

Allegato 1- Misure di isolamento per le principali malattie infettive

Si riportano di seguito la legenda e le note al fine di rendere più facilmente consultabile le tabelle contenenti le misure di isolamento

Estratto e modificato da: "Centers for Disease Control and Prevention, Hospital Infection Control Practice Advisory Committee. Draft guideline for isolation and precautions in hospitals. Federal Register 1994; 59(214): 55551-55570"

TIPO DI PRECAUZIONI	DURATA DELLE PRECAUZIONI
A = precauzioni per via aerea C = precauzioni da contatto D = precauzione da droplet (goccioline) S = precauzioni standards N.B.: <i>quando (A), (C), (D) sono specificate, usare sempre anche le precauzioni standard (S).</i>	CN = fino alla fine della terapia antibiotica e coltura negativa DH = durata dell'ospedalizzazione DI =durata della malattia infettiva (quando c'è una lesione della cute DI significa: "fino alla fine dei drenaggio") U = fino al tempo specificato in ore (h) dopo l'inizio effettivo della terapia F = consultare le note a fine tabella.

NOTE

1. Vedi anche sindromi e condizioni elencate in tabella I.
2. Nessuna medicazione o non protezione sufficiente -al drenaggio.
3. la medicazione copre e protegge il drenaggio.
4. Fino a due esami culturali, a distanza di 24 ore, negativi.
5. Mantenere le precauzioni durante l'ospedalizzazione di neonati e di bambini fino a 3 anni di età; nei bambini dai 3 ai 14 anni fino a 2 settimane dopo l'inizio della sintomatologia; oltre i 14 anni è sufficiente una settimana.
6. Usare le precauzioni da contatto per i pazienti incontinenti e per i bambini di età inferiore ai 6 anni per tutta la durata della malattia.
7. Per i neonati nati con parto naturale o taglio cesareo se la madre aveva una infezione attiva e una rottura di membrana per più di 4-6 ore.
8. Questa raccomandazione ha lo scopo di far capire le difficoltà logistiche e le limitazioni strutturali che un ospedale potrebbe affrontare quando ricovera un paziente con sospetta influenza durante un evento epidemico comunitario. Se non sono disponibili camere singole può essere preso in considerazione il raggruppamento dei pazienti; è comunque da evitare la condivisione di una camera: con un paziente ad alto rischio. Per le misure specifiche si fa riferimento alle linee guida per la prevenzione delle polmoniti nosocomiali.
9. I pazienti dovrebbero essere visitati abitualmente al fine di evidenziare una tubercolosi polmonare attiva. Se esiste evidenza clinica adottare le misure di precauzione necessarie (vedi isolamento tubercolosi).
10. I microrganismi giudicati resistenti da programmi di controllo delle infezioni basate sulle condizioni attuali, sulle raccomandazioni regionali o nazionali e per i quali esiste un particolare significato clinico ed epidemiologico.
11. Fino a 9 giorni dopo l'insorgenza della tumefazione.
12. Mantenere le precauzioni fino a 5 giorni dopo l'inizio della terapia.
13. Evitare di mettere il paziente in camera con altri pazienti immunocompromessi.
14. Evitare che il paziente condivida la camera con altri pazienti non infetti o colonizzati con *Pseudomonas cepacia*.
15. Fino a sette giorni dopo l'insorgenza dell'eruzione cutanea.
16. Le precauzioni devono essere usate per ogni ammissione di bambini fino all'anno di età, a meno che il tampone nasofaringeo e l'urinocoltura non siano negativi per virus dopo i tre mesi di vita.
17. Sospendere le precauzioni solo quando il paziente è sottoposto ad una terapia specifica, è migliorato clinicamente e ha tre esami culturali dell'escreato, raccolti in giorni diversi, negativi.
18. Mantenere le precauzioni fino alla cicatrizzazione della lesione: le persone suscettibili dovrebbero rimanere fuori dalla camera.

INFEZIONE – CONDIZIONE	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
ACTINOMICOSI	S	
ADENOVIRUS	D/S	DI
infezione respiratoria in età pediatrica		
AIDS	S	
AMEBIASI	S	
ANTRACE (CARBONCHIO)		
cutaneo	S	
polmonare	S	
ARTROPODI		
encefaliti virali, febbre gialla	S	
ASCARIDIOSI	S	
ASCESSO		
drenaggio maggiore 2	C	
drenaggio limitato 3	S	
ASPERGILLOSI	S	
BABEBIOSI	S	
BOTULISMO	S	
BRONCHIOLITI		
(vedi infezioni in età pediatrica)		
BRUCELLOSI	S	
CANDIDOSI	S	
tutte le forme inclusa la monocutanea		
CAVITÀ CHIUSE	S	
infezioni da ferite aperte limitate o minori		
CELLULITE	S	
aperta, limitata o minore		
CLOSTRIDIUM	S	
c. botulinum	C	
c. difficile	S	
c. perfringens(intossicazione alimentare, gangrena gassosa)	S	
COCCIDIODOMICOSI	S	
COLERA		
vedi gastroenteriti		
CONGIUNTIVITE		
acuta batterica	S	
da clamidia	S	
gonococcica	S	
acuta virale	C	DI
COXSACKIE VIRUS, MALATTIA DA		
vedi infezioni enteriche virali		
CRIPTOCOCCOSI		
vedi gastrtoenteriti		
CYTOMEGALOVIRUS	S	
in neonati o immunodepressi		
DIARREA ACUTA SOSPETTA ETIOLOGIA INFETTIVA		
vedi gastroenteriti		
DIFTERITE		
cutanea	C	CN4
faringea	D	CN4
ECHINOCCOCOSI	S	
ECHOVIRUS		
vedi gastroenteriti		

INFEZIONE – CONDIZIONE	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
ENCEFALITI O ENCEFALOMIELITI vedi agenti etiologici specifici		
ENDOMETRITI	S	
ENTEROBIASI	S	
ENTEROCOCCUS SPECIES vedi microrganismi multiresistenti ai farmaci se epidemiologicamente significativi o resistenti alla vancomicina: enterocoliti, clostridium difficile	C	DH
ENTEROVIRUS adulto	S	
neonati ebambini	C	DH
EPATITE VIRALE tipo A	S	
pazienti incontinenti o con il pannolino	C	
tipo B (Hbs Ag positivo)	S	F5
tipo C e altre non A non B	S	
tipo E	S	
EPIGLOTTIDE da haemophilus influenzae	D	U 24H
FEBBRI EMORRAGICHE es. febbre di Lassa	C	DI
FORUNCOLOSI STAFILOCOCCICA neonati e bambini	C	DI
GANGRENA gangrena gassosa	S	
GASTROENTERITI campylobacter species	S6	
clostridium difficile	C	DI
vibrio colera	S6	
criptosporidium species	S6	
escherichia coli entroemorragica	S6	
pazienti incontinenti o con pannolone	C	DI
altre specie	S6	
giardia lambia	S6	
rotavirus	S6	
pazienti incontinenti o con pannolone	C	DI
salmonella species (Inclusa S. typhi)	S6	
pazienti incontinenti o con pannolone	C	DI
vibrio parahaemolyticus	S6	
virale	S6	
yersinia enterocolitica	S6	
GIARDIASI vedi gastroenteriti		
GONORREA	S	
GRANULOMA INGUINALE donovania, granuloma venereo	S	
GUILLAIN BARRÈ, sindrome di	S	
HERPANGINA faringite vescicolare, vedi enteriti virali		

INFEZIONE – CONDIZIONE	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
HERPES SIMPLEX (herpesvirus omnis)		
encefalite	S	
neonatale 7	C	DI
mucocutanea, disseminata o primitiva grave	C	DI
mucocutanea ricorrente (cutanea, orale e genitale)	S	
HERPE ZOSTER (varicella zoster)		
localizzazione in pazienti immunodepressi o disseminata	A/C	DI
localizzata in pazienti senza compromissione delle difese immunitarie	S	
IMPETIGINE	C	U 24 H
INFLUENZA	D8	DI
INTOSSICAZIONE ALIMENTARE		
botulismo	S	
clostridium perfringens o welchii	S	
stafilococcica	S	
ISTOPLASMOSI	S	
LEBBRA	S	
LEGIONELLOSI	S	
LEPTOSIROSIS	S	
LISTERIOSI	S	
LYME , malattia di	S	
MALARIA	S	
MELIOIDOSI	S	
MENINGITI		
asettica (non batterica o virale)	S	
batterica da enterobatteri gram negativi in neonati	S	
fungina	S	
haemophilus influenzae, certa o sospetta	D	U 24 h
listeria monocitogenes	S	
neisseria meningitidis, certa o sospetta	D	U 24 h
pneumococco	S	
tubercolosi 9	S	
altre batteriche diagnosticate	S	
MENINGOCOCCO		
polmonite	D	U 24 h
sepsi	D	U 24 h
MICROORGANISMI MULTIRESISTENTI (infezione/colonizzazione)		
gastrointestinale	C	U 24 h
respiratoria	C	CN
pneumococcica	D	CN
cute, ferite e lesioni	C	CN
MICOBATTERI ATIPICI		
polmoni	S	
ferite	S	
MYCOPLASMA PNEUMONIA	D	DI
MONONUCLEOSI	S	
MORBILLO	A	DI
NOCARDIOSI	S	
PARAINFLUENZA (respiratoria in età pediatrica)	C	DI
PAROTITE EPIDEMICA	D	F11
PEDICULOSI	C	U 24 h
PERTOSSE	D	F12

INFEZIONE – CONDIZIONE	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
PESTE		
bubonica	S	
polmonare	D	U 72 h
POLMONITE		
adenovirus	D/C	DI
batterica (non elencata altrove, inclusi i batteri gram negativi)	S	
clamidia	S	
fungina	S	
hemophilus influenzae		
adulti	S	
neonati e bambini	D	U 24 h
legionella	S	
meningococco	D	U 24 h
mycoplasma (polmonite primitiva atipica)	D	DI
pneumococo	S	
pneumocystis carinii	S₁₃	
pseudomonas cepacia (incluse le colonizzazioni)	C₁₄	DH
stafilococco aureo	S	
streptococco di tipo A		
adulti	S	
neonati e bambini	D	U 24 h
virale		
adulti	S	
in età pediatrica	C	DI
POLIOMELITE	S	
PSITTACOSI	S	
Q FEBBRE	S	
RABBIA	S	
RICKETTSIOSI	S	
ROSOLIA	D	F15
congenita	C	F16
ROTA VIRUS (vedi gastroenteriti)		
SALMONELLOSI (vedi gastroenteriti)		
SCABBIA	C	U 24 h
SIFILIDE		
cute e mucose inclusa la congenita, la primaria e la secondaria	S	
latente (terziaria e sieropositività senza lesioni)	S	
SPOROTRICOSI	S	
STAFILOCOCCO malattia da		
cute, ferite, ustioni		
estesa 2	C	DI
limitata 3	S	
enterocolite	S	
polmonite	S	
sindrome da shock tossico	C	
STREPTOCOCCO GRUPPO A, malattia da		
cute, ferite, ustioni		
estesa 2	C	U24h
limitata 3	S	
endometrite (sepsi puerperale)	S	
faringite in età pediatrica	D	U24h
polmonite in età pediatrica	D	U24h
scarlattina in età pediatrica	D	U24h

INFEZIONE – CONDIZIONE	PRECAUZIONI	
	TIPO	DURATA
STREPTOCOCCO GRUPPO B E non A non B	S	
STROINGILOIDPOSI	S	
TENIASI		
hymenolepsis nana	S	
taenia solium (maiale)	S	
altro	S	
TETANO	S	
TIFO (febbre tifoide)		
vedi gastroenteriti		
TOXOPLASMOSI	S	
TRACOMA, acuto	S	
TRICHINOSI	S	
TRICHIURIASI	S	
TRICOMONIASI	S	
TUBERCOLOSI		
extrapolmonare, lesioni aperte inclusa la scrofola	S	
extrapolmonare, meningite	S	
polmonare certa o sospetta o forma laringea	A	F 17
skin test positivo senza evidenza di malattia polmonare in atto	S	
TURALEMIA		
lesioni aperte	S	
polmonare	S	
ULCERA DA DECUBITO INFETTA		
maggiore (drenaggio)	C	DI
minore	S	
ULCERA VENEREA (ulcera molle)	S	
VARICELLA	A/C	F18
VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS		
(vedi gastroenteriti)		
YERSINA ENTEROCOLITICA		
(vedi gastroenteriti)		
ZIGOMICOSI	S	
ZOSTER (varicella zoster)		
localizzata in pazienti immunocompromessi, disseminata	A/C	F17
localizzata in pazienti senza compromissione delle difese immunitarie	S	

SINDROMI CLINICHE		
SINDROMI CLINICHE *	PATOGENI POTENZIALI**	PRECAUZIONI EMPIRICHE
DIARREA		
1. diarrea acuta probabilmente di origine infettiva in paziente incontinente o con pannolino	Patogeni enterici***	Contatto
2. diarrea in un adulto con una storia di terapia antibiotica	Clostridium difficile	contatto
MENINGITE		
	neisseria meningitidis	droplet
ERUZIONE CUTANEA O ESANTEMA GENERALIZZATO EZIOLOGICAMENTE SCONOSCIUTO		
1 ecchimosi e petecchie con febbre	Neisseria meningitidis	Droplet
2 vescicola cutanea	Varicella	Aerea/contatto
3 lesione maculo papulosa con rinite e febbre	Morbillo	aerea
INFEZIONI RESPIRATORIE		
1 tosse, febbre, infiltrato lobo polmonare superiore in un paziente HIV negativo e a basso rischio per infezione da HIV	Mycobacterium tuberculosis	Aerea
2 tosse, febbre, infiltrato polmonare in un paziente infetto da HIVo ad alto rischio	Mycobacterium tuberculosis	Aerea
3 tosse persistente e parossistica nella fase attiva di pertosse	Bordetella pertussis	Drople
4 infezioni respiratorie, in particolare bronchiti e tosse in neonati e bambini piccoli	Virus resp. Sinciziale Virus parainfluenzale	contattot
MICROORGANISAMI MULTIRESISTENTI AI FARMACI		
1 storia di infezione o colonizzazione con microrganismi multiresistenti****	Batteri resistenti	Contatto
2 infezione della cute, delle ferite o del tratto urinario in un paziente con un ricovero recente in ospedale o casa di cura dove sono prevalenti i microrganismi multiresistenti ai farmaci	Batteri resistenti	contatto
INFEZIONI CUTANEE O DELLE FERITE		
ascessi o drenaggi di ferite non protetti	Staphylococcus aureus	contatto
<p>* i pazienti che le sindromi cliniche o condizioni riportate in tabella possono presentarsi con segni o sintomi atipici (ad esempio la pertosse nel neonato e nell'adulto può presentarsi senza tosse parossistica o grave). Il sospetto dei sanitari arà guidato sia dalla prevalenza delle condizioni specifiche in quella comunità, sia dal giudizio clinico.</p> <p>** i microrganismi elencati nella colonna come "patogeni potenziali" non rappresentano la diagnosi completa o più probabile ma piuttosto i possibili agenti eziologici che richiedono precauzioni aggiuntive oltre a quelle standard finché non potranno essere esclusi.</p> <p>*** questi patogeni includono escherichia coli enteroemorragica, shigella, virus dell'epatite A e rotavirus.</p> <p>**** ai microrganismi giudicati resistenti dal programma di controllo delle infezioni basato sulle condizioni attuali, sulle raccomandazioni generali e nazionali, deve essere attribuito un particolare significato clinico o epidemiologico.</p>		

Volume 5, numero 4, dicembre 1998

Isolamento e precauzioni per la prevenzione delle malattie trasmissibili in ospedale**Christian Ruef, Zurigo; Pia Raselli, Patrick Francioli, Losanna****Introduzione**

La trasmissione delle malattie infettive all'interno dell'ospedale rappresenta un rischio per pazienti e personale. E' quindi importante sviluppare delle strategie di prevenzione sia per le malattie frequenti, sia per quelle più rare. Un certo numero di condizioni devono essere adempite affinché tali strategie possano funzionare con successo: avere un alto grado di sospetto e conoscere in dettaglio i modi di trasmissione, i periodi di incubazione e l'efficacia delle diverse misure preventive. I CDC (Centers for Disease Control and Prevention) di Atlanta negli USA hanno recentemente pubblicato delle raccomandazioni aggiornate e revisionate. In questo articolo sono riassunti la filosofia e i punti chiave di queste raccomandazioni.

A livello del personale, si sente spesso dire che la trasmissione di agenti infettivi in ospedale è un fenomeno ben conosciuto, facente parte dei rischi professionali. Questo tipo di affermazione un po' fatalista è a sua volta il riflesso dell'immagine disinteressata che il personale curante vuole avere di se stesso e della sua devozione verso i pazienti, ma pure di una scarsa conoscenza dei rischi e delle misure preventive.

Il ventaglio di microrganismi che rivestono un'importanza epidemiologica nelle infezioni nosocomiali è largo e comprende batteri, virus, funghi e anche protozoi. Le manifestazioni cliniche, il tempo d'incubazione così come i diversi modi di trasmissione dei diversi microrganismi sono conosciuti. Le misure di prevenzione che scaturiscono sono basate su queste caratteristiche. Queste misure possono essere utilizzate in modo universale e internazionale. A parte qualche rara eccezione in relazione a delle situazioni locali, la filosofia di base nel campo del controllo e della prevenzione delle infezioni nosocomiali, può essere applicato sia nei piccoli che nei grandi ospedali. Da diversi anni, i CDC hanno un ruolo di leader nello sviluppo di raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni nosocomiali. Queste raccomandazioni sono state riviste e pubblicate nel 1996. Questo ci permette di rivedere il fondamento storico delle nuove raccomandazioni e di presentare gli elementi più importanti. In questo contesto bisogna chiedersi se le raccomandazioni possano essere applicate negli ospedali svizzeri.

Cenni storici

Già nel 1970 i CDC avevano pubblicato un manuale con delle raccomandazioni per i diversi isolamenti di pazienti con malattie infettive trasmissibili. Quest'ultimo è poi stato rivisto nel 1975 e comprendeva 7 categorie di isolamento e di precauzioni, e più precisamente l'isolamento stretto, l'isolamento respiratorio, l'isolamento protettivo e le precauzioni in caso di infezioni enteriche. Nel corso degli anni '80, abbiamo assistito a modifiche di elementi importanti nella prevenzione delle infezioni ospedaliere. L'acquisizione di microrganismi patogeni ospedalieri è aumentata e ha oltrepassato quella di germi comunitari. Questo aspetto si è accentuato soprattutto nell'ambito delle cure intensive con l'apparizione delle resistenze agli antibiotici, in particolare nei batteri gram negativi.

La pubblicazione revisionata dei CDC del 1983 comportava oltre alle misure d'isolamento e precauzionali già citate, l'isolamento di contatto e le precauzioni in caso di contatto con sangue o liquidi biologici infetti. E' pure stato introdotto l'isolamento in caso di tubercolosi polmonare.

La revisione di queste norme ha posto dei gravi problemi nella vita quotidiana. La ripartizione delle diverse malattie infettive in diverse categorie d'isolamento ha suscitato molte controversie. L'insorgenza di nuove malattie infettive, come per esempio l'infezione da HIV, la tubercolosi multiresistente e le febbri emorragiche virali, hanno messo in evidenza delle lacune nelle raccomandazioni del 1983 e un'ulteriore rapida revisione si è rivelata necessaria.

L'era dell'HIV

La scoperta del virus HIV come agente eziologico del SIDA e la sua trasmissione da pazienti al personale ospedaliero mediante ferite provocate da oggetti taglienti o appuntiti ha incitato i CDC ad aggiungere nel 1985 la nozione di precauzioni "universali".

Le raccomandazioni del 1983 avevano come scopo quello di proteggere il paziente e il personale, dirigendo le misure sui pazienti identificati come infetti mentre l'aggiunta delle precauzioni universali nel 1985 aveva come scopo quello di considerare ogni paziente come potenzialmente infetto, concentrandosi essenzialmente sulla protezione del personale. L'utilizzo di guanti, di maschere appropriate, di occhiali protettivi e di recipienti rigidi per l'esposizione a sangue e liquidi biologici era regolato da queste raccomandazioni. Nel 1987, come complemento alle precauzioni universali, la nozione di isolamento in caso di contatto con pelle non intatta, mucose e ferite è stata introdotta (body substance isolation). Queste precauzioni si concentravano sulla trasmissione di microrganismi in caso di un contatto diretto, trascurando la nozione di trasmissione mediante goccioline. Le precauzioni universali hanno pure evidenziato delle lacune. La raccomandazione dell'uso di guanti in caso di atti medici multipli hanno condotto ad una falsa sicurezza. Il fatto che i guanti potessero essere contaminati e divenire così un vettore ideale per la trasmissione di microrganismi non è stata sufficientemente presa in considerazione. Sono state descritte molte epidemie nell'ambito dei reparti di cure intensive, imputabili a un uso improprio dei guanti. Questi fatti hanno evidenziato come da un lato le raccomandazioni non erano sempre applicate correttamente, e dall'altro diventavano problematiche e contraddittorie con il susseguirsi di nuove versioni. Si è dunque deciso di provvedere ad una revisione completa.

Le nuove raccomandazioni del 1996

Principi di base

La conoscenza di 3 elementi concernenti la trasmissione sono indispensabili per la messa in atto di un isolamento

- **La sorgente dell'agente infettivo** che è più spesso il paziente, raramente il personale medico o l'ambiente. Nel caso in cui il paziente costituisca la fonte, si può trattare di un'infezione acuta, di una colonizzazione o di un'infezione in fase d'incubazione.
- **L'ospite** le cui co-morbilità e i fattori di rischio possono influenzare il decorso clinico della malattia iniziale.
- **La modalità di trasmissione** che determina le diverse misure che devono essere messe in atto.

Le nuove raccomandazioni dei CDC distinguono 5 modalità di trasmissione (Tabella 1).

Tabella 1: Modalità di trasmissione

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Contatto b. Mediante goccioline (distanza < 1-2 m) c. Via aerea (particelle <5µm) d. Veicolo comune (p.es. acqua, cibo, materiale, apparecchi) e. Vettori esterni (p. es. zanzara, mosca, altri parassiti) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Un catalogo di misure preventive è stato stabilito per ogni modalità di trasmissione (Tabella 2). E' chiaro che l'insieme di queste misure non si applica a tutti i casi, ma bisogna individualizzarle in funzione della loro pertinenza in una data situazione.

Tabella 2: Misure da considerare in caso di isolamento

Quattro categorie di misure nel 1996

Contrariamente a quelle degli anni 70-80, la composizione delle nuove raccomandazioni è molto semplice: solamente 4 categorie di misure entrano in linea di conto (Tabella 3).

Tabella 3: Categorie di misure preventive

Le raccomandazioni si basano essenzialmente sulle precauzioni standard (Tabella 4). A dipendenza della situazione, oltre a quelle basilari, verranno aggiunte delle misure supplementari per la trasmissione aerea, la trasmissione mediante goccioline e la trasmissione per contatto. Visto che le precauzioni standard si applicano a tutti i pazienti, è importante rispettarne tutte le componenti.

Tabella 4: Precauzioni standard

Cosa ?	Quando ?
Disinfezione delle mani	Prima e dopo il contatto con un paziente , dopo qualsiasi contatto con liquidi biologici (con o senza guanti)
Guanti	Prima di ogni contatto con liquidi biologici, mucose e ferite
Maschera, occhiali protettivi, camice protettivo	In caso di attività che presentano un rischio d'esposizione a dei liquidi biologici
Disinfezione (superfici, materiale)	Contaminazione dell'ambiente circostante il paziente
Protezione contro le ferite	In caso di manipolazioni con del materiale tagliente o appuntito

In caso di sospetto clinico o di diagnosi confermata di un'infezione trasmissibile per aerosol, mediante goccioline o per contatto diretto, certe misure addizionali devono essere applicate. Queste misure sono descritte nella Tabella 5.

Tabella 5: Misure addizionali

Modalità di trasmissione	Esempi	Misure complementari
Aerosol	<ul style="list-style-type: none"> • Tubercolosi • Morbillo • Varicella 	<ul style="list-style-type: none"> • Camera individuale (se possibile con ventilazione a pressione negativa) • Maschera protettiva con filtro per entrare nella camera • Ridurre al minimo il trasporto del paziente fuori dalla camera
Goccioline	<ul style="list-style-type: none"> • Differite • Pertosse • Polmonite da micoplasmii • Parotite • Rosolia 	<ul style="list-style-type: none"> • Camera individuale se possibile • Maschera protettiva per avvicinare il paziente a meno di 1m

	<ul style="list-style-type: none"> • Angina da streptococchi gruppo A • Infezioni da meningococchi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre al minimo il trasporto del paziente fuori dalla camera
Contatto	<ul style="list-style-type: none"> • Infezioni da germi multiresistenti (MRSA; VRE; enterobatteriacee) • Herpes Simplex disseminato 	<ul style="list-style-type: none"> • Camera individuale se possibile, altrimenti misure secondo il microrganismo • Guanti per il contatto diretto • Materiale e apparecchiature dedicate al paziente

Conclusioni

Le nuove raccomandazioni dei CDC rappresentano senza alcun dubbio un progresso nell'ambito della prevenzione delle infezioni nosocomiali. Sono precise, chiare e ben concepite, ciò che contribuisce a una buona applicazione nella pratica quotidiana. Il documento dei CDC contiene molte informazioni dettagliate concernenti un certo numero di agenti infettivi che non possiamo trattare qui per motivi di spazio.

La messa in atto in Svizzera delle raccomandazioni americane non sarà possibile senza certe modifiche. Infatti, la maggior parte degli ospedali svizzeri non dispongono di camere munite di ventilazione a pressione negativa. Questa non è però una priorità e non dovrebbe impedire la messa in atto delle altre misure, più importanti, meno costose, ma più facili da realizzare in pratica. Per esempio, l'importanza della diagnosi precoce di una malattia trasmissibile, come per esempio la tubercolosi polmonare: un'esposizione a *M. tuberculosis* avviene nella maggior parte dei casi nel contesto di una tubercolosi sconosciuta. Una tale esposizione non è prevenuta dalle installazioni "hightech" ma da un alto indice di sospetto. Questo ci riporta all'inizio dell'articolo. In caso di presa a carico di pazienti infetti, conviene prima di tutto applicare le conoscenze attuali con buon senso. Le nuove raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni trasmissibili nel settore curativo si basano sulle evidenze accumulate nel corso degli anni, dimostrando l'efficacia di certe misure. Queste misure sono concepite per essere applicate nella pratica. Conviene familiarizzarsi con esse e introdurle nella pratica giornaliera.

Referenze

1. Garner JS, The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1996; 17:53-80.