

P089**“BATTERI SENTINELLA”
IN AMBITO OSPEDALIERO**

Grasso E., Grassi P., Trapanotto G., Mazzurco A., Lombardo A., Sciacca A.

Laboratorio Microbiologia Azienda Policlinico
Università degli studi di Catania

La sorveglianza delle infezioni nosocomiali è riconosciuta, da parte di tutti gli operatori come una componente fondamentale dei programmi di controllo ospedalieri. Si discute però sulle modalità di questo controllo, gli strumenti da utilizzare e gli eventi da monitorare. In altre nazioni si mette in atto una sorveglianza che permette di rilevare i *microrganismi sentinella* che sono in grado di diffondersi rapidamente in ospedale se non controllati adeguatamente.

Il laboratorio è una fonte sicura ed economica per identificare questi organismi.

Il sistema informatico epicenter Becton Dickinson applicato al Phoenix prevede, con grande facilità, di rilevare e monitorare nel tempo la presenza di *patogeni sentinella*. Il sistema è stato utilizzato nel nostro laboratorio dove affluiscono i campioni dei reparti di pediatria, chirurgia, neurologia, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, day-hospital e ambulatoriali esterni da gennaio 2002 a gennaio 2004.

I batteri sentinella sono: *Acinetobacter baumannii*, *Serratia marcescens*, *Stafilococchi* meticillino resistenti, *Enterococchi* vancomicina resistenti e Gram negativi con EBSL.

Su 1025 batteri isolati sono stati riscontrati 212 organismi sentinella :

S. marcescens 8 (3,7%), *E. aerogenes* 3 (1,4%), *E. cloacae* 6 (2,8%), *K. oxytoca* 3 (1,4%), *E. coli* 28 (13,2%), *K. pneumoniae* 25 (11,7%), *P. aeruginosa* 27 (12,7%), *S. epidermidis* 52 (24,5%), *S. capitis* 10 (4,7%), *S. hominis* 6 (2,8%), *S. warneri* 3 (1,4%), *S. aureus* 3 (1,4%), *S. haemolyticus* 11 (5,1%), *E. faecalis* 9 (4,2%), *E. faecium* 2 (0,9%),

I batteri sentinella sono stati riscontrati sia nei reparti con pazienti a rischio (terapia intensiva trapianti, ematologia, neonatologia) sia nei reparti di day hospital e ambulatoriali esterni. Questo dato evidenzia come la farmaco resistenza non è solo un problema di pertinenza ospedaliera ma è diffuso anche nei pazienti ambulatoriali. Il supporto informatico, con la possibilità di disporre dei dati in tempo reale, viene oggi in aiuto al laboratorio di microbiologia. Si ha infatti la possibilità di avere dati aggiornati sulle resistenze batteriche, sui patogeni nosocomiali resistenti, sulla prevalenza di un patogeno opportunistico in un reparto. Di conseguenza è più facile la predisposizione di piani di controllo e sorveglianza delle infezioni.

P090**DIFFUSIONE DI S.PNEUMONIAE TRA BAMBINI
DEGLI ASILI NIDO**

Grassi P., Grasso E., Sciacca A., Trapanotto G*, Cuccia M.°, Lo Grande S °, Sorge G*.

°Usl 3 Catania Servizio di epidemiologia,

*Clinica Pediatrica Azienda Policlinico,

Laboratorio microbiologia Azienda Policlinico

*Università degli studi di Catania

S.pneumoniae è da sempre, specie in età pediatrica, consi-

derato agente etiologico di sinusiti, otiti medie, meningiti, e benchè l'incidenza sia diminuita, rimane l'agente causale delle polmoniti in particolare di quelle acquisite in comunità. Inoltre il *S. pneumoniae* può far parte della flora saprofitica del cavo oro-faringeo in individui sani con percentuali che possono raggiungere anche il 70%. Non sono stati ancora chiariti i meccanismi che portano a interrompere lo stato di commensale per sfociare nelle patologie suddette. L'invasività è dovuta alla capsula che svolge un effetto antifagocitario, è necessario quindi che l'ospite abbia una risposta immune adeguata con anticorpi altamente protettivi tipo specifici, T-indipendenti, opsonizzanti. In questi ultimi anni alla patogenicità del batterio si è associata una multiresistenza nei confronti degli antibiotici comunemente usati quali penicilline, macrolidi, cefalosporine, cotrimoxazolo.

Abbiamo voluto individuare, prima di una campagna vaccinale, la prevalenza dei portatori in una popolazione pediatrica ed evidenziarne la sensibilità dei ceppi isolati.

Hanno preso parte allo studio 153 bambini provenienti da asili nido, l'età era compresa da 3 mesi a 36 mesi. Ad ognuno è stata effettuata un'anamnesi e una visita medica accurata.

Il prelievo rino-faringeo è stato eseguito mediante tampone con anima metallica piegato a 45° gradi. Il tampone veniva strisciato immediatamente su piastra di agar triptosio con 5% di sangue, inviato in laboratorio e incubato in termostato a 37°C.

Sulle colonie sospette è stata valutata la sensibilità all'optochina. L'identificazione è stata confermata col sistema automatico Vitek. La percentuale di bambini portatori è stata del 17,4% nel 2003 e del 30% nel 2004.

Abbiamo saggiato, con metodo di Kirby Bauer su piastre di Muller Hinton con 5% di sangue di montone, la sensibilità alla amoxicillina, oxacillina, ciprofloxacina, levofloxacina, cefotaxime, ceftriaxone. Tutti i 18 ceppi di *S.pneumoniae* sono risultati sensibili agli antibiotici saggiati.

La percentuale di positività riscontrata in questo studio giustifica la campagna vaccinale eseguita nei bambini in questa fascia di età, in cui l'imaturità del sistema immunitario, li rende soggetti a infezioni delle vie respiratorie sostenute da questi germi.

La resistenza agli antibiotici riportata da più AA non è stata riscontrata nei 18 stipiti di *S.pneumoniae* isolati dai tamponi rino-faringei del nostro studio.

P091**APPLICAZIONE DI UNO STANDARD
QUALITATIVO MINIMO PER IL TRATTAMENTO
DELLE BATTERIEMIE**

Minniti D., Arione R., Guglielmi E., Serra R.(*), Marchiaro G.(*)

Direzione Sanitaria ASO S.Giovanni Battista di Torino - Torino
(*) SCDO Microbiologia ASO S Giovanni Battista di Torino - Torino

La sepsi costituisce un evento di per sé grave e un trattamento adeguato può ridurre fino a tre volte la mortalità associata (dal 24% al 7%). La terapia antibiotica è in realtà inappropriata nel 5%-17% dei casi. La Infectious Diseases Society of America (IDSA) raccomanda che il trattamento della sepsi sia, ove possibile, sempre guidato dai risultati degli esami colturali e propone uno standard minimale, per valutare la qualità del trattamento stesso; tale standard, facilmente verificabile, prevede che l'antibiotico somministrato al paziente sia compatibile con i risultati dell'antibiogramma, almeno a partire dalle prime 24 ore dopo che è disponibile il referto microbiologico(1).