

## L'asciugamano buono per il dottore

**Simonetta Pagliani**  
*Occhio Clinico*

Il policlinico Umberto I di Roma è stato costretto alla chiusura di 4 sale operatorie dopo la morte di una degente causata pochi mesi fa da un focolaio di legionella, germe che si propaga attraverso le condutture dell'acqua e dell'aerazione forzata e per il quale non è stata dimostrata la via di contagio inter umana. La notizia ha riportato l'attenzione sul più generale tema delle infezioni nosocomiali difficili da curare (come quella da stafilococco aureo meticillino resistente), la maggior parte delle quali viene veicolata da un paziente all'altro anche dal contatto degli operatori sanitari.

Al di là delle carenze strutturali degli ospedali e comunicative dei dirigenti sanitari, merita una riflessione la mancata igiene delle mani, che accomuna colpevolmente moltissimi medici ospedalieri e ambulatoriali.

Che le mani possano condurre dalla pelle di un paziente al paziente successivo un gran numero di patogeni (persino quando sono stati usati i guanti di lattice, la cui rimozione inquina le mani a sufficienza) è noto fin dalla prima metà del XIX secolo, quando il medico ungherese Ignaz Semmelweiss, antesignano della moderna epidemiologia, ha condotto il primo esempio di studio osservazionale (vedi il riquadro).

A quanto pare, i detrattori di Semmelweiss

hanno lasciato il loro seme in molti ospedali: come ha scritto il chirurgo Atul Gawande sul *New England Journal of Medicine* (Gawande 2004), la parte più ardua del lavoro dell'ufficio per la lotta alle infezioni nell'ospedale dove egli lavorava stava nel convincere a lavarsi le mani proprio i sanitari, refrattari agli avvisi sui muri, alla distribuzione di materiale a perdere, persino all'elargizione di biglietti premio per il cinema al personale più ligio.

Persiste, ancora oggi, un'adesione molto bassa, che secondo alcuni studi non supera il 50 per cento degli interessati, alla regola del lavaggio mani dopo aver visitato un paziente e c'è chi pensa che questa inadempienza dovrebbe essere oggetto di correzione, sia tramite insegnamenti ad hoc, sia, eventualmente, con sanzioni, almeno in ambito ospedaliero. D'altronde, come nota Donald Goldmann in un altro numero del *New England Journal of Medicine* (Goldmann 2006), questo avviene di norma quando ci sono in ballo milioni di dollari, come nelle fabbriche che costruiscono e assemblano i micro chip dei computer.

Il titolo del suo editoriale, «System failure versus personal accountability», richiama puntualmente i medici a rendere conto di persona dei propri comportamenti, data la conoscenza dei termini della questione.

### Wash your hands, Doctor

*Occhio Clinico* 2007; 5: 2

#### Key words

Hygiene; Hand washing

#### Summary

The lack of hand hygiene that vast numbers of hospital and surgery doctors are guilty of.

It is well-known that hands can carry a large number of pathogens from the skin of one patient to the next. However, the hardest part of the job of those responsible for fighting infections in hospital is still to convince health workers themselves to wash their hands. Family doctors cannot assume this issue doesn't affect them, even though the bacteria circulating in surgeries are neither as aggressive or antibiotic-resistant as nosocomial ones. This practice requires specific rules which take a few minutes: it would come as no surprise, then, considering the current pace at which they see patients, if only a few doctors were to follow such as procedure.

### LAVARSI LE MANI E' COSA DA PAZZI

BOX 1

Ignaz Philipp Semmelweis (nato a Buda nel 1818 e morto a Vienna nel 1865), dopo che alcune coincidenze lo avevano spinto a osservazioni sistematiche, intuì la causa delle micidiali febbri puerperali che uccidevano circa l'11 per cento delle neo mamme negli ospedali cittadini.

Semmelweis giunse alla conclusione che la sepsi fosse provocata proprio dai medici e dagli studenti, che visitavano le puerpere di seguito alla disse-

zione dei cadaveri in sala anatomica. Semmelweis ordinò che tutte il personale del suo reparto si lavasse le mani con una soluzione di cloruro di calcio prima del contatto con le pazienti e ciò fece scendere i decessi al 5 per cento nel primo anno della pratica e all'1 per cento l'anno successivo.

Anche se non provenivano certo da uno studio clinico controllato, questi risultati, pubblicati nel libro *Eziologia, conce-*

*to e profilassi della febbre puerperale*, avrebbero dovuto quanto meno interessare il corpo sanitario, che, invece, si eresse contro Semmelweis.

Espulso dall'ospedale e dall'Università, lo studioso cadde in depressione e fu ricoverato in manicomio, dove morì.

Quindici anni dopo la sua morte gli veniva intitolata la clinica ostetrica di Vienna e nel 1894 gli veniva eretto un monumento a Budapest.

In Italia c'è chi procede sulla via del richiamo al binomio scienza coscienza, senza ricorrere alle vie disciplinari: la Regione Toscana, dopo un deprimente sondaggio sulle abitudini igieniche del personale ospedaliero, ha lanciato una campagna (cui, comunque, è stato dato il titolo, minacciosamente evocativo di «Mani pulite») per l'utilizzo di gel idroalcolici prima e dopo le visite e le procedure invasive.

I medici di famiglia non possono sentirsi estranei alla questione, anche se i batteri che circolano in ambulatorio non hanno né l'aggressività né la resistenza agli antibiotici di quelli nosocomiali.

La frequente mancanza di lavandini nelle stanze d'appartamento adibite a studio professionale non è più una scusa: i gel disinfettanti da usare a secco sono molto efficaci, d'impiego veloce e rispettosi dell'integrità cutanea più del sapone. Della diffusione del loro utilizzo si occupano ormai molte riviste dedicate (Widmer 2007).

Va inoltre considerato che l'alternativa dell'acqua e sapone, per essere altrettanto battericida, richiede regole precise, stabilite

dalle linee guida del Hand Hygiene Task Force, nel 2002:

- togliere orologi, anelli e bracciali, tutte trappole per germi;
- sfregare con sapone e acqua tiepida ogni parte delle mani e i polsi per 15-30 secondi;
- risciacquare per 30 secondi e asciugarsi con una salvietta pulita a perdere;
- ripetere a ogni paziente.

Non ci si dovrebbe stupire se, con i ritmi di visita attuali, l'adesione a una simile procedura fosse scarsa: dal momento che si usa dire che a ogni paziente si dedicano circa 8 minuti, la dilatazione dei tempi ambulatoriali di altri 4 o 5 minuti per visita passati al lavandino farebbe far notte in studio.

Ancora oggi, lavarsi le mani è un'operazione che tutela non tanto il paziente, quanto il medico: quando effettua una domiciliare, questi visita tranquillamente l'ammalato dopo aver toccato la portiera e i comandi dell'auto, la pulsantiera del citofono e dell'ascensore. In bagno, però, è già pronto l'asciugamano buono, di lino con l'orlo a pizzo, con il quale il dottore potrà asciugarsi le mani, una volta deterse dal contatto con il paziente. ■

## Bibliografia

Gawande A. Notes of a surgeon: on washing hands. *N Engl J Med* 2004; 350: 1283.

Goldmann D. System failure versus personal accountability — The case for clean hands. *N Engl J Med* 2006; 355: 121.

Widmer AF et al. Introducing alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28: 50.

## DISCUSSIONE ■

Ambulatorio del lettore

## L'intervento burocratico, una volta tanto è benefico

Quando Anna, una delle figlie del signor Mario N, fresco di iscrizione tra i miei assistiti, mi ha mostrato la documentazione clinica di suo padre, mi sarei messa le mani nei capelli!

Settantotto anni, è affetto da cardiopatia ischemica (infarto miocardico e successivo by-pass dieci anni fa), flutter atriale, vasculopatia cerebrale (un ictus a 75 anni, un altro l'anno dopo, di origine cardioembolica nonostante la terapia anticoagulante, con successiva crisi comiziale).

Inoltre ha un deterioramento cognitivo con disturbi del comportamento (irrequietezza motoria, ideazioni deliranti di gelosia nei confronti della moglie, insonnia) e un'ipertrofia prostatica benigna con catetere a permanenza dall'ultimo ricovero ospedaliero. La sua terapia prevede l'assunzione di due

tipi di antipertensivo, di un antiaggregante associato a un anticoagulante, di un antiipertettico, di un antipsicotico, di un ipnoinducente, di un alfa litico e, *dulcis in fundo*, di un gastroprotettore.

A settimane alterne, le due figlie si avvicendano, chiedendo un permesso al lavoro, per portarlo a cambiare il catetere nel reparto di urologia e per fare il prelievo per il monitoraggio dell'INR. Chiedo, stupita, ad Anna come il padre non sia stato finora posto in assistenza domiciliare integrata, per facilitare tutte queste incombenze (prelievo e cambio catetere sono offerti a domicilio) e così scopro che non hanno neppure fatto domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile e per l'assegno d'accompagnamento. Ho attivato la procedura per l'ADI e ho avviato la pratica dell'invalidità e questo piccolo impegno è stato premiato dall'essere ringraziata, almeno da questa famiglia, come un angelo salvatore. ■

**Ludovica Caputo**  
*Medicina generale*  
Milano