

FOCUS
**LOTTA ALLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA**
DALL'IMPLEMENTAZIONE DEI SISTEMI DI
SORVEGLIANZA ALLE AZIONI DI RISPOSTA

Il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 le azioni in Liguria

Genova, 30 ottobre 2019

Camilla Sticchi

*Prevenzione
Azienda Ligure Sanitaria (A.LI.Sa.)*

In Italia - le azioni del Ministero - Interventi centrali in tema di ICA e AMR

1. Circolare del 26 Febbraio 2013: “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi”

- ✓ Istituzione della Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi
- ✓ Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CPE nelle strutture sanitarie

2. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018/19

MACRO OBIETTIVO DI PERTINENZA	OBIETTIVI CENTRALI	OBIETTIVI REGIONALI
MO9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	1. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive CPE	Aggiornamento tempestivo di protocolli regionali condivisi per la gestione ed il controllo della trasmissione di CPE
	2. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo degli antibiotici in profilassi e terapia
	3. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Migliorare l'appropriatezza nel consumo degli antibiotici e limitare l'effetto dell'autoprescrizione
	4. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Mantenimento e aggiornamento dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

3. Atto di Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 2 novembre 2017 «Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020»

I contenuti della Circolare Ministeriale del 26 Febbraio 2013: “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi”

- Definizione di caso per la notifica delle batteriemie da CPE
- Istituzione della Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi/resistenti ai carbapenemi
- Modalità di raccolta e trasmissione dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale
- Misure di sorveglianza e controllo della trasmissione delle infezioni da CPE nelle strutture sanitarie
 - A) Sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE: al fine di contenere la diffusione dei CPE in ambito ospedaliero, si raccomanda di sottoporre a screening specifico, tramite tampone rettale o copro coltura ove ciò sia fattibile, viene inoltre suggerito di sottoporre
 - B) Controllo della trasmissione in ambiente ospedaliero
 - essendo una “semplice” Circolare Ministeriale, da molte Regioni è stata disattesa o comunque non applicata integralmente e/o correttamente
 - le indicazioni in essa contenute sono espresse in modo tale da dar adito a interpretazioni diverse consentendo molta discrezionalità

ed ecco i risultati della Circolare:
una sorveglianza che sorveglia nel dormiveglia



RAPPORTI ISTISAN 17|18

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Sorveglianza nazionale delle batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi. Rapporto 2013-2016

Tabella 7. Casi di batteriemie da CPE segnalati per genere, regione e provincia autonoma,
1° aprile 2013 – 31 luglio 2016

Regione/Provincia Autonoma (PA)	F		M		Non indicato		Totale n.
	n.	%	n.	%	n.	%	
Piemonte	269	36,8	459	62,9	2	0,3	730
Valle d'Aosta	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7
Lombardia	208	31,7	424	64,5	25	3,8	657
PA Bolzano	1	33,3	2	66,7	0	0	3
PA Trento	0	0	1	100,0	0	0	1
Veneto	36	30,2	83	69,7	0	0	119
Friuli-Venezia Giulia	16	41,0	22	56,4	1	2,6	39
Liguria	218	36,5	373	62,5	6	1,0	597
Emilia-Romagna	217	35,9	387	64,1	0	0	604
Toscana	111	37,2	185	62,1	2	0,7	298
Umbria	19	33,9	36	64,3	1	1,8	56
Marche	20	30,8	45	69,2	0	0	65
Lazio	376	39,7	554	58,6	16	1,7	946
Abruzzo	5	55,6	4	44,4	0	0,	9
Campania	91	40,1	132	58,1	4	1,8	227
Puglia	178	40,2	258	58,2	7	1,6	443
Basilicata	0	0	1	100,0	0	0	1
Calabria	30	37,0	51	63,0	0	0	81
Sicilia	170	40,8	241	57,8	6	1,4	417
Sardegna	11	35,5	20	64,5	0	0	31
Totale	1978	37,1	3283	61,6	70	1,3	5331

*La regione Molise non ha segnalato casi nel triennio considerato.

IN REGIONE LIGURIA

Ministero della Salute :
Circolare del 26 Febbraio 2013
"Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi "

- Definizione di caso per la notifica delle batteriemie da CPE
- Istituzione della Sorveglianza nazionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi

Atti regionali a supporto

Documento tecnico
dell'Agenda Regionale
Sanitaria e del CIO regionale



DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE


n. 125 del 19/12/2014

Oggetto: "Approvazione relazione conclusiva della Commissione tecnico scientifica incaricata di avviare un audit sulle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere di cui alla Determina n. 16/2014 e conseguenti indirizzi alle Aziende sanitarie nonché richiesta di approvazione di direttiva vincolante in materia da parte della Giunta regionale".

Protocollo regionale
"Gestione di
Enterobacteriaceae
resistenti ai
carbapenemi nelle
strutture sanitarie"

Atto normativo
regionale – direttiva
vincolante per le
Aziende Sanitarie

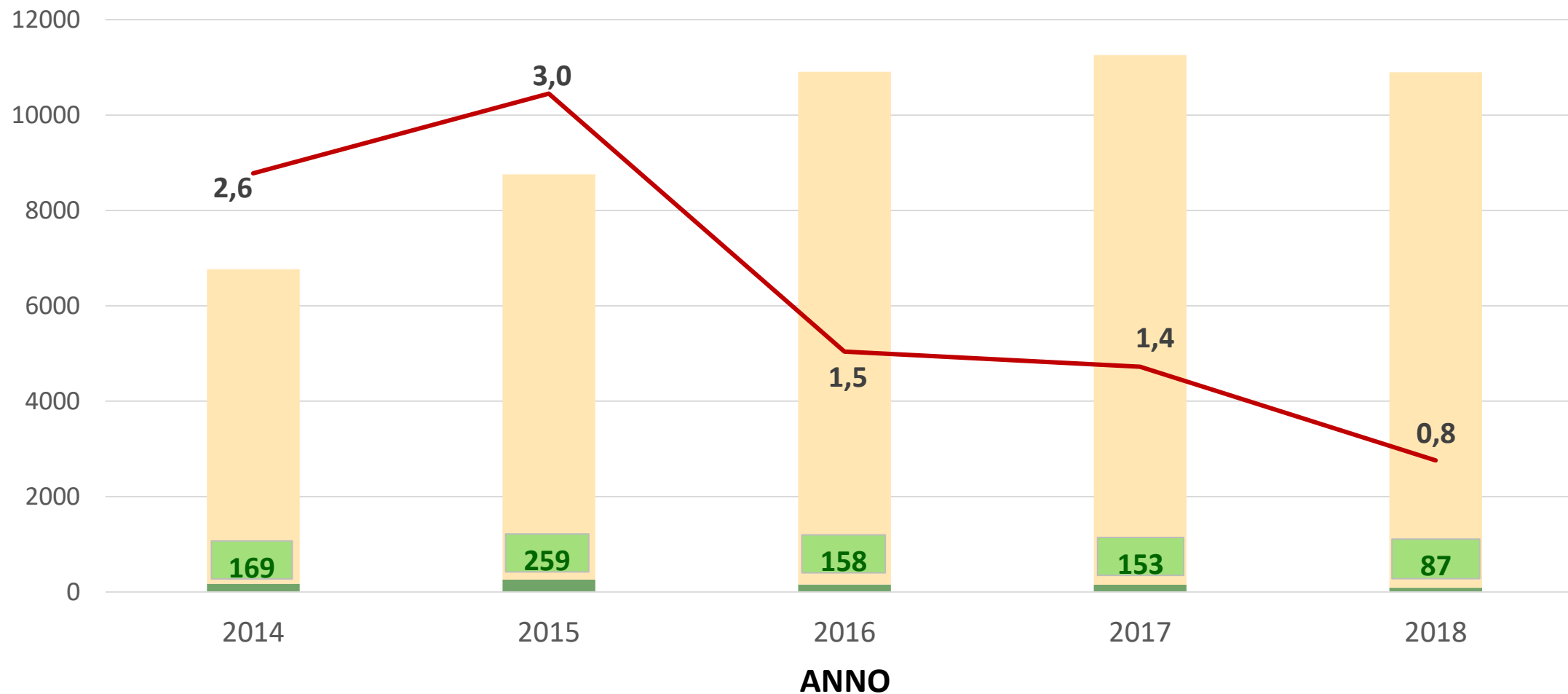


SCHEMA N.....NP/5450 DEL PROT. ANNO.....2015	 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Affari Giuridici, Programmazione, Organizzazione e Politiche del Farmaco - Settore	
OGGETTO : Approvazione direttiva vincolante ai sensi dell'art. 8, comma 1 della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. in materia di procedure di prevenzione e di controllo delle infezioni ospedaliere.		
DELIBERAZIONE	N. 529 del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA	IN DATA 27/03/2015

"Sorveglianza
regionale dei
microrganismi alert"

Sorveglianza regionale delle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi

(C.M. n. 4968 del 26/02/2013)



■ batteriemie CPE/CRE ■ emocolture — bacteriemie/emocolture (%)

“Copyright © 2019 – A.Li.Sa. – vietata la copia, la riproduzione e la diffusione con ogni mezzo senza il consenso scritto dell’autore”.

Circolare Ministeriale n. 16208 del 30/05/2019

Epidemia di *Enterobacteriaceae* resistenti ai carbapenemi produttrici di metallo-beta-lattamasi Nuova Delhi (CRE-NDM)

0016208-30/05/2019-DGPRE-DGPRE-P



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

OGGETTO:
Epidemia di *Enterobacteriaceae*
resistenti ai carbapenemi produttrici
di metallo-beta-lattamasi New Delhi
(New Delhi metallo-beta-lactamase -
NDM) nell'Area nord-occidentale
della Toscana

Agli Assessorati alla Sanità
delle Regioni a Statuto
Ordinario e Speciale

Loro Sedi

Agli Assessorati alla Sanità
delle Province Autonome
di Trento e Bolzano

Loro Sedi

e, p.c. Istituto Superiore di Sanità

- area nord-occidentale della Regione
- dal 1 novembre 2018 al 23 maggio 2019: 9 ospedali - 350 casi identificati (inclusi portatori e pazienti infetti, tra cui 50 batteriemie)
- al 16 ottobre 2019: 708 portatori e 122 batteriemie
- la grande maggioranza dei ceppi isolati appartengono alla specie *Klebsiella pneumoniae*
- presenza del gene per la carbapenemasi NDM è stata confermata dai test molecolari

casi sporadici sono stati segnalati anche in altre 4 regioni (in Liguria 2+2)

azioni intraprese a livello locale (Circolare ministeriale del 26 febbraio 2013, prot. 4968)

- screening dei pazienti al momento del ricovero in reparti a rischio
- uso di precauzioni da contatto
- igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato o infetto
- isolamento dei pazienti colonizzati o infetti con CRE

+

rafforzate tutte le misure di prevenzione e controllo delle infezioni

"Gestione di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie"

1. SORVEGLIANZA E CONTROLLO: screening, follow-up e sorveglianza attiva dei contatti
2. MODALITA' TRASFERIMENTO E DIMISSIONE
3. DIAGNOSI DI LABORATORIO
4. MISURE DI CONTENIMENTO DELLA TRASMISSIONE
5. TERAPIA DELLE INFEZIONI DA CPE
6. MONITORAGGIO REGIONALE DELLE ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA (Reporting e Indicatori)

DGR 529/2015 "**Gestione di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie**" (screening all'ingresso, follow-up e sorveglianza attiva dei contatti)

ricerca della presenza di enterobatteri resistenti ai carbapenemi su tampone rettale o su feci in reparti a rischio o per specifiche condizioni individuali di rischio

- Terapia Intensiva
- Cardiochirurgia/Cardiologia riabilitativa
- Chirurgia dei Trapianti
- Unità Spinale/Neuroriabilitazione
- Oncologia/Ematologia/Trapianti di midollo

N.B. Resta facoltà delle singole Aziende l'opportunità di estendere lo screening ad altri reparti di degenza qualora suggerito dall'andamento epidemiologico locale o se motivato da particolari eventi contingenti

Frequenza dello screening e notifica

Tutti i soggetti a rischio (per tipologia di reparto o per fattori individuali) devono essere sottoposti a screening all'ingresso.

In attesa dei risultati del test si può adottare una strategia di isolamento preventivo, isolando il paziente “non noto e sottoposto a screening” con misure di isolamento standard + contatto.

Successivamente

- nei reparti a rischio: tutti i pazienti ricoverati devono essere sottoposti a screening settimanale
- negli altri reparti: solo in presenza di casi di colonizzazione/infezione, tutti i pazienti ricoverati debbono essere sottoposti a screening settimanale fino a 3 settimane dopo la dimissione dell'ultimo caso

DGR 529/2015 "Gestione di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie"

Reportistica mensile


- numero di pazienti positivi alla ricerca di CPE sul totale dei test di screening effettuati
- numero di CPE isolati al di fuori dello screening ed il numero di casi "secondari" eventualmente generati

I dati devono essere forniti entro il trentesimo giorno del mese successivo

- per Azienda
- per tipo di struttura (se ospedale, strutture residenziali territoriali, ecc)
- per stabilimento ospedaliero
- per specie di microrganismo isolata

La reportistica deve essere rispettata anche in assenza di casi rilevati ("zero-reporting")

Ciascuna Azienda ha inoltre individuato un responsabile della trasmissione dei dati mensili, il cui nominativo è stato preventivamente comunicato ad A.Li.Sa.

 Sistema Sanitario Regione Liguria	GESTIONE DI ENTEROBACTERIACEAE RESISTENTI AI CARBAPENEMI NELLE STRUTTURE SANITARIE
ALLEGATO 6	MODULO DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA

Da inviare ad A.Li.Sa. entro il 30 del mese successivo
(mail: protocollo@pec.alisa.liguria.it; prevenzione.alisa@regione.liguria.it)

MESE _____ ANNO _____

AZIENDA _____

OSPEDALE _____

STRUTTURA RESIDENZIALE TERRITORIALE _____

REPORT		NUMERO
Numero di <u>test di screening</u> eseguiti per la ricerca di CPE (inteso come il numero complessivo di tamponi rettali effettuati in un mese, anche più volte ripetuti su uno stesso paziente)		
Numero di <u>pazienti sottoposti a screening</u> per la ricerca di CPE (vanno esclusi in questo caso i tamponi rettali ripetuti all'interno del medesimo episodio di ricovero)		
Pazienti positivi allo screening (numero di teste)	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	
	<i>Escherichia coli</i>	
Pazienti con isolamento di CPE al di fuori dello screening (tra quelli non precedentemente sottoposti a screening)		
Campioni inadeguati		
Screening non effettuati (per cause varie) nei reparti a rischio		
Eventuali casi individuati come "secondari" a trasmissione da soggetto infetto/colonizzato		

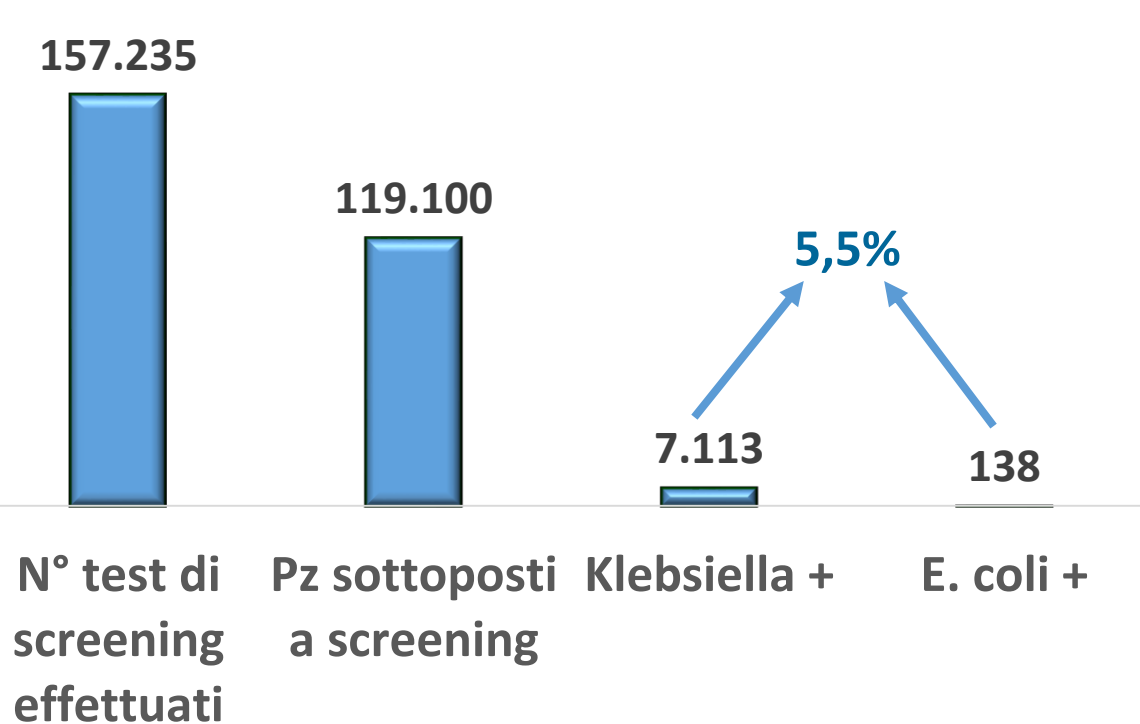
Data

Firma del responsabile della notifica

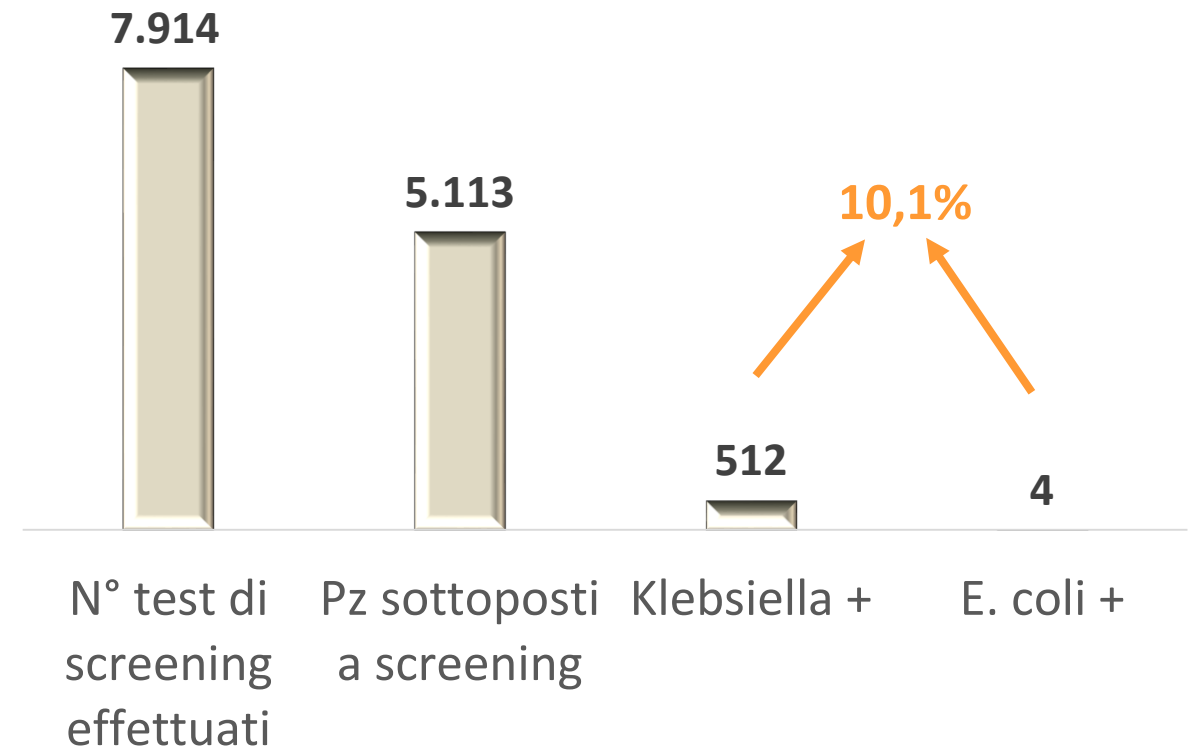
.....

Ricerca attiva portatori CPE risultati anni 2016-2018

Ospedali pubblici



Strutture residenziali



Valutazione Piano Regionale della Prevenzione indicatori regionali

Indicatori Regionali	Fonte di verifica	ANNO 2016		ANNO 2018	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% aziende che inviano reportistica mensile su attività di screening dei CPE	Direzioni, CIO aziendali	67%	100%	100%	100%
Almeno 1 indagine di prevalenza regionale/anno (% Aziende/Osp coinvolti nella rilevazione)	CIO aziendali	1	1 (+1 in IRCSS San Martino IST – Gaslini – Ospedale Lavagna)	100%	100%
Linee di indirizzo regionali per la sanificazione in ambito sanitario	A.Li.Sa	-	-	Predisposizione di un documento regionale	Predisposta bozza avanzata di documento regionale
% aziende aderenti network regionale alert	A.Li.Sa	90%	100%	100%	89%

DGR 529/2015

PNCAR: obiettivi generali e strumenti

Il PNCAR si prefigge di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale

Si basa sull'approccio multisetoriale «One Health», una visione che prevede l'integrazione di tutti i settori interessati:

- umano
- veterinario
- sicurezza degli alimenti
- agricolo
- ambientale

Principali obiettivi di salute
Riduzione di frequenza delle ICA
Riduzione dell'AMR

Strumenti

- Migliorare i livelli di consapevolezza e di informazione/educazione nei professionisti della salute, nei cittadini e negli stakeholders;
- Monitorare il fenomeno dell'AMR e dell'uso degli antibiotici;
- Migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni, in tutti gli ambiti;
- Ottimizzare l'uso di antimicrobici nel campo della salute umana e animale;
- Aumentare/sostenere ricerca e innovazione.

Piano di contrasto all'antimicrobicoresistenza 2017-2020

Azioni centrali e regionali

Indicatori e standard

Obiettivi e azioni

SORVEGLIANZA

- Resistenze in ambito umano
- Resistenze in ambito veterinario
- ICA
- Consumo di antibiotici (umano e veterinario)

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

RICERCA E INNOVAZIONE

PREVENZIONE E CONTROLLO

- ICA
- Malattie infettive e zoonosi

USO CORRETTO DI ANTIBIOTICI

FORMAZIONE

2

**OBIETTIVI
GENERALI**

6

**AMBITI DI
INTERESSE**






67

**AZIONI
CENTRALI**

59

**AZIONI
REGIONALI
E LOCALI**

STRATEGIA NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'AMR AZIONI PREVISTE A LIVELLO CENTRALE

-  a. **Preparazione e adozione di un documento operativo** che definisca le responsabilità delle diverse istituzioni (DG Min Sal, ISS, AGENAS, AIFA, ecc) nell'implementazione delle attività previste dal Piano (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
-  b. Intesa S-R n. 188 del 2 novembre 2017, punto 4: *"... all'attuazione della presente Intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali*
-  c. *disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica..."*
-  d. **Definizione di un sistema di monitoraggio del Piano da parte del Gruppo tecnico** (entro 12 mesi dall'approvazione del Piano)
-  e. **Individuazione di azioni efficaci da promuovere in tutte le Regioni** per l'attivazione delle linee operative previste (entro il 2018)
- f. **Definizione delle strategie di collaborazione** per migliorare l'inter-settorialità delle azioni di contrasto dell'antimicrobico-resistenza tra gli assessorati regionali coinvolti nella gestione della tematica e a livello locale (entro il 2019).

AREA DI AZIONE

STRATEGIA NAZIONALE DI CONTRASTO ALL'AMR PREVISTE A LIVELLO REGIONALE

DGR 265/2018: Recepimento Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020

- **a. Identificazione di un referente regionale** per il contrasto dell'AMR responsabile del coordinamento, dell'implementazione e del monitoraggio del Piano a livello regionale (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
- **b. Istituzione di un Gruppo tecnico di coordinamento e monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'AMR a livello regionale.** che includa i referenti delle diverse componenti operative del Piano stesso (entro 6 mesi dall'approvazione del Piano)
- **c. Recepimento dei documenti attuativi nazionali** (in coerenza con la tempistica tissata a livello nazionale)
- **d. Identificazione del referente regionale** per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza"
- **e. Costruzione del sistema di monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'antimicrobico-resistenza a livello regionale"**
- **f. Partecipazione alla costruzione del Piano a livello regionale**

Deliberazione A.Li.Sa. N. 145 del 08/06/2018:

Identificazione "Referente regionale per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza" e

istituzione "Gruppo tecnico di coordinamento e monitoraggio del Piano a livello regionale

monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'antimicrobico-resistenza a livello regionale"

documenti attuativi nazionali (in

AREA DI AZIONE - SORVEGLIANZA DELL'AMR IN AMBITO UMANO



European Centre for Disease Prevention and Control
An agency of the European Union

European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

OBIETTIVO NAZIONALE PNCAR

Rafforzare la sorveglianza dell'AMR come attività stabile e rappresentativa della realtà del nostro Paese

- ✓ attiva dal 2001 con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- ✓ rete di laboratori ospedalieri di microbiologia su base volontaria
- ✓ invio annuale dei dati di sensibilità agli antibiotici (ottenuti nella routine di laboratorio)
- ✓ solo 8 specie batteriche considerate patogeni rilevanti dal punto di vista epidemiologico e clinico
- ✓ nel 2017 dati di sensibilità da 55 laboratori di microbiologia – che rappresentano il 21% delle giornate di degenza dei pazienti ricoverati in Italia nelle strutture del SSN (ospedali pubblici o privati convenzionati) - in 19 regioni o province autonome
- ✓ **DPCM del 3 marzo 2017** “Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie”: la sorveglianza AR-ISS individuata come sistema di sorveglianza di rilevanza nazionale
- ✓ I dati della sorveglianza AR-ISS confluiscono, come dati rappresentativi dell'Italia, nella sorveglianza europea EARS-Net (*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*)



Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento di Malattie Infettive

AR-ISS

Sistema nazionale di sorveglianza sentinella
dell'antibiotico-resistenza



PNCAR E AR-ISS

Attuali criticità AR-ISS

- Partecipazione volontaria dei laboratori senza un riconoscimento istituzionale;
- Limitata rappresentatività geografica (qualche regione mancante, laboratori soprattutto al Nord);
- Limitata rappresentatività di popolazione (21% giornate di degenza presso gli ospedali partecipanti nel 2017)
- Nessun coordinamento formale con le Regioni

Ob. a breve termine (2017-2018)

Migliorare la performance della sorveglianza nazionale (AR-ISS) e la sua copertura territoriale

Promuovendo l'attivazione di sorveglianze regionali e garantendo la partecipazione alla sorveglianza nazionale di tutte le regioni

LIGURIA: DGR n. 529 del 27/03/2015

"Sistema regionale di sorveglianza dei microrganismi alert"

Laboratori e Ospedali partecipanti, dati 2017

Regioni	Laboratori	Azienda Ospedaliera IRCCS - Altro	Presidi Ospedalieri
Piemonte	7	10	16
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	9	12	20
P.A. Bolzano	1	7	7
P.A. Trento	2	13	15
Veneto	2	5	7
Friuli-Venezia Giulia	1	4	8
Liguria	2	2	5
Emilia-Romagna	2	10	18
Toscana	3	3	5
Umbria	1	2	2
Marche	1	2	4
Lazio	4	7	9
Abruzzo	0	0	0
Molise	2	2	3
Campania	11	10	13
Puglia	2	2	3
Basilicata	1	1	1
Calabria	1	2	3
Sicilia	1	1	2
Sardegna	2	2	5
Italia	55	97	146

AREA DI AZIONE - SORVEGLIANZA DELL'AMR IN AMBITO UMANO

AZIONI CENTRALI A BREVE TERMINE (entro 12 mesi)

Emanazione di un piano specifico per la sorveglianza

Predisposizione di un nuovo protocollo AR-ISS **CM 1751 del 18/01/2019**

AZIONI REGIONALI A BREVE TERMINE

- Individuazione di un referente regionale per le sorveglianze dedicate all'AMR ✓
- Individuazione di un riferimento tecnico regionale (microbiologo) per la rete AR-ISS ✓
- Individuazione dei laboratori regionali che dovranno progressivamente aderire alla rete AR-ISS ✓

Ob. a lungo termine (2018-2020)

Consolidare le sorveglianze "dedicate"
(ad es. CPE)

Aumentare la partecipazione dei
laboratori, verso un modello di
sorveglianza esaustivo e non più
sentinella

SORVEGLIANZA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA

Tra gli obiettivi nazionali

Implementare un sistema di sorveglianza nazionale delle ICA e armonizzare le strategie

AZIONI REGIONALI

entro 6 mesi dall'approvazione del Piano

- Individuazione di un referente regionale



entro il

- Recepimento del piano nazionale
- Preparazione del piano regionale
- Predisposizione del piano operativo

DGR 529/2015
Protocollo regionale
**"Gestione di
Enterobacteriaceae resistenti
ai carbapenemi nelle
strutture sanitarie"**

armonizzare le strategie con il piano nazionale

Deliberazione A.Li.Sa. n. 21 del 24/02/2017
**"Protocollo per il controllo delle infezioni
in chirurgia"**



PRP 2014-2018/19
**Indagini annuali di Prevalenza ICA e uso
antibiotici negli ospedali per acuti**

Tra le azioni centrali
entro 6 mesi
Piano di sorveglianza nazionale
entro il 2018
**Piano Nazionale per la prevenzione
e il controllo delle ICA**

PRP 2014-2018/19 - Indagini annuali di prevalenza regionale delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e uso di antibiotici negli ospedali per acuti in Liguria



- ✓ Viene utilizzato il protocollo europeo dell'ECDC
- ✓ Inclusi tutti i reparti (eccetto lungodegenze e dipartimenti di emergenza)
- ✓ Arruolati tutti i pazienti presenti in ospedale alle 8 del mattino, non dimessi né in trasferimento (esclusi DH, DS, PS, dialisi ambulatoriale)
- ✓ Tempistica rilevazione: 1 giorno per intero reparto; max 3 settimane per intero ospedale, **nel periodo marzo-aprile di ogni anno**
- ✓ Informazioni raccolte per ciascun paziente (con infezione e non):
 1. Fattori di rischio (intervento chirurgico, esposizione a devices, condizioni cliniche preesistenti-McCabe score-)
 2. Dati infezione (origine, sede, data di insorgenza, microrganismi isolati e profili di sensibilità agli antibiotici)
 3. Uso di antibiotici: molecola utilizzata, via di somministrazione, indicazione, prescrizione motivata in cartella clinica)

Indagini annuali di prevalenza regionale delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e uso di antibiotici negli ospedali per acuti in Liguria - Sintesi risultati anni 2016-2019

18 OSPEDALI PARTECIPANTI (4 Aziende ospedaliere e 14 presidi di ASL)

- ✓ 1 grandi dimensioni > 500 pl
- ✓ 8 medie dimensioni 201-500 pl
- ✓ 9 piccole dimensioni <200 pl

	ANNO			
	2016	2017	2018	2019
Popolazione arruolata	3.647 pazienti	3.690 pazienti	3.716 pazienti	3.642 pazienti
Pazienti con ICA	376	352	397	339
Numero di ICA	429	386	433	350
Prevalenza pz con ICA (%)	10,3	9,5	10,7	9,3
Prevalenza pz con ATB	46,1	44,0	46,9	45,8

USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI

Obiettivo nazionale

Promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici con conseguente riduzione delle resistenze associate

TRA LE AZIONI REGIONALI

entro 6 mesi dall'approvazione del Piano

- Individuazione di un referente regionale 

entro il 2018

- Recepimento e predisposizione di un piano regionale collegato con il piano nazionale (integrato con il PRP e il programma di controllo delle ICA)
- Emanazione di un documento regionale sull'organizzazione per *l'antimicrobial stewardship*

Tra le azioni centrali

entro 2018

Piano nazionale per l'uso appropriato degli antibiotici

Programmi formativi (antimicrobial stewardship)

Deliberazione A.Li.Sa. 142/2018

Istituzione gruppo tecnico regionale per la sorveglianza dell'antimicrobico-resistenza e per il corretto consumo di antibiotici nel settore umano

INDICATORI POSTI A LIVELLO REGIONALE

- Riduzione >10% della prevalenza di MRSA nel 2020 rispetto al 2016 negli isolati da sangue
- Riduzione >10% della prevalenza di CPE nel 2020 rispetto al 2016 negli isolati da sangue

"Sistema regionale di sorveglianza dei microrganismi alert"

- 100% delle Regioni e PP.AA. Italiane al 2020 dispongono di una sorveglianza dell'antibiotico-resistenza (almeno un laboratorio di microbiologia ospedaliero che partecipa alla rete di sorveglianza italiana AR-ISS se ≤ 1 milione di abitanti, 2 laboratori tra 1 e 2 milioni di abitanti, 3 tra 2 e 4 milioni di abitanti, 4 se ≥ 4 milioni di abitanti)

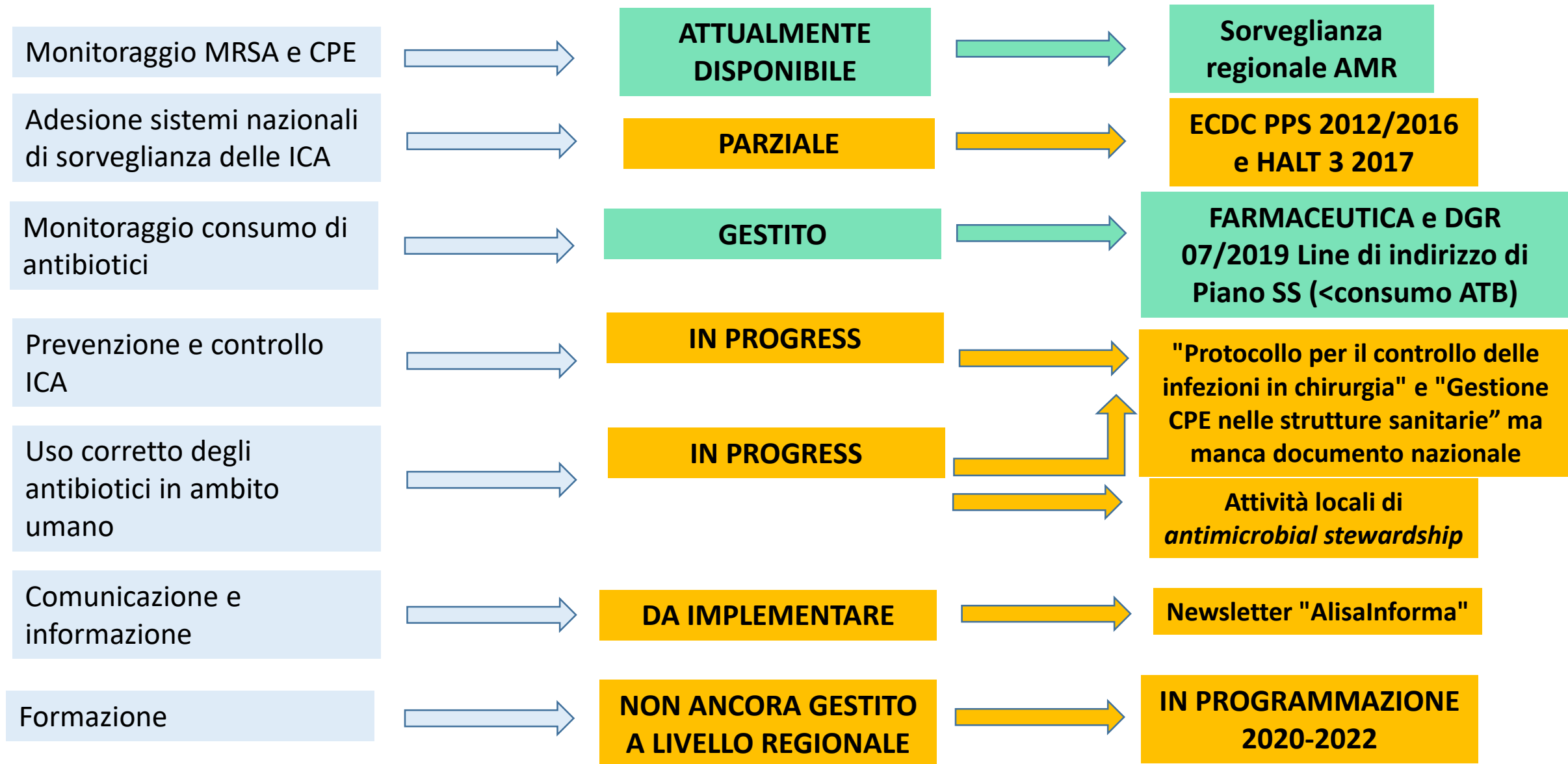
**Attualmente
2-3 laboratori
liguri**

- 100% delle Regioni e PP.AA. Italiane al 2020 dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica (in litri/1000 gg degenza ordinaria, stratificato per le discipline maggiormente interessate dal fenomeno dell'AMR – UTI, medicina, chirurgia, ortopedia)

**Monitoraggio consumo
previsto dall'attuale PRP**

**media 16,8 l/1000 gg deg
range 5,6-40,1 l/1000 gg deg**

In conclusione: Stato dell'arte in Regione Liguria sul recepimento del PNCAR



CONCLUSIONI

- poste le basi per una corretta conoscenza delle dimensioni del fenomeno (sorveglianza antibiotico-resistenza, protocolli regionali per la gestione CPE, monitoraggio consumo soluzione idroalcolica, antibioticoprofilassi in chirurgia)
- insoluti i problemi relativi alla carenza di risorse dedicate (nelle Direzioni Aziendali occorre un processo di maturazione culturale affinché le risorse impegnate per il controllo delle ICA siano viste come un investimento e non come una fonte di “spesa”)
- Continua attuazione Piano Regionale della Prevenzione
- Continua raccolta di informazioni sull’andamento delle infezioni all’interno delle Aziende sanitarie regionali (indagini annuali di prevalenza)
- **Recepimento dei piani operativi** emanati a livello nazionale per ciascuna area di azione del PNCAR
- **Identificazione delle modalità di implementazione delle azioni** di piano a livello regionale (stesura di un PNCAR regionale)



Vi ringrazio per l'ascolto