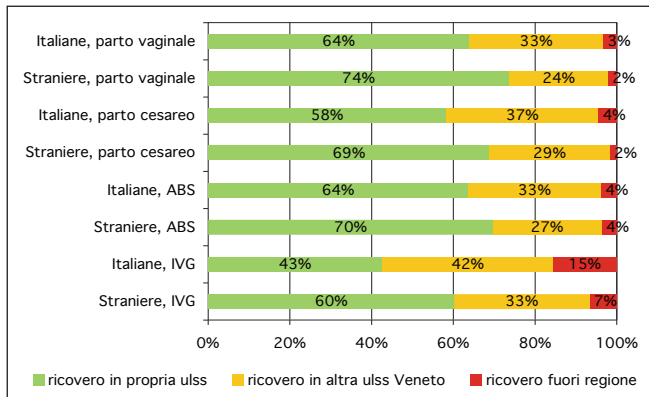


settecentrale (superiori alle 4 settimane nel 19% dei casi, vs 7% in Nord-Italia): questo è probabilmente alla base della fuga verso le regioni confinanti. Considerando il totale dei ricoveri ostetrici, le italiane mostrano una mobilità maggiore rispetto alle straniere, ricoverandosi nell'ULSS di residenza solo nel 60% dei casi (rispetto al 70% delle straniere).

Figura 6. Distribuzione dei ricoveri delle residenti in Veneto con cittadinanza italiana o straniera, biennio 2006-2007.



Per informazioni: Ugo Fedeli
ugo.fedeli@ulssasolo.ven.it

INFEZIONI POST-OPERATORIE

Indagine su misure di prevenzione e controllo

Dora Buonfrate, Paola Mantoan, Giampietro Pellizzer Malattie. Infettive ULSS 6 – SER

Le infezioni del sito chirurgico si manifestano in circa il 2-5% degli interventi. Sono un'evenienza rilevante, comportando un aumento della durata della degenza, delle riammissioni in ospedale e della mortalità (che risulta 2-3 volte maggiore rispetto a quella degli interventi non complicati da infezione).

Nel 2008 è stato avviato un progetto nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, al quale hanno aderito diversi reparti chirurgici del Veneto, con il coordinamento del SER. Data l'importanza dell'ambito indagato e la larga partecipazione di strutture sia pubbliche che private, si sta proseguendo con la sorveglianza anche nel 2009.

Nel corso del 2008 il SER ha inoltre condotto un'indagine conoscitiva riguardante la diffusione delle "buone pratiche" per la prevenzione ed il controllo delle infezioni post-operatorie negli ospedali del Veneto, allo scopo di valutare l'aderenza alle linee guida nazionali ed internazionali e alle evidenze presenti in letteratura, rilevando eventuali aree di miglioramento nella gestione di questa problematica. E' stato a tal proposito inviato a tutte le Aziende ULSS/Ospedaliere della Regione un questionario rivolto alle Unità Operative di chirurgia generale, ginecologia, chirurgia cardiaca e vascolare, urologia, neurochirurgia, chirurgia plastica e ortopedia. L'adesione ottenuta a tale iniziativa è stata rilevante: hanno partecipato 129 Unità Operative,

appartenenti a 38 strutture ospedaliere, distribuite in 19 Aziende. Il questionario è stato impostato considerando 4 principali aree di "intervento" per la prevenzione delle infezioni post-operatorie: la preparazione dell'utente, la preparazione degli operatori, elementi organizzativi, la profilassi antibiotica. I risultati dell'indagine sono stati presentati e discussi nel corso del convegno "Le infezioni post-operatorie nel paziente chirurgico", svoltosi a Vicenza il 27 febbraio u.s. e organizzato dall'U.O. di Malattie Infettive e Tropicali dell'Ospedale San Bortolo in collaborazione con il SER.

Vengono qui riportati i principali risultati dell'indagine, in termini di aderenza alle indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali.

Preparazione dell'Utente

L'indagine ha evidenziato come, per le pratiche di preparazione dell'utente, siano più frequentemente seguite raccomandazioni interne alla singola UO (63%) rispetto a raccomandazioni aziendali.

Le linee guida internazionali concordano sul consigliare al paziente doccia o bagno il giorno prima o il giorno stesso dell'intervento. Dall'indagine è emersa un'ampia adesione a questa indicazione: infatti solo nell'8% dei reparti non viene consigliata al paziente una preparazione specifica. Le UO restanti si possono suddividere tra quelle che indirizzano l'utente verso una doccia con detergente comune (il 54%) e quelle che preferiscono l'utilizzo di un antisettico (il 36%; nel 73% dei casi è consigliato un prodotto a base di clorexidina). Si segnala una review curata dalla Cochrane, che non ha trovato evidenze a favore dell'utilizzo di clorexidina rispetto a detergenti comuni.

Per quanto riguarda la tricotomia, le principali linee guida internazionali (CDC, SHEA, NICE) concordano sul fatto che non vada praticata routinariamente, ma solo nel caso in cui vi sia interferenza con il sito di incisione. Qualora sia necessaria, viene consigliato l'utilizzo del clipper (le linee guida e le evidenze più recenti sconsigliano in maniera chiara l'impiego del rasoio). Le linee guida inoltre indicano come il timing più appropriato per l'esecuzione della tricotomia sia il giorno stesso dell'intervento. Dalla nostra indagine è emerso che in circa la metà delle chirurgie (46%), a discapito del forte sostegno delle linee guida, la tricotomia viene eseguita sempre, per tutti gli utenti e tutti gli interventi. La suddivisione per area chirurgica mostra un picco di applicazione di questa pratica nell'ambito cardiovascolare (90% di tali reparti), mentre l'urologia appare l'area nella quale viene adottata di meno (18%). Un 17% del totale delle UO esegue la tricotomia per interventi/utenti selezionati, e il rimanente 37% segue la "buona pratica" di eseguirla unicamente se vi è interferenza con il sito di incisione, con variabilità che va dal 10% dell'area cardiovascolare al 47% dell'urologia e al 44% delle chirurgie generali. Per quanto riguarda la metodica utilizzata, risalta il fatto che nel 37% dei reparti venga ancora utilizzata la pratica sconsigliata, cioè il rasoio; l'uso esclusivo del clipper avviene in circa la metà dei reparti (47%); in tabella 1 si vede la distribuzione dell'utilizzo delle diverse metodiche per area. Infine il timing dell'esecuzione: i reparti si suddividono praticamente a metà tra chi la esegue il giorno stesso (52%) e chi il giorno prima. Sebbene l'esecuzione il giorno stesso dell'intervento sia la pratica supportata dalle linee guida, si segnala che una recente review eseguita dalla Cochrane ha concluso che non vi sono chiare evidenze a sostenere questa indicazione.

Tabella 1. Metodica utilizzata per la tricotomia.

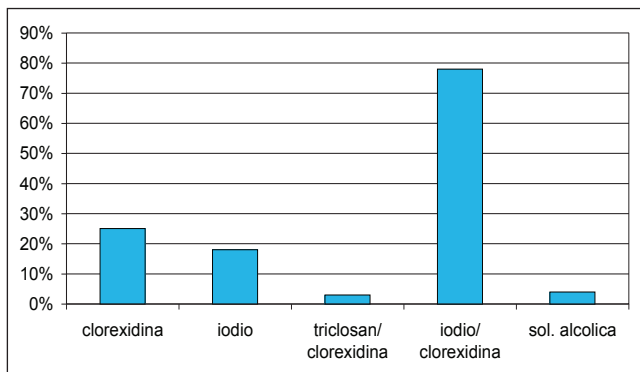
Area chirurgica	Rasoio	Clipper	Clipper + rasoio	Crema dep + rasoio
Cardiovascolare	14%	72%	14%	0%
Chirurgia gen.	30%	53%	11%	6%
Ostetricia/ gin.	65%	25%	7%	3%
Urologia	40%	35%	15%	10%
Altra specialistica	26%	62%	6%	6%

Le linee guida internazionali e nazionali sostengono fortemente la ricerca attiva di eventuali infezioni, da identificare e trattare prima degli interventi elettivi. Questa pratica viene condotta da circa il 25% delle Unità Operative che hanno risposto all'indagine, con maggior diffusione nell'area cardiovascolare e "specialistica" (comprendente neurochirurgia, chirurgia plastica, ortopedia) dove viene attuata rispettivamente nel 40 e nel 34% dei reparti; si segnala che invece solo il 6% delle chirurgie generali la esegue. Linee guida e letteratura (compresa una recente review della Cochrane) non forniscono invece chiare indicazioni circa l'utilità dello screening pre-operatorio per la ricerca di colonizzazione da *Stafilococco aureo*, che rimane "unresolved issue". Non stupisce quindi che solo 2 reparti abbiano un protocollo ben definito riguardante lo screening e l'eventuale decolonizzazione dei soggetti trovati positivi.

Preparazione degli operatori

E' stata indagata in particolare l'igiene chirurgica delle mani. La figura 1 mostra le risposte ottenute tramite il questionario sugli antisettici utilizzati per espletarla; in particolare emerge uno scarso utilizzo della soluzione alcolica, che potrebbe essere una pratica da implementare, in quanto garantisce la stessa efficacia dell'antisettico con riduzione del tempo necessario per ottenere la corretta igiene. Infatti, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano come indifferente l'utilizzo di sapone antisettico o della soluzione alcolica prima dell'indossare i guanti sterili; le linee guida inglesi propongono l'impiego della soluzione antisettica per il primo lavaggio della giornata, seguito dalla frizione alcolica tra un intervento e l'altro. Il tutto sostenuto da una recente review della Cochrane, che ha permesso di concludere come l'igiene con antisettico sia equiparabile a quella con soluzione alcolica.

Figura 1. Igiene chirurgica delle mani: antisettici utilizzati.



Elementi organizzativi

La formazione del personale è un elemento imprescindibile, la cui importanza viene ribadita da tutte le linee guida. Dall'indagine è invece emerso come negli ultimi 3 anni, in circa la metà dei reparti non sia stato eseguito alcun corso di formazione riguardante le problematiche infettivologiche.

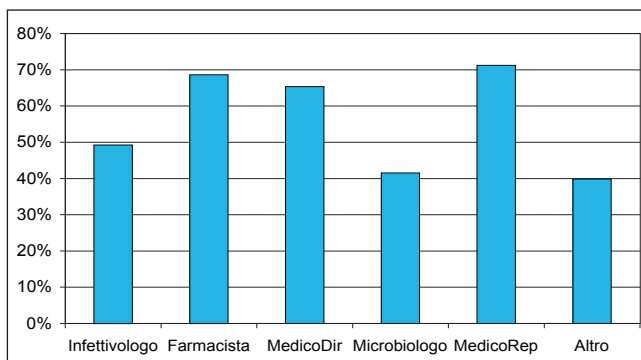
Negli altri casi, la proposta formativa più frequentemente messa in atto è stata legata al progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "cure pulite sono cure sicure". Il tutto evidenzia quindi come sia diffusamente carente un'organizzazione interna alle strutture che garantisca la formazione del personale. I corsi inoltre sono stati indirizzati prevalentemente a medici ed infermieri, trascurando ampiamente le altre figure professionali.

Profilassi antibiotica

In quest'ambito esistono linee guida nazionali oltre a quelle internazionali, alle quali eventualmente rifarsi per stilare protocolli interni.

Abbiamo domandato se i reparti presentino protocolli scritti riguardanti l'antibiotico profilassi pre-operatoria: il 90% delle Unità Operative ha risposto affermativamente. Risulta però che tali protocolli siano stati validati a livello aziendale solo nella metà dei casi. In figura 2 si vede come sia diffusamente previsto un contributo multidisciplinare nella loro stesura, anche se la consultazione dell'infettivologo non risulta molto frequente.

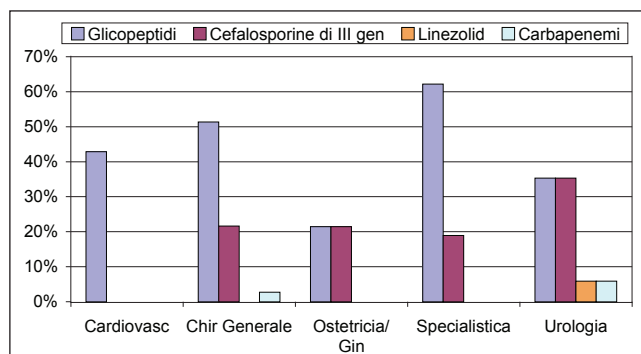
Figura 2. Coinvolgimento delle diverse figure professionali nella stesura delle linee guida.



L'efficacia dell'antibiotico profilassi dipende essenzialmente da tre criteri, che sono quindi stati indagati mediante il questionario: scelta dell'antibiotico, timing e durata della profilassi.

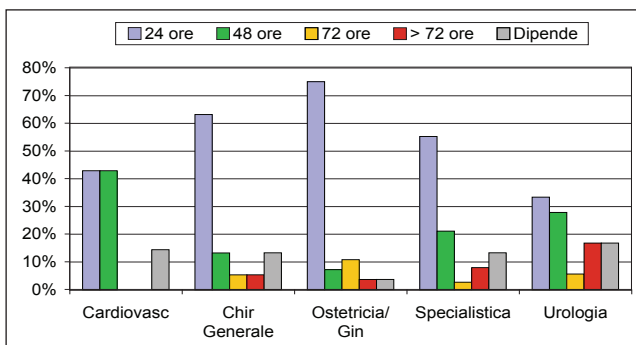
Per la scelta dell'antibiotico occorre selezionare una molecola attiva verso i potenziali microrganismi, escludendo l'uso routinario degli antibiotici utilizzati correntemente in terapia (come glicopeptidi, cefalosporine di terza generazione, linezolid, carbapenemi). In figura 3 viene mostrato l'impiego di questi farmaci "potenzialmente inappropriati" per area chirurgica, con evidenza di una maggiore diffusione e variabilità in urologia. In generale, i glicopeptidi risultano essere la classe maggiormente adottata; la motivazione più frequentemente riportata dai reparti risulta l'allergia alle beta lattamine, che rappresenta in effetti l'unica vera indicazione all' impiego in profilassi della vancomicina.

Figura 3. Classe di antibiotici utilizzata per la profilassi per area chirurgica



Il timing corretto per la somministrazione della profilassi, cioè 30-60 minuti prima dell'incisione, è risultato essere largamente mantenuto nelle chirurgie indagate, con una media di adesione del 93%, andando dal 100% di area cardiovascolare e chirurgia generale al 68% dell'ostetricia. La durata di somministrazione trova risposte che si discostano in maniera più significativa dalle indicazioni fornite dalle linee guida (non sono utili somministrazioni dopo la fine dell'intervento e comunque non oltre le 24 ore; si segnalano evidenze a favore del prolungamento fino a 48-72 ore solo nell'area cardiotoracica): complessivamente il 58% delle UO termina la somministrazione entro le 24 ore dall'intervento. L'urologia è l'area con maggiore variabilità, ed in generale si osserva come in tutte le aree venga mantenuta una quota di incertezza (colonna "dipende"). La figura 4 mostra la distribuzione per area chirurgica della durata della profilassi.

Figura 4. Durata della profilassi antibiotica per area chirurgica.



In conclusione, l'indagine ha evidenziato da parte delle chirurgie della Regione differenti livelli di adesione alle indicazioni presenti nelle linee guida nazionali ed internazionali. In particolare, nonostante i protocolli scritti siano risultati ampiamente presenti, spesso non sono validati a livello aziendale, e il contributo dell'infettivologo alla loro stesura viene segnalato solo nella metà dei casi. La formazione del personale, particolarmente importante per la diffusione e la corretta applicazione dei protocolli, non risulta sufficientemente diffusa ed emerge pertanto come ambito in cui investire ulteriormente sia a livello aziendale che a livello regionale.

Notiziario trimestrale del Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto

Proprietario ed Editore: ULSS 8

Direttore Responsabile: Mariano Montagnin.

Direttore Editoriale: Paolo Spolaore.

Coordinatori di Redazione: Stefano Brocco, Ugo Fedeli.

Coordinatore Comitato Scientifico: Cesare Dal Palù.

Comitato Scientifico: Francesco Avossa, Luigi Bertinato, Gianstefano Blengio, Stefano Brocco, Roberto Corrocher, Cesare Dal Palù, Roberto De Marco, Ugo Fedeli, Adriano Marcolongo, Giampietro Pellizzer, Mario Saugo, Paolo Spolaore, Renzo Trivello, Massimo Valsecchi, Marcello Vettorazzi, Felice Vian.

Stampa: L'Artegrafica - Casale sul Sile (TV)

Sede della Redazione: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER - Azienda ULSS 8 c/o Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto - Via dei Carpani 16/Z - 31033 Castelfranco Veneto (TV)

Autorizzazione Tribunale di Treviso n. 39 del 08/08/2006

Iscrizione ROC collegata n. 10626 del 14/02/2002

NOTIZIE DAL MONDO DELL'EPIDEMIOLOGIA

Congresso annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia

Il XXXIII Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia si terrà a Modena il 22-24 ottobre 2009, ed avrà come tema "Fare epidemiologia nella clinica, nella prevenzione e nell'organizzazione sanitaria. Le reti italiane di epidemiologia si incontrano".

Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

La XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica si tiene a Napoli dal 15 al 17 ottobre 2009, con il tema "Prevenzione e Sanità Pubblica: modelli organizzativi e buone pratiche".

Convegno: La salute della popolazione immigrata: un linguaggio comune per parlarne

Il 9 giugno 2009 si è svolto ad Ancona il convegno "La salute della popolazione immigrata: un linguaggio comune per parlarne", in cui sono stati presentati i risultati del progetto promosso dal CCM "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", volto a sviluppare una metodologia di analisi per delineare un profilo di salute della popolazione immigrata. Questo obiettivo è stato perseguito attraverso l'elaborazione di una definizione condivisa di popolazione immigrata e la costruzione di un set di 36 indicatori calcolabili a partire da fonti informative correnti e quindi utilizzabili da tutte le Regioni. Da una prima applicazione dello strumento in sei Regioni e due Province italiane è emersa una popolazione immigrata giovane con una domanda di assistenza limitata e rappresentata nelle donne soprattutto da eventi fisiologici legati alla gravidanza e negli uomini dagli infortuni sul lavoro. Lo strumento proposto dal gruppo di lavoro risulta un punto di partenza flessibile e perfezionabile per esempio con il miglioramento dei flussi coinvolti nel calcolo degli indicatori. Il suo impiego consentirebbe il monitoraggio dell'evoluzione del profilo di salute da cui trarre le informazioni necessarie per la programmazione di interventi di promozione della salute, di prevenzione e di organizzazione dei servizi adeguati alle reali necessità della popolazione.

NEI PROSSIMI NUMERI

Nei prossimi numeri parleremo di:

- Mortalità regionale per gruppi di cause specifiche
- Lo scompenso cardiaco nel Veneto
- Contributi di altri centri della rete epidemiologica regionale.

Per ulteriori informazioni
sull'attività del S.E.R.
www.ser-veneto.it
ser@ulssasolo.veneto.it