

061

L'UTILITÀ DEL SOFTWARE VIGI@ct® PER DESCRIVERE E COMUNICARE ALLE U.O. LA DISTRIBUZIONE E LE CARATTERISTICHE DI RESISTENZA DEGLI ISOLATI (ANNO 2006)

Secondini S.¹, Martini C.¹, Bevilacqua A.¹, Brecciaroli F.¹, Ciavarella L.¹, Paccagnani B.¹, Sardellini C.², Sirocchi S.¹, Pauri P.¹

¹Unità Operativa Patologia Clinica, Ospedale di Jesi (AN), Zona territoriale 5, ASUR Marche, viale della Vittoria 76, 60035 Jesi (AN)

²Unità Operativa Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Jesi (AN), Zona territoriale 5, ASUR Marche, viale della Vittoria 76, 60035 Jesi (AN)

Introduzione. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di valutare l'utilità e le performance del software VIGI@ct® bioMérieux® SA, nello studio delle infezioni ospedaliere del nostro Presidio, con particolare riguardo alla sorveglianza dei batteri multiresistenti (BMR), nel corso dell'anno 2006.

Metodi. Il laboratorio di Microbiologia della U.O. utilizza VIGI@ct® come software di monitoraggio delle infezioni ospedaliere, mediante l'impostazione di alcune regole software. Il sistema, interfacciato con Vitek2®, acquisisce i risultati relativi ad identificazione e antibiogrammi degli isolati, li confronta con la banca dati residente e li interpreta mediante un algoritmo.

Risultati. Sono stati esaminati 24.251 campioni di cui il 28,5% di provenienza nosocomiale e il 71,5% ambulatoriale. 7.253 campioni sono risultati positivi (29,9%): 41,2% gram positivi, 41,6% gram negativi, 10% miceti e lieviti, 7,2% altri batteri. I gram positivi più frequenti sono stati Streptococchi (27,1%) e Stafilococchi (13,4%), con *E. faecalis* che rappresenta il germe più isolato (16,7%). La maggior parte dei gram negativi sono *E. coli* (21,0%) e *P. aeruginosa* (6,2%). Tra lieviti e miceti la più frequente è *C. albicans* (6,8%).

Le U.O. ospedaliere con incidenza di infezione maggiore sono la Rianimazione (20,0%) e la Pediatria (10,0%).

I microrganismi sospetti responsabili di infezione nosocomiale secondo i criteri impostati dal software, sono stati in totale 215 germi, la maggior parte Candide (33,0%), delle quali *C. albicans* rappresenta il 69%. VIGI@ct® ha rilevato inoltre 65 *K. pneumoniae* multiresistenti (sensibili solo a meropenem e imipenem), 263 ESBL, 103 MRSA e 14 Enterococchi VAN A.

Conclusioni. L'utilizzo di VIGI@ct® permette di conoscere e descrivere l'epidemiologia locale, di fornire ai reparti report riepilogativi periodici che permettono di costruire in modo ottimale la terapia empirica e quindi di creare una migliore integrazione tra i microbiologi e i medici delle U.O. richiedenti.

062

IN MICROBIOLOGIA CONTINUIAMO A PREFERIRE PRATICHE INUTILI E COSTOSE RISPETTO A QUANTO POTREBBE MIGLIORARE CON MINOR SPESA DIAGNOSI E PREVENZIONE: ALCUNI ESEMPI DI APPLICAZIONE DELL'EBM

Secondini S.¹, Brecciaroli F.¹, Brunella B.¹, Forconi G.¹, Martini C.¹, Martini S.¹, Pauri P.^{1,2}, Giocoli G.²

¹Unità Operativa Patologia Clinica, Ospedale di Jesi (AN), Zona territoriale 5, ASUR Marche, viale della Vittoria 76, 60035 Jesi (AN)

²Gruppo di Lavoro EBM AMCLI, Via C. Farini 81 - 20159 Milano

Introduzione. Il moderno microbiologo clinico collabora alla diagnosi delle infezioni applicando le migliori evidenze scientifiche disponibili in stretta cooperazione con i clinici. Presentiamo alcuni esempi della nostra attività nel corso del 2006-2007.

Metodi e risultati. Per la coprocoltura di routine, abbiamo proposto la "regola dei 3 giorni", con l'eliminazione di questa richiesta per pazienti ospedalizzati da più di 3 giorni. La diagnostica può invece essere potenziata mediante studi selettivi, con l'aggiunta alla ricerca standard di Salmonella e Shigella quella di Campylobacter, *E. coli* *OK157:H7*, *C. difficile*, parassiti, in funzione delle condizioni cliniche ed epidemiologiche. Abbiamo perciò concordato con i clinici nuove modalità di richiesta.

Per la diagnostica delle polmoniti comunitarie (CAP), recenti linee guida di Società Scientifiche indicano che uno spettro completo di accertamenti microbiologici non è appropriato per ogni paziente con sospetta CAP. Il ricorso a test specifici dovrebbe essere guidato dalla gravità della malattia, dai fattori di rischio e dalla risposta al trattamento, secondo accordi localmente condivisi con i clinici. Abbiamo dunque proposto agli specialisti del nostro Ospedale raccomandazioni con diverso grado di evidenza e ne è seguita una drastica riduzione delle richieste di accertamenti per CAP.

Per quanto riguarda la Chlamydia trachomatis, le linee guida NICE 2000, CDC 2002 e 2006 indicano i casi in cui è proponibile la sua ricerca mediante test molecolari. Costituiscono fattori di rischio: età <25 anni delle donne, mancato utilizzo di profilattico, anamnesi positiva per MTS, ecc. Le tecniche NAAT mostrano elevata sensibilità, ma frequenti falsi positivi in situazioni di bassa prevalenza. È fondamentale quindi che i richiedenti siano informati delle prestazioni dei test e delle corrette indicazioni alla richiesta. La nostra esperienza nell'uso di un test NAAT automatizzato (Probetec, Becton Dickinson), l'elevato numero di test effettuati (2.446 nel 2006) ed infine la partecipazione alla policentrica GLIST da gennaio 2007, ci hanno permesso di constatare la frequente inappropriata della richiesta che, in collaborazione con i clinici, stiamo cercando di migliorare.