

M078

**STAPHYLOCOCCUS SPP
OXACILLINO-RESISTENTI
IN 7 OSPEDALI ROMANI**

¹Carletti M., ²Fontana C., ³Raponi G., ⁴Falco S., ⁵Malvatani S.,
⁶Gallo M.T., ⁷Ballardini M., ⁸Testore G.P

¹OBPG-IRCCS Lab.Analisi Palidoro. ²Uni.Tor Vergata.Microbiologia,
³Uni."La Sapienza", S.S.An. Microbiol. I ⁴RMC-S.Eugenio
⁵RMC-CTO-Microbiologia, ⁶I.F.O. San Gallicano IRCCS.
⁷ACO S.F.Neri UOC Microbiologia. ⁸Uni.Tor Vergata-M.Infettive.

Introduzione. In questo studio viene riportata l'incidenza e la resistenza alle penicilline (ox-res) di stafilococchi (staf) isolati da campioni clinici pervenuti in 7 microbiologie romane, appartenenti al gruppo di studio sulle Resistenze Batteriche nelle Infezioni Ospedaliere (SEERBIO).

Materiali e Metodi. Gli antibiogrammi (ATB) sono stati eseguiti nel periodo 2001-02 su ceppi clinici tramite sistemi automatici e riuniti in unico database.

Risultati. Sono stati analizzati 6754 staf. (23% su 28.830 ATB totali) di cui 3102 (46%) oxa-res. Aumento di staf del 2% nel 2002 ma con diminuzione degli oxa-res del 2% rispetto al 2001. Il maggior numero di Staf-oxa-res è stato isolato nelle rianimazioni (ICU, 69%) e nelle Chirurgie (61%) con diminuzione del 10% nel 2002. Tale riduzione riguarda anche: medicine -6%, ambulatori - 1%, ematologie - 62%, DH -1%. Il 16% degli staf di cui 17% oxa-res deriva da campioni ambulatoriali. Le ICU hanno l'incidenza maggiore di *S.aureus* Oxa-res (63% media, 68% 2001, 59% 2002), le chirurgie (48% media, 56% 2001, 42% 2002), le medicine (25% media), DH (16%), le ematologie (15%) e gli ambulatori (12%). Tra i coag.neg. *S.epi.* rappresenta il 55% del totale seguito da *S.haemo.* (15%) e *S.hom.* (8%). La oxa-res nei coag. neg. è variata nel periodo d'osservazione (55% nel 2001 e 40% nel 2002). Tra i coag.neg isolati l'oxa-res è almeno del 35%, massima in *S.xilosus* (75%) seguito da *S.haem.* (62%) e *S.epid.* e *S.hom.* (57%). Inoltre, si è notata la presenza di *S.haem* resistenti alla teicoplanina (12% nel 2001 e 16% nel 2002).

Discussione. Accanto alla riduzione della oxa-res nel 2002 si è osservato che il 16% degli staf ambulatoriali è oxa-res, dimostrando una diffusione extraospedaliera del problema. Tuttavia, l'oxa-res nelle ICU e nelle chirurgie permane elevata. Infine l'incidenza di ceppi teico-resistenti può rendere il trattamento più complesso.

M079

PREVALENZA MARCATORI SIEROLOGICI HBV ED HCV NEGLI OPERATORI SANITARI - A.S. N. 6 DI LAMEZIA TERME

C. Leone R.A.¹, Minchella P.¹, Nisticò S.¹, Potente G. I.¹, Caruso D.¹, Miceli D.², Cosentino¹

¹U.O. di Microbiologia e Virologia -
²Sorveglianza Sanitaria - A.S. n. 6 Lamezia Terme (CZ)

Introduzione Gli operatori sanitari sono una categoria a rischio per l'acquisizione occupazionale di infezioni virali trasmissibili per via parenterale, sia per esposizione mucocutanea a sangue o fluidi corporei durante le comuni attività lavorative, sia per esposizione percutanea negli infortuni a rischio biologico che, nonostante l'applicazione di misure

preventive, possono ancora verificarsi. Tra le infezioni occupazionali quelle da virus dell'Epatite B (HBV) e dell'Epatite C (HCV) rappresentano un problema rilevante, ma ancora pochi sono i dati riguardanti l'attuale situazione epide-miologica in ambito sanitario.

Scopo di questo lavoro è valutare la prevalenza dei marcatori di infezione virale da HBV e HCV negli operatori sanitari sottoposti a controllo nel periodo 1999-2003 presso l'U.O. di Sorveglianza Sanitaria, monitorati sierologicamente presso l'U.O. di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Sanitaria n. 6 di Lamezia Terme.

Materiali e metodi Sono stati presi in considerazione 990 operatori sanitari che svolgono attività lavorativa in 2 Presidi Ospedalieri e negli Ambulatori territoriali. Si è voluto porre attenzione al rischio di esposizione soprattutto durante gli anni di attività lavorativa, pertanto sono stati esclusi dal computo finale quei dipendenti che già al momento dell'assunzione presentavano pregressa infezione HBV (n. 27) o anticorpi anti-HCV (n. 6); il numero preso in considerazione per la valutazione, quindi, è stato di 963 dipendenti per i marcatori sierologici di HBV e di 984 per gli anticorpi anti-HCV. I sieri sono stati analizzati per la presenza di HBsAg, HBcAb totali, HBsAb ed anti-HCV, mediante metodo enzimatico a cattura di microparticelle (MEIA) su analizzatore AxSYM (Abbott). I campioni risultati reattivi al test di screening anti-HCV-3 di terza generazione sono stati sottoposti a test di conferma RIBA (Ortho-Clinical Diagnostics).

Risultati L'indagine, riguardo la presenza dei marcatori sierologici HBV e HCV nel personale sanitario, suddiviso in 3 aree di attività (**1**) con manovre invasive, **2**) senza manovre invasive e **3**) laboratori) ed in 4 categorie professionali (**Dirigenti** [D], **Infermieri** [I], **Tecnici** [T] ed **Auxiliari** [A]), ha dato i risultati di seguito illustrati (tabella 1):

Tabella I: Infezione pregressa HBV					
Area	D(%)	I(%)	T(%)	A(%)	
1	4,9		11,7	0	13,4
2	3,2		8,1	12,9	15,6
3	16,1		9,5	12,5	11,1
Infezione cronica HBV					
1	0		0,65	0	0
2	1,05		0	0	0
3	0		0	0	0
Reattività anti-HCV					
1	0		0	0	1,0
2	1,0		1,7	0	1,5
3	0		0	6,3	0

Discussione e Conclusioni Dai dati ottenuti si può evidenziare che la prevalenza media di infezione pregressa HBV, valutandola tra tutti gli operatori sanitari, è del 10,1% circa; mentre, tenendo conto dell'attività lavorativa, raggiunge il 16,1% tra i dirigenti ed il 12,5% tra i tecnici nell'area laboratorio, risultando correlata ad età anagrafica, durata dell'attività lavorativa, mancanza di protezione vaccinale ed epoca antecedente all'applicazione sistematica delle "precauzioni standard". La prevalenza media di infezione cronica HBV è bassa, 0,31% circa. Tra gli operatori sanitari della nostra Azienda la prevalenza media di anti-HCV è 1,42% circa, ma tra i tecnici dell'area laboratorio raggiunge il 6,3% circa non risultando, dai dati anamnestici, altri fattori di rischio extra-occupazionali. Il gruppo dei dipendenti con mansioni ausiliarie [A] dovrebbe essere valutato separatamente, in quanto le procedure di lavoro sono simili in tutte le aree di attività e non dovrebbero comportare diversità di rischio. La conoscenza dei dati epidemiologici e la valutazione dei rischi correlati alle diverse attività lavorative sono pertanto essenziali per pianificare programmi mirati di sorveglianza delle infezioni occupazionali e predisporre protocolli operativi.