Epidemiologia degli Ospedali veneziani ed efficacia delle misure di contenimento

Onofrio Lamanna

2°Congresso Triveneto di malattie infettive e microbiologia clinica

I batteri MDR: problema alla base della nostra strategia…

- **Dal 2000 nessuna nuova molecola antibiotica è stata immessa sul mercato mentre sono aumentate le resistenze batteriche;**
- **Il 78% ha contratto l'ICA in TI;**
- **22% dei pazienti con una ICA in TI l'ha contratta prima dell'ingresso il TI;**
- **Il 12,5% delle infezioni nelle TI sono sostenute da germi multiresistenti MDR (multi drug resistant) e PDR (pan drug resistant);**
- **Il 50% dei batteri isolati in pazienti infettati o colonizzati sono MDR;**
- **Gli antibiotici più utilizzati nelle TI sono Cefalosporine, Fluorchinolonici, Carbapenemici, Oxacillina;**

SER
SISTEMA EPIDEMIOLOGICO
REGIONE DEL VENETO

Strategie di contenimento negli ospedali veneziani

- **Prima mossa: conoscere dove si trova il nostro avversario e come si muove!**
- **Quindi: monitoraggio microbiologico, da parte della nostra Microbiologia, per MRSA, VRE, Pseudomonas Aeruginosa, Acinetobacter Baumanii, Sternotrophomonas Maltophila, Enterobatteriacee EBSL o KPC.**

Seconda Mossa: pianificare azioni per il percorso Ospedale Territorio

- Procedura Operativa per la gestione dei pazienti colonizzati, dei pazienti infetti e dei cluster epidemici;
- Procedura operativa e raccomandazioni per la gestione dei casi, dopo la dimissione a casa o nei centri servizi.

Procedura

1. Check List Isolamento
2. Elenco microrganismi isolamento
3. Precauzioni standard
4. Isolamento
5. Raccomandazioni per MRSA e ESBL
6. Esami all'ingresso e routine in TI
7. Tamponi di sorveglianza
8. Condotte terapeutiche/timing misure sorveglianza/Criteri dimissione
9. Indicazioni per Centri Servizi (Case di Riposo, RSD, ecc.)
10. Indicazioni per ADI

Tre livelli di contenimento

I livello: Precauzioni Standard

II livello: Isolamento del paziente colonizzato o infetto o raccomandazioni per MRSA e ESBL

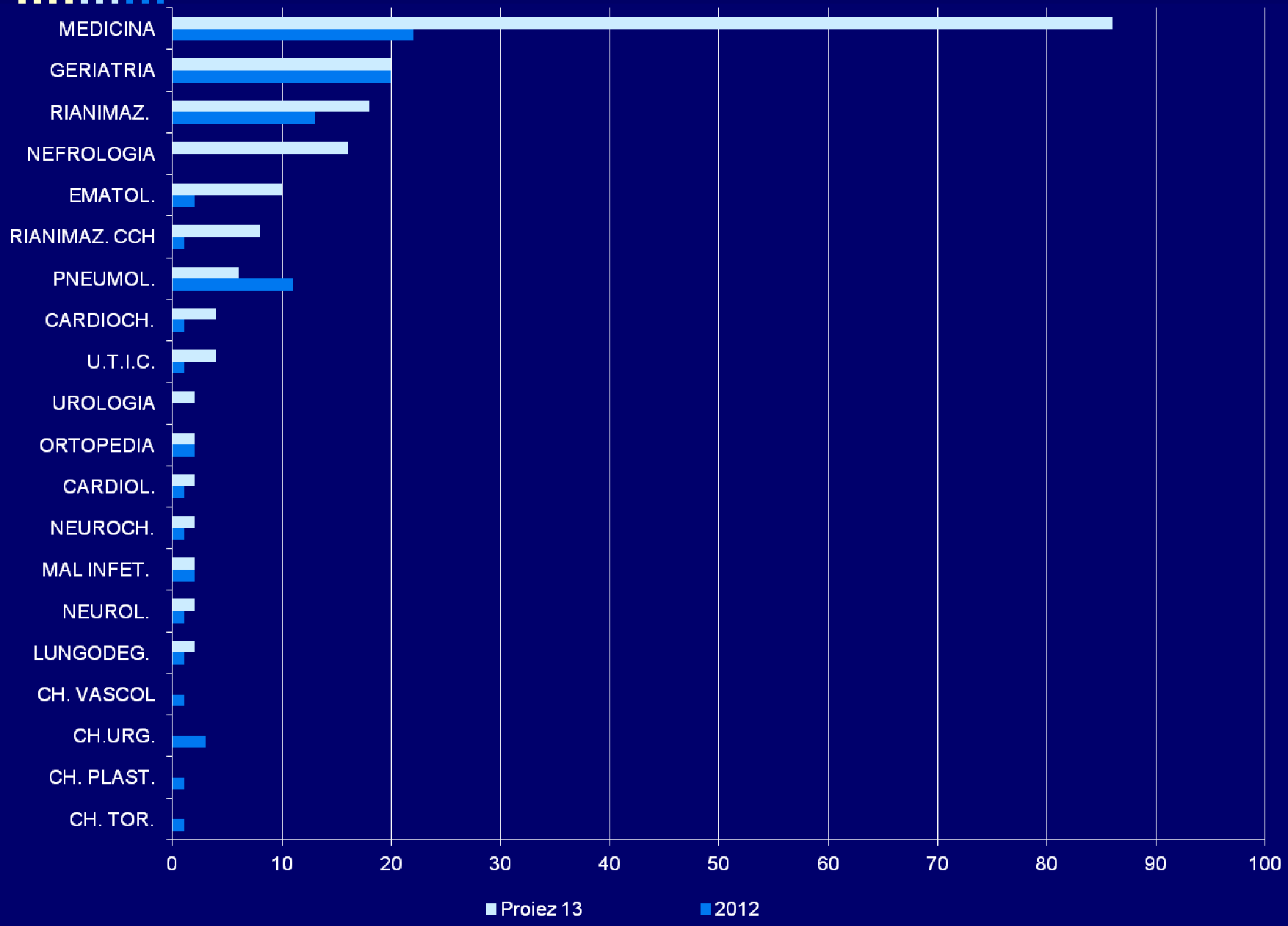
III Livello: Procedura Cluster (Task Force)

P. O. Mestre

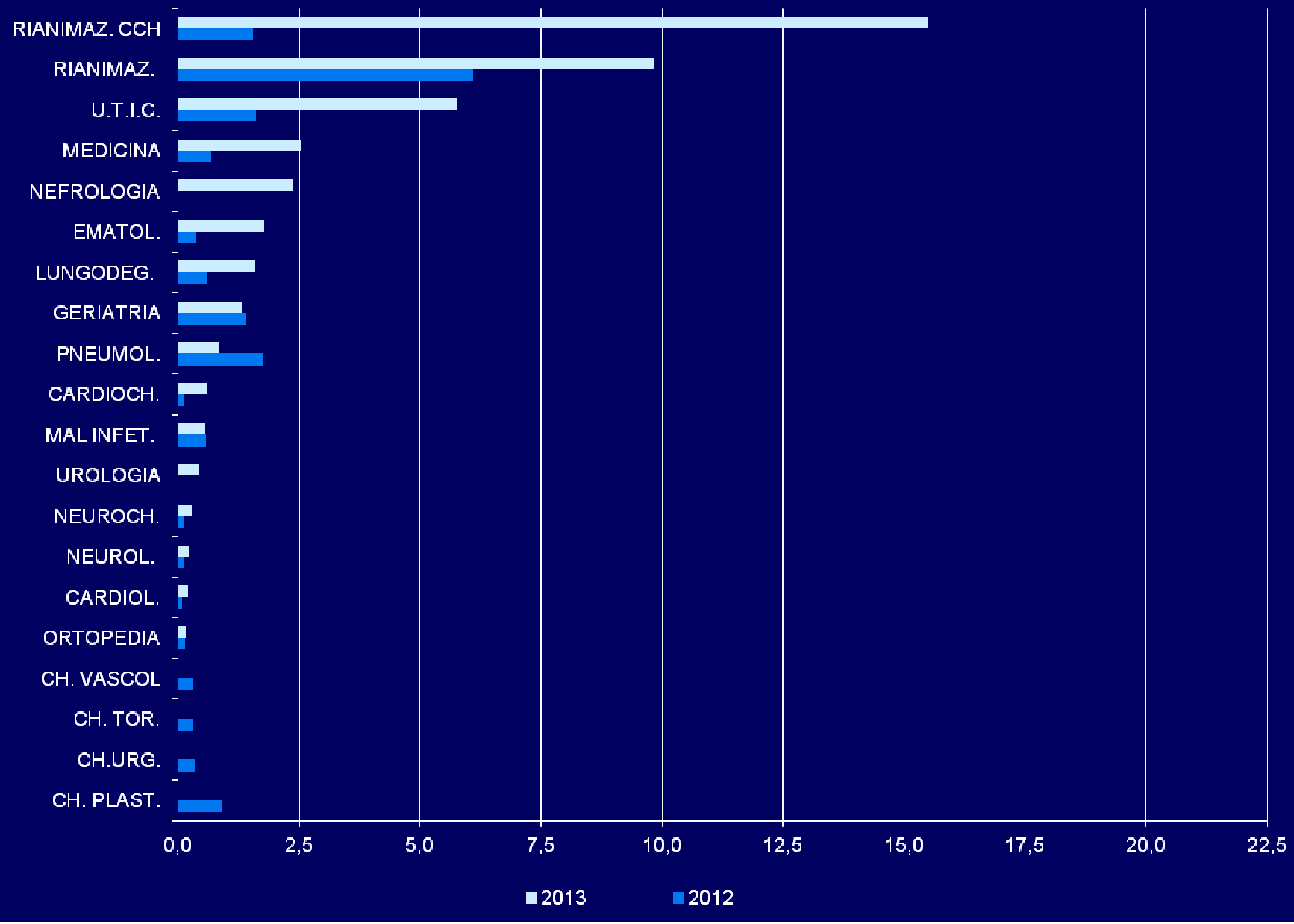
Totale isolamenti, P.O. di Mestre – confronto 2012/2013

UNITA' OPERATIVA	AGENTE INFETTIVO										TOTALE			gg degenza	
	ACINETOBACTER		KP-KPC		CLOSTR. DIFFICILE		LEGIONELLA		ENTEROCOCCUS FAECALIS						
	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	2013 (Proiez)	1° sem 2013	2012	1° sem 2013
MEDICINA	4	2	3	3	14	38	1				22	86	43	32464	16948
LUNGODEG.	1			1							1	2	1	1672	628
U.T.I.C.		2			1						1	4	2	622	346
RIANIMAZ.	8	2	2	7	2		1				13	18	9	2134	916
RIANIMAZ. CCH	1	1		2		1					1	8	4	647	258
NEUROL.			1							1	1	2	1	9065	4561
NEFROLOGIA		1		1		6					0	16	8	5843	3394
MAL INFET.				1	1		1				2	2	1	3483	1787
NEUROCH.					1	1					1	2	1	7532	3495
CH. TOR.			1								1	0	0	3271	1934
CH. PLAST.			1								1	0	0	1098	340
GERIATRIA	10	1	1		9	9					20	20	10	14169	7630
CH.URG.			1		2						3	0	0	8587	3749
PNEUMOL.	8	3	1				2				11	6	3	6301	3603
EMATOL.				2	2	3					2	10	5	5475	2793
CH. VASCOL	1										1	0	0	3408	1743
CARDIOCH.				1	1	1					1	4	2	7834	3356
CARDIOL.						1	1				1	2	1	10659	5137
ORTOPEDIA	1	1			1						2	2	1	14417	5858
UROLOGIA						1					0	2	1	4237	2340
TOTALE	34	13	11	18	34	61	6	0	0	1	85	186	93	142918	70816

Totale isolamenti, P.O. di Mestre – confronto 2012/2013



Totale isolamenti, P.O. di Mestre – confronto 2012/2013
Dato standardizzato per 1000 giornate di degenza



CLUSTER EPIDEMICO

Anestesia e Rianimazione Ospedale dell'Angelo.

Luglio 2011 – durata 2 settimane

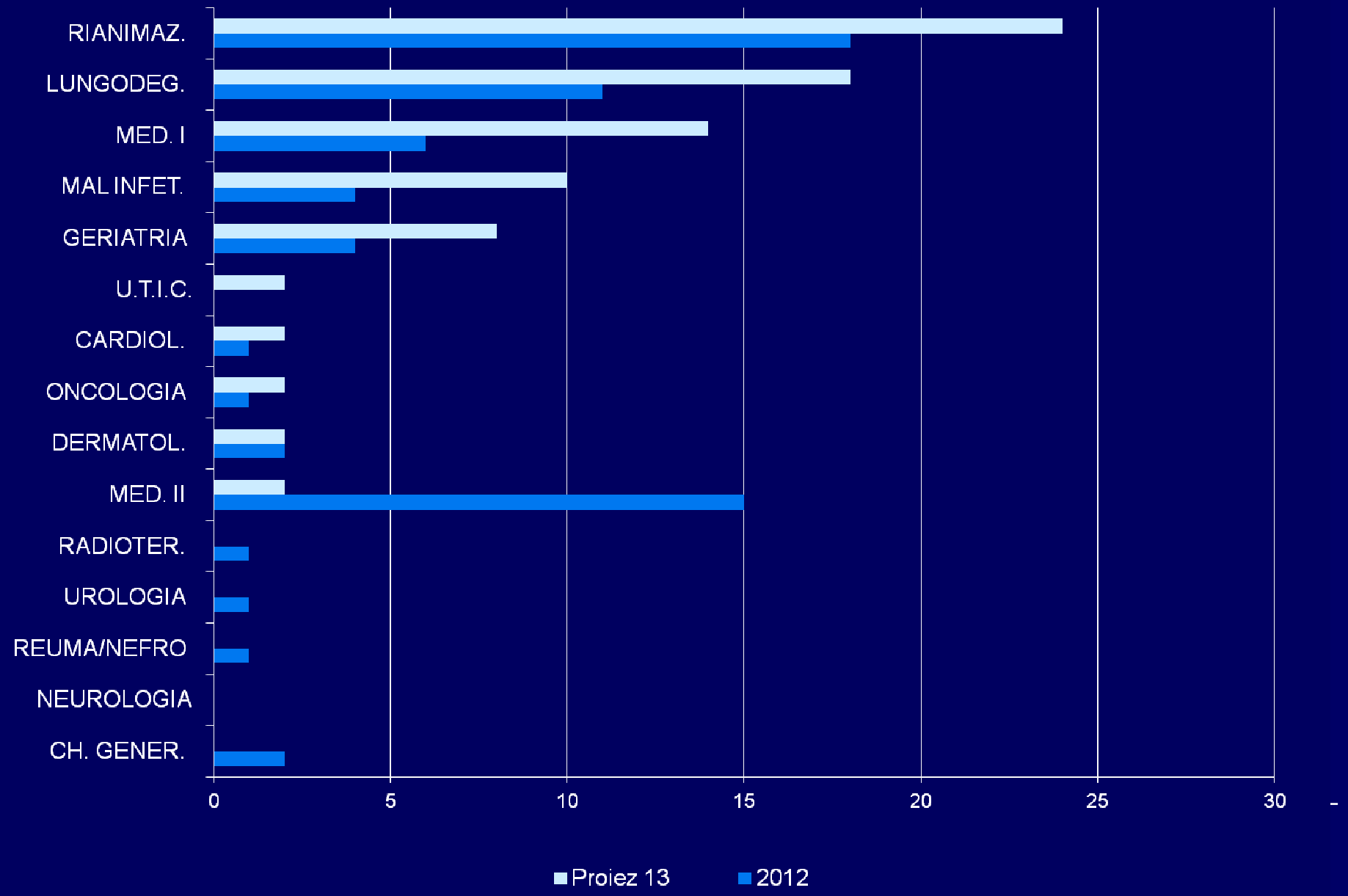
- **AGENTE EZIOLOGICO**: *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi + (KPC)
- **PAZIENTI COLONIZZATI**: 7 (1 decesso per sepsi)
- **PROVENIENZA**: Neurochirurgia
- **AZIONI INTRAPRESE dalla Task Force**:
  - ✓Isolamento casi all'interno dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione;
  - ✓Diffusione delle informazioni sui casi agli operatori coinvolti;
  - ✓Adozione di precauzioni aggiuntive nella gestione dei pazienti interessati;
  - ✓Circolare informativa alle U.U.O.O. fornitrici di consulenze alla Rianimazione (misure igienico-sanitarie);
  - ✓Verifica sul campo del rispetto delle procedure di contenimento e sanificazione ambiente;
  - ✓No tamponi ambientali.

P. O. Venezia

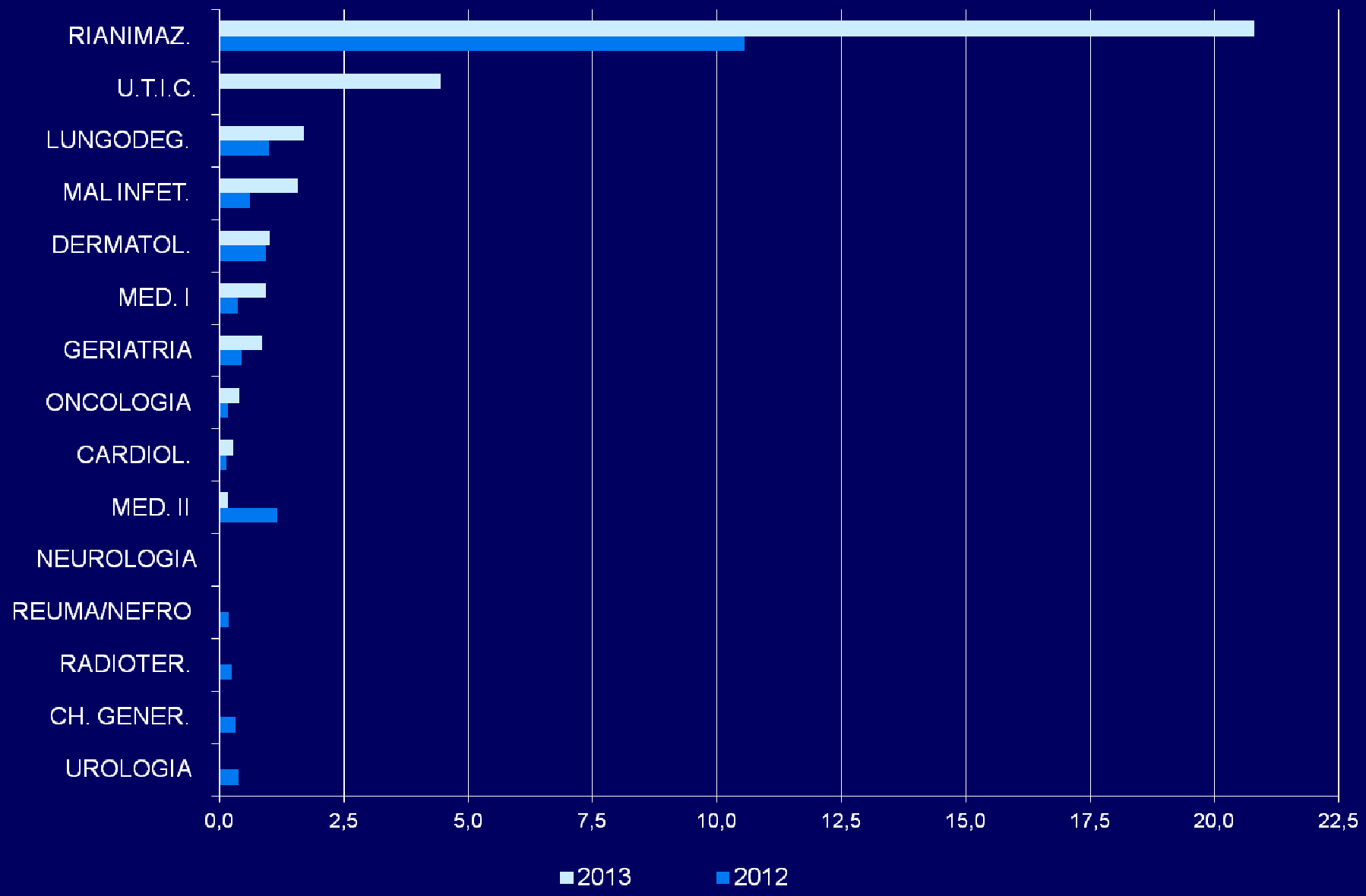
Totale isolamenti, P.O. di Venezia – confronto 2012/2013

U.O.	AGENTE INFETTIVO										TOTALE			gg degenza	
	ACINETOBACTER		KP-KPC		CLOSTR. DIFFICILE		LEGIONELLA		ENTEROCOCCUS FAECALIS						
	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	1° sem 2013	2012	2013 (Proiez)	1° sem 2013	2012	1° sem 2013
MED. I	2				3	6	1	1			6	14	7	16406	7542
MED. II	6		1		8	1					15	2	1	12895	5930
LUNGODEG.	5	2	2	1	4	6					11	18	9	11129	5348
RIANIMAZ.	16	3	2	8		1					18	24	12	1707	577
MAL INFET.	2		1	1		4			1		4	10	5	6419	3166
GERIATRIA	1				3	4					4	8	4	9088	4716
CH. GENER.			1		1						2	0	0	6279	2810
DERMATOL.	1				1	1					2	2	1	2168	996
NEUROLOGIA												0	0	4116	2382
REUMA/NEFRO	1										1	0	0	5227	2636
ONCOLOGIA					1	1					1	2	1	5732	2511
UROLOGIA					1						1	0	0	2651	2065
CARDIOL.					1	1					1	2	1	6567	3482
U.T.I.C.				1								2	1	399	225
RADIOTER.			1								1	0	0	3930	2071
TOTALE	34	5	8	11	23	25	1	1	1	0	67	84	42	94713	46457

Totale isolamenti, P.O. di Venezia – confronto 2012/2013



Totale isolamenti, P.O. di Venezia – confronto 2012/2013
Dato standardizzato per 1000 giornate di degenza



CLUSTER EPIDEMICO

Anestesia e Rianimazione Ospedale SS Giovanni e Paolo.

Giugno 2009 – durata due settimane

- **AGENTE EZIOLOGICO**: Acinetobacter Baumanii
- **PAZIENTI COLONIZZATI**: 5 (2 decessi per sepsi)
- **PROVENIENZA**: Chirurgia Generale
- **AZIONI INTRAPRESE dalla Task Force**:

  ✓Isolamento spaziale casi all'interno dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione (contatto);
  ✓Diffusione delle informazioni sui casi agli operatori coinvolti;
  ✓Verifica sul campo del rispetto delle procedure di contenimento e sanificazione ambiente;
  ✓No tamponi ambientali;

Altre iniziative del CIO

- **Monitoraggio del consumo disinfettanti per le mani (Farmacia e DMPO);**
- **Indagine di prevalenza, attualmente in corso, per le ICA 2013 (4 rilevazioni tramite DMPO. Farmacia e Referenti per le ICA delle Unità Operative).**

Monitoraggio consumi di detergente o gel/soluzione idroalcolica per il lavaggio o l'antisepsi delle mani per 1000 giorni degenza, nei reparti a maggiore rischio. "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio sanitarie – INF-OSS 2010"

Dosi disinfettante ESOSAN per 1000 giornate di degenza

MESTRE

reparto	2011	2012	reparto
ch. oncologica	60	0	oculistica
oculistica	99	63	ch. plastica
orl	271	116	ch. oncologica
nch	314	197	orl
nefrologia	364	278	ch urgenza
medicina	375	333	pneumologia
pneumologia	379	347	urologia
ch max fac	432	374	nefrologia
CCH ch Vasc	501	393	medicina
urologia	525	408	ch max fac
ch urgenza	559	481	nch
mal infettive	562	611	cardiologia
ch toracica	642	767	ortopedia
ch. plastica	659	830	CCH ch Vasc
ematologia	695	918	geriatria
cardiologia	727	1001	mal infettive
TIPO	758	1024	ch toracica
geriatria	818	1103	ematologia
ortopedia	1238	1298	TIPO
Rianimazione	2399	2534	Rianimazione
saldo	12377	13076	+ 699

VENEZIA

reparto	2011	2012	reparto
reumatologia	11	0	neurologia
ORL	104	0	ORL
dermatologia	197	0	Oculistica
ostetricia	218	84	reumatologia
neurologia	229	180	ostetricia
cardiologia	259	183	cardiologia
Oculistica	264	186	lungodegenza
medicina II	285	325	nefrologia
lungodegenza	354	390	medicina II
urologia	374	544	urologia
nefrologia	382	549	mal infettive
mal infettive	486	579	ortopedia
medicina I	554	636	chirurgia
chirurgia	590	680	medicina I
ortopedia	616	716	dermatologia
onco/radiot	1312	795	onco/radiot
Rianimazione	2848	1989	Rianimazione
saldo	11094	9848	-1246

Conclusioni

- Le colonizzazioni da germi MDR è in aumento, specie nelle terapie intensive;
- Il monitoraggio continuo è un buon sistema per controllare cosa succede nei nostri reparti;
- I protocolli che prevedono il coinvolgimento degli infettivologi nella gestione degli antibiotici possono aiutare nella limitazione del fenomeno delle resistenze batteriche;
- Le misure di contenimento, in particolare il lavaggio delle mani e l'uso corretto dei guanti e dei DPI, sono efficaci nel contrastare la diffusione dei germi MDR;
- Non vi è una costante attenzione al rispetto delle misure igienico sanitarie, l'azione di sensibilizzazione deve essere continua e così anche il monitoraggio microbiologico e le indagini di prevalenza.

Grazie per l’attenzione