

Le analisi sopra riportate evidenziano l'utilità di avere dati tempestivi sulla mortalità per causa. In particolare le morti traumatiche (soprattutto suicidi ed incidenti stradali) rientrano tra le categorie di decessi per cui si possono osservare variazioni rapide, anche in risposta a cambiamenti della situazione socio-economica o ad innovazioni nelle politiche della salute. Nei limiti dei dati descrittivi presentati, si possono formulare alcune considerazioni:

1. l'importante riduzione della mortalità per incidenti stradali osservata nello scorso decennio, anche in conseguenza di provvedimenti legislativi come l'introduzione della patente a punti (J Epidemiol Community Health 2007;61:877-81), sembra essersi arrestata nell'ultimo biennio
2. sono recentemente comparse le prime pubblicazioni scientifiche che suggeriscono, seppur con risultati contrastanti, un possibile incremento dei tassi di suicidio in alcuni Paesi europei riferibile alla crisi economica; l'aumento dei tassi di suicidio osservato nel Veneto peraltro non al momento è confermato da dati nazionali
3. il progressivo invecchiamento della popolazione porterà verosimilmente ad un incremento del carico assistenziale e della mortalità attribuibili alle cadute nell'anziano; le analisi proposte dovranno quindi essere estese ad un arco temporale più ampio ed integrate dalla valutazione di tutte le condizioni morbose riportate nella scheda di morte (analisi delle cause multiple).

Per informazioni: Sistema Epidemiologico Regionale
francesco.carlucci@regione.veneto.it

PREVALENZA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

L'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ha promosso nel 2011-2012 la conduzione di indagini di prevalenza nei Paesi europei secondo un protocollo comune che consenta di aggregare e di confrontare i dati raccolti. Obiettivo dell'indagine è stimare le dimensioni globali (prevalenza) delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti, descrivendo i pazienti, le procedure invasive, le infezioni (siti, microrganismi coinvolti), e gli antibiotici prescritti (molecole, indicazioni d'uso). I risultati vengono quindi diffusi a livello locale, regionale, nazionale, europeo per: promuovere una maggiore attenzione al problema; promuovere e rinforzare infrastrutture e competenze per attuare la sorveglianza; identificare i problemi comuni e stabilire priorità condivise. Un valore aggiunto del progetto è quello di fornire agli ospedali uno strumento standardizzato di sorveglianza.

Il protocollo europeo per l'indagine di prevalenza

Secondo il protocollo europeo (disponibile sul sito http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/rischio-infettivo), negli ospedali partecipanti sono inclusi tutti i reparti (compresi i reparti psichiatrici, riabilitativi e le neonatologie). Sono esclusi solo i reparti di lungodegenza e i dipartimenti di emergenza-urgenza. Devono essere inclusi tutti i pazienti presenti in reparto alle 8.00 del mattino o prima e non dimessi al momento della rilevazione. La raccolta dei dati in ciascun reparto deve essere conclusa nello stesso giorno; il tempo totale per completare la rilevazione nel singolo ospedale non deve superare le 2-3 settimane.

I dati da rilevare includono: dati sull'ospedale (tipologia e dimensione dell'ospedale, indicatori di struttura e processo); fattori di rischio per tutti i pazienti, indipendentemente dalla presenza o meno di infezione o terapia antibiotica (dati demografici, intervento chirurgico, esposizione a dispositivi invasivi, condizioni di gravità clinica secondo il punteggio McCabe); dati sulle infezioni correlate all'assistenza (per tutti i pazienti nei quali l'infezione corrisponde ai criteri di definizione di una ICA attiva); dati sull'uso di antibiotici per tutti i pazienti che ricevono un antibiotico sistemico (gli antibiotici sono registrati se, al momento dello studio, l'antibiotico è ancora prescritto, mentre la profilassi chirurgica è registrata se è stato prescritto un antibiotico per questo motivo nelle precedenti 24 ore). Per l'identificazione delle ICA le definizioni di caso utilizzate sono: le definizioni di HELICS/IPSE3 (per le infezioni del sito chirurgico, polmonite, infezioni del sangue, infezioni correlate a catetere venoso centrale, infezioni delle vie urinarie), le definizioni di infezione da *Clostridium difficile* e le definizioni specifiche neonatali stabilite dal network KISS; tutte le altre definizioni di caso sono tratte dalle definizioni CDC/NHSN.

Il campione nazionale del 2011

Un primo studio è stato condotto nel periodo settembre-ottobre 2011; hanno partecipato 49 ospedali di 19 Regioni/Province autonome, in qualità di campione rappresentativo per l'Italia dell'indagine di prevalenza europea coordinata dall'ECDC. Per il Veneto, hanno partecipato l'Azienda Ospedaliera di Padova, il presidio ospedaliero di Bussolengo (ULSS 22), e la Casa di Cura Giovanni XXIII. A livello nazionale sono stati raccolti dati su 14,784 pazienti; il 49.8% dei pazienti aveva 65 anni o più. Il 66.8% dei pazienti studiati era portatore, il giorno dello studio, di almeno un dispositivo invasivo: il 55.9% di un catetere vascolare periferico; il 24.7% di un catetere urinario; il 12.1% di un catetere vascolare centrale; il 3.0% dei pazienti era intubato. La prevalenza di pazienti con almeno una infezione correlata all'assistenza era del 6.3%. La prevalenza di infezioni variava per dimensioni dell'ospedale, disciplina di ricovero, classe di età, gravità delle condizioni cliniche di base, ed esposizione a procedure invasive. Le infezioni più frequentemente riportate erano quelle respiratorie (24.1%), urinarie (20.8%), le infezioni del sito chirurgico (16.2%), e le batteriemie (15.8%). La prevalenza di pazienti ricoverati con almeno un trattamento antibiotico era pari a 44%. Il trattamento era motivato da terapia nel 53% dei casi, da profilassi nel 43% (di cui nel 56% dei casi profilassi medica e nel 44% chirurgica), da altra o non specificata indicazione nel rimanente 4%.

Lo studio nazionale del 2012: i risultati dei presidi del Veneto

Utilizzando il medesimo protocollo, l'indagine di prevalenza è stata replicata in diverse Regioni italiane nell'autunno 2012. Nel Veneto hanno partecipato le Aziende ULSS 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 19, 21, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, l'Ospedale Classificato di Negrar, le Case di Cura Policlinico San Marco e Giovanni XXIII, per un numero complessivo di 28 presidi ospedalieri. La rilevazione è stata condotta nei mesi di ottobre e novembre 2012. I dati sono stati raccolti e inseriti dai singoli ospedali. A livello regionale è stato eseguito un controllo di qualità su dati mancanti e su dati incongruenti, e dove possibile sono state richieste integrazioni ai partecipanti. L'elaborazione e la reportistica finali verranno condotte dal coordinamento nazionale

presso l’Agenzia sanitaria e sociale dell’Emilia Romagna. Sono di seguito presentate alcune elaborazioni preliminari dei dati relativi ai presidi del Veneto.

Sono stati inclusi nello studio 5,759 pazienti. Il 37.6% dei pazienti era ricoverato in una specialità medica, il 30.0% in una chirurgica, il 9.0% in geriatria, il 6.6% in ginecologia/ostetricia, il 5.0% in terapia intensiva, il 4.5% in pediatria, il 3.3% in psichiatria, il 3.4% in riabilitazione.

La maggior parte dei pazienti studiati apparteneva alla fascia di età anziana (dai 65 anni in su, 58.2%), seguiti dalla fascia di età adolescenti/adulti (15-64 anni, 35.0%) e da quella neonatale/pediatria (0-14 anni, 6.7%, compresi anche tutti i neonati nati sani, che da protocollo di indagine erano inclusi nella rilevazione). La durata mediana di degenza al momento dello studio era pari a 5 giorni. La degenza mediana variava da 11 giorni in riabilitazione e psichiatria a 2 giorni in pediatria e ginecologia/ostetricia.

Il catetere vascolare periferico (PVC) risulta essere il dispositivo più utilizzato (61.3%). Il catetere venoso centrale (CVC) è utilizzato globalmente nel 9.6% dei pazienti, ma tale proporzione arriva al 49.3% in terapia intensiva; il catetere urinario è utilizzato globalmente nel 24.6% dei pazienti, con proporzioni di pazienti esposti sopra la media in terapia intensiva, geriatria e chirurgia; l’1.9% dei pazienti era intubato il giorno dello studio, ma tale proporzione arriva al 30.9% in terapia intensiva (Tabella 1).

Tabella 1: Pazienti con dispositivo invasivo per area di ricovero

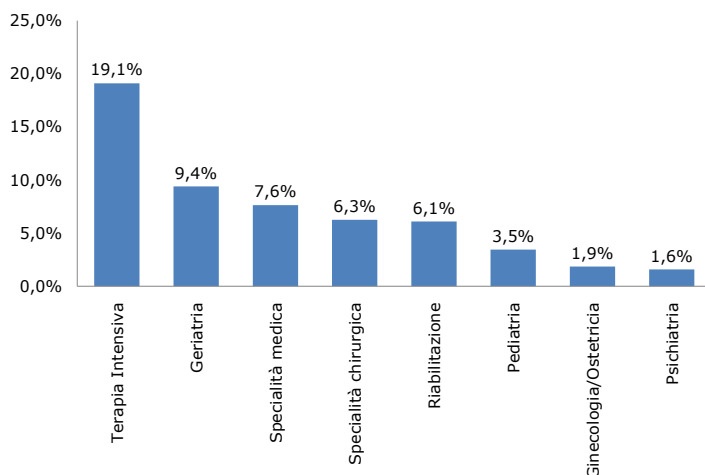
	CVC	PVC	Intubazione	Catere Urinario
Geriatria	6.0%	75.6%	0.6%	41.1%
Ginecologia/Ostetricia	1.1%	52.8%	0.0%	11.9%
Terapia Intensiva	49.3%	62.8%	30.9%	61.1%
Specialità medica	10.1%	66.3%	0.4%	23.6%
Pediatria	3.8%	29.1%	0.8%	0.0%
Psichiatria	1.1%	6.8%	0.0%	1.1%
Riabilitazione	1.5%	11.2%	0.0%	6.1%
Specialità chirurgica	8.2%	69.1%	0.3%	26.5%
Altro	9.1%	57.6%	0.0%	3.0%
Tutti i Pazienti	9.6%	61.3%	1.9%	24.6%

Il giorno dello studio 2,464 pazienti (42.8%) erano in trattamento con un antibiotico per via sistemica, per un totale di 3,190 trattamenti antibiotici (media 1,3 antibiotici per paziente). L’indicazione al trattamento era nel 39.6% casi una profilassi, nel 56.3% dei casi il trattamento di una infezione, nel 4.1% un’altra o non specificata motivazione. La profilassi era nel 45% dei casi una profilassi medica e nel 55% una profilassi chirurgica (nel 55% dei pazienti in profilassi chirurgica, questa era stata somministrata per più di un giorno). Globalmente, le classi di antibiotici maggiormente utilizzate (sia per terapia che per profilassi) sono le associazioni di penicilline/inibitori β lattamasi (23.3%), fluorochinoloni (16.9%), cefalosporine di terza generazione (15.3%), cefalosporine di prima generazione (8.3%), glicopeptidi (5.6%). Le molecole somministrate più frequentemente sono per la profilassi medica ciprofloxacina (12%), ceftriaxone (11%), ampicillina/sulbactam (10%), fluconazolo (9%),

amoxicillina/clavulanico (9%); per la profilassi chirurgica la cefazolina (31%).

Il giorno dello studio il 7.1% dei pazienti presentava una infezione correlata all’assistenza contratta in un ospedale per acuti. La prevalenza di infezione varia dal 19.1% in terapia intensiva all’1.6% della psichiatria (Figura 1).

Figura 1: Prevalenza di pazienti con infezione per area di ricovero



Globalmente, le infezioni più frequenti sono quelle del tratto urinario (25.8%) le infezioni respiratorie (23.3%), le infezioni del sito chirurgico (20.6%), le infezioni del sangue confermate dal laboratorio (13.2%). Tra le infezioni respiratorie, le più frequenti sono risultate le polmoniti (20.8% di tutte le ICA); tra le infezioni urinarie quelle con conferma microbiologica (17.0%). Le infezioni del sito chirurgico risultano distribuite in misura decrescente tra infezioni di organi/spazi (8.7%), profonde (6.1%), e superficiali (5.6%); tra le infezioni del sangue l’11.2% di tutte le ICA era una batteriemia e l’1.8% una sepsi correlata a CVC. Durante lo studio sono stati isolati 295 microrganismi da 239 infezioni. I più frequenti erano Escherichia coli (18.6%), Staphylococcus aureus (13.2%), Klebsiella pneumoniae (6.4%), Pseudomonas aeruginosa (9.5%), Enterococcus faecalis (5.8%).

I risultati saranno discussi con i Comitati per le Infezioni Ospedaliere, che si sono impegnati in questo studio di notevoli dimensioni e ne potranno ricavare indicazioni utili alla loro attività istituzionale.

Per informazioni: Sistema Epidemiologico Regionale ugo.fedeli@regione.veneto.it

Per ulteriori informazioni sull’attività dei servizi:

Sistema Epidemiologico Regione del Veneto <http://www.ser-veneto.it/>

Registro dei Tumori del Veneto <http://www.registrotumoriveneto.it/>

Registro regionale di mortalità <http://www.ser-veneto.it/>

Registro regionale dialisi e trapianto <https://registri.sined.it/veneto/>

Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite <http://www.pediatria.unipd.it/on-line/Home/AssistenzaeCura/CentriSpecialistici/scheda6002868.html>

Registro regionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati <http://www.ulss16.padova.it/it/sovradistrettuali/dipartimento-di-prevenzione/servizio-di-prevenzione-igiene-e-sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro-spisal/registro-mesotelomi/577>

Registro Regionale per la Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare <http://anpat.unipd.it/regven/>