

CURE SICURE/ L'attenzione va potenziata anche nelle strutture extraospedaliere

# Occhio agli anziani in Rsa

La fragilità degli ospiti aumenta il pericolo di colonie di microrganismi

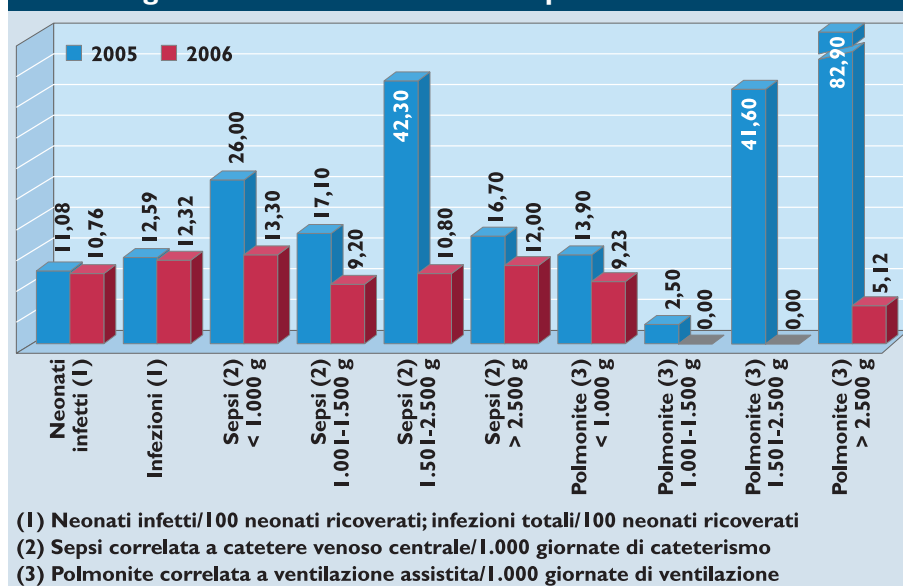
**L**a sorveglianza delle infezioni deve estendersi al di fuori dell'ospedale nelle strutture residenziali territoriali, che ospitano prevalentemente persone anziane, a rischio di contrarre un'infezione. Il rischio di infezione è determinato dalla particolare suscettibilità degli anziani alle infezioni, ma anche dalla condizione di istituzionalizzazione, al fatto che sempre più frequentemente vengono ospitati anziani con bisogni sanitari elevati,

che necessitano di procedure invasive e di trasferimenti in ospedale, con il rischio di colonizzarsi con microrganismi antibioticoresistenti, che possono essere diffusi ad altri ospiti al momento del ritorno nella struttura.

Le esperienze di sorveglianza in questo ambito sono più limitate, ma indicative del fatto che, come sottolinea la letteratura, la frequenza di infezioni in queste strutture è comparabile a quella osservata negli ospedali per acuti.

Infezioni nelle strutture residenziali per anziani			
<b>Luogo e numero di strutture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 aziende Usl Emilia-Romagna</li> <li>49 strutture (1 studio), 22 studi successivi</li> </ul>	14 strutture della prov. di Bergamo	4 strutture della prov. di Udine
<b>Tipo di studio</b>	Prevalenza	Prevalenza	Incidenza
<b>Periodo di studio</b>	2002-2006	2005-2006	2003
<b>Frequenza globale di infezioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8,5-10,5 pazienti infetti/100 ospiti nelle case protette</li> <li>17,0-21,2 pazienti infetti/100 nelle Residenze sanitarie assistite</li> </ul>	7 pazienti infetti/100 residenti	11,8/1.000 giornate di residenza

## Sorveglianza delle infezioni in Terapia intensiva neonatale



## MONITORAGGIO ATTIVO/ 2

### «Ricerca e distruggi»: Cremona contro lo stafilococco

L'Italia è uno dei Paesi europei con la frequenza più elevata di infezioni sostenute da un microrganismo particolare denominato Stafilococco aureo, risultato negli ultimi anni progressivamente sempre più resistente agli antibiotici. La frequenza di infezioni dal cosiddetto Mrsa (stafilococco aureo resistente alla meticillina) viene considerato un indicatore della qualità delle misure mirate a prevenire la trasmissione delle infezioni in ospedale.

L'Ospedale di Cremona ha avviato nel 1997 un progetto mirato a ridurre l'incidenza di infezioni da Mrsa attraverso la strategia "Ricerca e distruggi" che è consistita nella:

- ricerca attiva dei pazienti colonizzati o infetti in terapia intensiva. La ricerca attiva consisteva nell'esecuzione di un tampone nasale all'ingresso in reparto a tutti i pazienti con particolari fattori di rischio e successivamente e ogni 3 giorni durante l'ospedalizzazione;
- trattamento dei portatori di Mrsa con un antibiotico per via locale;
- adozione di particolari precauzioni nell'assistenza ai pazienti portatori, per ridurre il rischio

di trasmettere il microrganismo ad altri pazienti (lavaggio mani, uso di guanti, mascherine, salvacami, stanza singola o collocazione in stanza con altri pazienti con la stessa infezione/colonizzazione);

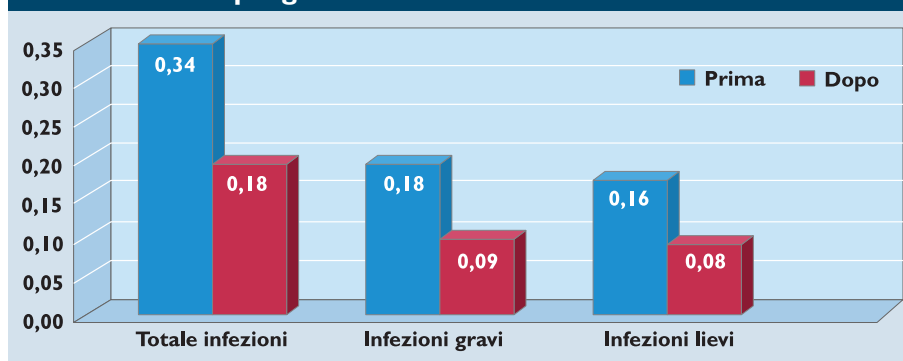
- programma formativo che consisteva nella presentazione ogni sei mesi al personale dei dati sulle infezioni/colonizzazioni da Mrsa.

Gli effetti positivi di questa campagna sono riportati nel grafico in basso.

Nel corso del convegno è stata anche presentata la Campagna per la sicurezza del paziente dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Global patient safety challenge-Gpsc), tra i cui obiettivi vi è la promozione della corretta igiene delle mani come strumento per prevenire la trasmissione di infezioni in ambito sanitario e socio-sanitario. L'Italia ha aderito a questa iniziativa e il ministero della Salute ha promosso una campagna nazionale, alla quale hanno aderito 14 Regioni con più di 100 aziende sanitarie.

(<http://www.ccm.ministerosalute.it/>)

## I risultati del programma contro i rischi d'infezione da Mrsa



## MONITORAGGIO ATTIVO/ 1

### A Napoli neonati superprotetti

La sorveglianza attiva promuove l'adesione a misure assistenziali corrette e si associa alla riduzione della frequenza di infezioni. Una esperienza interessante da questo punto di vista è quella di sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva neonatale portata avanti dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Federico II" di Napoli. Il personale del Dipartimento assistenziale di Igiene conduce una sorveglianza attiva nei reparti di terapia intensiva neonatale, anestesia e rianimazione e chirurgia, con rilevazione settimanale dei dati mediante consultazione delle cartelle cliniche e preparazione di report mensili che vengono inviati ai reparti interessati. In terapia intensiva neonatale, i dati di incidenza di infezioni correlate a procedure invasive e stratificati per classe di peso alla nascita mostrano una significativa riduzione della frequenza di infezioni in un arco di due anni (si veda il grafico a sinistra): è interessante notare come la riduzione della frequenza globale di infezioni sia presente ma meno marcata, mentre la riduzione è evidente soprattutto per quelle infezioni che sono evitabili con l'adozione di appropriate misure di controllo, soprattutto se nei confronti si tiene conto anche della suscettibilità di base alle infezioni del neonato, ossia del grado di prematurità.

### Niente rete senza gli operatori

Il trasferimento nella pratica assistenziale delle misure efficaci a ridurre il rischio di infezioni evitabili deve vedere la partecipazione attiva di tutti i professionisti che operano in ambito sanitario. Per questo motivo, il convegno di Napoli si è concluso con una vivace tavola rotonda, alla quale hanno partecipato i rappresentanti di nove società scientifiche (Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie-Simpios, Associazione nazionale infermieri prevenzione infezioni ospedaliere-Anipio, Società italiana di igiene, medicina preventiva e Sanità pubblica-Siti, Società italiana di malattie infettive e tropicali-Simit, Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere-Anmdo, Associazione microbiologi clinici italiani-Amcli, Società italiana di farmacia ospedaliera-Sifo, Società italiana di anestesia

**È fondamentale l'apporto di Ordini, associazioni e società scientifiche**

italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva-Siaarti, Società italiana di chirurgia-Sic), come anche della Federazionale nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici di infanzia (Ipsavi) e dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Napoli.

Dal dibattito è emerso il forte impegno di tutte le associazioni scientifiche, dell'Ipsavi e dell'Ordine dei medici per la lotta alle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie e la piena disponibilità a partecipare al progetto Inf-Oss attraverso:

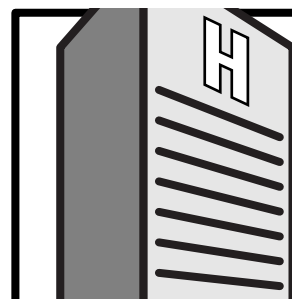
- la revisione dei protocolli di sorveglianza e linee guida proposte e la loro condivisione e implementazione;
- il mantenimento di una rete stabile che consenta lo scambio continuo di informazioni sulle iniziative in tema di prevenzione delle infezioni e la realizzazione di azioni comuni.

Infezioni

CURE SICURE/ Decolla il progetto Inf-Oss per promuovere strumenti di controllo comuni

# Corsie «sotto sorveglianza»

L'idea: armonizzare e collegare i sistemi messi in campo dalle Regioni



Un terzo delle complicanze infettive correlate agli interventi sanitari può essere evitato adottando interventi di provata efficacia. In Italia, i programmi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (attivati con le circolari del ministero della Salute n. 5/85 e n. 8/88) sono stati attuati con modalità molto variabili nelle diverse Regioni.

Per promuovere l'adozione di strumenti comuni tra Regioni, il Centro nazionale per la prevenzione e controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute ha finanziato il Progetto Inf-Oss

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

A partire dalla creazione di una rete tra le Regioni, il progetto Inf-Oss mira a raggiungere questi risultati:

- definire linee guida comuni;
- armonizzare i sistemi di sorveglianza;
- armonizzare i programmi formativi sul rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- concordare l'inclusione di requisiti specifici sul controllo del rischio infettivo nei programmi di accreditamento.

Il 21 febbraio scorso, in un convegno tenuto a Napoli, organizzato congiuntamente dal Ccm, ministero della Salute, assessorato alla Sanità della Regione Campania e Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna (che coordina il progetto Inf-Oss), è stato presentato il progetto ed è stato fatto il punto sui programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni in Italia.

Di seguito vengono sintetizzati alcuni degli interventi presentati nell'ambito del Convegno: sono state selezionate solo le relazioni che

presentavano dati epidemiologici sulla frequenza di infezioni, sintetizzavano le esperienze esistenti per la sorveglianza delle infezioni o descrivevano programmi che hanno dimostrato la riduzione della frequenza di infezioni.

pagine a cura di  
Maria Luisa Moro  
Responsabile

Area di programma rischio infettivo  
Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna  
Referente del progetto Inf-Oss

## I RISULTATI DEGLI STUDI DI PREVALENZA

### Virus e batteri colpiscono tra il 5 e l'8% dei ricoverati

Diverse Regioni hanno condotto in questi anni studi di prevalenza, che forniscono una stima della frequenza di tutte le complicanze infettive insorte in pazienti ricoverati, presenti in un determinato giorno: molte di queste infezioni non sono evitabili, perché non correlate a interventi sanitari, ma dovute solo alla particolare suscettibilità alle infezioni di pazienti in condizioni cliniche compromesse.

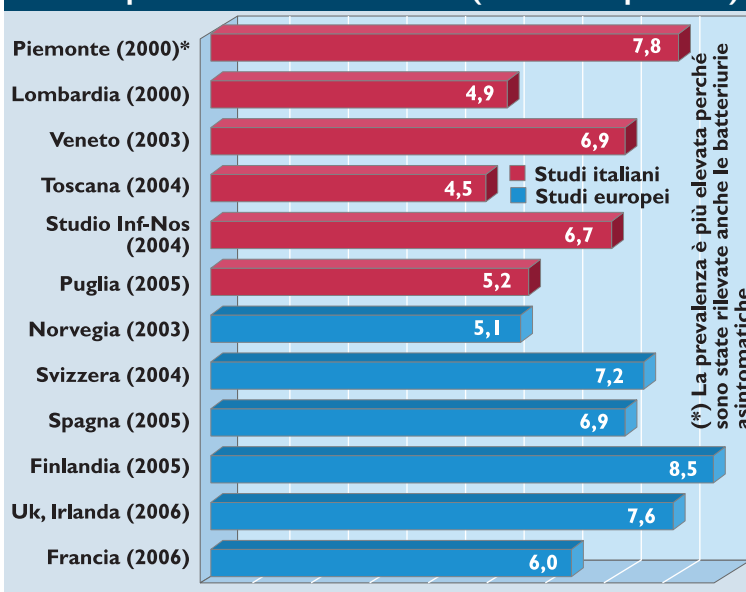
La figura a lato confronta i dati rilevati da studi italiani recenti, con quelli rilevati da analoghi studi in Paesi europei. Tra il 5 e l'8% dei pazienti ricoverati a un dato momento presenta un'infezione, non presente al momento del ricovero: la prevalenza non riflette la qualità delle misure di controllo delle infezioni adottate, ma di-

pende dal metodo di rilevazione utilizzato (a esempio il protocollo del Piemonte prevedeva l'esecuzione di un'urinocoltura a tutti i pazienti cateeterizzati, anche se senza sintomi), dal tipo di ospedali e reparti inclusi, dalla durata media di degenza. Ciò si evidenzia anche dal confronto con altri Paesi europei: il fatto che la Finlandia abbia riportato una prevalenza elevata non significa in alcun modo che ricoverarsi in un ospedale finlandese comporti un rischio più elevato di contrarre un'infezione. La prevalenza permette però di valutare le caratteristiche della popolazione e la sua esposizione a fattori di rischio e/o procedure a rischio.

Analoghe stime sulla frequenza di infezioni correlate all'assistenza nel

complesso dell'ospedale sono state riportate dal Sistema integrato di sorveglianza delle infezioni ospedaliere del Veneto (Sisiov), che si basa sulla integrazione dell'archivio dei dati di laboratorio e dell'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo): nei 12 ospedali veneti partecipanti al sistema (che rappresentano più di un terzo delle dimissioni ospedaliere e il 60% dei posti letto di terapia intensiva della Regione) nel 2005 è stata rilevata una incidenza di pazienti infetti pari al 6,2% dei ricoverati e a 8,6 per 1.000 giornate di degenza: nelle aree mediche si trattava soprattutto di infezioni urinarie, in terapia intensiva di infezioni polmonari ed ematiche, in area chirurgica di infezioni della ferita chirurgica e infezioni urinarie.

## Studi di prevalenza delle infezioni (infetti/100 pazienti)



## Identikit della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (Isc)

<b>Sistemi di sorveglianza regionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Friuli Venezia Giulia:</b> dal 1996 esiste una rete regionale, che fa capo all'Agenzia regionale alla Sanità. Dal 1997 vengono sorvegliate le infezioni del sito chirurgico (Isc) insorte dopo alcuni interventi selezionati, in tutti gli ospedali della Regione</li> <li>● <b>Emilia-Romagna:</b> nel 2001 lo studio regionale sulla incidenza di Isc. Dal 2004 la sorveglianza delle Isc rappresenta un criterio per l'accreditamento dei reparti di chirurgia e ortopedia della Regione. Dal 2006 sperimentazione di un sistema regionale di sorveglianza delle Isc</li> <li>● <b>Piemonte:</b> nel 2004-2005 studio regionale sulla incidenza di Isc</li> </ul>
<b>Elementi di coerenza tra i sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interventi sottoposti a sorveglianza</li> <li>● Dati rilevati</li> <li>● Definizioni di caso di infezioni utilizzate e metodologie di analisi dei dati (stratificazione secondo Infection risk index - Indice di rischio di infezione)</li> </ul>
<b>Differenze tra i sistemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Modalità di raccolta dei dati:</b> infermiera addetta al controllo delle infezioni (Ici); personale volontario; referenti dei reparti con supervisione da parte della Ici</li> <li>● <b>Modalità di follow-up dopo la dimissione dall'ospedale:</b> telefonata a scadenze regolari; durante le visite di controllo post-operatorie</li> </ul>

## DOVE SI ANNIDANO I RISCHI MAGGIORI

### Massima allerta per chirurgia e terapia intensiva

Le unità di terapia intensiva (Uti) sono le aree dell'ospedale nelle quali i pazienti hanno in assoluto il rischio più elevato di contrarre un'infezione: si tratta, infatti, di pazienti critici e quindi più suscettibili alle infezioni, ma anche sottoposti a molteplici interventi assistenziali invasivi che possono rappresentare la via di ingresso per i microrganismi. Per questo motivo tutti i Paesi che hanno avviato sistemi di sorveglianza includono le Uti tra le aree da monitorare.

In Italia non esiste un sistema nazionale, ma negli ultimi anni si sono sviluppate molteplici iniziative, di grande interesse (si veda la tabella in basso). Anche in questo caso, la frequenza di infezioni rilevata è

molto variabile nei diversi sistemi: ciò dipende molto anche dalle definizioni di infezione e dal metodo di rilevazione dei dati adottato e, soprattutto, dal tipo di pazienti assistiti dalle Uti che partecipano alla sorveglianza.

Tutte le linee guida emanate a livello internazionale e le esperienze condotte in questi anni raccomandano di organizzare sistemi di sorveglianza attivi, oltre che nelle unità di terapia intensiva anche nei reparti chirurgici: la frequenza di complicanze infettive post-operatorie è, infatti, elevata e parte di queste sono evitabili. La tabella a sinistra confronta le esperienze esistenti in Italia in questo ambito.

## Identikit della sorveglianza delle infezioni in Unità di terapia intensiva (Uti)

	Progetto Giviti (*)	Progetto Spin-Uti (*)	Sorveglianza Regione Friuli Venezia Giulia (*)	Sorveglianza Regione Emilia-Romagna (*)	Studi regionali Piemonte (*)
<b>Caratteristiche</b>	Progetto collaborativo tra Unità di terapia intensiva, coordinato dall'Istituto Mario Negri	Progetto collaborativo tra Uti, coordinato dalla Società italiana di igiene	Sistema regionale	Sistema regionale (la sorveglianza delle infezioni è un criterio di accreditamento delle Uti)	Studi regionali: ● polmonite: 18 mesi in 31 Uti ● batteriemia: 12 mesi in 23 Uti
<b>Stato di attuazione</b>	Progetto Pilota nel 2002 Progetto attivo dal 2005	Progetto pilota nel 2006: 37 Uti partecipanti alla fase pilota	Attivo dal 2002	Sperimentazione nel 2007 Implementazione nel 2008	47% dei posti letto della Regione già aderiscono al progetto Giviti
<b>Estensione</b>	115 Un in tutta Italia; 31.500 pazienti studiati nel 2005	70 Uti hanno aderito	Tutte le Uti della Regione	In prospettiva tutte le Uti della Regione	Da definire
<b>Modalità di rilevazione dei dati</b>	Tramite software dedicato	Tramite web	Tramite software dedicato	Tramite web	
<b>Quali infezioni</b>	Tutte	Batteriemia, polmoniti, infezioni urinarie	Polmoniti associate a ventilazione assistita	Batteriemia, polmoniti, infezioni urinarie	
<b>Frequenza di:</b>					
● polmonite associata alla ventilazione	6,4/1.000 giornate di ventilazione (6,0-6,8)		16,8-21,0/1.000 giornate di ventilazione		8,8/1.000 giornate di ventilazione
● batteriemie associate a catetere venoso centrale	1,4/1.000 giornate di cateterismo (1,2-1,6)				2,9/1.000 giornate di cateterismo

(\*) Giviti: Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva (dalla relazione di Carlotta Rossi e Guido Bertolini)  
Spin-Uti: sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva (dalla relazione di Ida Mura)  
Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Emilia-Romagna (dalla relazione di Carla Zotti, Simona Nascetti)