

Gestione ospedaliera multimodale del contenimento delle ICA da *Klebsiella*

Martinucci R.^{1,2}; Silvotti M. G.²; Ghezzi A.²; Marchionni B.²; Federici F.³

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma; ²UOSD Igiene delle Strutture Sanitarie, Ausl Piacenza; ³UOC Direzione di Presidio Unico, Ausl Piacenza.

Parole Chiave: ICA, Klebsiella, Ospedale

Introduzione

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo occupa un posto particolare, in quanto le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti nei pazienti ricoverati in ospedale: l'ultimo studio di prevalenza puntuale sulle ICA negli ospedali per acuti (PPS3), condotto, seguendo il protocollo dell'ECDC, a novembre 2022 in Italia, ha rilevato una media di prevalenza pari a 8,8% (nei Paesi industrializzati la prevalenza è compresa tra 3,5% e 12%).

Presso l'Ospedale di Piacenza è già attivo un sistema multimodale di prevenzione delle ICA da CPE, composto dai seguenti elementi:

- linee d'indirizzo regionali (concretizzate nella IO Aziendale "Screening per individuare i soggetti colonizzati/infetti da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)")
- formazione (corsi FAD, residenziali e formazione sul campo)
- audit delle pratiche di prevenzione (rilevazione diretta e indiretta dei comportamenti: adesione degli operatori alle pratiche di igiene delle mani e consumo di gel)
- sorveglianza attiva sui pazienti ricoverati
- procedure di sanificazione con periodico utilizzo di atomizzatori e sorveglianza microbiologica ambientale
- feedback ai reparti
- partecipazione a reti di sorveglianza (sorveglianza regionale CPE)

Contenuti

Per implementare un'integrazione del sistema già attivo, tramite la predisposizione di nuovi elementi e la riorganizzazione delle attività di formazione e audit per priorità di aree, ci si è focalizzati sull'ottenere un quadro più preciso possibile della distribuzione delle ICA, in particolare da *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasi-produttore.

Sono stati estratti i dati di tutti i campioni (clinici e da tamponi rettali di sorveglianza) positivi per *Klebsiella* dai database degli anni 2022-2023 dell'UOSD Igiene delle Strutture Sanitarie dell'Ausl di Piacenza.

Sono stati esclusi i campioni:

- ripetuti (dello stesso paziente)
- di pazienti già noti (cioè con positività risalenti a meno di 90 giorni, testati per errore o per specifici motivi epidemiologici)
- di pazienti senza un T rettale valido all'ingresso (tale mancanza esclude il caso, in quanto la successiva insorgenza della positività non può essere con certezza attribuita al ricovero, potendo essere già presente)
- di pazienti esterni che non avevano storia di ricoveri presso l'Ospedale di Piacenza (avevano cioè eseguito solo analisi di laboratorio)

Per poter porre diagnosi di ICA era necessaria la presenza contemporanea di:

- T rettale negativo all'ingresso
- positività insorta dopo almeno 48 ore dal ricovero

Ulteriori elementi valutati per orientare verso la diagnosi di ICA sono stati:

- positività insorta in paziente senza fattori di rischio specifici (proveniente dal domicilio, non in carico alle cure domiciliari, senza ricoveri in ospedali per acuti nei precedenti 6 mesi o all'estero nei precedenti 12)
- i pazienti con positività risalenti a più di 90 giorni sono stati conteggiati come ICA solo se precedentemente era stata confermata la negatività (con 3 T rettali negativi a distanza di una settimana l'uno dall'altro)

I dati sono stati valutati suddivisi per Dipartimento: riabilitazione 42%, medicina 34%, emergenza 20%, chirurgia 4%.

Conclusioni

Il metodo utilizzato ha consentito di

- valutare l'efficienza dei sistemi multimodali già in essere
- evidenziare potenziali criticità in specifici Dipartimenti
- progettare soluzioni per integrare il sistema già attivo
- individuare un riferimento da cui partire per successivi studi