P107

Infezioni ospedaliere

DECOLONIZZAZIONE SELETTIVA PER MRSA: L'ESPERIENZA DELL'ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO

A. Raglio [5], F. Averara [6], R. Aristolao [6], S. Corbellini [4], E. Cacciabue [1], G. Caglioni [6], S. Cesa [2], M. Cosentino [4], C. Farina [4], D. Nagel [5], F. Pezzoli [3]

[1]*Direzione Medica, ASST Papa Giovanni XXIII*

[2]*Direzione Professioni Sanitarie Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII*

[3]*Direzione Sanitaria, ASST Papa Giovanni XXIII*

[4]*Microbiologia e Virologia, ASST Papa Giovanni XXIII*

[5]*Prevenzione e Controllo Infezioni, ASST Papa Giovanni XXIII*

[6]*Prevenzione e controllo Infezioni, Direzione Professioni Sanitarie Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII*

INTRODUZIONE

Sono sette le strategie studiate per controllare le infezioni da MRSA: in caso di prevalenza di MRSA inferiore al 5% l'intervento con "Search and Destroy" ha dimostrato il miglior rapporto costo-efficacia.
Si descrivono i dati epidemiologici dell'ASST Papa Giovanni XXIII in cui l' intervento è attivato dal 2007.

METODI

Sorveglianza attiva
La ricerca attiva di MRSA viene effettuata con screening nasale, inguinale e faringeo:
- ricovero e settimanalmente nelle Terapie Intensive (TI): Unità Cure Coronariche, Generale adulti, Pediatrica, Cardiochirurgica, Neurochirurgica dal 2007
- ricovero in Medicina Interna (Med) dal 2013

Sorveglianza passiva
Dal 2013 è applicata la sorveglianza passiva sui campioni clinici di tutti i ricoverati dell'ASST.
Screening per la colonizzazione da MRSA
I tamponi per la ricerca della colonizzazione da MRSA sono raccolti dalle narici anteriori, dalle pieghe inguinali e dalle membrane della cavità orale e vengono inoculati in Contrast MRSA Broth (Oxoid).
Precauzioni da contatto e decolonizzazione
In caso di isolamento di MRSA da campioni clinici o di screening si applicano la decolonizzazione e le precauzioni da contatto. La decolonizzazione si esegue con mupirocina nasale e bagni di clorexidina al 4%.
Approccio multimodale
E'attiva dal 2002 la campagna per l'igiene delle mani e le precauzioni standard.
Analisi epidemiologica
Sono elaborati trimestralmente i dati relativi alla ricerca delle colonizzazioni, i casi di sepsi e di infezione da MRSA poi comunicati a US.

RISULTATI

Dal 2004 al 2016 si è ottenuto un calo della percentuale di MRSA da emocoltura dal 30% al 12% con azzeramento delle sepsi nelle TI nel 2013 e 2014 e in Medicina nel 2015.
Nel 2016, sono stati indagati 5505 pazienti (5223 in TI e Med e 282 da tutte le altre UO) .
221 pazienti (4,2%) sono risultati colonizzati all'ingresso.
I pazienti con isolamenti da campioni clinici di S. aureus (esclusi gli screening e le emocolture) sono stati in totale 290 (di cui 52 da MRSA, pari al 18%).
Le sepsi da S. aureus nelle UO in sorveglianza attiva sono state 26, di cui 2 sostenute da MRSA (7.6%) una in Med e una in TI adulti.
In tutta l'ASST si sono rilevate 74 sepsi da S. aureus di cui 9 da MRSA (12%).

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati indica il ruolo fondamentale della Microbiologia e la buona adesione del personale al protocollo aziendale con risultati positivi. Le sepsi da MRSA nelle TI si sono azzerate nel 2013 e 2014 e nel 2016 si è avuto un solo caso. La percentuale di MRSA da sangue è inferiore alla media nazionale (12% rispetto al 34% nel 2015 secondo dati ECDC) .
Si sta ora valutando la necessità di adottare protocolli diversi a seconda delle aree assistenziali (screening pre-intervento).