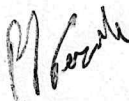


 Azienda Sanitaria Provinciale Vibo Valentia	PROCEDURA SCREENING PER LA RICERCA DELLE COLONIZZAZIONI DA MICRORGANISMI RESISTENTI	P.O. G. Jazzolino S.C. Direzione Sanitaria S.C. Medicina Generale S.S.D. Malattie Infettive S.S.D. Laboratorio Analisi S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatezza Servizio Professioni Sanitarie
PROCEDURA SCREENING PER LA RICERCA DELLE COLONIZZAZIONI DA MICRORGANISMI RESISTENTI		

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verifica	Approvazione
23.10.25	S.C. Direzione Sanitaria P.O. G. Iazzolino Dr.ssa A. Ascoli S.C. Medicina Generale P.O. G. Iazzolino Dr. V. Manno SSD Malattie Infettive P.O. G. Iazzolino Dr. A. Vallone SSD Laboratorio Analisi P.O. G. Iazzolino Dr. V. Maiolo S.C. Ricerca, Governo dell'Eccellenza Erogatori Pubblici e Privati e Appropriatezza Dr.ssa M.G. Maluccio Dott.ssa C. Lochiatto Dott.ssa C. Mazzotta Servizio Professioni Sanitarie Dott.ssa S. Fiorillo	Risk Manager ASP Vibo Valentia Dr. P. Tarzia 	Direttore Sanitario ASP Vibo Valentia Dr. I. Lazzaro 

1. PREMESSA

Tra le misure finalizzate alla prevenzione ed al controllo della diffusione di microrganismi con multiresistenza antibiotica, la **sorveglianza attiva**⁽¹⁾ effettuata attraverso tamponi di screening microbiologici, è una misura di fondamentale importanza, peraltro supportata dall'evidenza scientifica e da autorevoli Linee Guida internazionali (*Centers for Disease Control and Prevention* CDC 2006, *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases ESCMID* 2014).

In caso di sospetta infezione, la sorveglianza attiva va integrata con la sorveglianza passiva e, quindi, con i prelievi colturali (es. emocoltura, urinocoltura) eseguiti a fini diagnostici e terapeutici.

L'applicazione di programmi di sorveglianza attiva, dunque, è finalizzata all'individuazione precoce di un paziente colonizzato, in assenza di segni e sintomi di infezione, con particolare riguardo ai microrganismi GRAM-, con l'obiettivo di bloccare la catena di trasmissione del microrganismo multiresistente (ad altri pazienti, al personale sanitario e di assistenza, ai familiari/visitatori/*care givers*), di attivare le corrette misure di isolamento ed orientare, secondo criteri di appropriatezza, il percorso diagnostico-terapeutico ed una migliore gestione dei posti letto.

Nella seguente procedura sono definiti il profilo di resistenza da ricercare, i fattori di rischio per l'attivazione dello screening, la frequenza e la modalità del campionamento e i profili di responsabilità nell'attivare il programma di sorveglianza attiva nell'ambito di una fase sperimentale che coinvolge i reparti di Medicina Generale e Malattie Infettive. Tale fase sperimentale ha durata di sei mesi alla fine dei quali sarà valutata la fattibilità e l'estensione ad altri reparti, con particolare attenzione a quelli con pazienti aventi un profilo di rischio maggiore.

Indipendentemente dai risultati del tampone di sorveglianza ed ai tempi necessari alla processazione del campione, vanno **sempre** e comunque **rispettate le norme di buona prassi igienica**, con particolare riferimento all'igiene delle mani, alla gestione delle visite esterne, all'uso di DPI stratificato per livello di rischio e alla possibilità di isolamento funzionale in attesa dell'esito del tampone.

⁽¹⁾ Si intende sorveglianza attiva in quanto i microrganismi sono individuati attraverso l'effettuazione di un tampone di screening sulla base di alcuni indicatori e fattori di rischio specifici.

2. ESECUZIONE E PROCESSAZIONE DEL TAMPONE RETTALE

Esecuzione

L'esecuzione del tampone rettale deve prevedere le seguenti attività:

1. assicurarsi della disponibilità del tampone con terreno di trasporto;
2. uso di guanti non sterili dopo igienizzazione delle mani;
3. far assumere al paziente la postura idonea al prelievo;
4. esecuzione del prelievo, inserendo il tampone ad una profondità di circa due cm e leggera rotazione per campionare anche le cripte anali;
5. riporre il tampone nell'apposito contenitore;
6. rimuovere i guanti ed eseguire igiene delle mani;
7. inviare il campione nel più stretto tempo possibile ovvero conservare il campione a temperatura controllata (4-8 gradi), fino ad un massimo di 48 ore, in caso di invio procrastinato o necessità di trasporto in altra sede.

Processazione

L'attivazione dello screening per i pazienti ad alto rischio comporta la necessità di ottenere il più velocemente possibile un risultato accurato. I metodi di indagine utilizzabili possono essere:

1. esame colturale tradizionale con piastre cromogene e test di resistenza in immunocromatografia;
2. test PCR biologia molecolare rapido, accurato e semplice da usare, in grado di rilevare e differenziare le famiglie di geni della carbapenemasi prevalenti.

3. PROTOCOLLO OPERATIVO

3.1. Reparti ad alto rischio

Dai dati di letteratura e dai risultati delle osservazioni epidemiologiche effettuate, rientrano tra i reparti ad alto rischio le strutture di Medicina Generale e Malattie Infettive che, come già introdotto in premessa, saranno coinvolti nella fase sperimentale di avvio del presente protocollo.

3.2. Eleggibilità dei pazienti da sottoporre a tampone di screening

La sorveglianza attiva mediante tampone rettale deve essere effettuata su tutti i pazienti in ingresso, che rispondano a criteri di eleggibilità con profilo ad alto rischio (vedasi **Tabella 1**), provenienti dal Pronto Soccorso o da altro reparto di area medica o chirurgica ovvero in caso di ricovero programmato. Se il risultato del tampone è positivo, non deve essere più eseguito l'esame. In caso di tampone negativo, l'esame va ripetuto almeno una volta a settimana. Il tampone in sorveglianza attiva va eseguito anche nel corso del ricovero, nel caso in cui sia stata accertata una positività in uno o più pazienti infetti o colonizzati, partendo dal caso indice fino ad includere i pazienti presenti nella stessa stanza, nella stessa unità, nello stesso reparto o assistiti dalla

stessa equipe, sulla base alle caratteristiche strutturali ed organizzative del reparto di ricovero e i rilievi dell'indagine epidemiologica.

L'esecuzione dei tamponi in entrata deve rispondere a criteri di massima sicurezza delle cure e di appropriatezza prescrittiva per cui, nella **Tabella 1** è riportata una checklist per guidare al meglio l'esecuzione dello screening dei pazienti mediante tampone rettale nei reparti ad alto rischio.

La risposta affermativa anche ad uno solo degli indicatori presentati, implica la necessità di eseguire lo screening.

A titolo precauzionale, si raccomanda il tampone rettale in ingresso anche ai pazienti provenienti da zone ad alta endemia come Grecia, Cipro, India, Pakistan, Colombia, Israele, Stati Uniti d'America.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Servizio sanitario Regionale Emilia Romagna *“La sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva”*.
2. D. Accorgi. *“Screening ricerca pazienti colonizzati da germi multiresistenti”*. Nurse24. 17.05.2021
3. Deliberazione della Giunta Regionale N. 266 del 06/03/2023 del Registro delle Deliberazioni *“Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Gestione integrata del paziente di età ≥ 65 anni con frattura di femore”*)
4. Ministero della Salute *“Linee guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter Baumannii e Pseudomonas Aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie”*. 2020.
5. Circolare Regione Puglia n. AOO 152/211 del 20.01.2020 *“Circolare ministeriale DGPRE 0035470/2019 “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”*.

TABELLA 1
CHECKLIST PER LO SCREENING DEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO
MEDIANTE TAMPONE RETTALE

Reparto _____

Il reparto di ricovero è considerato ad alto rischio infettivologico?	SI	NO
Il paziente è stato istituzionalizzato in strutture territoriali negli ultimi 12 mesi (casa per anziani, RSA, RSSA, ecc.) o in istituto di detenzione attuale o negli ultimi sei mesi?	SI	NO
Il paziente è stato ricoverato nei 6 mesi precedenti in un ospedale per acuti o in centri per la riabilitazione o ha frequentato strutture assistenziali (es. dializzati, centri oncologici)?	SI	NO
Il paziente è stato identificato come colonizzato o infetto da CRE nei 12 mesi precedenti o ha assunto antibiotici a largo spettro negli ultimi 3 mesi o alte dosi di steroidi o farmaci citotossici?	SI	NO
Sono presenti fattori di rischio individuali (es. diabete, insufficienza renale cronica indipendentemente dalla dialisi) o familiari (colonizzazione o infezione recente da MDRO in uno o più familiari)?	SI	NO
E' presente una condizione di compromissione dello stato immunitario (es. splenectomia chirurgica o funzionale o recente trapianto, terapia con citotossici e steroidi ad alte dosi, HIV positivi con CD4 $\leq$ 200/mm ³ , ecc.)?	SI	NO

La risposta affermativa anche ad uno solo degli indicatori presentati, implica la necessità di eseguire lo screening nei reparti individuati ad alto rischio.

Usare precauzioni da contatto e, in caso di alto rischio, procedere ad isolamento funzionale, fino all'esito del tampone.

Data _____

Il Medico responsabile della compilazione _____