

XII Congresso Nazionale SIMPIOS

Riccione 4-6 novembre 2024

Comunicazioni orali

Prevenzione e controllo delle IOS/ICA

Revisione delle modalità di screening per enterococchi vancomicina-resistenti (VRE) nell'Azienda Ulss 8 Berica

S. Zanovello¹, G. Danieli², C. Dalle Carbonare¹, E. Sandri³, C. Campagnolo¹, F.P. De Siena¹, M. Rigoni¹, L. Bragagnolo⁴, M. Pascarella⁴, M. Rassa⁴, V. Manfrin⁵, R. Cazzaro⁶, S. Mondino¹

¹UOC Direzione Medica, Ospedale San Bortolo di Vicenza, ULSS 8 Berica;

²Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria e Biometria, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova; ³UOC Direzione Medica, Ospedale Cazzavillan di Arzignano, ULSS 8 Berica; ⁴UOC Microbiologia, Ospedale San Bortolo di Vicenza, ULSS 8 Berica;

⁵UOC Malattie Infettive, Ospedale San Bortolo di Vicenza, ULSS 8 Berica;

⁶Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto

Introduzione. Il protocollo sulla gestione dei germi multiresistenti in Ulss 8 prevedeva, fino all'aprile 2023, lo screening con tampone rettale per i pazienti ricoverati all'ingresso, ogni 7 giorni e alla dimissione in alcuni reparti, sulla base di una stratificazione del rischio. Il tampone ricercava enterococchi vancomicina-resistenti (VRE), enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), *Pseudomonas* MDR, *Acinetobacter* MDR. Considerando la ridotta virulenza di VRE nei pazienti immunocompetenti, la mole di tamponi effettuati e la complessità di gestione dei colonizzati a livello ospedaliero e territoriale, il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) ha effettuato un'analisi sulla casistica aziendale con l'obiettivo di rivalutare le modalità di screening in essere. Alla luce di questo approfondimento è stata quindi introdotta una modifica allo screening mantenendo il tampone rettale per ricerca VRE unicamente per le Unità Operative di Riabilitazione, Ematologia, Oncologia, Cardiochirurgica Terapia Intensiva, Neurochirurgica (pazienti cranici), Centro Trapianti, seguendo il criterio di fragilità dei pazienti. Nelle altre UU.OO. per cui era già previsto lo screening è stata mantenuta la ricerca di CRE, *Pseudomonas* e *Acinetobacter*. Si è poi provveduto ad effettuare il monitoraggio dei dati dopo i primi mesi dalla revisione della procedura, al fine di valutare l'impatto della misura. **Metodi.** Sono stati analizzati i dati su tutti i tamponi rettali eseguiti in Ulss 8 nel periodo 2019-2022. In particolare, sono stati considerati i tamponi positivi sul totale di quelli effettuati e parallelamente è stato valutato il dato sulle emocolture positive per VRE nello stesso periodo. Si è inoltre analizzato l'impatto dei VRE sul totale delle sepsi. A seguito della modifica relativa alla

modalità di screening per VRE, sono stati valutati i dati dei primi sette mesi dalla variazione misurando gli stessi parametri considerati nell'analisi iniziale. **Risultati.** Su 49.872 tamponi per ricerca VRE effettuati a livello ospedaliero nel periodo 2019-2022, 1.388 sono risultati positivi (con un trend in calo nei 4 anni considerati). Nello stesso periodo, su un totale di 11.844 emocolture, quelle positive per VRE sono state 31 (0,3%). Questo valore rappresenta l'1% sul totale delle emocolture e il 3% dei soggetti risultati positivi ai tamponi. In 10 casi, inoltre, il paziente con emocoltura positiva per VRE non aveva un precedente isolamento del germe da tampone rettale. Alla valutazione dei dati sui sette mesi successivi all'applicazione delle nuove indicazioni di screening (periodo considerato: aprile-novembre 2023), si è visto che sono stati effettuati 5.818 tamponi, di cui 58 sono risultati positivi (1%). Le emocolture positive sono state due, entrambe in pazienti caratterizzati da un quadro di grande fragilità e degenti in Unità Operative rientranti nello screening per VRE. **Conclusioni.** Alla luce dei risultati ottenuti e considerata la letteratura sull'ambito, la modifica dello screening aziendale si è rivelata come non impattante sui dati delle sepsi, ma come migliorativa a livello gestionale e organizzativo. Si è rivelato vincente mantenere in sorveglianza ordinaria per VRE i reparti con pazienti più fragili, in cui si sono effettivamente verificate anche le evoluzioni in infezione. È previsto un monitoraggio continuo dei dati nel corso del tempo.

Enterococcus faecium vancomicina-resistente (VREF): isolare o non isolare?

A. Pan¹, P. Brambilla¹, L. Cimardi², S. Dal Zoppo¹, M. Dalla Bona³, A. Ferraresi¹, M. Fiorentini⁴, C. Fornabaio¹, M. Lupi¹, M. Milesi¹, G.B. Minerva⁴, S. Missorini², M. Rossi⁴, F. Sagradi², E. Segalini¹, M.L.R. Sinatra⁴, A. Zoncada¹

¹Malattie Infettive, ²Analisi chimico cliniche e microbiologia, ³Medicina Legale, ⁴Direzione Medica; Ospedale di Cremona, ASST Cremona

Introduzione. *Enterococcus faecium* vancomicina-resistente (VREF) è diventato nel corso degli ultimi dieci anni uno dei principali patogeni multiresistenti identificati nel nostro Paese. Non esistono indicazioni nazionali sulla gestione dei pazienti con isolamento di VREF. Nella primavera del 2022 si è verificata presso il nostro ospedale una epidemia di VREF, per la quale è stato attivato un programma di prevenzione e controllo (IPC). Nel gennaio 2024, visto il significativo calo delle infezioni da VREF e in particolare di batteriemie, le indicazioni di IPC sono state sospese. L'obiettivo del nostro studio è di valutare l'incidenza delle batteriemie da VREF presso l'ospedale di Cremona prima e dopo la sospensione delle indicazioni di IPC per VREF. **Metodi.** Sono state prospetticamente registrate tutte le batte-

riemie da VREf identificate presso l'ospedale di Cremona dal giugno 2019 al giugno 2024. Le infezioni sono state classificate come "comunitarie" se identificate entro le prime 48 ore di degenza o come "nosocomiali", se identificate oltre 48 ore dopo il ricovero. Sono stati identificati 6 periodi: 1) pre-Covid (1/2019-2/2020), 2) Covid (3/2020-3/2022), 3) epidemia (4/2022), 4) fase precoce dell'intervento (5 e 6/2022), 5) fase di intervento (7/2022-12/2023), 6) sospensione dell'IPC (1-6/2024). L'intervento è stato basato sul tampone rettale per VREf in reparti ad alto rischio (terapia intensiva ed ematologia) e per tutti i reparti con casi di infezione e colonizzazione da VREf e sull'isolamento di tutti i pazienti positivi in stanza singola o per coorte, fino alla dimissione dell'ultimo paziente positivo da quel reparto. Nei reparti con più di un caso sono stati inoltre eseguiti interventi di formazione di tutto il personale sulle precauzioni da contatto e sulla gestione dei casi di VREf. È stata eseguita una analisi della differenza di incidenza di batteriemie per 10.000 giornate di degenza (ggdeg) ed è stato utilizzato il test Chi quadrato per identificare differenze statistiche fra i diversi periodi. **Risultati.** Dal gennaio 2019 al giugno 2024 sono state identificate 35 batteriemie da VREf, di cui 28 nosocomiali e 7 comunitarie. L'incidenza nei sei periodi di studio è stata: 1) fase pre-Covid (1/2019-2/2020): 0,1 casi/10.000 ggdeg; 2) fase Covid (3/2020-3/2022): 0,38; 3) fase epidemica (4/2022): 1,8; 4) fase di inizio intervento (5 e 6/2022): 1,66; 5) fase di intervento (7/2022-12/2023): 0,18; 6) fase di sospensione IPC (1-6/2024): 0,64 casi/10.000 ggdeg. Il test del chi quadro mostra una differenza tendenziale significativa per l'intero periodo ($p < 0,0001$). Differenze significative si sono osservate fra la fase 4 e la fase 5 ($p = 0,0003$) e fra la fase 5 di intervento e la fase 6, in cui l'intervento è stato sospeso ($p = 0,015$). Nessuna differenza è stata osservata fra la fase 1 e la fase 5 ($p = 0,87$) e fra la fase 2 e la fase 5 ($p = 0,073$). **Conclusioni.** I dati oggi disponibili in letteratura non sono univoci nel dare indicazioni sull'utilità di isolamento e screening per il controllo di VREf. La nostra esperienza ha dimostrato che in un ospedale di II livello gli interventi di IPC tramite screening attivo e isolamento dei soggetti positivi possono permettere di controllare un evento epidemico da VREf e di far tornare l'incidenza della batteriemia a valori pre-Covid. La sospensione delle strategie di IPC, screening e isolamento, è risultata associata ad un incremento significativo dei casi di batteriemia da VREf. È necessario eseguire studi approfonditi sul tema con l'obiettivo di definire quali sono le strategie più efficaci per il controllo della diffusione di VREf: screening e isolamento, solo igiene delle mani? Un'analisi dei costi e dei benefici di un intervento di IPC per il VREf sarebbe inoltre di primaria importanza.

Poster

Sorveglianza clinica delle IOS/ICA e delle pratiche assistenziali

P1.

La colonizzazione con *Enterococcus* resistente alla vancomicina (VRE) si associa a esiti peggiori nei pazienti sottoposti a trapianto autologo di cellule staminali (AUTO-HSCT)? Uno studio prospettico monocentrico

B. Scaioni¹, E. Petracci¹, E. Prati¹, C. Biagetti², M.T. Montella¹, M. Golinucci¹, G. Sever¹, L. Ballanti¹, M. Rustignoli¹, A. Zeneli¹

¹IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori" - IRST S.r.l.; ²Azienda USL Romagna

Introduzione. Nonostante in letteratura sia raccomandata la sorveglianza tramite tampone rettale per lo screening dei pazienti colonizzati da enterococchi resistenti alla vancomicina (VRE), l'impatto clinico della colonizzazione VRE nei riceventi (auto-HSCT) rimane ancora una questione aperta. Lo studio aveva lo scopo di rilevare la prevalenza di VRE e valutare se la colonizzazione da VRE impatta sugli esiti clinici peggiori, confrontandoli con gli esiti dei pazienti non colonizzati da VRE. **Metodi.** Lo studio è stato condotto in un centro oncologico di ricerca nel Nord Italia. Sono stati inclusi nell'indagine tutti i pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi e successivo trapianto autologo da settembre 2022 a giugno 2024. Lo screening dei pazienti colonizzati da VRE è stato eseguito tramite tampone rettale al momento del ricovero, settimanalmente e alla dimissione. Gli esiti peggiori considerati per la valutazione dell'impatto clinico della colonizzazione da VRE erano le batteriemie causate da VRE (BSIs), altre BSI e/o la mortalità dei pazienti valutata alla dimissione e al follow-up entro 100 giorni dall'auto-HSCT. **Risultati.** Sono stati inclusi nello studio 61 pazienti adulti che hanno ricevuto almeno un trapianto autologo di cellule staminali periferiche (auto-HSCT). Di questi, 40 (65,6%) erano pazienti affetti da malattie ematologiche (22 linfomi, 18 pazienti mieloma multiplo); 21 (34,4%) erano pazienti affetti da tumori delle cellule germinali. L'età media al trapianto era 50,3 (DS \pm 14,9), 44 pazienti (72,1%) erano maschi, 40 (65,6%) sono stati sottoposti a un singolo auto-HSCT, mentre 21 (34,4%) a due o più per un totale di 94 auto-HSCT. La prevalenza di colonizzazione da VRE è stata osservata nel 24,5% dei trapianti. Nel 16,0% dei trapianti la colonizzazione da VRE è stata riscontrata al momento del ricovero e in 8 casi (8,6%) è stata riscontrata durante il periodo di ospedalizzazione. Tra le 8 nuove colonizzazioni da VRE, quattro si sono verificate in pazienti che avevano ricevuto più di un trapianto. La neutropenia febbrile post-trapianto (NF) si è verificata in 70 casi (74,5%). Il tasso di NF era rispettivamente dell'82,6% nei pazienti colonizzati da VRE e del 71,8% nei pazienti non colonizzati. Non sono stati osservati casi di BSI causati da VRE. Altre BSI confermate in laboratorio sono state diagnosticate in 11 dei 70 casi con NF (15,7%). Il tasso di BSI è risultato dell'8,6% nei pazienti colonizzati e del 12,67% nei pazienti non colonizzati. La mor-