

LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

UGO FEDELI

Infezioni ospedaliere / nelle strutture residenziali

I.O. = insorge durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi anche dopo che il paziente è stato dimesso, e non era manifesta clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione

Primo studio di prevalenza nazionale nel 1983

Infezione in struttura residenziale = nell'ambiente normale di vita del soggetto

Prime indagini di prevalenza in Italia inizio anni 2000

Cambiamento del profilo assistenziale nelle residenze per anziani

- Invecchiamento della popolazione nelle strutture residenziali
- Minor ricorso al ricovero ospedaliero, degenza più breve
- Aumento delle comorbidità, con maggiore suscettibilità alle infezioni
- Maggior percentuale di residenti con procedure invasive (catetere vescicale, PEG, CVC)

Fattori di rischio individuali

- Alterazioni sistema immunitario
- Presenza di poli patologie
- Compromissione delle normali funzioni di base (es. demenza, incontinenza urinaria o intestinale, ridotta mobilità, ecc.)
- Malnutrizione

Fattori di rischio legati al contesto

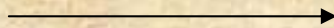
- Caratteristiche della struttura (es. ambienti confinati, disponibilità servizi diagnostici, ecc.)
- Risorse umane (es. staffing, ecc.)
- Difficoltà a porre diagnosi
- Standard assistenziali non rispettati (es. isolamento, ecc.)
- Uso/abuso antibiotici

**INFEZIONI
ENDEMICHE**



**Respiratorie, urinarie,
cute e sottocute,
gastrointestinali**

EPIDEMIE



**Influenza, TBC,
polmonite pneumococcica,
norovirus/Salmonella,
Scabbia, St pyogenes**

**COLONIZZAZIONI DA
GERMI RESISTENTI**



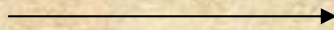
MRSA, VRE

**INFEZIONI
ENDEMICHE**



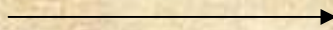
Prevalenza media 12.2%
Range 2.4-32.7%

EPIDEMIE



**10-20% delle infezioni
nelle strutture
residenziali?**

**COLONIZZAZIONI DA
GERMI RESISTENTI**



**Colonizzazione già
all'ingresso?**

Le infezioni: definizioni standard

Per la definizione dei casi si è considerata una classificazione messa a punto specificatamente per la sorveglianza delle infezioni in ambito residenziale già utilizzata negli studi internazionali e italiani :

SHEA-APIC INFECTION CONTROL GUIDELINES

(McGeer et al. Definitions of infection for surveillance in long term facilities. Am J Infect Control 1991; 19(1):1-7).

Tali definizioni hanno dimostrato una buona riproducibilità tra il personale delle diverse strutture

Classificazione delle infezioni

- Raffreddore/faringite
- Sindrome influenzale
- Polmonite
- Altra infezione delle vie respiratorie inferiori
- Infezione vie urinarie
- Congiuntivite
- Otite
- Infezione orale-periorale
- Sinusite

- Cellulite/infezione tessuti molli/ferita
- Micosi cutanea
- Scabbia
- Gastroenterite
- Infezione ematica primitiva
- Episodio febbrile ndd

I criteri diagnostici

Bronchite / tracheobronchite

almeno tre fra i seguenti segni /sintomi:

- insorgenza od aumento della tosse
- insorgenza od aumento della produzione di escreato
- febbre >38°C
- dolore toracico
- nuovo riscontro o incremento segni EO polmonare: rantoli, ronchi, sibili, respiro bronchiale
- Uno dei seguenti: dispnea, fr >25 atti/minuto, peggioramento stato mentale o funzionale

Polmonite, *presenza di entrambi i criteri:*

- Rx torace interpretabile come polmonite, probabile polmonite o infiltrato di nuova insorgenza
- Presenza di almeno due segni/sintomi descritti sopra

Infezioni nelle strutture residenziali: indagini in Italia (I)

□ Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale - 2002

Studio di prevalenza nelle RSA e Case Protette delle Aziende USL di Ravenna, Forlì ed Imola.

Prevalenza soggetti con infezione = 9.6%; infezioni acquisite almeno 7gg dopo ingresso = 8.2%, di cui: 12.8% in RSA, 7.5% in CP

Associazione con disabilità, alcune patologie croniche, procedure invasive. Basso ricorso ad esami strumentali; indagini microbiologiche per lo più per le infezioni delle vie urinarie

Avviati percorsi di formazione e di audit (anche valutazione osservazionale della pratica del lavaggio delle mani)

Infezioni nelle strutture residenziali: indagini in Italia (I)

□ Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale

Indicatori proposti per la valutazione dell'impatto dei programmi di intervento:

- frequenza conoscenze ed attitudini corrette
- adesione al lavaggio delle mani
- % ospiti vaccinati per anti-influenzale ed anti-pneumococcica
- % operatori vaccinati anti-influenzale
- % prescrizioni antibiotiche corrispondenti a protocolli concordati
- consumi antisettici e disinfettanti per struttura
- presenza di un sistema di rilevazione continua delle infezioni
- prevalenza infezioni pesata per il case-mix?*

Infezioni nelle strutture residenziali: indagini in Italia (II)

ASS n.4 Medio Friuli -Università degli Studi di Udine - 2003

Studio di prevalenza delle infezioni correlate a pratiche assistenziali nelle quattro Residenze Sanitarie Assistenziali della ASS n.4. Prevalenza soggetti con infezione = 15/117 (12.8%). Lo studio di prevalenza è stato seguito da uno studio di incidenza

Setting particolare: degenza media = 30 gg; presenza di devices: catetere vescicale 18.6%, accesso venoso periferico 17.6%, stomie 3.4%. Tipologia pazienti che afferiscono alle RSA non omogenea né sovrapponibile a quella di altre realtà regionali.

Infezioni nelle strutture residenziali: indagini epidemiologiche coordinate dal SER

- 1) Primo studio di prevalenza in tre strutture residenziali (Altavilla, Valdagno e San Bonifacio), per un totale di 340 ospiti. Compresi 2 nuclei RSA ed una sezione Alzheimer.
- 2) Studio di prevalenza + indagine colonizzazione da MRSA in due strutture a Vicenza con circa 570 ospiti.
- 3) Studio di prevalenza + follow-up ed incidenza negli 8 nuclei RSA dell'ULSS 8 (circa 200 ospiti).

Con la collaborazione di: distretti e servizi sociali ULSS interessate, medici ed infermieri strutture residenziali, fondazione CARIVERONA

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 1

Prevalenza = 15%

Lieve associazione con la disabilità

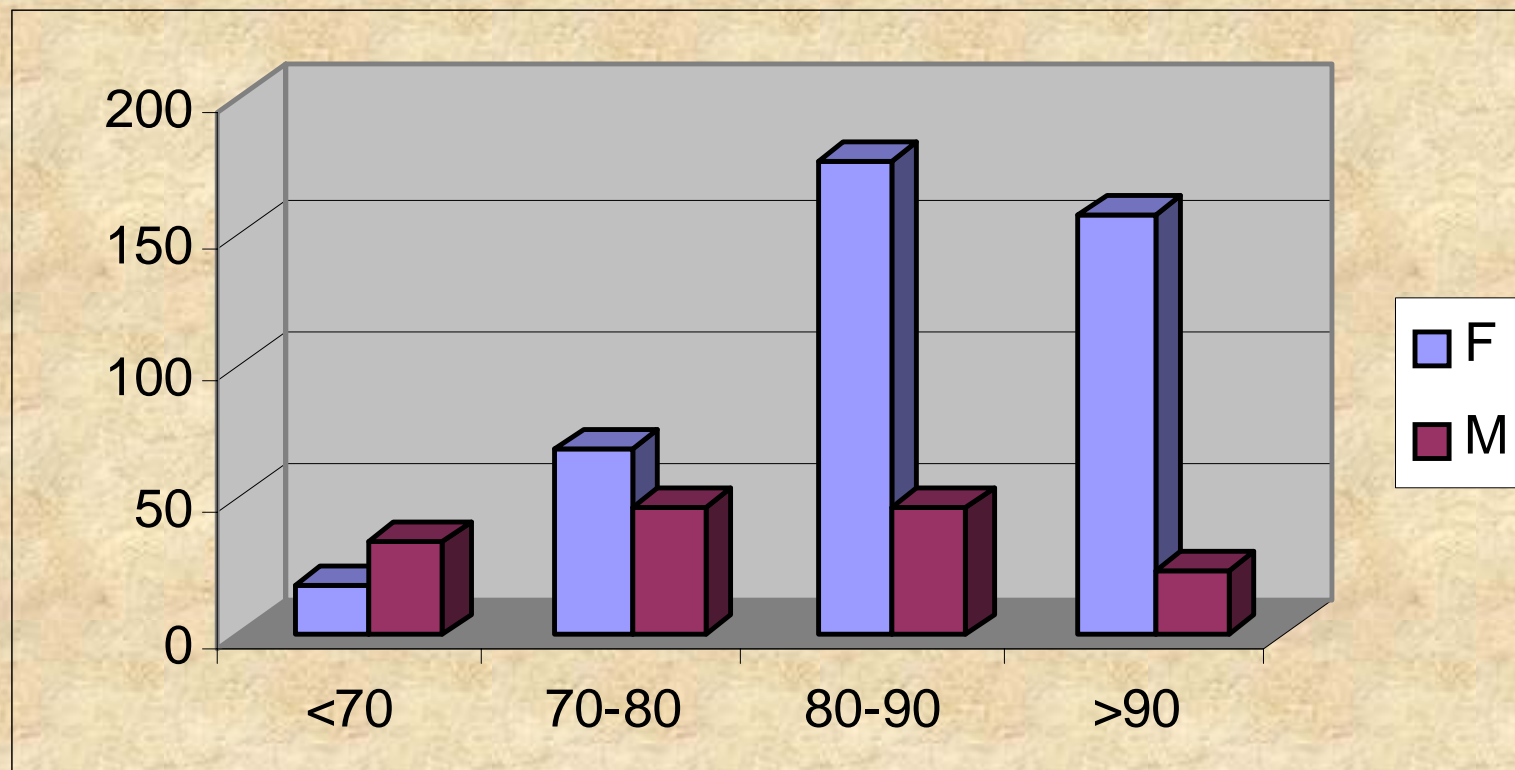
Indagine 2

Prevalenza = 11%

Associazione con ricoveri negli ultimi 12 mesi, procedure invasive, bronchiti ed infezioni delle vie urinarie recidivanti

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 2



Età media 83 anni, soggetti >90 = 30%

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 2

Utilizzo di procedure invasive relativamente basso: PEG 11%, catetere vescicale 6%, sondino naso-gastrico 3%, tracheostomia 2%, agocannula 2%, colostomia 1%

Il 63% degli ospiti aveva ricevuto terapia AB sistemica negli ultimi 12 mesi (37% con fluorchinoloni, 26% con cefalosporine), spesso per infezioni urinarie o respiratorie recidivanti

Ingressi recenti: da ospedale o transitati per l'ospedale

Infezioni più frequenti: basse vie respiratorie, urinarie, cute-sottocute, congiuntiviti, gastroenteriti

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 2

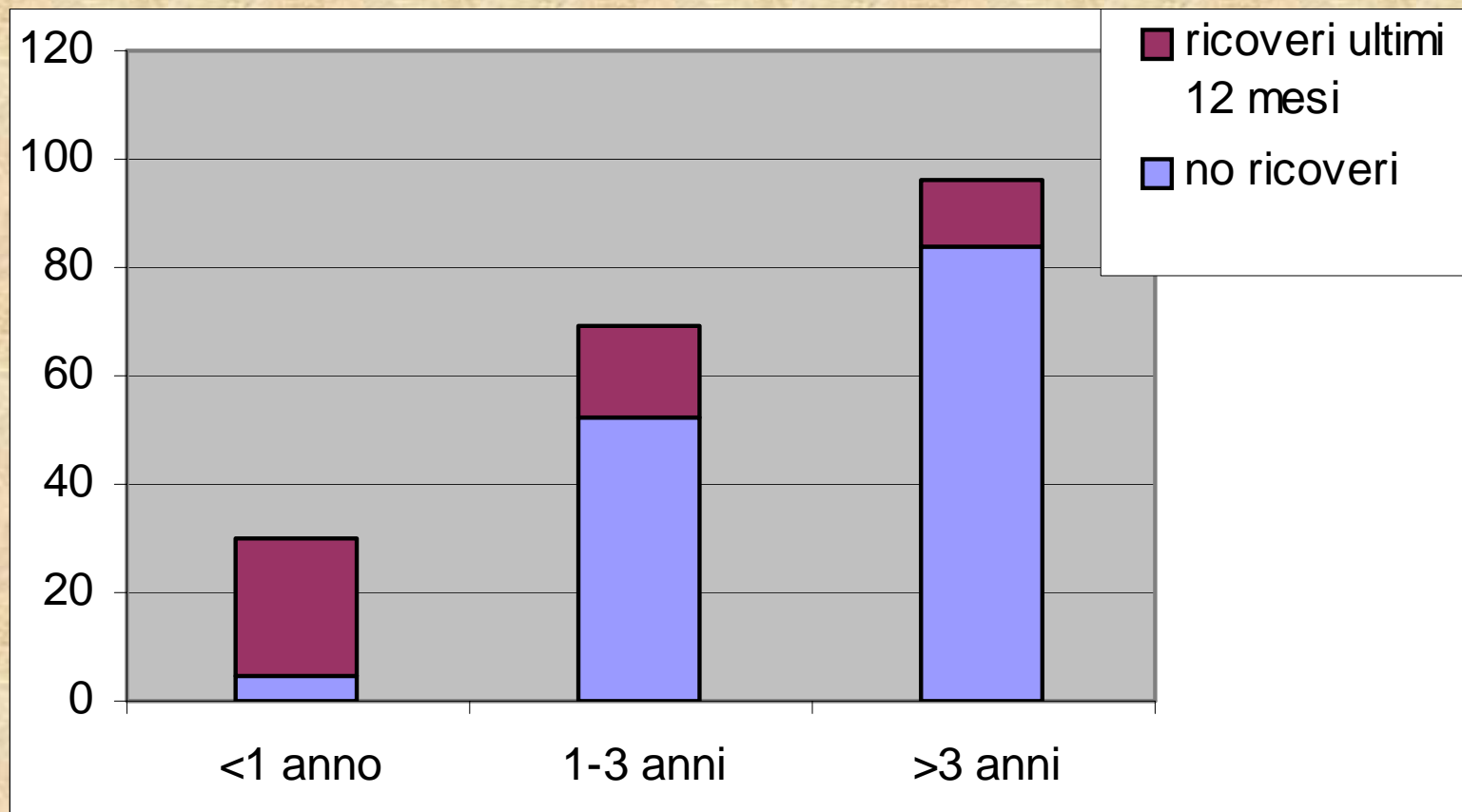
Prevalenza di colonizzazione da MRSA = 7.8%.

Paragonabile ad indagini condotte a Cremona e Bergamo (~10%),
unici dati (parziali) disponibili in Italia. Situazione europea
estremamente variabile da Paese a Paese.

Associazione con: presenza di neoplasia, ricoveri e numero di
trattamenti antibiotici sistemici negli ultimi 12 mesi.

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 3



Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 3

Prevalenza = 12.8%; Incidenza = 2 eventi/anno; valori simili a quelli ottenuti in RSA del Friuli

Ruolo di devices (c.v. e PEG) e recenti ricoveri

Residenti con infezione al momento della prevalenza erano a maggior rischio anche durante il follow-up

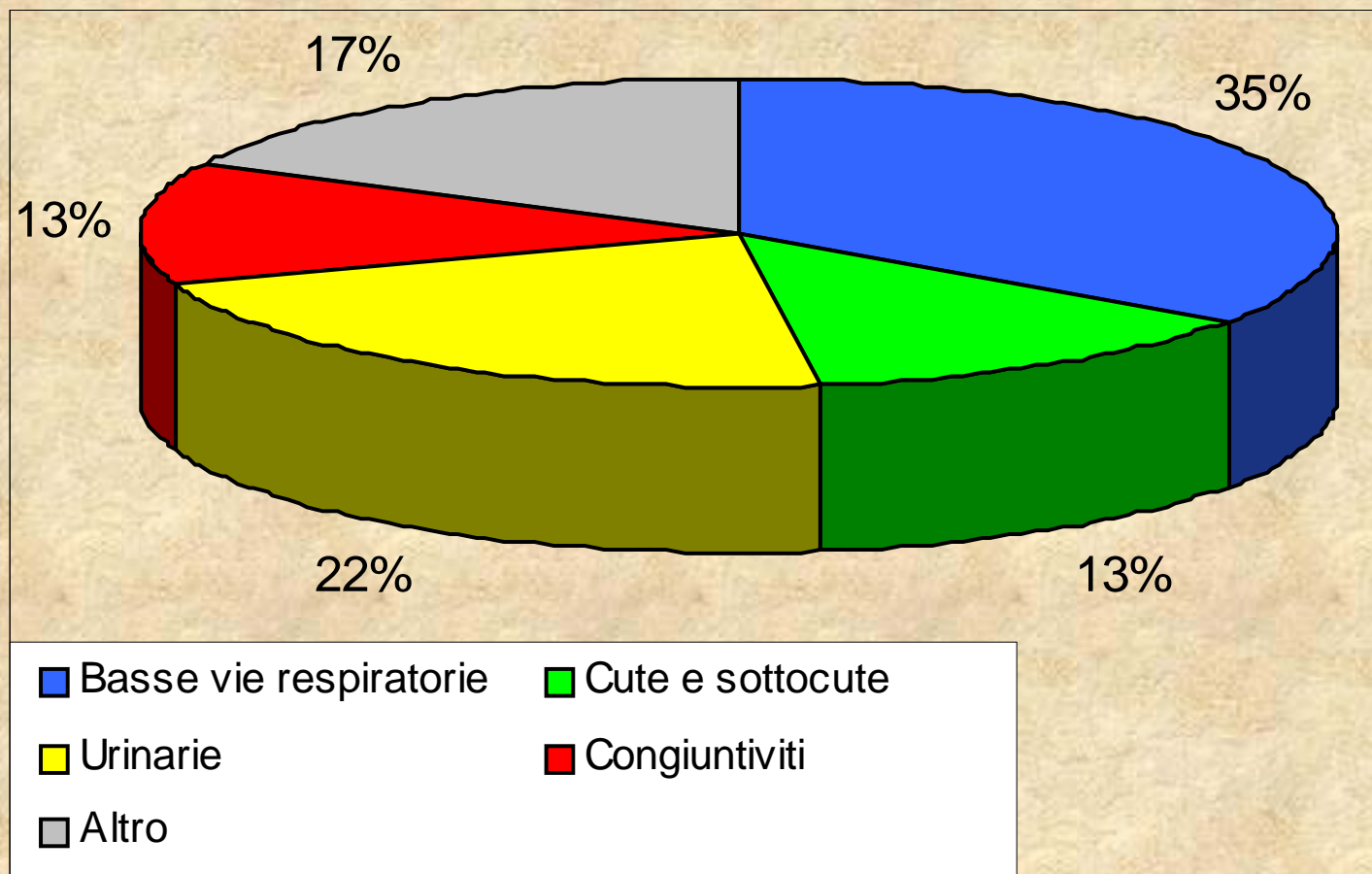
Limitato ricorso ad accertamenti microbiologici

Valutazione dell'esito: su 55 infezioni monitorate, 3 ricoveri ed 8 decessi; difficile valutare il peso sulla mortalità.

All'indagine sta seguendo attività di formazione del personale medico ed infermieristico.

Le indagini epidemiologiche nel Veneto

Indagine 3



Prospettive

Estendere l'indagine ad altre strutture, e supportare programmi di sorveglianza condotti dalle singole Aziende.

Criticità

Sintomi e criteri di definizione aspecifici

Indagine di prevalenza = primo approccio al problema, ma utile sviluppare sistemi continui di sorveglianza

Distinzione infezioni comunitarie / ICPA

Difficile misurare l'impatto clinico delle infezioni, e definire la frazione prevenibile

Prospettive

Continuare le attività di formazione e sviluppare protocolli specifici per la gestione ed il controllo delle infezioni

Criticità

Molte raccomandazioni proposte sono estrapolazioni dall'ambito ospedaliero

Molteplici tipologie di strutture, con diversa intensità assistenziale

Valutare l'utilizzo degli antibiotici alla luce dell'andamento delle resistenze

Prospettive

Potenzialità dell'archivio microbiologico regionale: analisi degli isolamenti nelle strutture residenziali per conoscere il profilo delle resistenze agli antibiotici

Uso integrato con altre fonti informative (flusso regionale residenzialità, SDO)

Criticità

Dati microbiologici per lo più da urocolture