supporto emotivo 	Rivolti a verificare il consolidamento dei comportamenti dell'utente (ruolo attivo) per il contenimento del rischio infettivo.

Griglia 3
Interventi infermieristici previsti alla dimissione del soggetto con potenziale malattia trasmissibile per via aerea

Oggi, appurata la reale esistenza di un fenomeno infettivo che sembra essere in costante crescita, diventa necessario gestire l'utente che presenta problemi respiratori attraverso un approccio metodologico che tenga conto dell'evidente possibilità di trovarsi "face to face" con una situazione morbosa che sembrava ormai essere destinata alla sporadicità e che, per un distorto vissuto, può diventare elemento sociale discriminante, oggetto di giudizio negativo da parte della comunità.

Operare in un Pronto Soccorso ha spesso, in passato, precluso la possibilità, per gli operatori, di soffermare la propria attenzione su un mondo considerato "invisibile", quale quello microbiologico, in cui i pericoli per la salute dell'essere umano sono, però, sostanziali.

Le condizioni favorenti la diffusibilità del microrganismo che solitamente si vengono a creare in tale area, dettate, ad esempio, dal sovraffollamento degli ambienti, oppure dal "naturale" orientamento degli operatori alla gestione dell'emergenza, talvolta può generare comportamenti che possono precludere i necessari livelli di attenzione in rapporto all'adozione di specifiche misure preventive richieste.

Se da una parte è necessario evitare la sottostima del fenomeno, che potenzialmente potrebbe implicare il diffondersi dell'infezione non soltanto all'interno dell'area di emergenza, ma anche in tutte le strutture coinvolte nel percorso diagnostico - terapeutico - assistenziale compiuto dall'utente, dall'altra è prioritario agire senza provocare allarmismi ingiustificati, con la consapevolezza che le misure preventive, se adottate con criteri di correttezza e sistematicità, garantiscono una protezione efficace nei confronti di operatori e della collettività.

Per promuovere, quindi, il contenimento del rischio di diffusione della patologia tubercolare nella struttura sanitaria, è necessario che l'infermiere operante in Pronto Soccorso sviluppi elevati livelli di competenza specifica nell'esercizio delle proprie funzioni professionali, coadiuvato dall'adozione di strumenti di valutazione del rischio e di apposite procedure operative, condivise tra l'équipe, per il corretto management del paziente contagioso o potenzialmente ritenuto tale.

BIBLIOGRAFIA

1. Comodo N, Maciocco G. Igiene e sanità pubblica. Ed. Carocci Faber. Roma, 2002
2. Regione Piemonte. Prevenzione e il controllo della tubercolosi umana in Piemonte. Sito internet: http://www.asl20.piemonte.it/SEPI/Sorv_mi/tubercolosi/protocollo_tb.pdf
3. Istituto Superiore di Sanità. Tubercolosi. Sito internet: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/tubercolosi/tubercolosi.htm>
4. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health Care facilities, 1994. MMWR. October 28, 1994 / 43 (RR13); 1 - 132
5. Targeted Tuberculinum Testing and Treatment of latent Tuberculosis Infection. MMWR. June 9, 2000 / 49 (RR - 6)
6. Ministero della Sanità. Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS. Linee guida per la prevenzione del contagio tubercolare nell'assistenza a pazienti con infezione da HIV. Roma, 28 giugno 1994.
7. Guida all'esercizio della professione infermieristica. 3° edizione. Sez. 6. Ed. Medico Scientifiche. Torino, 2002.
8. Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministero della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b) del decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112
9. Centers for disease Control. Guidelines for isolation precautions in Hospital. Atlanta, USA, 1996.
10. Calamandrei C, D'Addio L. Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere. Ed. Mc Graw Hill. Milano, 1999.

