

Verso il nuovo Ospedale



Ci stiamo tutti preparando per l'ora X. Scrive il dott. Carlo Bonometti, Direttore generale degli Ospedale Riuniti: "Manca meno di un anno alla chiusura del cantiere del nuovo ospedale e questo significa che ogni giorno che passa ci avvicina a questa meta così importante e ci responsabilizza". Un passo importante in questa direzione è la recente delibera aziendale che ha attivato un numero significativo di progetti (e riconosciuto un ruolo

trasversale al tema della prevenzione dell'infezioni) ed istituito una Unità di coordinamento.

"Costruito il contenitore, resta infatti da costruire il contenuto, senza dimenticare la delicata fase del trasferimento", sottolinea giustamente il dott. Bonometti.

Dobbiamo tenere conto che virus e batteri continueranno ad essere tra noi, sempre più agguerriti e capaci di resistere ai farmaci, antibatterici o antivirali che siano.

Un ospedale nuovo fornirà certamente strumenti importanti (impiantistici, di locali, di attrezzature, ...) per la lotta alle infezioni ospedaliere. Prepararci per il nuovo ospedale vuol dire già ora non abbassare la guardia.

Vuol dire essere consapevoli dei costi sanitari, sociali ed umani di queste infezioni. Vuol dire adottare comportamenti assistenziali, prassi diagnostiche e terapeutiche, attente al problema delle infezioni ospedaliere.

Alcune iniziative avviate nel 2008 ci sembrano significative e degne di menzione:

- l'individuazione in tutte le US di un referente medico ed infermieristico tecnico/ostetrico, per una capillare lotta alle infezioni
- l'applicazione sempre più diffusa di protocolli di profilassi antibiotica per gli interventi chirurgici e per gli interventi invasivi
- l'avvio della sorveglianza delle infezioni da MRSA nelle terapie intensive, premessa per contenerne la diffusione
- la sorveglianza delle infezioni da *C. difficile*
- l'attenzione all'igiene delle mani e le numerose iniziative di formazione
- l'attivazione di gruppi di lavoro su: gestione CVC e diagnosi delle sepsi a partenza dal catetere, le VAP dalla prevenzione alla diagnosi, la medicazione della ferita chirurgica e la gestione dei drenaggi
- la disponibilità in rete di un corso FAD sulla prevenzione delle infezioni correlate ai CVC

I documenti inerenti l'attività DIPSI sono disponibili su richiesta (Tel. 6178 e-mail goinfezioni@ospedaliriuniti.bergamo.it)

Sommario



- 1 Verso il nuovo ospedale
Profilassi antibiotica per procedure mininvasive
- 2 Referenti Infezioni Ospedaliere
Rinnovo organismi DiPSI
Dalla letteratura
Ancora sull'igiene delle mani
Iniziativa DiPSI
Notizie da M&V
- 3 *C. difficile* davvero "difficile"?
- 4 Bene i protocolli. Ma poi cosa succede?
Prevenzione MRSA
Società Scientifiche: SIMPIOS

Profilassi antibiotica per procedure mininvasive?

Nel corso del 2008 il Gruppo Diagnosi e Terapia del DiPSI ha messo a punto le linee guida di profilassi antibiotica per procedure mini-invasive, sulla base dei dati di letteratura e con la preziosa collaborazione di colleghi delle USC di diagnosi e cura.

Sono state così riviste le seguenti procedure, per definire l'utilità o meno della profilassi, la scelta delle molecole e la durata di somministrazione:

- Procedure cardiologiche (Inserzione di pacemaker cardiaco, Posizionamento interventistico di catetere device cardiaco, Stent coronarico)
- Vertebroplastica percutanea (Chirurgia spinale, Chirurgia spinale non strumentata o mini invasiva)
- Fibrobroncoscopia (con o senza incisione della mucosa)
- Gastrostomia percutanea (PEG)
- Colangiografia retrograda endoscopica (ERCP)
- Procedure diagnostiche endoscopiche digestive (esofago-gastro duodenoscopia, colonscopia)
- Sanguinamento in cirrotico con procedure su varici esofagee (Sanguinamento in cirrotico, Scleroterapia di varici esofagee, Legatura di varici esofagee)
- Biopsia endoscopica ecoguidata di masse solide
- Procedure invasive del fegato (Biopsia epatica, Alcolizzazione epatica, Procedure termiche, Embolizzazione e chemioembolizzazione, Procedure biliari percutanee, Graft vascolari)
- Inserzione di CVC (tunnellizzati e non tunnellizzati)
- Inserzione IUD

Successivamente si è provveduto ad una revisione delle prassi prescrittive (ancora in corso). I risultati saranno discussi con i colleghi che effettuano le diverse procedure.



Referenti Infezioni Ospedaliere

Individuati i "Referenti per il Controllo delle Infezioni" nelle USC e USSD dell'Azienda. Sono complessivamente **141** operatori (**62** medici e **79** infermieri/tecnici/ostetriche).

Saranno chiamati a collaborare con la Direzione Sanitaria ed il DiPSI e a promuovere le iniziative di prevenzione del rischio biologico e delle infezioni ospedaliere, fungere da riferimento all'interno della propria USC/USSD sui medesimi temi, farsi portavoce delle esigenze e specificità della struttura di appartenenza, segnalare focolai di infezioni e offrire consulenza al Gruppo Operativo per indagini epidemiologiche e altre misure di prevenzione e di isolamento (*evidence-based*), segnalare modifiche delle attività routinarie che possono avere implicazioni nel controllo delle infezioni, collaborare con gruppi trasversali alla stesura di procedure aziendali assicurando la loro discussione e anche la loro periodica verifica di applicazione e efficacia, partecipare ad iniziative di aggiornamento, audit e formazione sul campo specifici.

I nominativi sono consultabili sul portale dell'Azienda

Rinnovo organismi DiPSI

Con delibera n. 22 del 20/01/2009 la Direzione Aziendale ha rinnovato gli organismi del Dipartimento Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni: Comitato Direttivo, Gruppo Operativo e Gruppo Diagnosi e Terapia.

Significativa la presenza nel Comitato, come uditori, della dr.ssa Giovanna Toninelli (Responsabile Comunicazione aziendale), della sig.ra Maria Agnese Boni (Presidente AVO), del sig. Umberto Dolci (Federconsumatori).

I nominativi sono consultabili sul portale aziendale.

Iniziative DiPSI



Formazione a distanza

Un gruppo di lavoro del DiPSI (Franca Averara, Ezio Bonanomi, Simonetta Cesa, Antonio Goglio, Annalisa Grigis e GianMariano Marchesi) ha prodotto un corso di formazione (Formazione a Distanza, FAD), mettendo a frutto il lavoro di stesura del protocollo Aziendale sulla gestione dei CVC. La partecipazione al corso, via internet accedendo al portale di Italtbioforma, offre un'occasione di aggiornamento su una tematica di particolare criticità per il rischio di infezione e dà diritto a 7 crediti ECM. Nel corso del 2008, ben 448 operatori della nostra Azienda hanno aderito alla proposta formativa.

E' in corso una seconda edizione, sempre gratuita per gli operatori dell'Azienda, che si concluderà con il prossimo giugno (attenzione: le iscrizioni chiudono il 30 maggio!!).

Formazione sul campo

Presentate al personale del Pronto Soccorso le nuove linee guida per la gestione dei malati con polmonite, meningite e sepsi, nell'ambito della collaborazione Riuniti, Negri, ASL.

Un primo passo. Se ne dovrà parlare anche con gli operatori delle unità di diagnosi e cura.

Corso di Perfezionamento sulle Infezioni Ospedaliere

Il DiPSI, in collaborazione con l'Università Bicocca, organizza per l'anno accademico 2008-2009 la seconda edizione del Corso di Perfezionamento post-laurea sulle Infezioni Ospedaliere. Sono previste lezioni frontali ed uno stage presso la nostra A.O.



Dalla letteratura: Tutto sulle infezioni ospedaliere

Un intero supplemento (ottobre 2008) della autorevole rivista *Infection Control & Hospital Epidemiology* è dedicato alle strategie per la prevenzione delle infezioni nosocomiali negli ospedali per acuti. Dopo un capitolo introduttivo, che ribadisce i fondamenti etici e professionali della questione, il supplemento affronta, in modo sintetico ma completo, le maggiori problematiche: infezioni da Catetere Venoso Centrale (CVC), Polmoniti da Ventilazione Assistita (VAP), Infezioni urinarie associate all'uso dei cateteri, Infezioni della ferita chirurgica, Infezioni da MRSA, infezioni da *Clostridium difficile*. Un importante riferimento per quanti vogliono disporre di una sintesi esperta, aggiornata e completa sull'argomento.

Ancora sull'igiene delle mani

I nostri lettori sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e conoscono l'investimento che è stato fatto in questi anni per sensibilizzare tutti gli operatori e facilitarne l'effettuazione con l'introduzione del prodotto per lo strofinamento alcolico. L'obiettivo, che è stato fatto proprio dalla Direzione Aziendale, ha coinvolto nel 2008 tutte le US aziendali, sia pure con modalità differenziate. I risultati della partecipazione degli operatori alle iniziative promosse sono stati molto soddisfacenti: l'obiettivo è stato raggiunto al 100% da parte del personale afferente alla Direzione Professioni Sanitarie (DPS) e al 90% da parte della dirigenza medica.

Alcuni numeri:

- Sono state effettuate **17** edizioni del corso "Mani pulite, mani sicure", che hanno interessato **45** Unità Strutturali, con il coinvolgimento di **884** operatori, a ciascuno dei quali sono stati riconosciuti **2,25** crediti ECM.
- La media di partecipazione è stata di **52** operatori per edizione, l'indice di gradimento del corso è risultato **ottimo** (>81%).
- In 36 US coinvolte nel progetto sono stati organizzati due o più incontri multidisciplinari inerenti la promozione dell'igiene mani e le problematiche legate a tale procedura, con un coinvolgimento degli operatori sanitari superiore all'**80%**.

Come riportato nel numero precedente de "La Sfida", in occasione degli incontri del Gruppo Operativo con gli operatori aziendali erano pervenute numerose segnalazioni relative alla scadente qualità delle salviettine asciugamani. Dal dicembre 2008, grazie alla collaborazione dell'US Servizi Alberghieri ed Attività di Supporto e di molte US, le "vecchie" salviettine sono state sostituite con una nuova tipologia che, oltre a permettere una migliore distribuzione delle stesse, garantisce un'ottima asciugatura delle mani.

Notizie da



La Microbiologia e Virologia partecipa a valutazioni esterne di qualità (o controlli esterni di qualità) con ottimi risultati.

- Programma promosso dalla Regione Lombardia: risultati corretti nel 100%(contro una media del 94,4%);
- Programma promosso dal Sistema Sanitario Inglese (NEQAS): risultati corretti nel 98,9% (contro una media per gli ospedali italiani del 95,2%)

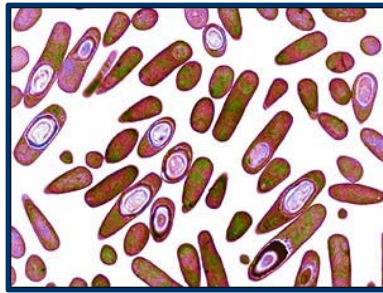
C. difficile davvero “difficile”?

Il *C. difficile* è il maggior responsabile di diarrea associata ad antibiotico. Il quadro clinico può variare considerevolmente da una forma lieve, caratterizzata da diarrea autolimitantesi, a una forma grave e progressiva, colite pseudomembranosa, caratterizzata da profusa diarrea acquosa, dolore e distensione addominale spesso associati a febbre, nausea e disidratazione, con possibile evoluzione in ileo paralitico e megacolon tossico, perforazione intestinale e morte. L'infezione non conferisce immunità. Si possono avere ricadute e/o recidive in circa il 20% dei casi dopo il primo episodio e nel 50-60% dei casi dopo il secondo episodio. Sono più spesso colpiti i soggetti con pregressa somministrazione di antibiotici, con età superiore ai 65 anni, debilitati, ricoverati in Ospedale o Residenze Sanitarie Assistenziali. Sono in aumento i casi acquisiti in comunità, legati a precedenti trattamenti antibiotici. Solo i ceppi di *C. difficile* che producono tossina (tossina A e/o B) possono determinare malattia. Ceppi ipertossici (**PCR ribotype 027, toxinotype III e PFGE NAP1**) sono stati segnalati in Canada e poi negli USA, dove hanno causato outbreak ospedalieri caratterizzati da quadri clinici severi, maggiori complicanze e alta mortalità. Gli stessi ceppi sono stati isolati un po' in tutti i paesi europei, inclusi la Francia, l'Austria e la Svizzera; al momento non sono segnalati in Italia. La Comunità europea ha promosso uno studio (il ns Ospedale è stato scelto, insieme ad altri quattro, in rappresentanza dell'Italia) per fotografare la situazione, creare una rete e produrre linee guida. Gli outbreak sono difficili da controllare. La prevenzione si basa sul corretto uso degli antibiotici e su strette misure di controllo. I costi investiti nella prevenzione sono ampiamente giustificati dai maggiori costi che l'infezione comporta, stimati dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in 3 miliardi di euro / anno per l'Europa (circa 300 milioni per l'Italia). I casi diagnosticati tra i ricoverati nella nostra Azienda sembrano essere limitati (36 casi nell'ultimo anno): ciò non vuol però dire “abbassare la guardia”. Il DiPSI ha avviato una sorveglianza attiva dei casi di diarrea da *C. difficile* (segnalati da M&V o direttamente dalle US dell'ospedale). Nei casi di positività si è provveduto a raccogliere informazioni clinico-epidemiologiche su una apposita scheda e a contattare la US di degenza per concordare i provvedimenti del caso (isolamento del malato, uso di mezzi di dispositivi di protezione). In tale ottica il GO-DiPSI ha prodotto una Istruzione Operativa, utile al personale sanitario, ed un foglio informativo da consegnare ai malati e ai parenti che lo assistono. Il materiale aggiornato è disponibile presso il GO-DiPSI.

Diagnosi

La ricerca si effettua solo su feci liquide o abbastanza liquide da prendere la forma del contenitore utilizzato per inviare il campione. Negli altri casi il campione non è ritenuto idoneo.

Se il primo campione risulta negativo ma persiste la diarrea e un forte sospetto di *C. difficile*, dopo almeno 24 ore, si possono inviare altri campioni per la ripetizione del test.



Non ritardare i casi positivi che restano sintomatici entro un periodo di 28 giorni a meno che i sintomi non si siano risolti e siano ricomparsi successivamente.

In quest'ultimo caso è necessario valutare se si tratta di una recidiva dell'infezione. Non ci sono indicazioni ad effettuare test di controllo per documentare la risoluzione dell'infezione, diversamente da altri patogeni intestinali (es. Salmonella).

I rischi della profilassi antibiotica

In uno studio caso-controllo su pazienti che avevano ricevuto la profilassi chirurgica lo stato di portatore di *Clostridium difficile* è risultato più comune fra coloro che avevano ricevuto la profilassi per più di 24 ore (56% vs 17%). Le conseguenze dell'infezione da *Clostridium difficile* comprendono un aumento della morbilità e della mortalità, un prolungamento dei tempi di degenza e un conseguente aumento generale dei costi.

Uno studio eseguito su pazienti chirurgici ha dimostrato che coloro che avevano ricevuto una profilassi antibiotica per più di quattro giorni presentavano un aumento statisticamente significativo della frequenza di batteriemie originate dalla via venosa rispetto a coloro che avevano ricevuto la profilassi per un giorno o meno.

SIGHT: PER RICORDARCI COSA FARE

Tratto dalle linee guida dell'Health Protection Agency (del dicembre 2008). Questi provvedimenti, adottati tempestivamente, consentono di prevenire la diffusione anche di altri patogeni intestinali (es. Norovirus, Rotavirus).

<p>S SUSPECT</p> 	<p>Sospettare un'origine infettiva della diarrea in tutti i casi in cui non siano evidenti altre cause</p>
<p>I ISOLATE</p> 	<p>Isolare il malato e consultare il Gruppo operativo del DiPSI fino a che non è stata determinata la causa della diarrea</p>
<p>G GLOVES</p> 	<p>Utilizzare guanti e sovracamice per tutti i contatti con il malato e con l'ambiente che lo circonda</p>
<p>H HAND WASHING</p> 	<p>Lavare le mani con acqua e sapone prima e dopo ogni contatto con il malato e/o il suo ambiente circostante. NON utilizzare lo strofinamento alcolico: non è efficace sulle spore del <i>C. difficile</i></p>
<p>T TEST</p> 	<p>Eeguire indagini microbiologiche sulle feci, inclusa la ricerca delle tossine di <i>C. difficile</i></p>

Bene i protocolli. Ma poi cosa succede?



Prevenzione MRSA

Il processo di trasferimento delle conoscenze scientifiche nell'ambito clinico richiede un grande impegno dei professionisti e dell'organizzazione che devono cambiare comportamenti e processi assistenziali. I processi di cambiamento richiedono l'attivazione di sistemi di monitoraggio e di feedback che stimolino i professionisti a consolidare le nuove attività. E' in quest'ottica che, come parte integrante della elaborazione e diffusione di protocolli clinico assistenziali, la Direzione delle Professioni Sanitarie rileva gli indicatori, definiti dai singoli protocolli, che permettono di verificare il grado di aderenza degli operatori alle attività definite dagli stessi.

Inserzione e gestione del CVC a breve permanenza (in uso dal 11/07/2005)

Indicatore: compilazione della check list di monitoraggio (n. schede presenti nella cartella clinica)

Risultati:

	Tasso 1° semestre	Tasso 2° semestre
Anno 2006	72%	93%
Anno 2007	86%	91%
Anno 2008	96%	98%

La gestione del CVC a lunga permanenza (in uso dal 9/06/2008)

Indicatore: compilazione della check list di monitoraggio (n. schede presenti nella cartella clinica)

Risultato: presente nel 100% delle cartelle cliniche (rilevazione dal 30/07/08 al 20/10/08). Dall'analisi delle check list (su 844 osservazioni giornaliere) è stato possibile rilevare anche i dati relativi all'exit site sulla base del seguente score (0=cute integra, senza flogosi; 1=iperemia <1cm; 2=iperemia 1-2cm; 3=iperemia con secrezione e pus). I risultati sono esposti di seguito

Score 0	80%
Score 1	19%
Score 2	1%
Score 3	0%

Prevenzione delle polmoniti associate a ventilazione (in uso dal 24/09/2007)

Osservazione diretta nella giornata del 16/10/08. E' stato verificato che in tutte le terapie intensive:

- il personale conosce le procedure descritte nel protocollo e le esegue correttamente,
- i presidi indicati nel protocollo sono a disposizione del personale,
- le indagini microbiologiche vengono eseguite con le modalità previste
- non sempre invece è rispettata la sequenza prevista minibal → aspirato tracheobronchiale

Conosciamo la sigla: Methicillin-Resistant *S.aureus* (*S.aureus* Resistente alla Meticillina).

Significa che lo *S.aureus* non può essere trattato con gli abituali farmaci, richiede terapie specifiche non sempre ugualmente efficaci, con più effetti collaterali, più costose.

Significa anche degenze più lunghe, aumento della mortalità, maggiori costi per il sistema sanitario, per non dire delle sofferenze per i malati.

E' un tipico germe "ospedaliero", quindi l'infezione può essere contratta durante la degenza in Ospedale. E' un problema mondiale, particolarmente acuto negli USA. Eppure molto si può fare, come hanno dimostrato altri Paesi, ultimo in ordine di tempo la Gran Bretagna.

Grazie ad un grosso investimento economico ed all'aumento del personale, ad una specifica attenzione al problema, le infezioni da MRSA sono scese del 57% rispetto al 2004.

Gordon Brown, primo ministro inglese, ha voluto sottolineare il successo della campagna inviando una lettera personale di complimenti a tutti gli operatori sanitari !

Lo screening dei colonizzati da MRSA nelle Terapie Intensive

Il punto di partenza è l'identificazione dei portatori, mediante screening microbiologico. In caso di positività si potrà procedere all'isolamento del malato (per evitare la trasmissione dell'MRSA ad altri ricoverati) ed alla sua decolonizzazione (applicando una pomata antibiotica nel naso ed effettuando lavaggi quotidiani con clorexidina) per prevenire lo sviluppo di malattia nel portatore e la diffusione ad altri malati. Nella riunione del 15 luglio, il DiPSI ha deciso di avviare uno screening nelle Terapie Intensive Adulti dove il tasso di MRSA è già stato ridotto rispetto al 2003, grazie all'impegno e l'attenzione di tutti gli operatori. E' stata esclusa la Terapia Intensiva Pediatrica dove non si sono avute infezioni da MRSA da anni (complimenti !). All'ingresso in Terapia Intensiva, e settimanalmente, viene effettuata la ricerca microbiologica di portatori, sottoponendo i positivi a decolonizzazione.

I primi dati indicano una bassa percentuale di portatori. Su 147 malati sottoposti a screening solo 9 (6,1%) sono risultati positivi (4 in Cardiocirurgia, 4 in Rianimazione Generale, 1 in Neurochirurgia).

Società Scientifiche



La Società Italiana **Multidisciplinare** per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS) è stata fondata nel 2003 da vari professionisti: infettivologi, farmacisti, infermieri, direttori sanitari, igienisti, microbiologi, intensivisti, chirurghi, ... nella convinzione che solo un approccio multidisciplinare possa assicurare una efficace lotta alle infezioni nelle strutture sanitarie.

Obiettivi della SIMPIOS sono: il miglioramento della pratica assistenziale, la ricerca, la formulazione di documenti di consenso e linee guida e l'informazione sul tema delle infezioni.

5 i punti cardine secondo la SIMPIOS per una efficace lotta per le infezioni:

- 1 Presenza in tutte le strutture sanitarie di un gruppo dedicato al controllo del rischio infettivo
- 2 Formazione e presenza di personale qualificato, in particolare di infermieri addetti al controllo delle infezioni ospedaliere (ICI)
- 3 Partecipazione di ogni struttura a programmi di sorveglianza del fenomeno
- 4 Adozione di standard di comportamenti comuni a tutto il territorio nazionale
- 5 Adozione e attuazione sistematica di programmi di sorveglianza e controllo e pubblicazione periodica dei risultati delle attività condotte

SIMPIOS organizza un seminario nazionale su "**Clostridium difficile e altri patogeni intestinali (Napoli, 15 maggio)**"

Maggiori informazioni sul sito www.simpios.org