

Incidenza di colonizzazioni da *K. pneumoniae* presso l'Ausl di Piacenza: un'analisi preliminare

Malvermi L.¹, Silvotti M.G.², Federici F.³, Tedesco D.^{1,4}

¹Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Parma; ²UOSD Igiene delle Strutture Sanitarie, Ausl di Piacenza; ³UOC Direzione di Presidio Unico, Ausl di Piacenza; ⁴Università di Parma, Dipartimento di Medicina e Chirurgia.

Sorveglianza, *K. Pneumoniae*, Incidenza

INTRODUZIONE

Tra gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant *Enterobacteriaceae*-CRE) e produttori di carbapenemasi (Carbapenemase Producing *Enterobacteriaceae*-CPE) desta particolare preoccupazione *Klebsiella pneumoniae* spp. *pneumoniae* (Kp-CPCR) che, soprattutto in setting assistenziali, si diffonde facilmente.

CONTENUTI

Sono stati inclusi tutti i casi di pazienti con colonizzazione di Kp-CPCR su tamponi rettali (T) di screening e di sorveglianza attiva dei contatti, raccolti nel periodo gennaio 2021-dicembre 2023 in alcuni reparti di degenza degli ospedali dell'Ausl di Piacenza.

Un gruppo di reparti a maggior rischio (Gruppo 1) ha effettuato uno screening universale durante il periodo di osservazione; a partire dal 01/04/2022 l'Ausl ha previsto l'estensione della sorveglianza con T di screening universale a un altro gruppo di reparti a minor rischio (Gruppo 2), dove lo screening si eseguiva per fattori di rischio specifici.

Sono stati considerati nuovi casi i pazienti con positività anteriore ai tre mesi dall'ultimo T positivo e sono state escluse le positività rilevate a meno di tre mesi dall'ultima. Sono stati esclusi gli isolati da T eseguiti in pazienti non ricoverati negli ospedali di Piacenza. La fonte dei dati è rappresentata dal database "alert generati dal laboratorio" da cui è stata svolta un'estrazione ad hoc per l'analisi.

Sono state escluse le degenze delle specialità chirurgiche e della medicina d'urgenza nelle quali lo screening al momento del ricovero permane per fattori di rischio specifici. Sono stati suddivisi i dati dei ricoveri e delle giornate di degenza del triennio 2021-2023 secondo reparto e mese. Il trend delle colonizzazioni nei due gruppi è stato valutato con il calcolo dell'incidenza cumulativa (n° di tamponi positivi/ n° di ricoveri*1000) e della densità di incidenza di colonizzazioni rilevate (n° di tamponi positivi/ n° giornate di degenza*1000).

Come riportato in Figura 1, il gruppo 1 ha mostrato un andamento variabile dell'incidenza cumulativa (0-65,5 per 1000 ricoverati) con nessun caso registrato a gennaio e febbraio 2021 e un massimo nel settembre 2022, periodo in cui si è registrato un outbreak; il gruppo 2 presenta un'incidenza molto più bassa, da un minimo di 0 a un massimo di 15,4 per 1000 ricoverati con minore variabilità. La Figura 2 mostra come il gruppo 1 abbia riportato una densità di incidenza più variabile rispetto al gruppo 2, con valori inclusi tra 0 e 3,5 per 1000 giornate di degenza, mentre il gruppo 2 abbia presentato valori più bassi e meno variabili, inclusi tra 0 e 1,38 per 1000 giornate di degenza.

CONCLUSIONI

Le analisi preliminari dimostrano un andamento variabile delle colonizzazioni in pazienti ricoverati in reparti a maggior rischio (Gruppo 1) rispetto ai pazienti ricoverati in reparti a minor rischio (Gruppo 2). La rapida riduzione dei casi dopo l'outbreak di settembre 2022 mostra la validità dello screening universale nei reparti a maggior rischio. D'altra parte, l'introduzione di uno screening universale in reparti a minor rischio sembra non avere apportato un aumento della capacità diagnostica.

Sono necessarie indagini statistiche più sofisticate e in grado di verificare le ipotesi sopra riportate, tuttavia lo studio mostra l'importanza di monitorare la trasmissione di patogeni verso i quali le terapie e i trattamenti disponibili diventano quotidianamente meno efficaci e su cui l'Italia rappresenta uno dei *worst performer* a livello europeo.

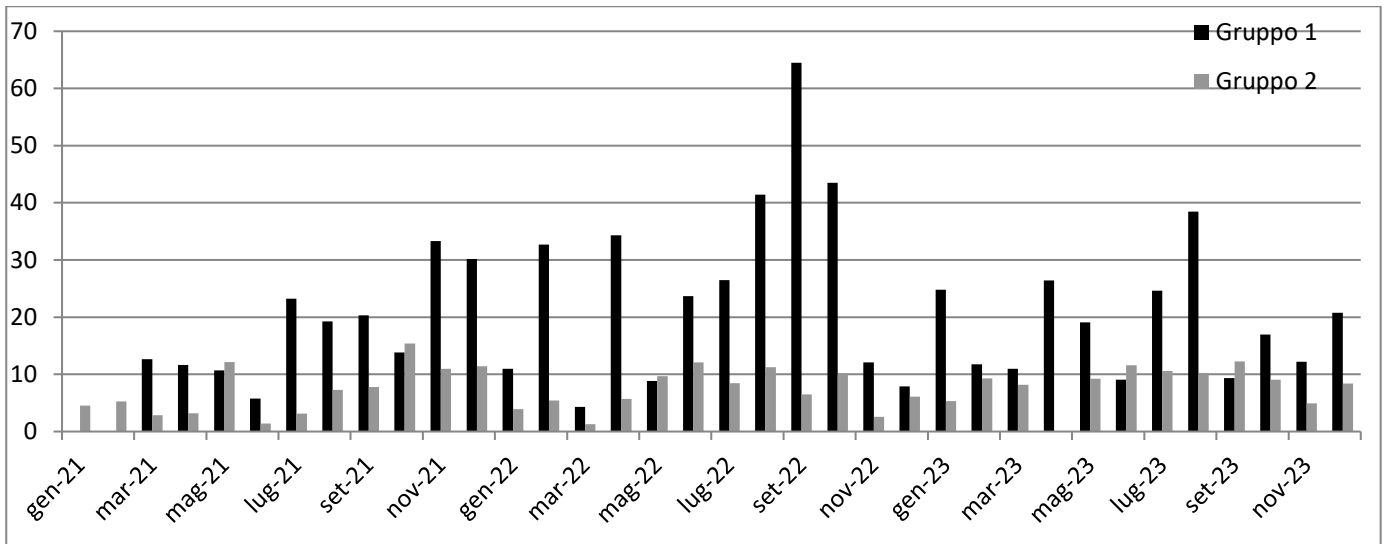


Figura 1. Incidenza cumulativa: distribuzione per mese nel periodo di osservazione

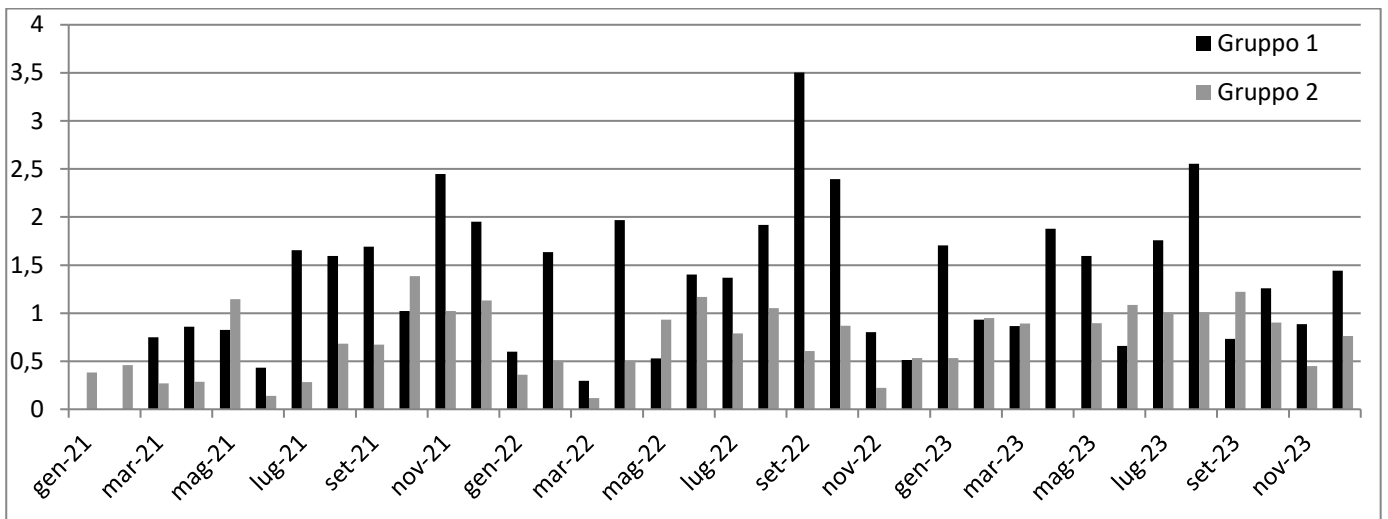


Figura 2. Densità di incidenza: distribuzione per mese nel periodo di osservazione.