

P043**SORVEGLIANZA ATTIVA DI LABORATORIO E DI REPARTO PER IL CONTROLLO CLINICO DELLE INFEZIONI IN CHIRURGIA**

Facchini M., Colombo R., Maierna G.*, Arosio A., D'Accico M., Scarazatti E.

U.O. di Microbiologia, *Medicina Interna - Chemioterapia A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano

In molte realtà ospedaliere, come dimostra il rapporto ISTISAN 1/4 dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevale troppo spesso la sorveglianza basata sui protocolli di igiene ospedaliera o sulla attività del laboratorio di microbiologia. Non si è ancora sufficientemente diffusa la sorveglianza attiva di laboratorio associata a quella attiva di reparto (es. chirurgia) per ricercare l'epidemiologia batterica e l'antibiotico resistenza in funzione della profilassi e della terapia empirica da adottare.

I dati rilevati dall'ISS nel 2000 in Lombardia indicano: presenza di protocolli d'igiene ospedaliera: 100%; vaccinazione HBV degli operatori sanitari: 72.3%; presenza di protocolli di qualità per il controllo delle infezioni della ferita chirurgica: 33.3%; politica degli antibiotici: 23.3%; ricerca dell'antibiotico resistenza: 6%.

Dall'anno 2001 nella nostra A.O., è in atto una collaborazione operativa tra microbiologo, farmacologo- infettivologo e chirurghi che ha permesso di organizzare in alcune chirurgie (ortopedia, vascolare) una sorveglianza attiva di reparto associata a quella di laboratorio per la ricerca dell'epidemiologia batterica locale e dell'antibiotico resistenza, con lo scopo di arrivare ad un uso appropriato degli antibiotici in profilassi e terapia. Nei reparti di chirurgia si è adottato il protocollo per la gestione clinica della ferita chirurgica, che prevede tra l'altro l'invio più frequente al laboratorio dei campioni batteriologici dopo una adeguata raccolta e conservazione. Semestralmente si è proceduto ad analizzare i dati epidemiologici e le resistenze locali per valutare la profilassi antibiotica in uso e per adottare gli eventuali provvedimenti di aggiornamento.

Staphylococcus aureus (S.a.) è risultato il patogeno prevalente in chirurgia ortopedica (ChO) e vascolare (ChV). Nel 2001 l'antibiotico profilassi in ChO protesica era costituita dall'uso dei glicopeptidi mentre in ChV protesica le cefalosporine di III generazione avevano sostituito le aminopenicilline betalattamasi protette.

L'analisi epidemiologica ha evidenziato un'equivalenza di infezioni da S.a. in ChO nel 2003 (22.3%) e nel 2002 (21.9%), mentre in ChV si è riscontrato un lieve aumento nel 2003 (27.9%) rispetto al 2002 (23.3%). La sua meticillina resistenza, in funzione anche della profilassi in uso, è risultata abbastanza alta in ChO nel 2001 (30%) e più contenuta nel 2003 (23%) mentre viceversa in ChV è ulteriormente aumentata dal 2001 (47%) al 2003 (58%).

La sorveglianza attiva di laboratorio e reparto tramite lo studio dell'epidemiologia e delle resistenze ha permesso di fornire ai chirurghi una valutazione farmacologica-infettivologica aggiornata con le indicazioni per la profilassi antibiotica più idonea. Alla fine del 2003 si è consigliato in ChO protesica di mantenere la profilassi con i glicopeptidi, mentre in ChV si è posta l'indicazione a sostituire le cefalosporine di III con i glicopeptidi in mono-somministrazione perioperatoria, causa il riscontro di un'alta incidenza di stafilococchi meticillina resistenti.

Conclusioni. L'esperienza in corso conferma l'utilità della sorveglianza attiva di laboratorio e reparto tramite verifica

dell'epidemiologia e delle resistenze nei singoli reparti. Fornisce inoltre dati utili per orientare i chirurghi ad usare in modo appropriato gli antibiotici in profilassi utilizzando anche i glicopeptidi ma solo quando necessario.

P044**VALUTAZIONE DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE IN CEPPI DI STREPTOCOCCUS PYOGENES ISOLATI NELLA ZONA DI PESCARA.**

Fazii P.¹, Calella G.², Cosentino L.¹, Pelatti A.¹, Stella M.¹, Crescenzi C.¹, Pistola F.¹, Russi C.¹, Gattone M.C.¹, Morano C.¹, Riario Sforza G.¹.

¹Laboratorio di Analisi Chimico-cliniche e Microbiologia, P.O. "Spirito Santo", Via Fonte Romana 8, 65124 - Pescara, ²CIO - AUSL di Pescara, Via R. Paolini 1, 65124 - Pescara.

Introduzione

Streptococcus pyogenes (Sp) è un agente patogeno frequentemente coinvolto nelle infezioni delle vie aeree superiori. E' infatti causa di faringotonsilliti, soprattutto in età pediatrica, di infezioni cutanee, di scarlattina e di patologie sistemiche come la febbre reumatica. Tuttavia la sorveglianza epidemiologica, ha individuato fin dal 1994 un incremento di ceppi batterici farmaco-resistenti, soprattutto per la classe dei macrolidi. La prima rilevazione della resistenza ai farmaci antibiotici di Sp è stata condotta dal nostro gruppo di studio nel 1998: è stato quindi deciso di procedere, negli anni successivi, al monitoraggio delle resistenze effettuando rilevazioni nel 2000 e nel 2003.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati presso il Laboratorio di Microbiologia del P.O. "Spirito Santo" di Pescara, campioni biologici provenienti da pazienti ambulatoriali e dai degenti. I tamponi faringei sono stati seminati su Columbia-Agar e incubati *overnight* a 37° C in aerobiosi. Per l'identificazione sono state utilizzate le colonie che presentavano beta emolisi e sensibilità alla bacitracina. L'antibiogramma è stato effettuato con la metodica Kirby-Bauer secondo le indicazioni NCCLS.

Risultati e conclusioni

La prima rilevazione del 1998 aveva evidenziato, su 112 ceppi di Sp, la totale sensibilità nei confronti dei beta lattamici, il 53% di ceppi resistenti all'eritromicina e l'8% resistente alla clindamicina. La rilevazione effettuata nell'anno 2000 ha documentato, su 204 ceppi di Sp, la completa sensibilità ai beta lattamici, il 50% di resistenza all'eritromicina e l'8% di resistenza alla clindamicina. L'ultima rilevazione, eseguita nel periodo febbraio 2003-gennaio 2004, su 184 ceppi di Sp ha documentato l'assenza di resistenze ai beta lattamici, il 45% di resistenza ai macrolidi ed il 3% alla clindamicina. I dati osservati, pur registrando una lieve diminuzione della resistenza ai macrolidi, si discostano da quelli registrati dal Progetto GISPNEUMO, che ha evidenziato a livello nazionale una minore resistenza di Sp ai macrolidi con struttura a 14 e 15 atomi di carbonio. Si sottolinea inoltre l'importanza del monitoraggio farmaco-epidemiologico nei confronti di Sp, al fine di poter fornire indicazioni per la scelta di una corretta terapia nei confronti delle infezioni sostenute da questo batterio.