

Sommario

Editoriale	4
In primo piano	
• Una nuova era nella lotta all'HIV. <i>De Luca A.</i>	5
• WHO, PAHO. Decontaminazione e reprocessing di dispositivi medici per strutture sanitarie. <i>Traduzione parte II. A cura di Lupo C, Brandi E.</i>	9
Studi	
• Valutazione dell'igiene delle mani degli operatori e delle superfici ospedaliere con l'utilizzo del bioluminometro - <i>Federa F, Cattaneo M, Bovone M, Caruso A, De Mite AM</i>	13
Esperienze	
• L'infermiere esperto nel rischio infettivo al "centro" del sistema di sorveglianza di laboratorio delle ICA nel Nuovo ospedale di Prato - <i>Accorgi D, Lacerenza E, Mannozi F</i>	20
Strumenti	
• Come prevenire le infezioni al proprio domicilio: guida per i pazienti oncologici. <i>A cura di Giacomini M.</i>	25
Pillole di storia	
• L'evoluzione del processo di sterilizzazione. <i>A cura di Tagliafico MG, Centi A</i>	42

Editoriale

A cura di **Maria Mongardi**, presidente ANIPIO

Siamo ormai arrivati a fine anno. Un 2017 colmo di novità, importanti per tutti i soci ANIPIO e in generale per tutti coloro che ogni giorno si prodigano sul fronte del rischio infettivo.

Il Consiglio direttivo ANIPIO in carica è giunto al traguardo del primo anno di attività intensa e di grande soddisfazione.

Attività che hanno riguardato molti ambiti. Partiamo dalla formazione, uno dei temi più sentiti in ANIPIO. Nel corso del 2017, accanto ai corsi di formazione organizzati nelle diverse regioni italiane, sono stati attivati Master di primo livello in Management del Rischio Infettivo presso l'Università degli Studi di Parma, l'Università degli Studi Tor Vergata di Roma e l'università Magna Grecia di Catanzaro, tutti in collaborazione con ANIPIO.

Sul fronte della ricerca e degli studi, ricordo la partecipazione alla Survey Nazionale di *Choosing Wiles* e il censimento nazionale degli infermieri che si occupano a tempo pieno o a tempo parziale di controllo delle infezioni.

Senza dimenticare la "rivoluzione" della legge 24 marzo 2017 e i decreti applicativi, la partecipazione alla Consulta delle Associazioni /Società Scientifiche Infermieristiche promossa dalla Federazione IPASVI, l'iscrizione di ANIPIO al Ministero della Salute per la partecipazione ai tavoli di lavoro sulle linee guida/buone pratiche EBP e il lavoro di verifica per mettere a punto tutti i criteri richiesti ad una Società Scientifica, dal decreto applicativo del 2 agosto 2017.

E ancora, non dimentichiamo l'attività intensa sul fronte della comunicazione. Nel 2017, abbiamo avuto l'apertura del nuovo sito web ANIPIO, una nuova pagina Facebook e la nomina del nuovo comitato di redazione della rivista *Orientamenti*, che inizierà i lavori da gennaio 2018. Un comitato multidisciplinare che permetterà di migliorare ulteriormente il livello della nostra rivista e di iniziare il percorso verso l'indicizzazione.

Concludo questa carrellata di attività, ricordando le numerose richieste giunte ad ANIPIO, da parte delle altre Società Scientifiche e Associazioni Infermieristiche e mediche, a tenere relazioni e interventi sul rischio infettivo nell'ambito di Congressi nazionali. Un riconoscimento importante delle competenze presenti in ANIPIO.

E nel 2018 continuate a seguirci: sono già in cantiere tantissime novità, sia sul fronte della ricerca e della formazione ma anche per l'evoluzione e la crescita che attende la nostra rivista.

Infine nel porgervi i migliori auguri di Buone feste e Buon Anno Nuovo, vorrei esprimere un sentito ringraziamento ai lettori della rivista *Orientamenti*, con la speranza che tutti i vostri sogni e ideali si realizzino.

Grazie di cuore e buona lettura (e buon lavoro) a tutti!

Una nuova era nella lotta all'HIV

De Luca A¹

¹ UOC Malattie Infettive, Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università di Siena, Direttore di U.O.C., A.O.U.S. Siena

Premessa. La malattia da HIV ha subito profondi mutamenti negli ultimi 20 anni, grazie ai cambiamenti epidemiologici ed all'efficacia della terapia antiretrovirale (ART). La malattia, un tempo inevitabilmente letale, è oggi divenuta nella maggior parte dei casi una patologia cronica, gestita in regime ambulatoriale, con un'attesa di vita media quasi equivalente a quella delle persone non infette da HIV. Un problema rilevante è tuttora rappresentato dagli "AIDS presenter": soggetti che vengono diagnosticati con infezione da HIV nel momento in cui hanno già sviluppato l'AIDS conclamato. Questo accade perché una fetta crescente della popolazione, pur avendo comportamenti potenzialmente rischiosi, non si ritiene a rischio, non effettua il test diagnostico e quindi non accede a quella terapia che eviterebbe la progressione di malattia. Infatti, circa il 30% delle infezioni da HIV in Italia non è diagnosticato o seguito dai centri di Malattie Infettive. Alla luce di recenti evidenze, la ART determina un beneficio clinico anche nei pazienti in fase molto precoce di infezione, con difese immunitarie apparentemente preservate. Inoltre, la ART riduce la trasmissione sessuale dell'infezione nella popolazione e, il singolo individuo con una carica virale plasmatica stabilmente soppressa grazie alla terapia, perde la contagiosità. Tutti gli operatori sanitari devono essere coinvolti nel diffondere la cultura del test diagnostico per l'HIV e la consapevolezza della necessità di inserire e mantenere tutte le persone infette in terapia, sia a scopo curativo che preventivo.

LA PERCEZIONE DEL FENOMENO

L'infezione da HIV e l'AIDS sono ancora realtà rilevanti nel nostro paese, sia da un punto di vista epidemiologico che e clinico ed assistenziale. Ormai se ne sente parlare pochissimo. Siamo purtroppo abituati ad una percezione dei fenomeni influenzata dalla frequenza con cui essi occupano spazio sui media. D'altra parte la meningite meningococcica in Toscana ad esempio, fenomeno rilevante e mediatico, ha mietuto molte meno vittime dell'AIDS nella stessa regione. La realtà è che l'AIDS non è più lo spauracchio collettivo degli anni '80 e '90. Ci capita magari di leggere frettolosamente i

dati globali e nazionali dell'infezione da HIV in occasione del 1 Dicembre, giornata mondiale dedicata all'AIDS, ma i nostri ragazzi, i nostri pazienti, lo ritengono un fenomeno confinato a categorie a rischio, a situazioni particolari. Anche molti Medici non pongono subito in diagnosi differenziale l'infezione da HIV in tutti i pazienti, a prescindere da ipotetiche categorizzazioni. Recentemente ad esempio, ho seguito un caso ad esito infausto per una grave ed irreversibile polmonite da *Pneumocystis jirovecii* scambiata a lungo per un edema polmonare cardiogeno: era un soggetto di oltre 70 anni, a cui per diverse settimane erano state prescritte indagini per una qualche neoplasia e in cui la diagnosi di infezione HIV è arri-

vata troppo tardivamente, dopo essere passata sotto gli occhi di diversi specialisti. Un caso emblematico, che fa riflettere. Eppure oggi l'infezione da HIV è una patologia gestibile che può essere resa cronica con un trattamento antiretrovirale appropriato.

Negli ultimi anni sono cambiate molte cose e le percezioni antiche associate a questa infezione sono state completamente rivoluzionate dal mutamento dell'epidemiologia e dai notevoli benefici della terapia sulla prognosi dell'individuo ma anche sulla prevenzione. Infatti, il trattamento è divenuto uno strumento in grado di ridurre drasticamente, se non di abolire del tutto, la contagiosità e quindi la diffusione della malattia.

L'ENTITÀ DEL FENOMENO

Oggi si stima che le persone viventi con infezione da HIV o AIDS in Italia siano circa 130 mila, di cui circa 100 mila diagnosticate e seguite dai reparti di Malattie Infettive (1,2). Nel 2015 sono state effettuate circa 3700 nuove diagnosi di infezione da HIV (vedi figura 1). I soggetti che alla diagnosi di infezione da HIV avevano una conta di linfociti CD4 <350 (quindi presentavano già un deficit immunitario indicativo di una diagnosi tardiva) rappresentano ben il oltre il 50% delle nuove diagnosi italiane. Quelli con grave deficit immunitario (linfociti CD4 <200) alla diagnosi sono soprattutto maschi eterosessuali con >50 anni. L'incidenza di nuove diagnosi di AIDS è pari a 1,7 per 100 mila abitanti nel 2015, con punte massime in Toscana, Lazio, Emilia-Romagna e Lombardia. A

livello nazionale le nuove diagnosi di AIDS riguardano soprattutto le classi di età >40 anni (oltre un terzo del totale >50 anni), la metà delle trasmissioni di queste nuove diagnosi di AIDS è avvenuta tramite rapporti eterosessuali e il 75% ha fatto il primo test HIV solo alla diagnosi di AIDS o entro i 6 mesi precedenti (1). Solo un quinto faceva terapia antiretrovirale. La maggior parte dei nuovi casi di AIDS sarebbe dunque evitabile con una diagnosi più precoce.

CHI TRATTARE CON LA TERAPIA ANTIRETROVIRALE (ART): I BENEFICI

Fin dalla introduzione delle terapie efficaci in Italia nel 1996, la ART ha portato un immediato beneficio con un drastico calo di morbosità e mortalità a livello individuale e di popolazione che non ha pari in altre patologie. Basti pensare che l'incidenza dei nuovi casi di AIDS a livello nazionale è passata da 10 casi per 100 mila abitanti nel 1995 a 1,5 nel 2015, con una riduzione dell'85% (vedi figura 2). Negli ultimi anni nuove evidenze scientifiche hanno ulteriormente rivoluzionato l'approccio terapeutico. Studi controllati indipendenti (ossia gestiti da enti pubblici, non ditte farmaceutiche) hanno dimostrato che la terapia riduce significativamente la morbosità e la mortalità fino al 50% anche nei soggetti con infezione più precoce con conte dei linfociti CD4 >500, soggetti ritenuti immunologicamente "normali" (3). Inoltre il trattamento, sopprimendo la replicazione virale, riduce la carica del virus anche a livello delle mucose genitali riducendo così la probabilità di trasmissione sessuale del virus del 90-95% (4). Di fatto la trasmissione sessuale al partner stabile sem-

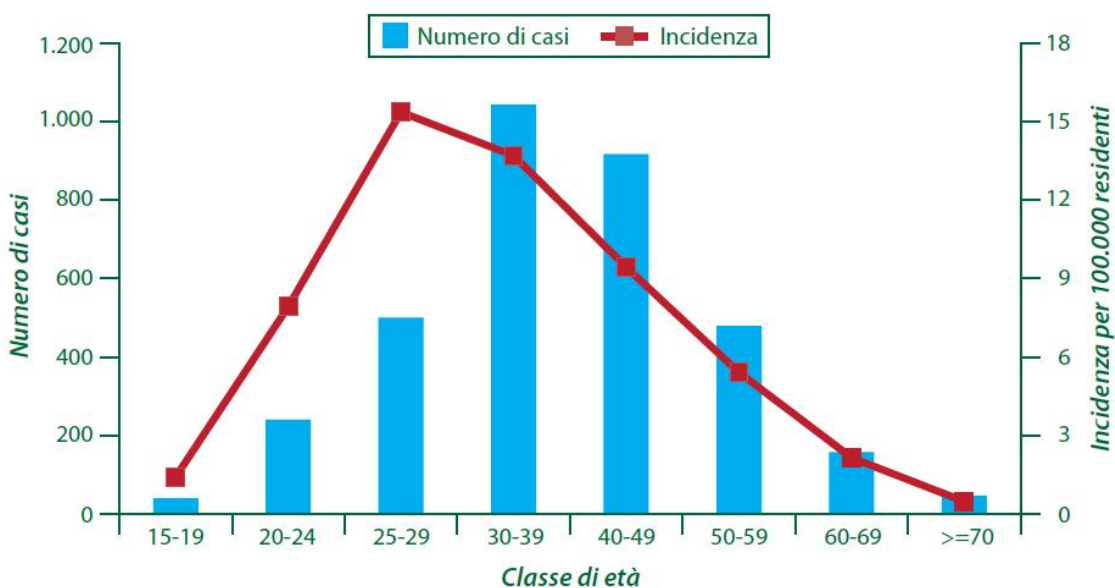


Figura 1. Percentuale di adesione igiene mani nella prima osservazione. Numero ed incidenza dei nuovi casi di infezione da HIV in Italia in base alla classe di età nel 2015 [1]

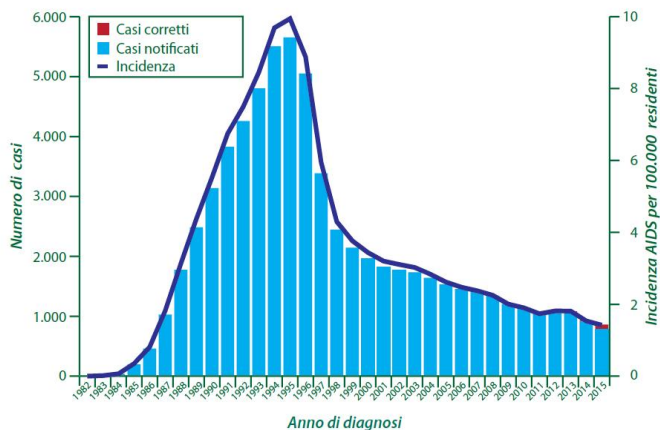


Figura 2. Numero di casi di AIDS notificati e corretti per ritardo di notifica ed incidenza in Italia 1982-2015 [1]

bra non verificarsi affatto quando la carica virale plasmatica è stabilmente soppressa dalla terapia, un obiettivo che raggiunge oggi più del 90% dei pazienti in ART (2,4,5). Questo effetto di prevenzione della trasmissione orizzontale dato dalla terapia, si somma a quello già precedentemente verificato sulla trasmissione verticale (madre-figlio), virtualmente abolita da una ART somministrata alla madre in corso di gravidanza.

GLI OBIETTIVI DELL'UNAIDS PER IL 2020: 90/90/90 E L'EFFICACIA DELLA TERAPIA COME PREVENZIONE

Le recenti evidenze citate, unitamente alla disponibilità di trattamenti sempre più tollerati e semplici da assumere sono alla base delle nuove indicazioni di Linee Guida nazionali ed internazionali (incluse quelle dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità) che a partire dalla fine del 2015 raccomandano il trattamento universale di tutti i pazienti con infezione da HIV. Non si discute più chi trattare ma come diagnosticare e trattare efficacemente e cronicamente il maggior numero possibile di persone che vivono con l'infezione. L'Agenzia delle Nazioni Unite per la lotta globale all'AIDS (UNAIDS) ha posto ai diversi Stati l'obiettivo, da raggiungere entro il 2020, di diagnosticare almeno il 90% delle persone con l'HIV, di prendere in carico e trattare con la ART almeno il 90% dei diagnosticati e di sopprimere la carica virale plasmatica in almeno il 90% dei trattati. In Italia, i secondi due obiettivi "90" sono stati raggiunti (vedi figura 3): mancano tuttavia all'appello i primi "90": diagnosticare almeno il 90% dei pazienti con infezione. Diversi modelli matematici predicono che l'ottenimento di questi obiettivi dovrebbe portare ad un contenimento drastico della pandemia da HIV entro pochi decenni.

Esempi concreti non mancano: nell'area di Londra, nella quale si stanno per raggiungere gli obiettivi e con un notevole incremento dei pazienti messi in terapia, le grandi cliniche per malattie sessualmente trasmesse registrano quest'anno un dimezzamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV.

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE E DELLA LOTTA ALLA STIGMATIZZAZIONE

Viste le premesse diviene pertanto prioritario identificare il sommerso delle infezioni non note ed effettuare una diagnosi nella fase più precoce possibile della malattia. Oggi come mai offrire e raccomandare il test dell'HIV rappresenta un grande valore per la tutela della salute individuale ed un chiaro beneficio in termini di salute pubblica. Le persone con

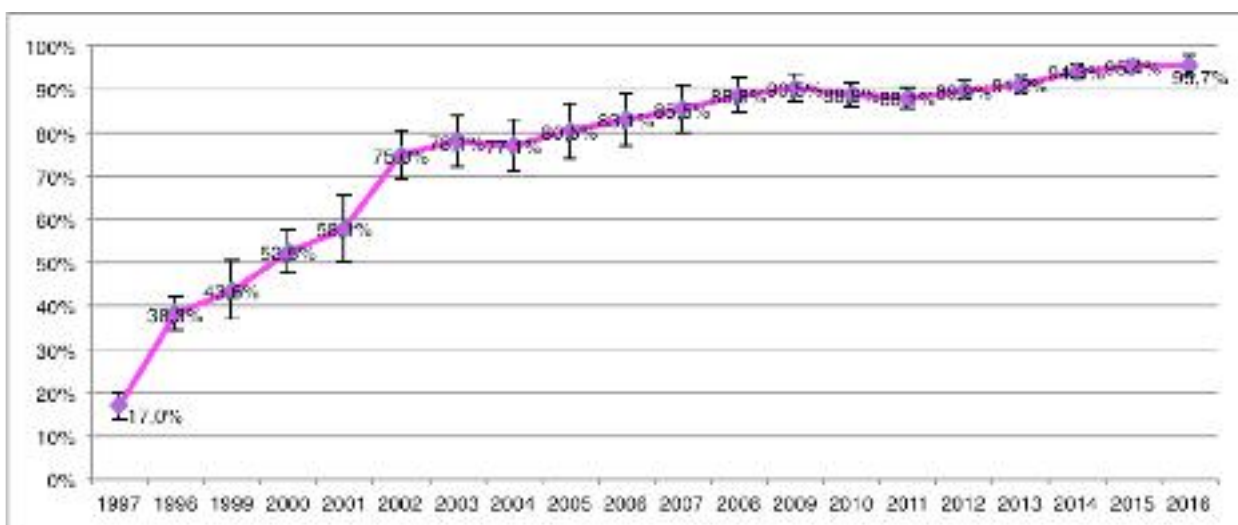


Figura 3. Proporzione di pazienti in terapia antiretrovirale da almeno 1 anno nei centri clinici italiani, con carica virale plasmatica soppressa dal 1997 al 2017: dati della coorte ICONA (Giugno 2017)

infezione da HIV diagnosticate precocemente e trattate efficacemente hanno oggi un'aspettativa di vita pressoché sovrapponibile a quella delle persone senza infezione. La qualità della vita può essere ottima anche in termini di prospettiva di salute sessuale e riproduttiva. Effettuare il test deve gradualmente diventare una prassi normale, direi di screening preventivo come previsto per altre patologie. Certamente molto resta da fare per superare il giudizio e la stigmatizzazione che purtroppo ancora pesano in maniera determinante sulle persone con infezione da HIV e che troppo spesso inducono una certa reticenza nell'offrire, nel richiedere e nell'accettare l'esecuzione del test. Ricordiamoci che il test è sempre totalmente gratuito e, per chi lo volesse, tutte le Aziende USL ed Ospedaliere sono dotate di accesso al test anche in maniera completamente anonima e senza prescrizione medica. Il contributo dei medici e degli infermieri nel diffondere la cultura della normalità e dell'utilità del test è determinante. In termini di pratiche assistenziali, diviene fondamentale ribaltare le nostre concezioni. I pazienti con diagnosi di infezione da HIV in terapia stabile, sono quelli meno pericolosi per tutti, incluso il personale sanitario. Oggi più di ieri, sono i pazienti senza una diagnosi che richiedono più che mai l'impiego delle precauzioni universali. Non esistono più le vecchie categorie a rischio (tossicodipendenti o ex, persone omosessuali con rapporti a rischio) ma il solo fatto di essere un adulto sessualmente attivo o precedentemente attivo dovrebbe indurre a fare test. Questo permetterebbe di evitare le diagnosi di AIDS conclamato o peggio i decessi per eventi AIDS correlati, consentendo alle persone coinvolte di non ridurre la propria attesa e qualità di vita ed evitando ulteriori, inutili trasmissioni dell'infezione.

LE NUOVE SFIDE ASSISTENZIALI DELL'HIV/AIDS

Il mutamento dello scenario comporta nuove sfide assistenziali. Innanzi tutto si configura sempre di più la necessità di un counselling e della figura del counsellor che può essere adeguatamente esercitata dall'infermiere formato "ad hoc". Il counselling è fondamentale in tutte le fasi della malattia da HIV. Innanzitutto esso è essenziale nel momento del test diagnostico di HIV, sia in fase di pre-test che nel post-test. Il counselling pre-test serve ad informare adeguatamente le persone che vogliamo incoraggiare a sottoporsi al test, spiegandone significato ed opportunità. Per le persone che hanno già deciso di sottoporvisi è importante per rendere il paziente consapevole del significato che un risultato positivo o negativo può avere in rapporto alla tipologia e alla tempistica dell'esposizione o di comportamento a rischio. Nel post-test la figura del counsellor infermieristico integra quelle del medico e dello psicologo, in caso di risultato positivo, ma

anche in caso di risultato negativo. Un ruolo fondamentale riveste il counselling in rapporto all'argomento della terapia antiretrovirale, sia per quanto riguarda l'importanza che essa riveste nel condizionare in senso positivo la prognosi, la qualità della vita e nel ridurre (fino ad abolire dopo opportune verifiche) la contagiosità, sia nel sostenere l'aderenza del paziente alla terapia e nel tentare di rimuovere eventuali barriere assistenziali o personali all'aderenza. Inoltre, l'infermiere di Malattie Infettive riveste un ruolo fondamentale in termini formativi dei colleghi della stessa o di altre specialità, in una prospettiva di esercitare la professione in sicurezza ma anche della rimozione di eventuali pregiudizi e di atteggiamenti discriminatori o di stigmatizzazione della patologia e del paziente. Infine, un ambito particolare è rappresentato dalle sfide assistenziali presentate da una limitata ma sempre presente casistica di pazienti con esiti cronici di malattia, spesso con conseguenze di disabilità anche grave, che sono seguiti in diversi regimi assistenziali, inclusa l'assistenza domiciliare. Si tratta di ambiti che si associano spesso ad un rilevante disagio sociale e che richiedono cognizioni specifiche e capacità di fare un lavoro di squadra anche con altre figure professionali, come quelle delle diverse strutture sanitarie e sociali del territorio. L'infermiere di malattie infettive assume, in questo contesto, il ruolo di case manager, gestore del caso o operatore di riferimento per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2015. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 29: 9 (Suppl 1); 2016.
2. Camoni L, Raimondo M, Urcioli R et al. Persone che vivono con l'HIV in Italia: dati del secondo censimento. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 20: 1; 2017.
3. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med.* 2015 Aug 27;373(9):795-807
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. HPTN 052 Study Team. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med.* 2016 Sep 1;375(9):830-9.
5. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. PARTNER Study Group. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* 2016 Jul 12;316(2):171-81